

# Migração de profissionais de saúde – Desperdício ou reconhecimento de qualificações?

JOANA DE SOUSA RIBEIRO

*Investigadora, Centro de Estudos Sociais (CES) e doutoranda da  
Faculdade de Economia (FEUC), Universidade de Coimbra  
joanasribeiro@ces.uc.pt*

## INTRODUÇÃO

Desde finais dos anos 90 que é visível uma significativa presença de profissionais estrangeiros no sector de saúde português. Este capítulo pretende analisar os obstáculos e as oportunidades à mobilidade profissional de enfermeiros e médicos provenientes de alguns países do Leste europeu que trabalham em Portugal. Explora-se a forma como pressões estruturais (de instituições académicas, organizações profissionais, exigências do mercado de trabalho) e oportunidades mais ou menos conjunturais (por exemplo, programas subsidiados, Directivas da UE) conduzem a percursos específicos de inserção. Esta investigação sustenta-se numa comparação entre entrevistas biográficas feitas a um painel de enfermeiros e de médicos originários de alguns países do Leste europeu (República da Moldávia, Federação Russa e Ucrânia). Além disso, também se realizaram entrevistas semi-estruturadas a vários actores institucionais<sup>1</sup> - Faculdades de Enfermagem, Faculdades de Medicina, Sindicatos dos Enfermeiros, Sindicatos Médicos, uma Fundação e uma Organização Não-Governamental que lida com o processo de reconhecimento de diplomas.

A partir das experiências de trabalho dos enfermeiros e médicos migrantes, pretende-se analisar neste capítulo as barreiras que esses profissionais têm que superar (por exemplo, o subemprego, a falta de competências linguísticas, as dificuldades no reconhecimento de diplomas, a segmentação interna do mercado de trabalho); o impacto das mudanças do estatuto jurídico e a mobilidade profissional. Tendo como referente uma perspectiva longitudinal, propõe-se uma (re)avaliação do conceito de “desperdício de cérebros” (Rhode, 1993; Giannoccolo, 2006; Breinbauer, 2007).

---

<sup>1</sup> Segundo Martínez e Martineau (1998: p.355), “actores institucionais são aqueles grupos ou indivíduos que influenciam, ou têm o potencial de influenciar, mudanças no domínio dos recursos humanos por causa de seu controle ou influência sobre uma ou mais funções de recursos humanos”.

A mobilidade de profissionais de saúde suscita novas exigências não só em matéria de governação profissional, mas também nas estratégias de exclusão/inclusão, não necessariamente contínuas no espaço-tempo.

Refira-se, a título de exemplo, as dificuldades relacionadas com a falta de familiaridade com os órgãos reguladores, empregadores e instituições académicas, a falta de coordenação e as falhas na comunicação entre instituições académicas e organizações profissionais, o moroso processo de obtenção de transcrições oficiais, o desconhecimento da linguagem técnica, a falta de reconhecimento da experiência profissional adquirida fora de Portugal, a necessidade de ajustamento à cultura local de trabalho e a incompreensão da cultura clínica.

A competição internacional por profissionais qualificados constitui uma questão transversal às sociedades actuais. Importantes países de imigração (como sejam, a Austrália, o Canadá, os Estados Unidos da América e a Nova Zelândia), desenvolveram uma política de admissão selectiva. Apesar da inexistência de uma harmonização total das políticas de imigração da União Europeia (UE), alguns dos Estados-Membros introduziram procedimentos específicos para atrair profissionais qualificados. Refira-se, a título de exemplo, o Sistema Cartão Verde na Alemanha, a autorização de trabalho ultra-rápida na Irlanda ou o Programa Highly Skilled Migrant no Reino Unido. Especificamente dirigido ao sector da saúde, em 2002, o Reino Unido lançou um programa de bolsas internacionais para atrair especialistas migrantes. Além destes regimes especiais, a mobilidade internacional de profissionais da saúde também pode ser influenciada por políticas regionais, de âmbito supra-nacional ou de origem corporativa. Directivas da União Europeia relativas às qualificações profissionais, aos períodos mínimos de formação e determinados acordos multilaterais (como sejam o Acordo Geral de Comércio de Serviços - GATS - ou o Acordo Norte-Americano de Livre Comércio - NAFTA -) foram introduzidos para encorajar este movimento internacional.

A Comunicação sobre Imigração, Integração e Emprego (CE, 2003) reiterou a importância do reconhecimento de diplomas de cidadãos de países terceiros, considerando esta como uma das dimensões fundamentais da política da União Europeia no que concerne a “integração”.

Tendo presente que poucos estudos têm reconhecido a existência de múltiplas barreiras institucionais em relação aos migrantes, sobretudo no que diz respeito à utilização das suas qualificações (Geddie, 2002, 4), ou explorado o modo como os “imigrantes se encaixam no espectro de profissões de saúde” (Lowell, Gerova (2004, 474), este capítulo explora esta lacuna, a partir da perspectiva de um país de recepção, Portugal.

Procura-se, assim, analisar os obstáculos e as oportunidades no que concerne à mobilidade profissional de médicos e enfermeiros, provenientes de alguns países da Europa de Leste – República da Moldávia, Federação Russa e Ucrânia<sup>2</sup>.

A migração de profissionais de saúde provenientes do Leste europeu tem atraído a atenção de investigadores, particularmente no que respeita, à especificidade da sociedade de acolhimento. A título de exemplo, na Austrália, Leslyanne Hawthorne (2001) concluiu que as enfermeiras da Europa de Leste e da Ásia, área não enquadrada na Commonwealth, constituíam o grupo estrangeiro mais desrespeitado, o menos susceptível de ser promovido e, geralmente, o mais confrontado com a rejeição por parte dos seus pares.

<sup>2</sup> Neste capítulo não foram exploradas as diferenças entre os países do Leste europeu.

Em relação aos médicos, vários autores têm-se debruçado sobre a integração destes profissionais, provenientes da ex-União Soviética, na sociedade israelita. Destacam-se os que se referem aos mecanismos de fechamento profissional (Shuval, 1995; Shuval, 1998); ao compromisso vocacional em medicina e à perda de status devido à mudança ocupacional (Bernstein e Shuval, 1996); à língua e à diversidade da cultura clínica como entraves à comunicação (Remennick, Ottenstein-Eisen, 1998); à negociação da identidade profissional (Bernstein, 2000); à sub-utilização das qualificações face a um mercado de trabalho saturado (Remennick e Shaklar, 2003). Neste âmbito, convém salientar um estudo de caso na Sociologia das Profissões (Bernstein e Shuval, 1997), exemplar na forma como analisou a influência dos processos externos na recuperação da identidade profissional. Baseado numa comparação transnacional entre três países – o Canadá, Israel e os EUA - esse estudo concluiu que, apesar de o mercado de trabalho estar mais saturado em Israel, as políticas sociais são mais favoráveis à integração profissional.

Assim, este capítulo explora como certas pressões estruturais exercidas por instituições académicas, organizações profissionais, e pelo próprio mercado de trabalho; assim como as oportunidades conjunturais - como é o caso dos programas subsidiados - influenciam determinadas trajectórias de integração profissional.

A primeira parte deste capítulo centra-se no perfil da migração europeia no Serviço Nacional de Saúde Português (SNS), reflectindo sobre composição do pessoal e o papel desempenhado pelos órgãos de regulação profissional no processo de reconhecimento de diplomas. Em seguida, são descritos os métodos utilizados, bem como os resultados das entrevistas biográficas efectuadas a médicos e a enfermeiros. Neste âmbito, tem-se em linha de conta o percurso após-chegada, principalmente o acesso à licença profissional, a integração no SNS Português e a progressão na carreira. Finalmente, destaca-se o papel desempenhado por certas instituições não estatais no processo de reconhecimento formal e informal - o reconhecimento do migrante qualificado como um profissional de facto.

## **1. CONTEXTO DE PESQUISA**

Tal como já foi referido, este capítulo incide sobre a migração de médicos e enfermeiros do leste europeu para Portugal, nomeadamente sobre os migrantes provenientes da República da Moldávia, Federação Russa e Ucrânia.

Em Portugal e até ao final de 1990, os migrantes provenientes do Leste europeu constituíam um fluxo de reduzida expressão. Entre 2000 e 2001 houve um crescimento de 68% (Baganha *et al.*, 2004). Após um período de regularização, que teve lugar entre Janeiro e Novembro de 2001, mais de metade (53%) das “Autorizações de Permanência” era detida por migrantes provenientes desta área geográfica, com particular incidência da Ucrânia. No entanto, este fluxo tem vindo a diminuir, devido à recessão económica que afeta significativamente, por exemplo, o sector da construção civil - um sector que absorve tradicionalmente os imigrantes do sexo masculino (OCDE, 2006).

Para um país do Sul da Europa como Portugal, geralmente identificado como um país de emigração, este fluxo corresponde a uma “nova vaga” de imigração (Baganha e Fonseca, 2004).

Trata-se de um fenómeno migratório conceptualizado desse modo porque se assume não ter sido alicerçado nem em redes sociais, nem numa cadeia de migração, ou sequer sustentado em laços históricos e culturais atribuíveis ao passado colonial português. Além disso, esta imigração proveniente de alguns países da Europa de Leste não surgiu como resultado de políticas pró-activas de recrutamento, mobilizadas por Portugal. Na verdade, o primeiro acordo bilateral com esta região da Europa foi apenas estabelecido em Maio de 2003, especificamente com a Bulgária, e não teve qualquer efeito em termos de fluxos migratórios.

Assim, em relação aos principais factores mobilizadores deste movimento internacional, é possível identificar os seguintes: os baixos rendimentos e os atrasos no pagamento de salários nos países de origem, a existência e celeridade do processo de regularização, a promoção de Portugal como um país com boas oportunidades de trabalho, comparativamente com os restantes mercados de trabalho da Europa do Sul, já saturados e, ainda, a ausência de controle de emissão de vistos em países da UE (Baganha *et al.*, 2004).

Os migrantes provenientes de alguns países do Leste europeu foram estudados por alguns académicos portugueses, tendo sido identificados processos de sobrequalificação e de subemprego. Um estudo de Baganha *et al.* (2004) evidenciava que 69% dos imigrantes tinham concluído o ensino médio ou Escola Profissional / Técnica, 10% tinham uma licenciatura ou equivalente e 21% tinham pós-graduação. Estes dados são elucidativos de um processo de desqualificação, uma vez que 62% dos imigrantes economicamente activos tinham uma ocupação não qualificada.

Este fenómeno, observado entre os migrantes provenientes do Leste Europeu, é coerente com os dados apresentados neste capítulo. Apesar das suas qualificações na área da medicina e de enfermagem, os entrevistados apresentam um percurso migratório semelhante ao que normalmente está associado ao designado migrante “não qualificado”: a entrada em Portugal é feita como turista e a posterior fixação implica uma situação jurídica irregular. Acresce que aqueles que possuam um estatuto jurídico regular estão sujeitos a uma renovação anual da “autorização de permanência”<sup>3</sup>. Em ambos os casos, verifica-se a incorporação no mercado de trabalho secundário.

Esta desqualificação ocorre apesar de se verificarem necessidades no mercado de trabalho de saúde.

Desde o final da década de 1970 e início de 1980, a segmentação dual do mercado de trabalho entre trabalhadores qualificados e não-qualificados define a incorporação dos migrantes no mercado de trabalho português (Peixoto, 2004). Simultaneamente, e em relação especificamente ao sector em análise - o sector de saúde -, alguns autores (Amaral, 2001, Rodrigues, 2004) sublinham a escassez de enfermeiros e de médicos. Uma tendência que é explicável em virtude da política restritiva de *numerus clausus* (com particular incidência na área da medicina, já que no caso da enfermagem o aparecimento de escolas privadas atenuou este problema), do progressivo envelhecimento da força de trabalho na área médica, da concentração de profissionais de saúde nos hospitais centrais e nas áreas urbanas e dos

<sup>3</sup> A “autorização de permanência” é um documento fornecido aos migrantes que entraram em Portugal antes do 30 de Novembro de 2001, com um contrato de trabalho válido e com a situação da Segurança Social regularizada. Esta é uma licença de um ano, que pode ser renovada por um máximo de quatro vezes (correspondendo a um total máximo de cinco anos).

desequilíbrios relacionados com a distribuição de médicos, tanto geograficamente como em termos das especialidades.

O subemprego dos entrevistados provenientes de alguns países da Europa do Leste poderá explicar a quase invisibilidade de médicos e enfermeiros da República da Moldávia, Federação Russa e Ucrânia nas instituições do SNS. Como o quadro seguinte confirma (Tabela n.º 1), um único país - Espanha - fornece quase um terço do contingente de trabalho estrangeiro no SNS Português (33% em 2010). No entanto, começa a ser evidente a crescente diversificação de países de proveniência dos profissionais de saúde estrangeiros. Refira-se que em 2010, a categoria de “outros países”, que inclui, principalmente, os profissionais da República da Moldávia, da Federação Russa e da Ucrânia, representa 16% do pessoal estrangeiro no SNS português.

Grupo de países/Países	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Média Anual Variação (%) (2001-2010)	
EU	Total	2236	2555	2743	2679	2478	1937	1647	1389	1314	1339	-40,1
	Médicos	855	1039	1157	1226	1243	1143	1039	915	795	828	-3,2
	Enfermeiros	1347	1464	1520	1355	1135	718	526	399	417	406	-69,9
Dos quais Espanhóis	Total	2090	2387	2540	2390	2179	1689	1356	1140	1037	1031	-50,6
	Médicos	804	983	1090	1128	1140	1040	913	799	681	696	-13,4
	Enfermeiros	1271	1383	1427	1238	1013	630	431	319	328	310	-75,6
PALOP	Total	783	835	823	1160	1088	891	877	743	816	753	-3,8
	Médicos	425	437	401	542	484	422	421	355	365	334	-21,4
	Enfermeiros	184	204	180	235	220	179	169	116	130	115	-37,5
Brasil	Total	251	307	316	348	374	343	363	405	457	475	89,2
	Médicos	134	155	152	172	188	178	192	197	208	227	69,4
	Enfermeiros	66	85	87	96	97	84	75	66	78	77	16,6
Outros Países	Total	104	135	187	303	365	384	372	404	494	494	375
	Médicos	79	99	120	173	208	247	251	253	292	307	288,6
	Enfermeiros	22	16	26	44	74	73	66	66	102	92	318
Total	Médicos	1484	1730	1830	2113	2123	1990	1903	1720	1660	1696	14,3
	Enfermeiros	1619	1769	1830	1730	1526	1054	836	647	727	690	-57,4
	Total	3374	3832	4069	4490	4305	3555	3259	2941	3081	3061	-9,3

**Tabela 1 – Número de recursos humanos estrangeiros no SNS, por grupo profissional e por grupo de países de origem, 2001-2010**

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS): Recursos Humanos Estrangeiros no Ministério da Saúde – Actualização 2009/2010. Outubro, 2011. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, 2011.

Nota: UE – União Europeia; PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

Como a medicina e a enfermagem são profissões auto-reguladas, para retomar a sua profissão anterior, os médicos e enfermeiros entrevistados tiveram de participar num processo de reconhecimento dos seus diplomas, realizada pelas Faculdades de Medicina e Escolas de Enfermagem. Este reconhecimento envolve geralmente um período de estágio (cerca de seis meses para os médicos e de quatro meses para os enfermeiros) e, apenas para os médicos, um conjunto de exames: de comunicação, de teoria e de diagnóstico clínico do paciente.

Ultrapassada esta etapa com sucesso, podem então registar-se nas Ordens de Médicos ou de Enfermeiros e, conseqüentemente, obter a licença profissional, obrigatória para o exercício destas profissões. Legalmente, estes órgãos reguladores têm três meses para emitir a licença profissional. No caso dos médicos, antes do registo, têm uma entrevista para confirmar a sua fluência na língua portuguesa. Além disso, a maioria dos médicos provenientes de países terceiros recebem uma licença profissional provisória, o que significa que têm que estar sob a supervisão de um tutor, durante cerca de 12 meses.

Este reconhecimento de diplomas, efectuado pelas instituições de ensino, confere-lhes a oportunidade de trabalhar na área de Clínica Geral ou enfermagem geral.

Como todos os enfermeiros portugueses, os migrantes, se quiserem progredir na carreira de enfermagem, têm um ano de formação complementar para conquistarem o nível de “enfermeiros graduados”. Depois disso, podem prosseguir com um curso de pós-graduação, a fim de se especializarem numa área de enfermagem.

No caso dos médicos, a progressão na carreira é possível através de duas formas: a candidatura ao Colégio de Médicos Especialistas, um Conselho de médicos da Ordem, e, mais uma vez, sujeitam-se ao ingresso num novo processo de reconhecimento. Em alternativa, podem ainda candidatar-se a um estágio de pós-graduação, que envolve exames de comunicação e exames teóricos. Dependendo das notas, o requerente pode, então, escolher uma especialidade para realizar o estágio.

### **3. PROJETO DE PESQUISA**

Os dados analisados são baseados numa pesquisa qualitativa em curso, segundo uma abordagem longitudinal.

Foram realizadas 32 entrevistas biográficas a enfermeiros e médicos provenientes de alguns países do Leste Europeu - República da Moldávia, Federação Russa e Ucrânia. Essas entrevistas são parte do trabalho de campo para uma tese de doutoramento, cujo objetivo principal consiste em analisar como os profissionais de saúde com formação num país estrangeiro estão profissionalmente integrados em Portugal. As entrevistas ocorreram após o processo de migração - menos de quatro anos, no caso dos médicos e de dois anos, no caso dos enfermeiros.

A maioria dos entrevistados esteve inscrita num Programa de Inserção Profissional, implementado por uma Organização Não-Governamental (ONG) e apoiado financeiramente por uma Fundação. Além do apoio desses dois actores da sociedade civil, os enfermeiros puderam ainda contar com um programa da iniciativa Estratégia Europeia de Emprego, o Programa EQUAL -, sustentado financeiramente pelo Fundo Social Europeu. Os enfermeiros e os médicos foram selecionados a partir de uma base de dados que corresponde à sua primeira inscrição no programa supra mencionado. A seleção dos entrevistados baseou-se na consideração de algumas variáveis: o sexo, a idade e a composição da nacionalidade.

Além disso, desde 2002, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com actores institucionais (Ministério da Saúde, Ordens de Médicos, Ordens de Enfermeiros, Sindicato de Enfermagem, Sindicatos médicos, Escolas de Enfermagem, Faculdades de Medicina, uma ONG e uma Fundação), a fim de se compreender o impacto das barreiras informais sobre

o processo de integração profissional, considerando o contexto social e institucional de recepção.

#### **4. DA ATRIBUIÇÃO À AQUISIÇÃO DO ESTATUTO DE MIGRANTE QUALIFICADO**

Na primeira fase do processo de integração de trabalho em Portugal, e independentemente da experiência na área da enfermagem ou de medicina nos seus países de origem, os migrantes entrevistados sofreram um processo de mobilidade profissional descendente e portanto, uma mudança na identidade profissional. Daí resultou a sua entrada no mercado de trabalho secundário.

O seguinte excerto de uma entrevista permite destacar o quão difícil foi lidar com essa inconsistência de status:

“(...) Eu disse ao meu chefe ‘ Acho que toda a minha vida eu só lavou pratos e mais alguma coisa! (...) Pode ser um grande sonho que eu trabalhava antes em um hospital!’ [Enfermeira ucraniana, feminino, NU 5].

Além disso, o subemprego foi sendo apreendido como um constrangimento, pelo qual estes profissionais têm que passar, de modo a obterem algumas condições, impossíveis de alcançar nos seus países de origem (tal como mencionado pelos próprios), como sejam: melhores salários, estabilidade salarial, taxa de inflação controlada, possibilidade de poupar dinheiro para a educação dos seus filhos e um ambiente ecológico saudável. Sublinhe-se que nos países do Leste Europeu, as profissões do sector social, incluindo as da área da saúde, têm um baixo nível de reconhecimento social, uma herança da antiga União Soviética, onde o sector de saúde era considerado “improdutivo”. Além disso, durante o período de transição:

“(...) os salários dos trabalhadores de saúde foram severamente desvalorizados e em alguns casos continuaram a cair abaixo da média nacional (...) O pessoal de saúde era frequentemente pago com atraso (...) agravado pela cultura de pagamentos extra-salariais e da atividade económica paralela que existia antes da transição “(Afford, 2002).

O processo de desqualificação em Portugal traduz-se também numa diferenciação sexual no mercado de trabalho secundário. Enquanto a maioria dos homens são incorporados no sector da construção (como operadores de tijolo, serventes de pedreiro, ou manuseadores de máquinas); as mulheres tinham experiências de trabalho mais diversificadas - trabalhando como empregadas domésticas, como empregadas em restaurantes, padarias, aviários, ou lojas de café; fazendo serviços de limpeza ou serviços de acompanhante em bares; como cuidadoras de pessoas com deficiência ou embaladoras de frutas em armazéns. Para a maioria das mulheres migrantes, é comum ter experiências de trabalho simultâneas em diferentes tipos de atividades. Entre elas, destacam-se as atividades relacionadas com os cuidados de saúde. Na verdade, e em particular no caso das enfermeiras, as mulheres são mais propensas a procurar trabalho em instituições de saúde, de modo a estarem em contacto com o sistema de saúde português, a organização dos serviços de saúde e a correspondente linguagem técnica. Num determinado momento, as mulheres nessa situação tiveram de optar por um desses empregos. Normalmente, preferem manter o trabalho que é

menos stressante, em termos de prestação de cuidados, o que raramente corresponde aos que são geralmente disponíveis aos migrantes no sector da saúde - como sejam ajudante de enfermagem ou de limpeza.

Para avaliar a extensão da mobilidade ocupacional descendente, realço, em primeiro lugar, que cinco dos entrevistados não têm qualquer experiência de trabalho independente na área da saúde nos seus países de origem. Isso aconteceu porque eles eram estudantes antes de deixarem o seu país de origem. No entanto, especificamente no caso da enfermagem, o estatuto de estudante não significa ausência de experiência de trabalho, nomeadamente como ajudante de enfermagem.

Em segundo lugar, este processo de desqualificação pode já ter sido experimentado no próprio país de origem, o que reflecte um “desperdício interno de cérebros”. Isso ocorreu, conforme explicado acima, principalmente por causa dos baixos salários, a inflação económica e os atrasos no pagamento de salário durante o período de transição. Por exemplo, uma enfermeira, casada com um cidadão português, tinha experimentado este tipo de desqualificação quando, apesar de ser uma especialista em enfermagem obstétrica, trabalhou como massagista. Principalmente no caso das enfermeiras, e independentemente da sua nacionalidade ou idade, a carreira anterior é frequentemente afectada pelas funções reprodutivas. As responsabilidades familiares associadas à maternidade forçaram algumas interrupções de carreira, ou mesmo influenciaram opções de trabalho que envolvem também uma sub-utilização das qualificações. Portanto, a desvalorização ocupacional no país de origem não é um fenómeno raro entre enfermeiros. Mas, contrariamente ao que acontece quando migram, o trabalho realizado tende a ser na área de enfermagem, ainda que ocupando posições hierárquicas inferiores.

Em terceiro lugar, há que sublinhar o facto de que, em anteriores experiências migratórias, já ter ocorrido o processo de desqualificação. Por exemplo, um médico russo foi para Portugal, depois de trabalhar por algum tempo como enfermeiro, noutro país receptor.

Os dados apresentados reforçam a ideia da necessidade de precaução na análise do fenómeno de “desperdício de cérebros”, o que significa considerar não apenas as experiências dos migrantes nas sociedades de acolhimento, mas também trajetórias ocupacionais anteriores.

A fixação em Portugal depende de um processo bem sucedido de reconhecimento de diplomas, sem o qual os profissionais migrantes não têm o direito de realizar prática clínica. Para se poderem registrar como enfermeiro ou como médico, os migrantes terão que passar por todo um processo de re-acreditação, o que significa a superação de barreiras sistémicas e do cumprimento dos requisitos de diversas instituições, entre as quais, as Faculdades de Medicina, as Escolas de Enfermagem, as embaixadas ou os consulados, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), o Ministério da Saúde e os empregadores. O processo é demorado (no caso dos médicos, pode demorar até um ano e sete meses), burocrático e, uma vez que não é compatível com um emprego a tempo integral, dispendioso.

Perante a ausência de apoio do Estado, mas ciente do elevado nível de qualificações dos migrantes provenientes de alguns países da Europa de Leste, em Maio de 2002, uma ONG e uma Fundação iniciaram um programa para promover o reconhecimento de diplomas



em estudos de medicina e de enfermagem aos nacionais de países para os quais não há qualquer reconhecimento automático de diplomas. Estar registado neste programa significa ter direito a uma bolsa mensal e apoio financeiro para a tradução de documentos e para as taxas de inscrição exigidas pela Faculdade de Medicina e pela Escola de Enfermagem.

Além disso, a ONG organizou um curso de Português e constituiu-se como mediador de informação entre as instituições com um papel activo no processo. Por exemplo, esse conhecimento permitiu-lhe dirigir os candidatos para as instituições de ensino que não são tão restritivas quanto aos documentos solicitados e à certificação legal.

Para superar algumas dificuldades, foram efectuados acordos com instituições de ensino, com o SEF (permitindo, durante o período de estágio, uma renovação das “autorizações de permanência”, independentemente da existência ou não de um contrato de trabalho e, para aqueles com sucesso no processo de reconhecimento, uma “autorização de residência”; sem precisar de um visto) e com o Ministério da Saúde. O protocolo estabelecido com este Ministério garantiu a existência de vagas no SNS português para os beneficiários do programa.

Apesar destes esforços, patentes em cada fase do reconhecimento profissional, há algumas restrições a serem superadas.

Em primeiro lugar, durante a fase de pré-candidatura, a recolha dos documentos exigidos estendeu-se no tempo, pois as informações a este respeito, principalmente as provenientes das Faculdades de Medicina, foram lentamente divulgadas, em parte devido à indefinição das Faculdades sobre quais os documentos necessários. Além disso, este processo de reconhecimento envolve a intervenção de instituições estrangeiras, o que pode atrasar a sua concretização. Adicionalmente, a tradução de diplomas também pode ser demorado. O facto de uma das Faculdades de Medicina ter cancelado a recepção dos pedidos de reconhecimento de diplomas, devido à crescente procura, revela a pouca preparação das instituições no que diz respeito à internacionalização do sistema de ensino. Para além disso, os médicos tiveram de enfrentar outro tipo de dificuldades, relacionadas com a aprovação num exame obrigatório de comunicação e com a contínua mudança do tipo dos documentos solicitados, das regras que definem o modelo de avaliação e da nota mínima para se ter sucesso.

Em segundo lugar, o período de estágio foi particularmente problemático para médicos mais idosos do sexo feminino, já que tinham de lidar não só com a falta de reconhecimento profissional formal, mas também com o facto da sua aparência física, num mercado de trabalho exigente em termos da diferenciação sexual e etária, dificilmente as identificar como estudantes. Em linha com outros estudos (Bernstein e Shuval, 1997), as mulheres mais velhas experimentam maiores dificuldades em afirmar a sua identidade profissional.

A duração e plano de estágio dos médicos dependiam da Faculdade de Medicina para a qual se candidatavam, das vagas e da disponibilidade de professores para a supervisão. Durante o período de estágio, os médicos do Leste europeu foram institucionalmente discriminados pelos seus tutores portugueses. No entanto, quanto à recepção institucional, os médicos puderam contar com o apoio de outros profissionais de saúde formados fora de Portugal. Como relata o seguinte excerto:

“Eles [os espanhóis] são os únicos que se preocupam connosco (...). A maioria dos portugueses não podia entender o que é ser estrangeiro. Como podemos entrar

em medicina, estar noutra país, de frente para outra língua, outra sociedade... Mas o espanhol e as pessoas de outros países podem compreender porque eles estão na mesma situação” [médico do sexo masculino, russo, PR4].

Pelo contrário, os enfermeiros espanhóis não acolheram os enfermeiros provenientes de alguns países do Leste europeu. Tal poderá ser explicado pelo facto de que o programa dirigido aos enfermeiros estrangeiros ter começado três anos após o Programa dos Médicos (em 2005), quando o mercado de trabalho se encontrava mais saturado, reflexo, em parte, do aparecimento de Escolas de Enfermagem privadas. Nesse sentido, foram relatados problemas de comunicação, nomeadamente devido ao sotaque dos enfermeiros espanhóis, o que complicou o trabalho em equipa com os enfermeiros provenientes do Leste Europeu. Um director de enfermagem, responsável pela integração profissional dos enfermeiros de países terceiros, explicou:

“Eu tentei orientar os enfermeiros espanhóis no sentido de apoiarem a integração dos enfermeiros e não funcionou. Eles [os enfermeiros provenientes de alguns países do leste europeu] têm dificuldade de entender a enfermeira espanhola “[ND2]. Para contrariar estes constrangimentos, foram organizadas algumas reuniões, envolvendo o chefe de enfermagem e as enfermeiras que são responsáveis pela gestão dos serviços de saúde. Paralelamente, foram elaborados um guia de integração e cursos teóricos especialmente direccionados para estes profissionais.

O controle monopolista do trabalho (Larson, 1977) não é interpretado da mesma forma nos países do Leste europeu e em Portugal. A título de exemplo, os enfermeiros formaram-se tendo em vista um sistema de saúde que enfatiza uma visão holística do cuidado. Para além disso, as experiências de trabalho anteriores ocorreram em instituições de saúde antiquadas e que enfrentavam uma escassez de recursos materiais, com equipamentos mal conservados (Shuval, 1995).

Depois de sujeitos a um processo de avaliação, os profissionais adquirem uma licença para praticar. No entanto, devido à dificuldade na obtenção de determinados documentos das instituições dos países de origem (por exemplo, o certificado criminal, uma certificação do Ministério da Saúde comprovando a experiência de trabalho e um certificado da Ordem dos Médicos sobre a rectitude de conduta profissional), pode levar até seis meses para receberem a licença profissional. O tipo de licença profissional - “autónoma” ou “supervisionada” - depende mais dos critérios das delegações das Ordens Profissionais e menos do número de anos de experiência médica nos países de origem. Por exemplo, foi atribuída uma licença profissional supervisionada a um pediatra com 20 anos de experiência, e, em contraposição, um jovem médico obteve uma licença autónoma profissional. Assim, a maioria dos médicos tiveram de prosseguir um período de estágio supervisionado, o que para a maior parte corresponde a nove meses de formação. Como as vagas para este estágio são definidas numa base anual, os atrasos da Ordem dos Médicos na entrega da licença podem dificultar a entrada no estágio supervisionado.

Tal como acontece com outras atividades realizadas por migrantes, há um mercado dual na medicina e na enfermagem. De acordo com outros estudos (Bernstein e Shuval, 1997), as oportunidades de emprego em Portugal tendem a ser em locais preteridos por

médicos locais (por exemplo, os Centros de Saúde) e enfermeiros locais (por exemplo, os serviços comunitários de cuidados, serviços médicos). Na esteira de Shuval (1998), esta segmentação revela uma “mobilidade ocupacional interna descendente”.

A presença de enfermeiros provenientes de alguns países do Leste europeu pode, por outro lado, constituir uma opção estratégica de recrutamento, dado estarem motivados para trabalhar nos serviços que exigem um perfil profissional semelhante ao requerido nos seus países de origem - holismo no atendimento e na prestação de cuidados, empatia, interação com os pacientes, intuição clínica. Como sublinha um director de enfermagem, tal diminui o custo de rotatividade:

“ (...) pode ter custos para o serviço, mas eu tenho uma dificuldade em manter os enfermeiros portugueses nos serviços de medicina. E esses profissionais [os europeus de Leste] preferem os serviços de medicina (...) Eu estou a falar sobre a proximidade com o paciente. O que eu posso ter com estes enfermeiros e que eu tenho dificuldades em manter com os enfermeiros portugueses. Eu acho que este é um bom ponto” [ND 2].

Quando os médicos conseguem obter o reconhecimento dos seus diplomas como clínicos gerais, as suas experiências de trabalho anteriores como especialistas são desvalorizadas. No entanto, tanto a divisão das especialidades médicas por diferenciação sexual, já evidente nos países de origem, e um reconhecimento informal da identidade profissional na sociedade de acolhimento, podem, em parte, equilibrar essa tendência. Quanto à primeira tendência, refira-se que, nos países de origem, as mulheres são normalmente pediatras, ginecologistas, especialistas em doenças infecciosas ou gastroenterologista. Os homens são principalmente especializados em Ortopedia, Epidemiologia, Urologia, Radiologia, Dermatologia ou Cirurgia. Assim sendo, as mulheres concebem, em parte, o desempenho das suas funções de clínica geral como uma continuação da sua experiência de trabalho anterior, principalmente relacionada com a saúde da mulher e da criança. Como alguns estudos realçam (Barr, 1995), as mulheres do Leste europeu são menos propensas a abraçar especialidades técnicas e mais atraídas pelo trabalho nas policlínicas, em detrimento dos hospitais.

Quanto à questão do reconhecimento profissional informal, tanto no caso dos médicos como no caso dos enfermeiros, verifica-se alguma incompatibilidade entre o contrato de trabalho e as funções efectivamente realizadas. Apesar de não serem reconhecidos como especialistas e, portanto, não recrutados como tal, executam funções semelhantes às qualificações adquiridas nos países de origem, contudo a mais baixos custos. Nesta linha de análise, sublinho o caso de uma neurologista russa que foi recrutada como clínica geral por um hospital com uma gestão privada, mas que na verdade está a desempenhar o papel de especialista em Pediatria. O mesmo acontece com os enfermeiros, especializados em serviços de obstetrícia, mas recrutados como enfermeiros gerais, para serviços obstétricos e de ginecologia.

## **OBSERVAÇÕES FINAIS**

A investigação em curso sublinha as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde de países terceiros, nomeadamente, as relacionadas com a falta de familiaridade com

entidades reguladoras, empregadores e instituições académicas, a falta de formação específica em linguagem técnica, o não reconhecimento da experiência profissional adquirida fora de Portugal, a necessidade de ajustamento à cultura local de trabalho e a compreensão da cultura de cuidado portuguesa. Para enfrentar essas barreiras, e em substituição de possíveis iniciativas governamentais, uma ONG, com o apoio financeiro de uma Fundação, desenvolveu um programa em benefício dos migrantes qualificados provenientes do Leste europeu. A este respeito, a ONG apoiou os recém-chegados com políticas de integração directa (como cursos de línguas ou de estágio e programas de mediação), como forma de contornar possíveis lacunas no conhecimento e experiência laboral. Além disso, constituiu-se como uma mediadora de informações entre as instituições académicas, os Serviços de Estrangeiros e Fronteiras, as Ordens Profissionais e empregadores. Apesar de substituir o Estado neste processo, observa-se a natureza ocasional desta intervenção, uma vez que foi desenvolvida como uma resposta *ad hoc* e de curto prazo, focalizando-se em profissões e países específicos de graduação, considerando apenas aqueles com os quais Portugal não tem um acordo de reconhecimento automático de diplomas. O programa de estágio de enfermagem subsidiado deu prioridade a jovens migrantes. No caso dos médicos, a seleção de apenas um membro do casal constitui uma discriminação indirecta para as mulheres que são geralmente as migrantes secundárias. Isso significa que alguns dos benefícios esperados de programas com um carácter similar possam não ser plenamente atingidos, principalmente os relativos à participação de alguns dos grupos mais discriminados no mercado de trabalho - as mulheres e os idosos (Lerner e Menahem, 2003).

A “mobilidade interna ocupacional descendente” (Shuval, 1998), apresentada neste estudo, retoma o debate sobre a sua institucionalização e o papel desempenhado nesse processo por “programas bem-intencionados de re-entrada no mercado de trabalho” (Krahn *et al.*, 2000, 80).

No entanto, esta pesquisa também revela a importância de iniciativas não-estatais no processo de integração profissional: como prestador de serviços (de cursos ou programas de formação), como agentes mediadores de capital social, como promotor de ligações internas entre os participantes do programa, como mentor de recém-chegados, ou como certificadores, contribuindo para a legitimação social dos profissionais, sobretudo entre os empregadores e os utentes da saúde. Por conseguinte, estas iniciativas têm um papel no processo de (re) aquisição da identidade profissional. Contudo há que realçar que os actores institucionais de nível meso são muitas vezes ignorados na legitimação social das (re) qualificações. Principalmente percebidos como importantes actores no que diz respeito à implementação de políticas de integração social, as organizações do Terceiro Setor (ONGs e fundações) têm também um papel activo na “criação de estruturas de oportunidades”, no que diz respeito à re-aquisição da identidade profissional.

Em suma, este estudo destaca a construção social da definição de “Migrante Qualificado”, dependente que está de políticas selectivas de admissão e de integração. O quadro regulamentar (accionado, por exemplo, pelas Ordens Profissionais ou pelas instituições académicas) e iniciativas não-estatais são factores-chave para a compreensão do processo de aquisição da identidade profissional (Csedó, 2005). Isto é ainda mais importante na área de enfermagem e de medicina, profissões onde a natureza específica das funções

conduz ao reconhecimento formal, mas também informal, de diplomas (Ribeiro, 2008).

Se os migrantes são sobrequalificados para a realização das funções associadas a um determinado trabalho, isto é, se o país receptor não os reconhecer como migrantes qualificados, então, o seu potencial é desperdiçado ou sub-utilizado.

Na Europa Central e do Norte, o problema da “discriminação no local de trabalho”, criado pela desassociação entre os níveis educacionais e as funções laborais, surge, principalmente, na “segunda geração” (Ribas-Mateos, 2004, 1049). Em contraste, e em linha com outros estudos (Lianos, 2007), esta pesquisa confirma que, no caso dos países do sul da Europa, os recém-chegados têm sido os mais afectados pelo fenómeno do desperdício de qualificações.

## REFERÊNCIAS

- Afford, Carl Warren (2002). *Failing the Health Systems: Failing Health Workers in Eastern Europe*. Geneva: ILO Publications.
- Amaral, Alberto (2001). *Plano Estratégico para a Formação nas áreas da Saúde*. Lisboa.
- Baganha, Ioannis & Fonseca, Lucinda (ed.) (2004 a). *New Waves: Migration from Eastern to Southern Europe*. Lisboa: Fundação Luso-Americana.
- Baganha, Ioannis, Marques, José & Góis, Pedro (2004 b)) Novas Migrações, Novos Desafios: a imigração do leste europeu, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 69, 95-115.
- Barr, Donald (1995). The professional structure of Soviet medical care: the relationship between personal characteristics, medical education and occupational setting for Estonian physicians. *American Journal of Public Health*, 85 (3), 373-378.
- Bernstein, Judith (2000). The professional self-evaluation of immigrant physicians from the Former Soviet Union in Israel. *Journal of Immigrant Health*, 2 (4), 183- 190.
- Bernstein, Judith & Shuval, Judith (ed.) (1997). *Immigrant Physicians – Former Soviet Doctors in Israel, Canada and the United States*. Westport: Praeger Publishers.
- Bernstein, Judith & Shuval, Judith (ed.) (1996). The Dynamics of professional commitment: immigrant physicians from the Former Soviet Union in Israel. *Social Science and Medicine*, 42 (7), 965-974.
- Breinbauer, Andreas (2007). *Brain Drain – Brain Circulation or ....What Else Happens or Should Happen to the Brains. Some Aspects of Qualified Person Mobility/ Migration*, FIW, WP 4. Recuperado em 3 de novembro de 2013, de: [www.fiw.ac.at/fileadmin/Documents/Publikationen/Working\\_Paper/N\\_004\\_breinbauer.pdf](http://www.fiw.ac.at/fileadmin/Documents/Publikationen/Working_Paper/N_004_breinbauer.pdf)
- Csedó, Katherine (2005). *The labour market incorporation of highly skilled migrants: the case of Hungarians and Romanians in London*, Comunicação apresentada na Conferência Internacional 'New Patterns of East-West Migration in Europe', Instituto de Economia Internacional de Hamburgo, 18-19 Novembro 2005.
- Comissão Europeia (2003). *On Immigration, Integration and Employment*. Comunicação da Comissão para o Conselho, o Parlamento Europeu, o Comité Europeu Económico-Social e o Comité das Regiões, COM (2003) 336, Final. Bruxelas: Comissão Europeia.

- Geddie, Kate (2002). License of labour: obstacles facing Vancouver's – trained engineers *Working Paper Series*, 02-21, Vancouver Centre of Excellence.
- Giannocolo, Pierpaolo (2006). The Brain Drain. A Survey of Literature, *Working Paper*, 526.
- Hawthorne, Leslyanne (2001). The globalisation of the nursing workforce: barriers confronting overseas qualified nurses in Australia. *Nursing Inquiry*, 8 (4), 213-229.
- Krahn, Harvey; Tracey Derwing; Marlene Mulder e Lori Wilkinson (2000). Educated and underemployed: refugee integration into the Canadian labour market. *Journal of International Migration and Integration*, 1 (1), 59- 84.
- Larson, Magali Sarfatti (1977). *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Lerner, Miri & Gila Menaheim (2003). Decredentialization and recredentialization: the role of governmental intervention in enhancing occupational status of Russian immigrants in Israel in the 1990's. *Work and Occupations*, 30 (1), 3-29.
- Lianos, Theodore (2007). Brain Drain and Brain Loss: immigrants to Greece. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 33 (1), 129-140.
- Lowell, Lindsay e Stefka Georgieva Gerova (2004). Immigrants and the healthcare workforce – profiles and shortages. *Work and Occupations*, 31 (4), 474-498.
- Martínez, Javier & Tim Martineau (1998) Rethinking Human Resources: an agenda for the millennium, *Health Policy and Planning*, 13 (4), Oxford: Oxford University Press, 345-358.
- OCDE (2006) *International Migration Outlook, Annual Report*. Paris: OECD Publications.
- Peixoto, João (2004) Highly skilled migration in Portugal – an overview, *SOCIUS Working Papers*, 3/2004. Lisboa: SOCIUS.
- Rhode Barbara (1993). Brain drain, brain gain, brain waste: reflections on the emigration of highly educated and scientific personnel from Eastern Europe, in Russell King (ed.) *The new geography of European migration*, (pp. 228-245). Belhaven: Londres
- Remennick, Larissa & Ottenstein-Eisen (1998). Reaction of new Soviet immigrants to primary health services in Canada. *International Journal of Health Services*, 28 (3), 555-574.
- Remennick, Larissa & Shakhar, Gila (2003). You never stop being a doctor: the stories of Russian immigrant physician who converted to physiotherapy. *Health*, 7 (1), 87-108.
- Ribas-Mateos, Natalia (2004) How can we understand immigration in Southern Europe? *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30 (6), 1045-1063.
- Ribeiro, Joana de Sousa (2008). Migration and occupational integration: Foreign health professionals in Portugal. In: Ellen Kuhlmann e Mike Saks (Eds), *Rethinking Professional Governance: International Directions in Health Care*, The Policy Press: Bristol.
- Rodrigues, Luís (ed.). (2004) *Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*, Lisboa: Edições Colibri.
- Shuval, Judith (1998). Some latent functions of credentialing: the case of immigrant physicians to Israel in Vittorio Olgiati, Louis Orzack e Mike Saks (eds.) *Professions, Identity and Order in Comparative Perspective* (307-322), Onati: Instituto Internacional de Sociologia.