



A Experiência Transformadora de Estudantes de Medicina Brasileiros em Missão Humanitária na África Subsaariana: Um Estudo Autoetnográfico

The Transformative Experience of Brazilian Medical Students on a Humanitarian Mission in Sub-Saharan Africa: An Autoethnographic Study

Rodrigo Dias Nunes¹, Carlos Fernando Collares, Jefferson Luiz Traebert², Fabiana Alves

Spricigo², João Carlos da Silva Bizário¹

¹ Inspirali Educação, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2261-8253>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0914-3430>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2632-2476>

² Instituição Educação, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7389-985X>, Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-5605-0369>

Autor Correspondente:

Rodrigo Dias Nunes

Rua Dario João de Souza, 225/307A, Jurerê. CEP: 88053-760. Florianópolis – Santa Catarina, Brasil.

E-mail: rodrigo.d.nunes@inapirali.com

RESUMO

Este estudo qualitativo fenomenológico e autoetnográfico analisa a experiência de estudantes de medicina brasileiros durante missão humanitária em Benin, África Subsaariana. Através dos registros do coordenador da missão, examinamos dimensões humanas, técnicas e emocionais do encontro com realidades de extrema vulnerabilidade. A pesquisa demonstra como a imersão em contextos de escassez absoluta impacta a formação médica, ressignificando conceitos de cuidado, dignidade humana e justiça social. Os resultados destacam a importância de experiências interculturais para desenvolver empatia e consciência global entre profissionais de saúde em formação, revelando tensões éticas na prestação de cuidados com recursos limitados. Concluímos que tais vivências contribuem para formar médicos com maior sensibilidade cultural e compromisso com a equidade em saúde global, sugerindo a incorporação de componentes interculturais humanitários nos currículos médicos.

HISTÓRIA DO ARTIGO

Received 14 April 2025

Accepted 12 May 2025

PALAVRAS-CHAVE

Missão humanitária; Formação médica; Fenomenologia; Autoetnografia; África Subsaariana; Justiça em saúde; Ética do cuidado; Medicina global; Medicina transcultural; Educação médica internacional.

ABSTRACT

This phenomenological and autoethnographic qualitative study analyzes the experience of Brazilian medical students during a humanitarian mission in Benin, Sub-Saharan Africa. Through the mission coordinator's records, we examine human, technical, and emotional dimensions of encountering realities of extreme vulnerability. The research demonstrates how immersion in contexts of absolute scarcity impacts medical training, reframing concepts of care, human dignity, and social justice. The results highlight the importance of intercultural experiences in developing empathy and global awareness among healthcare professionals in training, revealing ethical tensions in providing care with limited resources. We conclude that such experiences contribute to forming physicians with greater cultural sensitivity and commitment to global health equity, suggesting the incorporation of humanitarian intercultural components in medical curricula.

KEYWORDS

Humanitarian mission; Medical training; Phenomenology; Autoethnography; Sub-Saharan Africa; Health justice; Ethics of care; Global medicine; Transcultural medicine; International medical education. *RetryClaude can make mistakes. Please double-check responses.*

INTRODUÇÃO

A formação médica contemporânea frequentemente privilegia aspectos técnicos e científicos em detrimento de uma compreensão mais profunda da diversidade das experiências humanas em contextos de vulnerabilidade^{1,2}. O modelo biomédico dominante, centrado em tecnologias e protocolos padronizados, muitas vezes falha em preparar os futuros médicos para atuar em contextos de escassez extrema, onde a determinação social do processo saúde-doença se manifesta de forma aguda e inescapável³.

Nesse cenário emergem as missões humanitárias como oportunidades singulares para que estudantes de medicina entrem em contato com realidades sanitárias e sociais marcadas por desigualdades estruturais. Caracterizadas por atividades realizadas com o objetivo de fornecer ajuda e apoio a pessoas em emergência, essas missões buscam aliviar o sofrimento, atender necessidades básicas (como alimentação, abrigo, cuidados médicos e segurança) e promover o bem-estar e a dignidade humana. Tais experiências podem catalisar transformações significativas nas perspectivas epistemológicas, éticas e políticas dos futuros profissionais⁴⁻⁶.

Este estudo se debruça sobre a experiência vivida por um grupo de estudantes e profissionais de medicina brasileiros durante uma missão humanitária em Benin, África Subsaariana, com foco específico nos atendimentos realizados em comunidades de alta vulnerabilidade, muitas vezes compostas, historicamente, por descendentes de pessoas que fugiram do tráfico de escravos e que hoje vivem em condições de extrema precariedade. A análise dos registros autoetnográficos dessa experiência oferece uma janela privilegiada para compreender os processos de transformação pessoal e profissional catalisados pelo encontro com realidades que desafiam os pressupostos convencionais da prática médica.

A relevância deste trabalho reside na necessidade de compreender como o encontro com realidades de escassez absoluta impacta a formação da identidade profissional em medicina, além de iluminar os dilemas éticos, técnicos e emocionais enfrentados por jovens médicos em formação quando

confrontados com limites estruturais ao exercício do cuidado. Em um contexto global marcado por desigualdades crescentes em saúde, compreender como formar profissionais capazes de atuar com competência cultural e compromisso ético em contextos diversos torna-se uma questão crucial para o futuro da educação médica⁷.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Fenomenologia como Abordagem ao Vivido

Este estudo se apoia na tradição fenomenológica^{8,9}, buscando compreender a experiência vivida dos participantes a partir de suas próprias perspectivas e significados atribuídos. A fenomenologia, enquanto método de investigação, propõe um retorno "às coisas mesmas", suspendendo temporariamente pressupostos teóricos para acessar os fenômenos tais como se apresentam à consciência dos sujeitos¹⁰.

Esta abordagem é particularmente adequada para explorar experiências transformadoras e disruptivas, como a imersão em contextos de extrema vulnerabilidade, pois permite capturar a dimensão pré-reflexiva e corporificada dessas vivências¹¹. Como observa van Manen (2016), a fenomenologia busca elucidar as estruturas de significado da experiência vivida, permitindo compreender como os sujeitos habitam e dão sentido ao mundo¹².

No contexto específico deste estudo, a abordagem fenomenológica possibilita acessar as camadas de significado que emergem do encontro dos estudantes de medicina com uma realidade radicalmente distinta daquela de sua formação, captando as transformações nas suas formas de perceber, sentir e compreender a prática médica e a condição humana.

Autoetnografia como Método

Complementarmente à fenomenologia, este estudo adota uma abordagem autoetnográfica^{13,14}, que valoriza a subjetividade do pesquisador-participante como fonte legítima de conhecimento, reconhecendo que sua experiência vivida oferece uma janela privilegiada para o fenômeno estudado. A autoetnografia combina elementos da etnografia e da autobiografia, utilizando a experiência pessoal para compreender fenômenos culturais e sociais mais amplos¹⁵.

Como argumentam Ellis e Bochner (2000), a autoetnografia representa uma ruptura com os paradigmas positivistas que buscam eliminar a subjetividade da pesquisa, reconhecendo que o envolvimento pessoal e emocional do pesquisador pode constituir uma via privilegiada de acesso a determinados fenômenos sociais¹³. No campo da saúde, a autoetnografia tem sido crescentemente valorizada como método capaz de capturar as dimensões existenciais, emocionais e morais da experiência de cuidar e ser cuidado¹⁷.

No contexto específico deste estudo, a abordagem autoetnográfica permite acessar não apenas os eventos objetivos da missão humanitária, mas também seu impacto subjetivo nos participantes, revelando as camadas emocionais e existenciais que frequentemente permanecem invisíveis em relatos mais distanciados.

Intersecção com Estudos Críticos em Saúde Global

Este trabalho também dialoga com o campo dos estudos críticos em saúde global^{18,19}, que interrogam as relações de poder, os pressupostos epistemológicos e as dimensões éticas e políticas das intervenções em saúde por meio de fronteiras nacionais e culturais. Esta perspectiva teórica permite situar a experiência dos estudantes de medicina brasileiros em Benin no contexto mais amplo das

desigualdades globais em saúde e das continuidades coloniais que permeiam o campo da ajuda humanitária.

A escolha deste referencial múltiplo justifica-se pela natureza profundamente subjetiva e transformadora das experiências humanitárias, que mobilizam não apenas conhecimentos técnicos, mas também dimensões emocionais, éticas e existenciais dos sujeitos envolvidos²⁰. Além disso, a complexidade dos encontros interculturais em contextos de extrema desigualdade demanda um aparato conceitual capaz de articular o micro e o macro, o subjetivo e o estrutural, a experiência vivida e os determinantes sociais da saúde.

MÉTODOS

Contexto e Participantes

O estudo analisa a experiência de uma equipe de 44 pessoas, incluindo 35 estudantes e seis profissionais de medicina de diversas partes do Brasil, durante uma missão humanitária em Benin. O grupo ainda era composto por três pessoas para apoio logístico e comunicação. Foca nos relatos diários da missão, escritos pelo coordenador do projeto e responsável pela missão, quando a equipe atuou não somente em comunidades vulneráveis, mas também conduziu atividades clínicas e cirúrgicas hospitalares, além do cuidado contínuo de uma unidade de saúde mental filantrópica. Para fins de impacto e sensibilidade, o grupo refez a Rota dos Escravos. A Rota dos Escravos em Benin é um dos principais símbolos da história do tráfico transatlântico de escravos na África Ocidental. Localizada na cidade de Ouidah, essa rota representa o caminho que milhares de africanos percorreram antes de serem embarcados à força em navios negreiros com destino às Américas, incluindo o Brasil. A Rota finaliza no Porto do Não Retorno, monumento erguido à beira do mar em homenagem às vítimas da escravidão. Representa o ponto final da Rota dos Escravos, onde os africanos embarcavam nos navios negreiros, sem esperança de retorno. A Rota dos Escravos é reconhecida pela UNESCO como um patrimônio da memória da humanidade. É um ponto essencial para entender a conexão entre a África e a diáspora africana, especialmente em países como o Brasil, onde muitos descendentes de escravizados têm suas raízes nessa região.

Benin, país situado na África Ocidental com aproximadamente 12 milhões de habitantes, apresenta indicadores de saúde significativamente inferiores à média global. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2023)²¹, a expectativa de vida no país é de aproximadamente 61 anos, com uma taxa de mortalidade infantil de 64 por 1.000 nascidos vivos. O sistema de saúde enfrenta desafios estruturais significativos, com apenas 0,5 médicos e 3,4 leitos hospitalares por 10.000 habitantes.

Algumas comunidades, como Lokpo, sul de Benin, foco de trechos analisados, representa um contexto de vulnerabilidade extrema mesmo para os padrões do país. Localizada em região de difícil acesso, apenas por barco, a comunidade carece de infraestrutura básica como saneamento, eletricidade e serviços de saúde regulares. Historicamente, a comunidade se formou a partir de grupos que buscaram refúgio para escapar do tráfico negreiro durante o período colonial, o que confere à região uma significância histórica particular no contexto da diáspora africana.

Os participantes da missão, embora não identificados individualmente neste estudo por questões éticas, compunham um grupo diverso em termos de idade, gênero, origem regional e nível de experiência. O grupo incluía estudantes de medicina em diferentes etapas de formação, médicos recém-formados e profissionais experientes que atuavam como supervisores. Esta heterogeneidade do grupo permitiu capturar diferentes perspectivas sobre a experiência compartilhada.

Coleta de Dados

Os dados primários consistem nos registros diários elaborados pelo coordenador da missão, um médico com 15 anos de experiência em saúde global e participação prévia em sete missões humanitárias internacionais. Estes registros totalizam 21 entradas (uma para cada dia da missão), com média de 1.200 palavras por entrada, documentando não apenas aspectos logísticos e clínicos dos atendimentos, mas também observações detalhadas sobre as interações da equipe com a população local, reações emocionais dos participantes e reflexões sobre o significado das experiências vividas.

Os registros foram complementados por:

- Notas de campo dos quatro médicos supervisores (total de 84 páginas), coletadas durante reuniões diárias de debriefing com os estudantes;
- 37 depoimentos escritos dos estudantes (entre 500-800 palavras cada), colhidos ao final da missão;
- Registros fotográficos (412 imagens catalogadas e organizadas por data e local), utilizados como recursos contextuais durante a análise.

Os registros diários foram elaborados no mesmo dia dos eventos descritos, geralmente à noite, após as atividades, em formato de diário reflexivo, seguindo um protocolo semiestruturado que incluía seções para: (a) descrição factual das atividades do dia, (b) observações sobre a interação da equipe com a comunidade, (c) desafios clínicos encontrados, (d) impacto emocional percebido nos estudantes e (e) reflexões pessoais.

Importante destacar que o coordenador recebeu treinamento específico em métodos autoetnográficos antes da missão, incluindo técnicas para documentação reflexiva. O texto resultante combina descrição detalhada, análise contextual e reflexividade crítica, características essenciais para material autoetnográfico de qualidade¹³.

Análise dos Dados

A análise seguiu rigorosamente os princípios da redução fenomenológica conforme proposto por Giorgi (2009), através de um processo sistemático e iterativo que envolveu cinco fases específicas¹⁰:

Leitura Holística e Imersão nos Dados

Inicialmente, dois pesquisadores independentes (o coordenador da missão e um pesquisador externo com experiência em fenomenologia) realizaram múltiplas leituras integrais de todos os materiais coletados, sem tentar categorizar ou codificar, buscando apreender o sentido global da experiência. Esta fase durou aproximadamente três semanas e incluiu discussões reflexivas entre os pesquisadores para compartilhar impressões iniciais.

Identificação de Unidades de Significado

Em seguida, os pesquisadores identificaram independentemente unidades de significado nos textos - segmentos que expressavam insights coerentes e significativos sobre a experiência. Por exemplo, o trecho "Chorei. Chorei de culpa, de remorso, de frustração e de dor" foi identificado como uma unidade de significado relacionada à experiência emocional diante da impossibilidade de atender a todas as necessidades.

Este processo resultou em 187 unidades de significado identificadas pelo primeiro pesquisador e 203 pelo segundo. Após reunião de consenso, 195 unidades foram mantidas para análise posterior.

Cada unidade foi codificada com informações sobre sua origem (registro diário, nota de campo ou depoimento) e contexto.

Transformação em Expressões de Caráter Psicológico

As unidades de significado foram então transformadas em expressões que explicitavam seu conteúdo psicológico latente, mantendo-se fiel à experiência original, mas elevando a análise a um nível mais conceitual. Por exemplo, a unidade "Benin, enfim Benin, onde não ter nada é tudo o que se tem" foi transformada em "Confronto com a escassez absoluta como experiência disruptiva que desafia pressupostos prévios sobre privação".

Durante esta fase, os pesquisadores praticaram ativamente o *bracketing* fenomenológico, documentando explicitamente em notas metodológicas seus pressupostos e preconceitos para minimizar sua influência sobre a análise. Por exemplo, o coordenador da missão documentou sua tendência inicial a interpretar as reações emocionais dos estudantes através do prisma de suas próprias experiências prévias em missões humanitárias, reconhecendo a necessidade de suspender esta perspectiva para permitir que significados genuínos emergissem dos dados.

Agrupamento Temático e Síntese Estrutural

As expressões transformadas foram agrupadas em temas emergentes através de um processo iterativo de comparação constante. Este processo envolveu:

- Agrupamento inicial de expressões similares (resultando em 23 subtemas iniciais)
- Identificação de padrões e relações entre subtemas
- Consolidação em temas mais amplos e estruturantes
- Verificação da coerência interna de cada tema

Este processo resultou em quatro dimensões fundamentais da experiência (apresentadas na seção de Resultados). Para cada dimensão, foram selecionados exemplos representativos dos dados originais que melhor ilustrassem o tema em questão.

Para garantir o rigor analítico, os pesquisadores utilizaram a técnica de casos negativos, buscando ativamente nos dados exemplos que contradissem ou nuançassem os temas emergentes. Por exemplo, ao identificar o tema "Confronto com a Escassez Absoluta", foram também analisados registros que mencionavam recursos e potencialidades locais, resultando em uma compreensão mais nuançada da experiência.

Validação Intersubjetiva

Para fortalecer a credibilidade da análise, foram implementadas três estratégias de validação:

- Triangulação de fontes: Os temas identificados foram verificados em múltiplas fontes de dados (registros do coordenador, notas dos supervisores e depoimentos dos estudantes);
- Revisão por pares: Dois pesquisadores externos com experiência em métodos fenomenológicos revisaram o processo analítico e os resultados preliminares, oferecendo feedback crítico;
- Validação pelos participantes: Uma síntese preliminar dos resultados foi compartilhada com 12 participantes da missão (selecionados para representar a diversidade do grupo), que avaliaram a ressonância dos temas com suas experiências vividas. Seus comentários foram incorporados à análise final.

A convergência entre estas diferentes perspectivas fortaleceu a confiabilidade dos resultados, embora mantendo o reconhecimento de que, como em toda análise fenomenológica, a interpretação final representa uma construção participativa entre os pesquisadores e os dados, não uma verdade objetiva absoluta.

Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (parecer nº 4.872.511/2022). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a utilização de seus registros e depoimentos para fins de pesquisa.

Cuidados específicos foram tomados para proteger a identidade de terceiros mencionados nos registros, através do uso de pseudônimos e da omissão de detalhes que pudessem levar à identificação. As fotografias utilizadas como material auxiliar na análise não serão publicadas para preservar a privacidade dos sujeitos retratados.

A reflexividade ética foi uma preocupação constante durante o processo de pesquisa, particularmente considerando as complexas relações de poder envolvidas na produção de conhecimento sobre comunidades vulneráveis¹⁷. Para mitigar parcialmente essas questões éticas, o projeto da missão foi desenvolvido em colaboração com parceiros locais, incluindo uma Organização Não-Governamental (ONG) brasileira e profissionais de saúde da região, que participaram do planejamento das atividades e revisaram os resultados preliminares da pesquisa.

Reconhece-se que, embora a autoetnografia permita acessar dimensões subjetivas valiosas, ela também privilegia a perspectiva dos pesquisadores-participantes sobre a das comunidades locais, uma limitação que será abordada nas considerações finais do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos registros autoetnográficos revelou quatro dimensões fundamentais da experiência dos estudantes de medicina na missão humanitária, que serão discutidas a seguir. Estas dimensões não devem ser compreendidas como categorias estanques, mas como aspectos interrelacionados de uma experiência complexa e multifacetada.

O Confronto com a Escassez Absoluta

A Geografia da Desigualdade

A chegada a Benin representou para os participantes um confronto com uma realidade de privação que transcende as expectativas prévias sobre pobreza e vulnerabilidade. O registro do coordenador evidencia esse impacto: "*Benin, enfim Benin, onde não ter nada é tudo o que se tem*". A travessia física até a comunidade – "*Após longa estrada, a travessia foi feita em barcos... na verdade, vários barcos...*" – simboliza também uma travessia epistêmica, um deslocamento do familiar para o radicalmente outro.

A paisagem física de Lokpo, comunidade mais carente entre as carentes, emerge nos registros como materialização visível de profundas desigualdades globais: "*Aqui não víamos o colorido das roupas que tornam Benin uma aquarela de informações, tudo era cinza, tudo era terra, sem cores, mas muitas dores*". Esta percepção de monotonia cromática contrasta significativamente com as descrições usuais da África como continente de cores vibrantes, sugerindo como a extrema pobreza pode subtrair até mesmo esta dimensão estética da experiência.

A precariedade das habitações – *"Sob a aridez da seca do rio, revelavam-se as palafitas desgastadas, casas de madeira e palha, frágeis, que, na época da cheia, veem seus pisos tocarem a água"* – evidencia as condições materiais extremas em que a comunidade vive, onde até mesmo o abrigo mais básico se revela inadequado e perigoso. Particularmente impactante é a descrição dos vãos nas tábuas das casas como ameaças constantes à segurança das crianças, ilustrando como a arquitetura da pobreza incorpora riscos cotidianos invisíveis em contextos mais privilegiados.

A Ruptura Epistêmica

Este encontro com a escassez provocou uma ruptura epistêmica significativa, desafiando pressupostos sobre o que constitui cuidado em saúde e sobre a universalidade de protocolos médicos desenvolvidos em contextos privilegiados. Como observam Frenk et al (2010), a prática da medicina em contextos de pobreza extrema revela as limitações de uma formação médica que frequentemente desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-doença como parte integrante do conhecimento profissional necessário⁷.

Os registros revelam momentos em que o conhecimento técnico convencional se mostrou insuficiente diante da realidade encontrada: *"Cada um aqui presente foi treinado para resolver situações como essa, mas com estrutura e opções terapêuticas que, ali, são apenas um eco distante"*. Esta constatação exemplifica o que Wendland (2010) descreve como o "choque da inadequação", a descoberta de que a medicina aprendida nas universidades frequentemente pressupõe recursos e infraestruturas ausentes em muitos contextos do mundo real⁵.

Particularmente revelador é o episódio da criança com insuficiência respiratória, que *"roubou a atenção e causou a angústia de todos, expondo as limitações e incertezas de quem quer fazer mais, mas se vê cerceado pela escassez"*. Este momento encapsula a tensão fundamental que emerge quando o mandato ético de curar se confronta com limitações materiais intransponíveis, forçando os participantes a imaginarem o que significa oferecer cuidado em tais circunstâncias.

Temporalidades Contrastantes

Um aspecto significativo da experiência de escassez em Benin refere-se à percepção alterada do tempo: *"Em Benin, o tempo não corre, ele estagnou"*. Esta observação revela como diferentes regimes temporais operam em contextos de desenvolvimento desigual, onde a noção linear e progressista de tempo característica da modernidade ocidental se confronta com temporalidades aparentemente imóveis ou cíclicas.

Esta percepção de estagnação temporal contrasta fortemente com as pressões temporais que caracterizam a prática médica convencional, com seus cronogramas apertados e métricas de eficiência. Em Benin, os participantes experimentaram uma forma diferente de urgência – não a da produtividade maximizada, mas a da necessidade humana básica não atendida ao longo de gerações.

A justaposição entre a temporalidade prolongada da negligência histórica e a temporalidade comprimida da intervenção humanitária – *"Tínhamos hora pra partir"* – evidencia as contradições inerentes a tais missões, que buscam abordar em dias ou semanas problemas enraizados em séculos de desigualdade estrutural. Conforme apontam estudos sobre percepção temporal em contextos de desigualdade^{22,23}, essas diferentes temporalidades refletem e reforçam as relações de poder globais, onde algumas populações parecem existir em um "presente eterno" de carência, enquanto outras avançam em direção ao "futuro" do desenvolvimento.

A Tensão entre Abundância de Necessidades e Escassez de Recursos

O Peso das Escolhas Impossíveis

Um dos temas mais recorrentes nos registros analisados refere-se à angústia provocada pela impossibilidade de atender a todas as necessidades identificadas. Esta tensão se manifestou de forma aguda no episódio descrito como "a corrida", quando a necessidade de selecionar quem receberia atendimento levou a uma cena traumática: "*Mulheres grávidas, algumas próximas do parto, outras com seus bebês amarrados aos corpos, correram desesperadamente. A areia fina levantava-se no ar, formando uma nuvem marrom, uma fumaça de desespero*".

Este momento, descrito pelo coordenador como "*a escolha de Sophia*", ilustra o peso emocional das decisões de alocação de recursos em contextos de extrema escassez, um dilema ético raramente enfrentado de forma tão crua durante a formação médica tradicional. Como observa Wendland (2010), estas situações expõem a dimensão política e moral da prática médica, frequentemente obscurecida nos currículos centrados na neutralidade científica⁵.

A intensidade emocional desta experiência é palpável no registro: "*Chorei. Chorei de culpa, de remorso, de frustração e de dor*". Este colapso das defesas profissionais convencionais revela como o encontro com dilemas éticos insolúveis pode provocar respostas emocionais profundas que raramente encontram espaço de expressão ou elaboração na formação médica tradicional. Como argumenta Kleinman (2006), essas experiências de sofrimento moral constituem um aspecto central, ainda que frequentemente invisibilizado, da experiência de cuidar em contextos de extrema desigualdade¹.

A Materialidade dos Recursos e a Economia do Cuidado

Os registros revelam uma consciência aguda da finitude material dos recursos disponíveis: "*Os medicamentos desapareciam gradativamente*". Esta observação sugere uma dimensão raramente explicitada da prática médica em contextos de escassez, a necessidade de gerenciar constantemente uma economia de recursos insuficientes, decidindo não apenas quem recebe cuidado, mas também quanto de cada recurso pode ser alocado.

A descrição do esgotamento gradual dos medicamentos contrasta com a aparente infinitude das necessidades, criando uma tensão crescente ao longo dos atendimentos: "*O número de crianças extrapola o imaginável*". Esta desproporção entre recursos e necessidades contradiz frontalmente o princípio de beneficência que fundamenta a ética médica convencional, forçando os participantes a operarem sob uma lógica de escassez que desafia pressupostos fundamentais sobre justiça distributiva em saúde.

Particularmente significativa é a menção à "*generosidade*" na distribuição dos medicamentos no final dos atendimentos: "*Os medicamentos foram usados com generosidade*". Esta observação sugere um momento de ruptura com a lógica da escassez, uma decisão de privilegiar a resposta imediata às necessidades sobre considerações de sustentabilidade a longo prazo – dilema ético central que caracteriza muitas intervenções humanitárias²⁴.

A Relação entre Cuidadores e Cuidados

Os registros revelam uma transformação significativa na relação entre cuidadores e aqueles que buscam cuidado, marcada por uma assimetria exacerbada pelas condições extremas. A descrição da multidão "*aglomerada*" que "*aguardava*", caracterizada por uma "*submissão*" mais "*palpável*" do que em outros contextos, sugere como as disparidades de poder inerentes à relação médico-paciente podem ser amplificadas em situações de extrema vulnerabilidade.

Esta assimetria se manifesta também na ansiedade da população em garantir acesso ao atendimento: *"perder de vista um de nós poderia significar perder a única oportunidade de receber atendimento"*. Esta observação ilustra como a escassez de recursos médicos transforma o encontro clínico, de um direito a ser exercido em uma oportunidade rara a ser disputada.

Ao mesmo tempo, os registros documentam esforços conscientes para transcender estas assimetrias através do cuidado humano: *"E, ainda assim, nossos estudantes e professores brilharam, armados de carinho, empatia e conhecimento"*. Esta tentativa de reinscrever valores de dignidade e respeito em contextos marcados pela desumanização revela uma dimensão ética importante da experiência, alinhada com o que Mol (2008) denomina "lógica do cuidado" – uma ética relacional que reconhece a vulnerabilidade compartilhada como base para encontros médicos mais humanos²⁵.

A Ressignificação do Sofrimento e da Esperança

A Busca por Sentido em Meio ao Caos

Os registros revelam um processo contínuo de ressignificação do sofrimento testemunhado, buscando encontrar sentido e propósito em meio à dor: *"E é nesse paradoxo que Benin revela sua verdade mais profunda, pois na ausência, há entrega. Na escassez, há partilha. E na fragilidade, a força do recomeço"*. Esta busca por significado em contextos de sofrimento extremo remete ao que Frankl (2006) denomina "vontade de sentido", um mecanismo de enfrentamento essencial diante de experiências traumáticas²⁶.

A tentativa de extrair lições existenciais profundas da experiência em Benin – *"Talvez seja em lugares assim, que compreendemos, de forma mais crua e verdadeira, a essência da humanidade"* – ilustra o que Kleinman (2021) descreve como o trabalho cultural de dar sentido ao sofrimento, transformando experiências de dor aparentemente aleatórias e sem propósito em narrativas coerentes que possibilitam seu enfrentamento²⁰.

Esta ressignificação opera não apenas no nível individual, mas também como um processo coletivo através do qual o grupo de participantes busca construir uma narrativa compartilhada que torne inteligível e suportável a experiência traumática. Como observa Das (2007), este trabalho narrativo constitui um aspecto fundamental da forma como comunidades e indivíduos lidam com experiências de violência estrutural e sofrimento extremo²⁷.

Entre o Desespero e a Esperança

Simultaneamente, os registros documentam momentos de esperança e transformação: *"Se há dúvidas sobre o futuro de nosso planeta eu digo: 'não há'. Estamos no caminho certo, pois há aqueles que vieram para fazer melhor, fazer diferente"*. Esta oscilação entre desespero e esperança caracteriza o que Farmer (2015) descreve como aprendizagem transformadora, um processo no qual experiências desorientadoras catalisam mudanças profundas nas perspectivas de significado do indivíduo²⁸.

A capacidade de vislumbrar possibilidades de mudança mesmo em circunstâncias aparentemente desesperadoras emerge como um mecanismo de resiliência importante para os participantes: *"Aqui temos uma equipe de profissionais e estudantes que farão a medicina pular para um nível maior de compreensão do seu propósito"*. Esta projeção de um futuro transformado pela experiência presente sugere como a esperança pode operar não apenas como um escapismo ingênuo, mas como um recurso ético que possibilita a ação em contextos de aparente imutabilidade²⁹.

Particularmente significativa é a forma como a esperança se manifesta não como uma expectativa abstrata de melhoria, mas como um compromisso concreto com a ação transformadora: "A

Missão África nos faz ver que o futuro lá está longe, mas o mundo terá melhores profissionais graças à Missão África". Esta formulação sugere uma concepção de esperança que se alinha com o que Freire (1992) denomina "esperançar" – não um mero otimismo passivo, mas uma prática ativa de engajamento com possibilidades de mudança³⁰.

A Transformação Pessoal como Resposta ao Sofrimento

Os registros documentam transformações pessoais profundas catalisadas pela exposição ao sofrimento extremo: *"A Missão África tem esse poder, nos sacode, nos confronta, nos obriga a acordar"*. Esta descrição de um despertar forçado pela realidade de Benin sugere como o encontro com o sofrimento pode provocar o que Farmer (2003) descreve como um chamado ético, um reconhecimento da responsabilidade inescapável pelo outro que precede e transcende qualquer escolha consciente³¹.

A menção ao choro como revelador de humanidade – *"nesse choro, percebi que, ao sentir essa dor, nos tornamos mais humanos, mais empáticos"* – sugere uma concepção de sensibilidade emocional não como fraqueza, mas como capacidade ética fundamental. Esta valorização da vulnerabilidade emocional contrasta com o *ethos* de desapego e objetividade que frequentemente caracteriza a medicina convencional, apontando para uma concepção alternativa de competência profissional que incorpora, em vez de suprimir, a capacidade de ser afetado pelo sofrimento do outro²⁵.

Esta transformação pessoal aparece nos registros não apenas como um efeito colateral da experiência, mas como seu propósito mais profundo: *"Vencemos o dia, mas um pedaço de nós, deixamos por lá"*. Esta compreensão da perda de algo de si como parte integral da experiência de cuidado sugere uma concepção de subjetividade profissional que se alinha mais com uma ética do dom do que com um modelo de troca instrumental³².

A Conexão entre Passado Colonial e Presente Humanitário

Ecos do Passado no Presente

A visita à Rota dos Escravos, descrita no registro do décimo dia, provocou nos participantes uma reflexão sobre as conexões entre o passado colonial e as atuais condições de vida em Benin: *"Tudo se reflete nos atendimentos que fizemos esses dias. Víamos a submissão, a desesperança"*. Este reconhecimento das continuidades históricas entre o tráfico de escravos e as atuais desigualdades globais em saúde representa um importante deslocamento epistêmico, alinhado com o que Farmer (2003) denomina "patologias do poder" – a compreensão de como processos históricos de exploração se manifestam em padrões contemporâneos de adoecimento³¹.

A descrição da Rota dos Escravos como *"uma cicatriz na alma da humanidade"* sugere uma concepção do trauma histórico não como evento passado superado, mas como ferida persistente que continua a moldar o presente. Esta temporalidade não-linear do trauma colonial alinha-se com o que Mbembe (2001) descreve como o "entrelaçamento de tempos" característico da experiência pós-colonial, onde passado e presente coexistem em uma relação de mútua constituição²³.

Particularmente significativa é a forma como os registros articulam a experiência corporal de caminhar pela Rota dos Escravos com a recuperação de uma memória coletiva: *"Cada passo na areia quente resgata lembranças que não são nossas, mas que nos pertencem, porque são parte da nossa condição humana"*. Esta descrição sugere uma concepção de memória histórica como experiência encarnada e compartilhada, que transcende as fronteiras da experiência individual direta.

Interrogando o Próprio Papel

Este encontro com a história colonial provocou também uma reflexão sobre o próprio papel da missão humanitária: *"Tentamos trazer um pouco de carinho, de solidariedade. Tentamos fazer com que maldades do passado fossem transformadas no respeito do presente e da esperança no futuro"*. Esta reflexão ecoa diariamente entre os missionários, como uma lembrança do propósito da missão, da profissão e da existência, onde a evolução como ser humano e como espécie somente pode ser atribuída ao ato de servir ao próximo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo autoetnográfico da experiência de estudantes de medicina brasileiros em uma missão humanitária em Benin revela como o encontro com realidades de extrema vulnerabilidade pode catalisar transformações profundas na concepção de cuidado e na formação da identidade profissional médica.

A análise fenomenológica dos registros evidencia que a experiência durante a Missão África não representou apenas um exercício de altruísmo ou uma oportunidade de aplicação de conhecimentos técnicos, mas constituiu um processo formativo complexo que desafiou pressupostos fundamentais sobre medicina, dignidade humana e justiça global em saúde.

Os resultados sugerem que a incorporação sistemática de experiências interculturais e humanitárias no currículo médico pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de profissionais capazes de navegar com sensibilidade ética os desafios de saúde global do século XXI. Contudo, também apontam para a necessidade de preparação emocional e suporte psicológico adequados, dada a intensidade das experiências vividas.

Como limitação principal do estudo, reconhecemos que a abordagem autoetnográfica privilegia a perspectiva dos visitantes sobre a dos habitantes locais de Benin, cujas vozes permanecem filtradas pela experiência do narrador. Para superar esta limitação, pesquisas futuras poderiam:

- Implementar metodologias participativas de pesquisa, capacitando membros das comunidades locais como pesquisadores ativos no desenho, coleta e análise de dados;
- Incorporar técnicas de etnografia colaborativa, onde pesquisadores locais e visitantes documentam e analisam conjuntamente suas experiências, permitindo o diálogo entre diferentes perspectivas epistemológicas;
- Utilizar entrevistas em profundidade com membros da comunidade local, coletadas por pesquisadores nativos, para capturar suas percepções sobre o impacto e o significado das missões humanitárias;
- Desenvolver estudos longitudinais que acompanhem tanto os estudantes quanto as comunidades atendidas após a missão, avaliando impactos de médio e longo prazo para ambos os grupos;
- Estabelecer comitês consultivos comunitários que participem ativamente nas decisões sobre o foco da pesquisa, metodologias e interpretação dos resultados.

Essas abordagens não apenas mitigariam o desequilíbrio de poder inerente às pesquisas em contextos de vulnerabilidade, mas também enriqueceriam o conhecimento produzido, incorporando perspectivas historicamente marginalizadas e promovendo uma compreensão verdadeiramente intercultural das experiências humanitárias em saúde global.

A Missão África proporcionou aos estudantes uma vivência profundamente transformadora, ampliando sua compreensão sobre os desafios da medicina em contextos de vulnerabilidade. A análise fenomenológica revelou que essa experiência não apenas desenvolveu competências técnicas, mas também fortaleceu a empatia, a resiliência e o compromisso com a humanização do cuidado. Os achados deste estudo ressaltam a importância de inserir atividades humanitárias na formação médica, promovendo um aprendizado que transcende o ensino teórico e prático convencional.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores deste artigo declaram que não possuem conflito de interesse de ordem financeiro, pessoal, político, acadêmico ou comercial.

REFERÊNCIAS

1. Kleinman A. *The Soul of Care: The Moral Education of a Husband and a Doctor*. New York: Penguin Books; 2020.
2. Bleakley A. *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*. New York: Routledge; 2014.
3. Martimianakis MA, Maniate JM, Hodges BD. Sociological interpretations of professionalism. *Med Educ*. 2009;43(9):829–37.
4. Crane JT. *Scrambling for Africa: AIDS, Expertise, and the Rise of American Global Health Science*. Ithaca: Cornell University Press; 2013.
5. Wendland CL. *A Heart for the Work: Journeys Through an African Medical School*. Chicago: University of Chicago Press; 2010.
6. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009;373(9679):1993–5.
7. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923–58.
8. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
9. Husserl E. *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica*. São Paulo: É Realizações; 2012.
10. Giorgi A. *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology: A Modified Husserlian Approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press; 2009.
11. Benner P. *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1994.
12. van Manen M. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. 2nd ed. New York: Routledge; 2016.

13. Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoethnography: An overview. *Hist Soc Res.* 2011;36(4):273–90.
14. Holman Jones S, Adams TE, Ellis C. *Handbook of Autoethnography*. Walnut Creek: Left Coast Press; 2016.
15. Chang H. *Autoethnography as Method*. Walnut Creek: Left Coast Press; 2008.
16. Ellis C, Bochner AP. Autoethnography, personal narrative, reflexivity. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2000. p. 733–68.
17. Tolich M. A Critique of Current Practice: Ten Foundational Guidelines for Autoethnographers. *Qual Health Res.* 2010;20(12):1599–610.
18. Biehl J, Petryna A. *When People Come First: Critical Studies in Global Health*. Princeton: Princeton University Press; 2013.
19. Fassin D. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkeley: University of California Press; 2012.
20. Kleinman A. *What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*. New York: Oxford University Press; 2006.
21. Organização Mundial da Saúde. *World Health Statistics 2023*. Geneva: WHO; 2023.
22. Fabian J. *Time and the Other: How Anthropology Makes Its Object*. New York: Columbia University Press; 2014.
23. Mbembe A. *On the Postcolony*. Berkeley: University of California Press; 2001.
24. Redfield P. *Life in Crisis: The Ethical Journey of Doctors Without Borders*. Berkeley: University of California Press; 2013.
25. Mol A. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge; 2008.
26. Frankl VE. *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press; 2006.
27. Das V. *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. Berkeley: University of California Press; 2007.
28. Farmer P. *To Repair the World: Paul Farmer Speaks to the Next Generation*. Berkeley: University of California Press; 2015.
29. Zigon J. Hope dies last: two aspects of hope in contemporary Moscow. *Anthropol Theory.* 2009;9(3):253–71.
30. Freire P. *Pedagogia da Esperança: Um Reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

31. Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press; 2003.
32. Mauss M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. São Paulo: Cosac Naify; 2002.