

Diálogos com *Quarto de despejo* e a experiência de médicas residentes negras

Dialogues with Child of the dark and the experiences of black female medical residents

Jessica Corrêa Pantoja¹

jessicacorreapantoja@gmail.com

José Lúcio Martins Machado²

jluciommm@yahoo.com.br

Maria Elisa Gonzalez Manso¹

mansomeg@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A residência médica, reconhecida como padrão ouro para a formação de especialistas, é um espaço que, paradoxalmente, pode reproduzir desigualdades estruturais. Este estudo focaliza trajetórias de mulheres negras, analisadas por meio da metáfora do “quarto de despejo”, de Carolina Maria de Jesus, como operador analítico para examinar mecanismos de marginalização institucional.

Objetivo: Este estudo analisa, a partir da metáfora caroliniana, os mecanismos de exclusão e a violência epistêmica na residência médica, bem como as estratégias de resistência e solidariedade empregadas por médicas negras para confrontá-los.

Método: Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza teórico-analítica, ancorado em abordagem hermenêutico-crítica. A análise intertextual articulou um corpus tripartite, composto da obra *Quarto de despejo*, da produção acadêmica sobre racismo e sexismo na educação médica, e de documentos institucionais. O processo analítico seguiu o círculo hermenêutico, integrando análise descritivo-categorial e síntese analógica orientada pela metáfora central.

Resultado: A exclusão opera por meio de poder disciplinar, currículo oculto e “políticas do negativo”, materializados em ausências e omissões institucionais. A saúde mental emerge como marcador sensível dessas condições. Em resposta, as residentes negras desenvolvem táticas de resistência que ressignificam a dor e a convertem em força coletiva por meio de laços de solidariedade, como os articulados pelo conceito de “dororidade”.

Conclusão: A metáfora do “quarto de despejo” revela-se uma ferramenta heurística potente, expondo a residência médica simultaneamente como espaço de reprodução de desigualdades e de micropráticas de contrapoder. Os achados indicam a necessidade de novas investigações sobre esses processos, relevantes para subsidiar uma pedagogia médica antirracista e socialmente responsável.

Palavras-chave: Internato e Residência; Racismo; Sexismo; Educação Médica; Exclusão Social.

ABSTRACT

Introduction: Medical residency, recognized as the gold standard for specialist training, is a setting that can paradoxically reproduce structural inequalities. This study focuses on the trajectories of Black women, examined through Carolina Maria de Jesus’s metaphor of the “quarto de despejo” (“junk room”) as an analytic lens for investigating mechanisms of institutional marginalization.

Objective: To analyze, based on Carolina Maria de Jesus’s metaphor, the mechanisms of exclusion and epistemic violence in medical residency, as well as the strategies of resistance and solidarity employed by Black women physicians to confront them.

Method: Qualitative, theoretical-analytical study grounded in a critical hermeneutic approach. The intertextual analysis assembled a tripartite corpus comprising *Quarto de Despejo*, scholarly literature on racism and sexism in medical education, and institutional documents. The analytic process followed the hermeneutic circle, integrating descriptive-categorical analysis with an analogy-based synthesis guided by the central metaphor.

Result: Exclusion operates through disciplinary power, the hidden curriculum, and “politics of the negative,” materialized in institutional absences and omissions. Mental health emerges as a sensitive marker of these conditions. In response, Black residents develop tactics of resistance that reframe pain and convert it into collective strength through bonds of solidarity, such as those articulated by the concept of *dororidade*.

Conclusion: The “quarto de despejo” metaphor proves to be a powerful heuristic tool, revealing medical residency simultaneously as a space for the reproduction of inequalities and for micro-practices of counter-power. The findings indicate the need for further research on these processes, which is relevant to informing an anti-racist and socially accountable medical pedagogy.

Keywords: Internship and Residency; Racism; Sexism; Medical Education; Social Isolation.

¹ Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editora associada: Denise Herdy.

Recebido em 09/10/25; Aceito em 28/02/26.

Avaliado pelo processo de deouble blind review.

INTRODUÇÃO

A residência médica consolida-se no Brasil como um rito de passagem imersivo, incontornável na formação de especialistas. Contudo, sob o brilho consagrado do “padrão ouro”, revela-se um processo impregnado por hierarquias rígidas e uma competitividade que reproduz as desigualdades estruturais do país. Para as mulheres negras, que ingressam nesses espaços como minoria demográfica e simbólica^{1,2}, a residência transcende o aprendizado técnico, convertendo-se numa arena de confronto diário com as opressões interseccionais de raça, gênero e classe³.

Essa sobrecarga opressiva manifesta o racismo estrutural e o sexismo entranhados na sociedade, que se cristalizam com particular virulência nas instituições de saúde e ensino. A literatura demonstra que as estudantes de Medicina negras enfrentam um contínuo de violências, das microagressões à severa deslegitimação de sua autoridade, prejudicando gravemente sua saúde mental⁴, um fenômeno elucidado por Kilomba⁵ como “racismo genderizado”. Na residência, tais vivências intensificam-se sob um manto de suposta normalidade.

Diante da lacuna de narrativas que capturem a profundidade dessa experiência, o presente estudo propõe um diálogo com a literatura brasileira. Irrupendo das margens do cânone, a obra *Quarto de despejo: diário de uma favelada*, de Carolina Maria de Jesus⁶, oferece uma potência analítica singular. Seu testemunho ultrapassa o relato sociológico para erigir-se como um tratado visceral sobre a luta pela humanidade em um sistema de confinamento simbólico.

Dessa metáfora nuclear, o “quarto de despejo”, extrai-se a lente analítica que orienta esta investigação, projetando-a sobre a formação médica. O estudo converge, assim, para um questionamento central:

- Como essa imagem-conceito permite decifrar os mecanismos pelos quais a lógica transmissiva e a violência epistêmica na residência são confrontadas por estratégias de resistência e solidariedade, encarnadas na dororidade, por parte de médicas negras?

Em outras palavras, objetiva-se analisar de que modo as diretrizes normativas, as práticas pedagógicas, inclusive em suas dimensões ocultas, e as interações cotidianas se entrelaçam na produção da exclusão, ao mesmo tempo que se iluminam os modos de enfrentamento e permanência construídos por essas profissionais.

Para responder a esse questionamento, convergem-se os excertos do diário de Jesus⁶, compreendidos à luz do conceito de escrevivência, cunhado por Evaristo⁷, com a produção acadêmica sobre racismo e sexismo na educação

médica e documentos institucionais pertinentes. Assume-se, conscientemente, que a opção por um diálogo teórico-textual privilegia a profundidade hermenêutica, constituindo-se como um caminho metodológico válido para tecer uma crítica densa, na qual a força dos textos, a acuidade conceitual e as fissuras da realidade institucional se encontram e se tensionam mutuamente.

MÉTODO

Tipo de estudo e horizonte investigativo

Ancorada em uma abordagem hermenêutico-crítica^{8,9}, esta investigação qualitativa de natureza teórico-documental assume a interpretação como eixo central. Seu foco desloca-se da verificação de hipóteses para a compreensão dos sentidos e dos regimes de verdade que atravessam a formação em serviço. Como imagem-conceito operativa, mobiliza-se a figura do “quarto de despejo”, tal como elaborada em *Quarto de despejo: diário de uma favelada*⁶, para analisar os mecanismos de apagamento e violência epistêmica na residência médica, e discutir as estratégias de enfrentamento e permanência construídas por médicas negras no interior das instituições formativas.

A análise intertextual articula experiência narrada, discursos acadêmicos e enunciados institucionais^{8,10,11}, organizando-se em três planos analíticos interconectados: o das diretrizes e dos dispositivos normativos; o das práticas formativas e pedagógicas, incluindo as dimensões do currículo oculto; e o das interações cotidianas e relações interpessoais que configuram os espaços de trabalho-aprendizagem.

Constituição e arquitetura do conjunto de fontes

Constituiu-se um corpus tripartite, articulando fontes complementares. Como núcleo catalisador, adotou-se o diário de Carolina Maria de Jesus⁶, compreendido como um texto-documento que inaugura um “mundo da obra” aberto à interpretação⁸. Em diálogo permanente com essa obra, agregou-se a literatura acadêmica sobre racismo, sexismo, saúde mental e educação médica, bem como documentos institucionais, normativos e relatórios demográficos pertinentes à formação em saúde no Brasil. Esse conjunto foi mobilizado para contextualizar histórica, normativa e institucionalmente as práticas analisadas.

Itinerário de rastreo, seleção e depuração

A operacionalização seguiu o movimento dialético do “círculo hermenêutico” gadameriano⁹, partindo de uma leitura imersiva da obra-base e da extração de excertos que geraram códigos iniciais e conceitos sensibilizadores. Estes, por sua vez, orientaram o levantamento bibliográfico sistematizado e o rastreo documental subsequente. A seleção dos materiais

foi guiada por sua capacidade de dialogar com categorias analíticas centrais, como “educação bancária”¹², “políticas do negativo”⁵ e “dororidade”¹³.

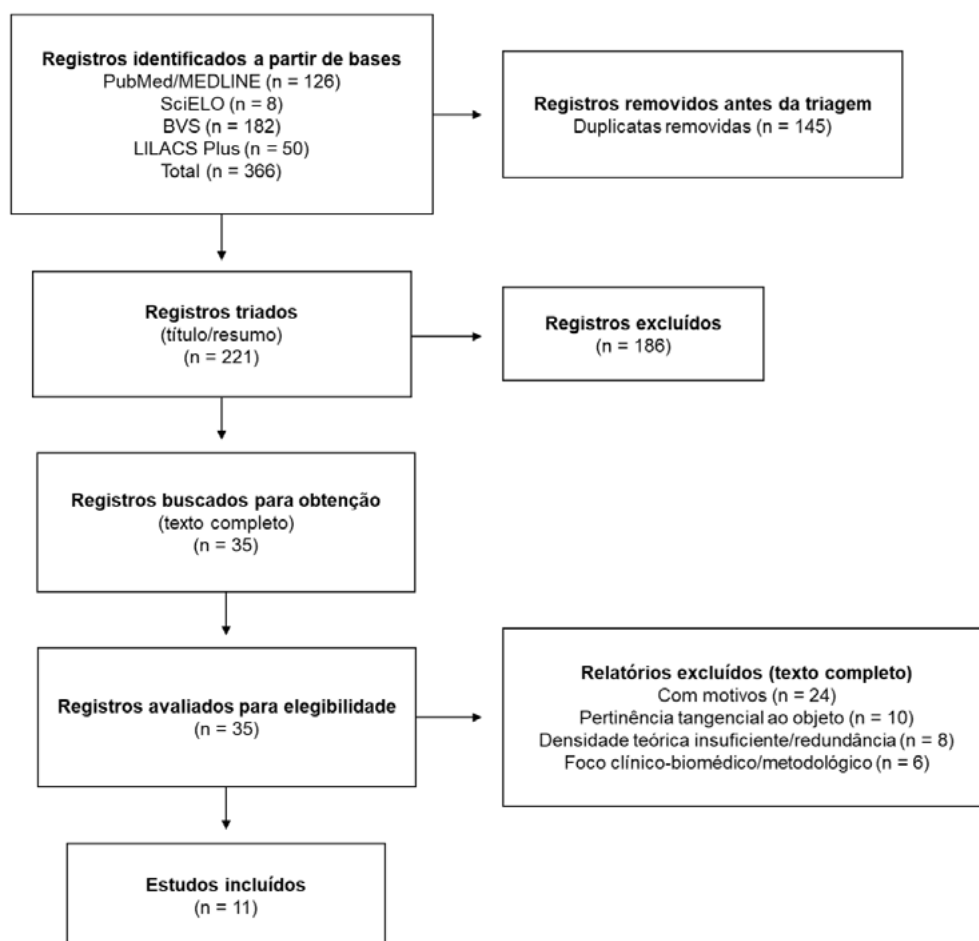
Para assegurar transparência e reprodutibilidade, o rastreamento das fontes complementares foi realizado entre julho e outubro de 2025, nas bases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), mediante combinação de descritores em português e inglês com os operadores booleanos “AND” e “OR”. A estratégia de busca foi refinada iterativamente, acompanhando o amadurecimento dos códigos e das categorias interpretativas. Sem pretensão de exaustividade, o objetivo foi alcançar suficiência interpretativa e coerência interna do material selecionado. No levantamento inicial, identificaram-se registros no PubMed/MEDLINE (n = 126), na SciELO (n = 8), na coleção LILACS Plus (n = 50) e na coleção completa da BVS (n = 182). Complementou-se a busca com o encadeamento de referências e a consulta a portais institucionais.

A triagem e seleção do material seguiram um processo sequencial, conduzido com o apoio do software Rayyan¹⁴ para

organização e triagem inicial dos registros identificados. Após a remoção de duplicatas (n = 145), os estudos restantes foram submetidos a uma triagem por título e resumo, com base nos critérios de exclusão: enfoque estritamente clínico-biomédico (sem discussão formativo-institucional) ou pertinência apenas tangencial ao objeto. Os registros classificados como “talvez” (n = 35) foram então submetidos à leitura na íntegra e a um crivo interpretativo mais rigoroso, considerando a pertinência direta à residência/educação médica e a densidade teórica necessária para sustentar a análise proposta.

Desse refinamento, consolidou-se a base documental de artigos (n = 11). Adicionalmente, para contextualização e suporte analítico, foram consultados documentos de apoio (n = 4), compreendendo uma tese de doutorado (n = 1) e documentos institucionais/normativos (n = 3), os quais não integram a contagem do conjunto principal. A rastreabilidade completa desse processo, incluindo os critérios de cada etapa, encontra-se detalhada na matriz analítica depositada no repositório OSF^{15,16}. O processo de seleção está sintetizado na Figura 1, e as características dos estudos que compõem o corpus principal estão sumarizados no Quadro 1.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, triagem e seleção dos estudos.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Quadro 1. Características e contribuições analíticas dos estudos.

Autoria	Ano	Localização	Delineamento	Categorias analíticas centrais	Articulação com a metáfora do “quarto de despejo”
Borret et al. ¹⁷	2020	Brasil	Ensaio teórico	Neutralidade institucional; currículo como campo político.	Desnaturaliza a suposta neutralidade do currículo, expondo-o como dispositivo de exclusão racial.
Dyrbye et al. ¹⁸	2019	Estados Unidos	Coorte longitudinal	Burnout como efeito institucional; viés racial.	Corroborar a ideia de que o sofrimento mental é estrutural, não individual, efeito do “despejo” simbólico.
Law et al. ¹⁹	2017	Canadá	Qualitativo (grounded theory)	Subjetivação profissional; docilização; desumanização.	Ilustra o processo de formação do “corpo dócil” que habita o espaço disciplinar do “quarto de despejo”.
Medlock et al. ²⁰	2017	Estados Unidos	Intervenção pedagógica	Racismo como determinante social; pedagogia antirracista.	Apresenta um contradispositivo às “políticas do negativo”, tentando transformar o espaço formativo.
Nguemeni Tiako et al. ²¹	2022	Estados Unidos	Revisão narrativa/ensaio	Organização racializada; hierarquias naturalizadas.	Explica como mecanismos “técnicos” de avaliação reproduzem desigualdades, materializando o currículo oculto.
Ogunnowo et al. ²²	2024	Estados Unidos	Quantitativo (survey + escalas)	Microagressões como trauma cumulativo.	Evidencia o dano psíquico da violência cotidiana, base empírica para a “dororidade”.
OwusuAkyaw ²³	2022	Estados Unidos	Editorial narrativo	Síndrome do impostor; branquitude institucional.	Desloca a culpa do indivíduo para a estrutura, conceitualizando a experiência de não pertencimento no “quarto”.
Pololi et al. ²⁴	2020	Estados Unidos	Transversal	Assédio sexual como tecnologia de poder; sofrimento ético.	Amplia a noção de sofrimento para além do burnout, incluindo dimensões de gênero e poder.
Thibodeau et al. ²⁵	2025	Estados Unidos	Longitudinal/intervenção	Trauma da discriminação; injúria moral.	Qualifica o sofrimento moral como trauma racial, articulando-se à “dororidade”.
Tokeshi et al. ²⁶	2025	Brasil	Longitudinal quantitativo	Assédio moral; retaliação institucional.	Mostra como a denúncia pode agravar o sofrimento, exemplificando o currículo oculto punitivo.
Zaid et al. ²⁷	2021	Global	Ensaio teórico	Profissionalismo antirracista; ética do cuidado.	Propõe um paradigma alternativo ao profissionalismo hegemônico, sugerindo saídas do “quarto de despejo”.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tratamento e análise dos dados

Nesta investigação, definem-se como “dados” os excertos textuais significativos extraídos das três fontes selecionadas. A organização do material contou com o suporte do software Taguette²⁸, empregado como ferramenta auxiliar para codificação e recuperação de trechos, sem jamais substituir a centralidade da interpretação. A análise desenvolveu-se em movimentos cíclicos, organizados em dois estágios complementares.

Primeiro, conduziu-se uma análise descritivo-categorial do material coletado no levantamento bibliográfico. Nessa etapa, os textos foram codificados indutivamente, com o objetivo de identificar padrões recorrentes de exclusão e de resistência no contexto da residência médica.

Em seguida, realizou-se uma síntese analógica e interpretativa, na qual os achados da literatura científica foram tensionados pela metáfora caroliniana do “quarto de despejo”. Esse exercício de “fusão de horizontes”⁹ permitiu

que a experiência narrada por Jesus⁶ funcionasse como uma lente crítica para interpretar tanto a dimensão microssocial quanto a institucional da formação médica. Dessa forma, a analogia não constituiu um ponto de partida prévio, mas sim o estágio culminante do processo analítico, assegurando a rastreabilidade entre as evidências textuais da literatura e as inferências interpretativas críticas propostas pelo estudo.

Rigor metodológico e limitações

A solidez metodológica foi sustentada pelos critérios de confiabilidade propostos por Guba et al.²⁹. A credibilidade apoia-se na triangulação entre fontes literárias, acadêmicas e normativas, bem como na explicitação do vínculo entre interpretações e evidências textuais. A transferibilidade foi tratada como possibilidade de leitura crítica em contextos análogos, amparada por contextualização documental densa, e não por observação direta de campo. A dependabilidade e a confirmabilidade foram asseguradas pela trilha pública de auditoria e pela matriz de correspondência analítica disponível no OSF (registro g6eqv)^{15,16}, que documenta o encadeamento entre argumento central, códigos temáticos e excertos.

Reconhece-se, portanto, que o desenho adotado, sem coleta empírica direta, não captura vozes em situação concreta de formação e trabalho. Dessa forma, as conclusões aqui apresentadas são de natureza analítica e conceitual: não ambicionam representatividade estatística, mas oferecer chaves interpretativas para repensar criticamente as tensões que perpassam a residência médica e suas condições de permanência.

RESULTADO

A leitura intertextual, orientada pela metáfora do “quarto de despejo”, sugere que a exclusão na residência médica não pode ser reduzida a uma sucessão de episódios isolados. Mais do que eventos pontuais, ela consolida-se como um arranjo institucional que opera pela segregação simbólica: um tecido em que dispositivos formais e currículo oculto se entrelaçam, naturalizando hierarquias e delimitando quem ocupa o espaço central de fala e quem é relegado às margens do saber e da autoridade^{11,30}. Nessa dinâmica, a suposta “neutralidade” institucional revela-se uma regra tácita. Critérios de mérito, sistemas de avaliação e rotinas do trabalho-aprendizagem funcionam como filtros de pertencimento e credibilidade, reproduzindo desigualdades sob a aparência de objetividade^{17,21,27}. O que se apresenta como mero procedimento governa, na verdade, relações de poder: seus efeitos materializam-se em injustiça e violência epistêmica, práticas de desautorização, apagamento e descrédito reiterado

que invalidam publicamente a experiência e o conhecimento produzido por residentes negras^{19,26,31,32}.

É nesse mesmo cenário de confinamento institucional, em que norma e cotidiano se encontram, que emerge uma conexão sensível entre posição interseccional, intensificação das exigências de desempenho e precarização simbólica e material no percurso formativo, uma experiência que ecoa a “cata diária” de Jesus^{3,6}, entendida aqui como o trabalho cotidiano de sobrevivência institucional diante de ausências, omissões e microviolências.

Desse modo, a saúde mental surge não como traço individual, mas como um indicador sensível da qualidade do ambiente de aprendizagem e das assimetrias que o estruturam. Burnout e despersonalização associam-se a modos de distanciamento relacional que corroem vínculos e o cuidado; microagressões e assédio sexual atuam como tecnologias discretas de regulação do cotidiano, produzindo não pertencimento; e conceitos como injúria moral e trauma de discriminação permitem nomear o sofrimento como ferida ética e racializada, para além da gramática reducionista do “cansaço”^{22,24-26,33}. Em ressonância com sínteses anteriores^{33,34}, os achados reforçam que a exaustão e o sofrimento psíquico se inscrevem em arranjos pedagógico-institucionais e em relações de poder desiguais, e não se explicam por fragilidade individual.

Contudo, e justamente porque a instituição não é monolítica, o estudo também revela táticas de permanência que reconfiguram a dor em sustentação cotidiana e agência coletiva, desafiando as estruturas que as confinam. No plano microssocial, sobressaem redes de apoio, pactos de solidariedade entre mulheres negras, com destaque para o quadro da dororidade¹³, e exercícios de elaboração narrativa e epistêmica que afirmam a legitimidade do saber produzido a partir das margens. Quando essas respostas encontram frestas institucionais, convertem-se em micropráticas de contrapoder e em contradispositivos pedagógicos: intervenções curriculares que nomeiam o racismo como processo de determinação social³⁵, redefinições do profissionalismo ancoradas na ética do cuidado e no antirracismo, capazes de desafiar a cultura do silêncio e do autossacrifício^{17,20,23,27}.

Tomados em conjunto, os resultados indicam que exclusão e violência epistêmica, de um lado, e permanência e resistência, de outro, constituem-se de modo relacional, atravessando normas, práticas pedagógicas e interações cotidianas. Nessa trama, a saúde mental opera como um marcador sensível das condições institucionais de formação em serviço, convidando a uma leitura do sofrimento que ultrapassa a dimensão individual para reconhecê-lo como expressão direta de ambientes formativos estruturalmente desiguais.

DISCUSSÃO

“Quintal onde jogam os lixos”: arquiteturas institucionais da exclusão

Da obra caroliniana emerge uma analogia fundamental para compreender a experiência da residente negra, situando-a como expressão particular do racismo estrutural, o modo “normal” com que as relações sociais se constituem, e não uma patologia ou desarranjo³⁶. A lucidez de Jesus⁶ sobre essa dinâmica transpira em afirmações diretas, como “O Brasil é predominado pelos brancos”, e em sua classificação espacial de São Paulo: “O Palacio, é a sala de visita. [...] E a favela é o quintal onde jogam os lixos”. Sob a fachada imponente de seu “palácio” institucional, a medicina opera com lógica análoga, destinando certos corpos aos seus “quartos de despejo” simbólicos, um território psíquico e político que Kilomba⁵ associa à “plantação”, onde a ordem colonial perdura, regulando quem tem direito à palavra e quais corpos devem permanecer em silêncio.

Os dados do estudo Demografia médica no Brasil² conferem materialidade a essa exclusão: embora as mulheres já constituam maioria (61,8%) na graduação, a presença de pessoas negras permanece sub-representada (29,2% de pardos e pretos somados, ante 68,6% de brancos). A concentração mais expressiva de estudantes negros nas instituições públicas (44,4%) comparativamente às privadas (24,5%) indica que políticas de acesso produzem efeitos, sem, contudo, superarem as barreiras de mobilidade simbólica. Sintomática dessa resistência institucional, a ação movida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) contra as cotas raciais^{37,38} explicita como a formação médica é ativamente disciplinada para conter a ascensão de grupos subalternizados.

Essa paisagem excludente sustenta-se no modelo de “educação bancária”¹², no qual o conhecimento é um depósito transferido a um receptáculo passivo, anulando o diálogo. Seu caráter antidialógico materializa o currículo oculto³⁰, que naturaliza hierarquias e conformismo. Nesse contexto, o poder disciplinar foucaultiano³⁹, operando pela vigilância constante e pelas avaliações incessantes, forja corpos e mentes “dóceis”, funcionalmente adaptados ao sistema. Contrapondo-se a essa lógica, hooks⁴⁰ propõe “a educação como prática da liberdade”, uma visão que desestabiliza radicalmente a pedagogia bancária e reconcebe a residência médica como um espaço potencial de emancipação, e não apenas de reprodução das desigualdades.

A apropriação do saber médico impõe, assim, uma violência epistêmica. O modelo biomédico hegemônico, que reifica a doença e desloca o sujeito do cuidado⁴¹, é uma construção histórica moldada por disputas de poder que serviram a interesses de elites médicas brancas e masculinas⁴². A rigidez hierárquica e a valorização de um tipo específico de

“ciência” são, portanto, legados de um arranjo político que a residente negra interpela e desafia com sua mera presença.

“Duro é o pão que nós comemos”: precariedade e resistência interseccional

A rotina da residente negra espelha o trabalho cotidiano de sobrevivência institucional descrito por Jesus⁶. Quando a autora inscreve em seu diário “Que suplício catar papel atualmente!”, ela não se refere apenas à luta material, mas também à resistência que permeia cada gesto. De modo análogo, a residente empreende uma busca incessante, simbólica e concreta por conhecimento e recursos, mas, sobretudo, por reconhecimento profissional e respeito. Esse manejo cotidiano das violências configura um ritual de resistência contra a cultura desumanizante da instituição⁴³, intensificada pelo cruzamento de opressões que corporifica o trauma do “racismo genderizado”. Nesse contexto, a mulher negra é duplamente objetificada, submetida a episódios de racismo cotidiano que atuam como tentativas de “restabelecer uma ordem colonial perdida”⁴⁵.

Sua experiência é marcada por uma dialética desgastante entre a invisibilidade, quando suas contribuições são ignoradas, e a hipervisibilidade, quando é tomada como representante única de todo um grupo. Essa oscilação converte a busca por validação em tarefa exaustiva, gerando precariedade psicológica e desamparo institucional⁴⁴⁻⁴⁶, agravada pela dupla exigência de comprovação de competência. A própria invisibilidade assume contornos metodológicos: a ausência de dados cruzados entre raça e gênero no relatório de Demografia médica² impede quantificar com precisão quantas mulheres negras alcançam essa etapa formativa, apagando-as estatisticamente.

Essa compreensão da dor como experiência coletiva e politizada ancora-se na perspectiva interseccional. Para Collins et al.³, a interseccionalidade atua como ferramenta analítica ao considerar que raça, classe e gênero, entre outras categorias, “são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente”, constituindo também uma práxis crítica. Para a residente negra, a opressão não é uma justaposição de fatores, mas uma experiência qualitativamente distinta, na qual estruturas de poder se entrelaçam sinergicamente, criando barreiras intransponíveis para mulheres brancas ou homens negros.

Embora a opressão seja central nesta análise, restringi-la exclusivamente a essa dimensão equivaleria a incorrer na problemática apontada por Apple⁴⁷ nas teorias da correspondência, concepção que reduz a educação a um mero reflexo passivo das demandas sociais dominantes. O fenômeno estudado, contudo, atravessa todo o continuum formativo, situando a residência médica como espaço

privilegiado não só de reprodução, mas também de potencial transformação institucional.

Desse reconhecimento da dor compartilhada emerge a potência do conceito de “dororidade”, cunhado por Piedade¹³. Longe de romantizar o sofrimento, a dororidade contém “as sombras, o vazio, a ausência, a fala silenciada, a dor causada pelo Racismo”¹³. Trata-se da compreensão aguda de que a experiência comum, forjada na intersecção entre racismo e sexismo, tece vínculos indestrutíveis de solidariedade e resistência. Reafirmando essa distinção fundamental, a autora enfatiza: “Não é só sororidade, é Dororidade”¹³. Ao compartilhar vivências, a residente negra converte esse referencial teórico em estratégia concreta de sobrevivência, transformando o sofrimento individual em força política coletiva.

Nesse território, a busca pelo saber médico adquire profunda dimensão política. Segundo Saviani⁴⁸, a função da escola é socializar o “saber sistematizado”, permitindo que classes subalternas se apropriem de ferramentas culturais para transformar sua realidade. A luta da residente negra pela apropriação do conhecimento médico configura-se como disputa pela posse de meio de produção simbólico e material, desafiando a histórica sonegação desse saber às populações negras, aos pobres e às mulheres.

A fome, onipresente no diário de Jesus⁶ – “A tontura da fome é pior do que a do álcool. A tontura do álcool nos impele a cantar. Mas a da fome nos faz tremer” –, ressoa na experiência residencial tanto literalmente, nos plantões intermináveis sem pausa para alimentação, quanto metaforicamente, como fome de descanso, de reconhecimento e de justiça. A exaustão, a angústia e o adoecimento da residente negra manifestam biologicamente sua posição na intersecção das opressões, conformando o que a epidemiologia crítica⁴⁹ compreende como um processo de determinação social da saúde e que se aproxima de uma “existência condenada” pela colonialidade do Ser⁵⁰.

Esse processo é ativamente construído pelas “políticas do negativo”⁵¹, mecanismo pelo qual o racismo no sistema de saúde opera por meio de “ausências, lapsos e buracos” institucionais. A jornada da residente pelo “quarto de despejo” simboliza o enfrentamento diário com essas políticas, onde a escassez de recursos e os silêncios institucionais encarnam os próprios mecanismos de exclusão que perpetuam sua condição de despejo na estrutura médica.

“Um objeto fora de uso”: a produção da desumanização

Na arquitetura da formação médica, a lógica transmissiva assenta-se sobre os alicerces de uma cultura institucional visceralmente patriarcal. A hierarquia médica consolida-se, na conceituação foucaultiana, como uma engrenagem produtora não apenas de saberes, mas também

de um tipo específico de sujeito profissional: o corpo dócil que incorpora as normas do sistema³⁹.

Nesse terreno, a formação é marcada por vieses androcêntricos, como a “andragogia”, que privilegia a autonomia individual em detrimento da colaboração, e uma cultura de “protesto masculino”, que valoriza a objetificação e o distanciamento emocional como defesas contra o sofrimento⁵². Para a residente negra, essa realidade traduz-se em habitar um ambiente que não apenas a desumaniza racialmente, mas também invalida sistematicamente formas de saber e modos de existência historicamente associados ao feminino.

Kilomba⁵ descreve esse processo pela metáfora da “máscara”, que “silencia nossas vozes assim que falamos”. Trata-se de uma performance compulsória que constrange o sujeito negro a adotar uma norma que fundamentalmente o rejeita, minando sua identidade. O currículo médico reforça essa dinâmica ao invisibilizar o gênero como categoria analítica e associar mulheres a papéis de “cuidado” (enfermagem) em oposição à “cura” (medicina), minando sistematicamente sua autoridade profissional⁵³.

A esse cenário soma-se o deserto de representatividade: com apenas 1,7% de docentes pretos², revela-se não um mero vazio numérico, mas uma imensidão de ausências, de mentoria, de espelhos possíveis, de legados interrompidos. Tal lacuna corporifica o que Apple⁴⁷ conceitua como tradição seletiva, mecanismo sutil pelo qual o currículo oficial vai silenciando, progressivamente, as contribuições dos grupos subalternizados.

Dessa forma, a exclusão curricular alimenta diretamente o currículo oculto, codificando na experiência cotidiana a lição implícita de que o poder e a autoridade epistêmica não são atributos de corpos negros. É nesse código implícito que a categoria gênero, nos termos de Scott⁵⁴, estrutura-se como “forma primária de dar significado às relações de poder”, revelando como as hierarquias da residência se constituem simultaneamente como estruturas profissionais, raciais e de gênero. Com isso, o hospital pode ser compreendido como “quarto de despejo” simbólico, espaço de precarização onde a residente negra é reduzida a objeto descartável, ecoando a experiência fundante de Jesus⁶: “Eu estou no quarto de despejo, e o que está no quarto de despejo ou queima-se ou joga-se no lixo”.

“Em vez de xingar, eu escrevo”: epistemologias da resistência

A articulação das análises realizadas revela que a experiência da residente médica negra configura um ponto cego nos estudos sobre educação médica. Embora a literatura contemple investigações sobre desigualdades raciais e de gênero, a intersecção dessas opressões no contexto específico da residência permanece substantivamente subteorizada.

A analogia com “quarto de despejo” transcende, portanto, a mera ilustração do sofrimento, sinalizando a premência de investigações que capturem as estratégias de resistência e os processos de construção identitária de médicas negras. A própria escrita caroliniana manifesta-se como ato de resistência: “Quando eu não tenho nada o que comer, em vez de xingar eu escrevo”⁶. Na mesma direção, Kilomba⁵ oferece a “descolonização do eu” como caminho de superação do trauma colonial, movimento íntimo de tornar-se um “sujeito falante, falando de sua própria realidade” que subverte a ordem opressora do silêncio.

A lacuna de dados quantitativos sobre residentes mulheres negras² representa não apenas um obstáculo empírico, mas também uma convocação para pesquisas qualitativas que confirmem profundidade analítica a essas experiências. Tais investigações mostram-se cruciais para aprofundar a compreensão do que Gonçalves⁵¹ conceitua como “políticas do negativo”. Esse mecanismo, pelo qual o racismo opera por meio de “ausências, lapsos e buracos” institucionais, revela que a discriminação materializa-se precisamente onde o cuidado e a assistência deixam de existir. O “quarto de despejo” encarna assim a materialização desse negativo: espaço definido pela omissão, negligência e invisibilidade institucional.

Estudos futuros poderiam explorar como esses vazios assistenciais concretizam-se nas diferentes especialidades médicas; de que modo as residentes negras negociam as carências de mentoria e recursos; e como subvertem a cultura do “protesto masculino”⁵² em sua prática cotidiana. Para além desses questionamentos, impõe-se compreender como essas trajetórias de formação inscrevem-se na saúde mental e nas escolhas profissionais dessas mulheres. Responder a essas ausências significaria contribuir para forjar uma pedagogia médica radicalmente antirracista e antissexista, lastreada em políticas de permanência e formação docente que transcendam a mera reserva de vagas e comecem a sanar esses vazios estruturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso analítico demonstrou a notável potência heurística da metáfora do “quarto de despejo” para desvelar os mecanismos das exclusões racial e de gênero na residência médica. Longe de ser um mero depósito de corpos marginalizados, esse espaço simbólico constitui uma construção ativa, operada tanto pelo poder disciplinar foucaultiano quanto, de modo mais insidioso, pelas “políticas do negativo”. A exclusão materializa-se não apenas em atos explícitos, mas fundamentalmente nas ausências, nos silêncios e nos vazios institucionais que marcam a trajetória formativa da residente negra.

Se, por um lado, este estudo cartografou tais mecanismos opressivos, por outro, recusou-se a neles se aquietar. Ao integrar teorias da resistência à análise, percebe-se que o “quarto de despejo” pode ser lido também como espaço de contrapoder: nele, o trabalho cotidiano de sobrevivência institucional ressoa na busca persistente por reconhecimento, e a “dororidade” floresce como arquitetura política de solidariedade que confronta o currículo oculto do isolamento. A principal contribuição deste trabalho reside neste duplo movimento: deslocar o olhar da pura exclusão para a dinâmica tensa e criativa entre estrutura e agência.

Desse duelo dialético emergem implicações profundas e urgentes para a educação médica. Fica evidente que as políticas de acesso, embora necessárias, esgotam seu potencial quando não questionam os alicerces da cultura institucional. Superar a “educação bancária” e a “violência epistêmica” exige uma pedagogia que não apenas inclua, mas também centralize e valide as experiências e os saberes dos grupos historicamente silenciados. Para tanto, os achados desta análise apontam para a necessidade de transformações estruturais em múltiplas dimensões dos programas de residência.

No plano pedagógico-curricular, é imperativa a implementação de um currículo antirracista obrigatório e longitudinal, que articule o racismo como processo de determinação social da saúde à prática clínica e que redirecione o conceito de profissionalismo médico para incluir a justiça social e a ação antirracista como competências fundamentais. Paralelamente, torna-se fundamental a capacitação de residentes e preceptores para o reconhecimento e o enfrentamento de microagressões e vieses implícitos.

No âmbito institucional, são necessárias políticas rigorosas, com mecanismos seguros de denúncia contra assédio e discriminação, aliadas à revisão crítica dos processos avaliativos, de modo a eliminar vieses raciais e de gênero. Igualmente vital é promover ações afirmativas que ampliem a representatividade de docentes e de pessoas negras em posições de coordenação e tomada de decisão, criando referências e combatendo o isolamento.

No campo do suporte, os programas devem reconhecer o sofrimento das residentes negras como trauma de discriminação e injúria moral, e não como falha individual, oferecendo apoio psicológico especializado. A criação e o fomento de espaços de afinidade e redes de apoio entre pares constituem estratégias essenciais de cuidado coletivo e resistência. Por fim, a transformação da cultura organizacional depende do monitoramento contínuo do clima institucional com dados desagregados e da oferta de mentoria estruturada que auxilie na navegação das barreiras invisíveis da carreira.

Para o contexto brasileiro, torna-se claro que a mera importação de modelos puramente normativos ou de conformidade regulatória é insuficiente. É preciso descolonizar a residência médica, confrontando diretamente o *habitus* médico elitista e branco que estrutura suas hierarquias. O maior desafio reside em construir uma cultura institucional em que a denúncia não signifique o fim da carreira de quem denuncia e a dororidade se converta em poder coletivo e em uma prática médica verdadeiramente emancipatória.

Nesse horizonte de transformação, delineiam-se os caminhos para pesquisas futuras. O vazio persistente sobre as trajetórias de residentes negras clama por investigações qualitativas que capturem a textura completa dessas experiências. É urgente acompanhar como as “políticas do negativo” se manifestam nas diferentes especialidades, como os espaços de “dororidade” tecem redes de contrapoder e, sobretudo, como traduzir esses saberes da resistência em propostas curatoriais antirracistas. Ao final desta jornada, compreende-se que escutar Carolina não é apenas diagnosticar as estruturas de confinamento, mas encontrar em sua escrevivência as chaves para uma prática médica como exercício cotidiano de liberdade.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Jessica Corrêa Pantoja foi responsável pela conceituação do estudo e pela metodologia, elaboração do rascunho original e administração do projeto. José Lúcio Martins Machado e Maria Elisa Gonzalez Manso foram responsáveis pela supervisão, validação, revisão e edição do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito para submissão.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

REFERÊNCIAS

1. Santos PS dos, Becker KL, Oliveira SV de. Race-based affirmative action for higher education in Brazil: impact assessment on performance, time, and delay in completion. *Rev Dev Econ*. 2023;27:247-67.
2. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2025. Brasília: Ministério da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Associação Médica Brasileira; 2025 [acesso em 29 ago 2025]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf.
3. Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2020.
4. Martins MT de SL, Taquette SR. O racismo e o sexismo na trajetória das estudantes de Medicina negras: uma revisão integrativa. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2024;28. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.230343>.
5. Kilomba G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
6. Jesus CM de. Quarto de despejo: diário de uma favelada. 10a ed. São Paulo: Ática; 2015.
7. Evaristo C. A escrevivência e seus subtextos. In: Evaristo C. *Escrevivência: a escrita de nós – reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo*. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte. p. 26-46; 2020.
8. Ricoeur P. Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação. Rio de Janeiro: Edições 70; 2009.
9. Gadamer H-G. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 15a ed. Petrópolis: Vozes; 2015. v. 1
10. Creswell JW. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. 3a ed. Porto Alegre: Penso; 2014.
11. Hafferty FW. Beyond curriculum reform. *Acad Med*. 1998;73:403-7.
12. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
13. Piedade V. Dororidade. São Paulo: Nós; 2017.
14. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5:210. doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
15. Foster ED, Deardorff A. Open Science Framework (OSF). *Journal of the Medical Library Association*; doi: <https://doi.org/10.5195/jmla.2017.88>.
16. Pantoja JC, Machado JLM, Manso MEG. The “quarto de despejo” metaphor: racial and gender exclusion in medical residency. *Open Science Framework*. 2025. doi: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/G6EQV>.
17. Borret RH, Araujo DHS de, Belford PS, Oliveira DOPS de, Vieira RC, Teixeira DS. Reflexões para uma prática em saúde antirracista. *Rev Bras Educ Med*. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200405>.
18. Dyrbye L, Herrin J, West CP, Wittlin NM, Dovidio JF, Hardeman R, et al. Association of racial bias with burnout among resident physicians. *JAMA Netw Open*. 2019;2:e197457.
19. Law M, Lam M, Wu D, et al. Changes in personal relationships during residency and their effects on resident wellness: a qualitative study. *Acad Med*. 2017;92:1601-6.
20. Medlock M, Weissman A, Wong SS, Carlo A, Zeng M, Borba C, et al. Racism as a unique social determinant of mental health: development of a didactic curriculum for psychiatry residents. *MedEdPORTAL*. doi: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10618.
21. Nguemeni Tiako MJ, Ray V, South EC. Medical schools as racialized organizations: how race-neutral structures sustain racial inequality in medical education – a narrative review. *J Gen Intern Med*. 2022;37:2259-66. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07500-w>
22. Ogunnowo S, Zakrisson TL, Baird B, Erben Y, Tung EL, Yang JP, et al. Exploring experiences of traumatic microaggressions toward surgeons and surgical residents. *J Surg Res*. 2024;295:191-202. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.10.018>
23. Owusu-Akyaw K. The forward movement: amplifying black voices on race and orthopaedics – who is the imposter? *Clin Orthop Relat Res*. 2022;480:244-5.
24. Pololi LH, Brennan RT, Civian JT, Shea S, Brennan-Wydra E, Evans AT. Us, too. Sexual harassment within academic medicine in the United States. *Am J Med*. 2020;133:245-8.
25. Thibodeau P, Bosma GN, Hochheimer CJ, et al. The moderating effects of moral injury and discrimination trauma on women physician trainees’ well-being. *J Gen Intern Med*. 2025;40:2679-86. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09434-5>
26. Tokeshi AB, Santos RA dos, Nogueira-Martins LA, et al. Moral harassment and mental health in medical residents: a longitudinal study. *Braz J Psychiatry*. doi: <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2024-3579>.

27. Zaidi Z, Razack S, Kumagai AK. Professionalism revisited during the pandemics of our time: covid-19 and racism. *Perspect Med Educ*. 2021;10:238-44.
28. Rampin R, Rampin V. Taguette: open-source qualitative data analysis. *J Open Source Softw*. 2021;6:3522.
29. Guba EG, Lincoln YS. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *ECTJ* 1982;30:233-52.
30. Santomé Torres J. El currículo oculto. 8a ed. Madrid: Morata; 2013.
31. Fricker M. Epistemic injustice. Oxford University Press; 2007. doi: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>.
32. Carel H, Kidd JJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care Philos*. 2014;17:529-40.
33. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Wittlin NM, Dovidio JF, Hardeman R, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89:443-51.
34. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13:e0206840.
35. Sevalho G. Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. *Cad Saude Publica*. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt035724>.
36. Almeida SL de. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen; 2019.
37. Conselho Federal de Medicina. CFM se posiciona contra cotas em residências médicas. CFM; 2024 [acesso em 7 nov 2024]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-se-posiciona-contracotas-em-residencias-medicas>.
38. Rodrigues B. Após repercussão negativa, CFM desiste de recorrer contra cotas para negros e indígenas em exame de residência médica. *Cable News Network Brasil*; 2024 [acesso em 2 set 2025]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/blogs/basilia-rodrigues/politica/apos-repercussao-negativa-cfm-desiste-de-recorrer-contracotas-para-negros-e-indigenas-em-exame-de-residencia-medica/>.
39. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 27a ed. Petrópolis: Vozes; 1987.
40. hooks b. Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2013.
41. Camargo Jr. KR de. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *Physis*. 2007;17:63-76.
42. Kemp A, Edler FC. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2004;11:569-85.
43. McLaren P. Life in schools: an introduction to critical pedagogy in the foundations of education. 5th. New York: Prentice Hall; 2006.
44. Klein R, Ufere NN, Schaeffer S, Julian K, Rao SR, Koch J, et al. Association between resident race and ethnicity and clinical performance assessment scores in graduate medical education. *Acad Med*. 2022;97:1351-9.
45. GiglioAyers P, Foley CE, Cronin B, Burrell D. Investigating racial/ethnic differences in procedure experience in obstetrics & gynecology trainees at a single academic institution: a retrospective cohort study. *BMC Med Educ*. 2024;24:561.
46. Venkataraman S, Nguyen M, Chaudhry SI, Desai MM, Hajduk AM, Hyacinth, et al. Racial and ethnic discrimination and medical students' identity formation. *JAMA Netw Open*. 2024;7:e2439727.
47. Apple MW. Ideologia e currículo. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
48. Saviani D. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. 8a ed. Campinas: Autores Associados; 2013.
49. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
50. Santos GAO. Quarto de despejo de Carolina Maria de Jesus: testemunho de uma existência condenada. *PragMATIZES*. 2018;77.
51. Gonçalves MM. Raça, racismo e saúde: políticas do negativo. Universidade de São Paulo; 2023. doi: <https://doi.org/10.11606/T.6.2023.tde-22022024-143253>.
52. Bleakley A. Gender matters in medical education. *Med Educ*. 2013;47:59-70.
53. Leite AF dos S, Oliveira TRM de. Sobre educar médicas e médicos: marcas de gênero em um currículo de Medicina. *Estud Fem*. 2015;23:779-801.
54. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real*. 2017;20:71-99.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.