



Beatriz Padilla, Joana Azevedo e Thais França  
(organizadoras)

# MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS PORTUGUESAS

editora  
MUNDOS  
SOCIAIS

Beatriz Padilla, Joana Azevedo e Thais França (organizadoras)

MIGRAÇÕES  
INTERNACIONAIS  
E POLÍTICAS PÚBLICAS  
PORTUGUESAS



LISBOA, 2017

© Beatriz Padilla, Joana Azevedo e Thais França (organizadoras), 2017

Beatriz Padilla, Joana Azevedo e Thais França (organizadoras)  
**Migrações Internacionais e Políticas Públicas Portuguesas**

Primeira edição: dezembro de 2017  
Tiragem: 200 exemplares

ISBN: 978-989-8536-62-4  
Depósito legal: 438669/18

Composição em caracteres Palatino, corpo 10  
Conceção gráfica e composição: Lina Cardoso  
Capa: Lina Cardoso  
Imagem da capa: Letícia Barreto e Joaquim Marques, 2016.  
Da série: "Do lugar onde estou, já fui embora".  
Carvão e pastel sobre papel kraft, 190 x 120 cm.  
Revisão de texto: Ana Valentim Dias  
Impressão e acabamentos: Realbase

Este livro foi objeto de avaliação científica

Reservados todos os direitos para a língua portuguesa,  
de acordo com a legislação em vigor, por Editora Mundos Sociais

Editora Mundos Sociais, CIES, ISCTE-IUL, Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa  
Tel.: (+351) 217 903 238  
Fax: (+351) 217 940 074  
E-mail: editora.cies@iscte.pt  
Site: <http://mundossociais.com>

## Índice

Índice de figuras e quadros.....	vii
Sobre os autores.....	ix
<b>Introdução</b> .....	1
<i>Beatriz Padilla e Joana Azevedo</i>	
<b>1 Políticas públicas e migrações</b> .....	7
<i>Beatriz Padilla</i>	
<b>2 Novas configurações da governança da diversidade. O interculturalismo como modo de incorporação</b> .....	29
<i>Nuno Oliveira</i>	
<b>3 Mobilidade e imobilização espacial. Controlo social e espacial dos refugiados, em Portugal</b> .....	53
<i>Cristina Santinho</i>	
<b>4 Os processos de regularização de imigrantes realizados em Portugal</b>	71
<i>Vera Sampaio</i>	
<b>5 Políticas migratórias. O acesso à nacionalidade como instrumento de cidadania em Portugal</b> .....	91
<i>Beatriz Padilla e Alejandra Ortiz</i>	
<b>6 Reflexões sobre o II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010-2013) a partir dos estudos de género e feministas</b> .....	115
<i>Thais França</i>	
<b>7 Políticas de recrutamento na origem de médicos latino-americanos em Portugal</b> .....	133
<i>Erika Masanet</i>	

8	<b>O lugar das línguas imigrantes não europeias na sociologia das migrações internacionais .....</b>	<b>151</b>
	<i>Ana Raquel Matias</i>	
9	<b>Promessas quebradas do presidente Sarkozy. Políticas públicas de imigração e integração francesas entre 2007 e 2012.....</b>	<b>173</b>
	<i>João Carvalho</i>	

## Índice de figuras e quadros

### Figuras

5.1	História migratória portuguesa .....	97
5.2	Taxa de naturalização, União Europeia, 2014.....	101
5.3	Evolução na aquisição da nacionalidade portuguesa 1998-2013.....	104
5.4	Aquisição da nacionalidade portuguesa por sexo, 2008-2014 .....	105
5.5	Comparação da evolução da população estrangeira e a aquisição da nacionalidade em números absolutos .....	106
5.6	Evolução na aquisição da nacionalidade portuguesa de cidadãos de países de imigração histórica/tradicional (pós-colonial).....	107
5.7	Evolução na aquisição da nacionalidade portuguesa de cidadãos de países de origem de imigração recente .....	108
6.1	Evolução dos fluxos imigratórios para Portugal (1980-2014) – N° absolutos .....	116
9.1	Autorizações de residência concedidas pelo Estado francês a cidadãos de Estados terceiros à UE entre 2003 e 2011 .....	179

### Quadros

1.1	Políticas migratórias.....	18
4.1	População estrangeira residente legal em Portugal .....	73
4.2	Número de pedidos e títulos concedidos nos processos de regularização .....	78
5.1	Condições de atribuição e aquisição da nacionalidade portuguesa, Lei n.º 2/2006 .....	98
5.2	Taxas de naturalização mais elevadas na UE, 2009 e 2014 .....	101
5.3	Crescimento da taxa de aquisição da nacionalidade portuguesa sobre o total de aquisições de nacionalidades da UE-27 .....	102
5.4	Principais países que concederam a nacionalidade, 2014 .....	102

- Santos, Boaventura Sousa, Conceição Gomes, e Madalena Duarte (2009), "Tráfico sexual de mulheres: representações sobre ilegalidade e vitimação", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87, pp. 64-94.
- Santos, Boaventura Sousa, Conceição Gomes e Madalena Duarte (2010), "Tráfico de mulheres para fins de exploração sexual em Portugal: um retrato empírico" em OTSH (ed.), *Tráfico Desumano, Coleção de Direitos Humanos e Cidadania*, Observatório do Tráfico de Seres Humanos, pp. 89-115.
- Shore, Chris (2010), "Anthropology and the study of public policy: reflections on the work of police", *Antipoda, Revista de Antropología y Arqueología*, pp. 21-49.
- SOS Racismo (2002), *A Imigração em Portugal: os Movimentos Humanos e Culturais em Lisboa*, Lisboa, SOS Racismo.
- Topa, Joana, Conceição Nogueira, e Ana Sofia Neves (2011), "Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: reflexão à luz do feminismo crítico", *Psico*, 41, pp 336-373.
- Villa Martín, María, e Eduardo Domenech (2012), *Las Políticas Públicas Migratorias como Construcción Social: Apuntes Teórico-metodológico para Sua Lectura y Análisi*.

## Capítulo 7

### Políticas de recrutamento na origem de médicos latino-americanos em Portugal

Erika Masanet

#### Introdução

Desde os anos 80 do século XX os sistemas públicos de saúde têm experimentado uma transição para os sistemas de saúde regulamentados pela lógica neoliberal (Correia, 2012).<sup>1</sup>

Nesse contexto, a gestão da despesa na prestação de serviços de saúde rege-se pela máxima eficiência e rentabilidade dos recursos na relação entre o pessoal médico e a população a ser atendida (EOHSP, 2006). Para este propósito, os sistemas de saúde neoliberais (SSN) podem implementar principalmente quatro estratégias: a formação interna, a melhora das condições de trabalho e flexibilização da aposentadoria, o aumento da produtividade sob parâmetros de efetividade e o recrutamento internacional de médicos no estrangeiro facilitado pelo carácter corporativista e credencialista da medicina (OCDE, 2008; EOHSP, 2006).

Por causa da sua celeridade e baixo custo, os SSN com condições socioeconómicas de atração suficientes usam a estratégia de recrutamento internacional de médicos para cobrir as situações de escassez (OCDE, 2008). Note-se que a gestão da população médica estrangeira no SSN inclui tanto o desenho de processos de seletividade como condições no mercado de trabalho mais favoráveis do que para o resto dos migrantes qualificados (Coloma, 2012).

Nesse contexto global, a migração qualificada dos profissionais da saúde às vezes responde a políticas ativas de recrutamento dos Estados, empregadores ou agências. Assim, as instituições estatais e os acordos bilaterais ou internacionais desempenham um papel importante na gestão desses fluxos migratórios, no seu desenvolvimento e nas condições de integração desses migrantes nos países de destino. Além disso, no contexto de crise global dos sistemas de saúde e dos profissionais da saúde, os acordos bilaterais entre países

<sup>1</sup> Este trabalho resulta do projeto de pós-doutoramento "Skilled migration of health professionals in Portugal and Spain: a comparative study on the conditions of integration into the host society" (2010-2013), financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

ou instituições para o recrutamento destes recursos humanos são mecanismos que, em princípio, respondem a uma gestão mais ética e equitativa desta migração qualificada.

Alguns países assinaram acordos bilaterais para o recrutamento internacional de profissionais da saúde. Na Europa, o Reino Unido tem usado com frequência acordos bilaterais e memorandos de entendimento com países de fora da OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico) para o recrutamento internacional de médicos/as e enfermeiros/as no seu Sistema Nacional de Saúde e que é coordenado centralmente pelo Departamento de Saúde (Buchan e Dovlo, 2004; OCDE, 2007; Buchan, 2007; Buchan, e outros, 2009). É também de salientar que o Departamento de Saúde da Inglaterra introduziu em 2001 o seu código de práticas para os empregadores do Serviço Nacional de Saúde envolvidos no recrutamento internacional de profissionais de saúde. O objetivo deste código é tentar limitar os impactos negativos do recrutamento internacional, nomeadamente estabelecendo diretrizes para não direcionar as atividades de recrutamento para os países de baixa renda (Buchan, e outros, 2009).

Portugal é outro país europeu que tem recorrido ao recrutamento internacional de médicos de fora da União Europeia em resposta à necessidade de médicos em determinadas áreas geográficas e especialidades. Assim, desde 2008 o país realizou cinco procedimentos de recrutamento na origem de médicos latino-americanos através do Ministério de Saúde: a contratação de 12 médicos uruguaios em 2008 e de 40 médicos cubanos em 2009, seguido do recrutamento de 82 médicos colombianos e 9 médicos costa-riquenhos em 2011 e, mais recentemente, aproximadamente 51 médicos cubanos foram recrutados em 2014. Estas experiências de recrutamento na origem de médicos latino-americanos enquadrar-se-iam no âmbito das políticas migratórias de promoção seletivas, sendo que o fator de seletividade neste caso seria a qualificação profissional dos imigrantes (Padilla, 2017). Além disso, constituem os únicos casos de recrutamento de pessoal altamente qualificado realizados pelo Estado português. Cabe ainda ressaltar a importância das relações internacionais nestes recrutamentos, sendo que foram desenvolvidos no âmbito de acordos bilaterais com os países de origem.

Neste trabalho será apresentada uma contextualização dos quatro primeiros procedimentos de contratação na origem realizados pelo governo português, através da análise das seguintes dimensões: a) aspetos formais do recrutamento (natureza e características dos protocolos assinados, atores envolvidos, processo seletivo na origem e reagrupamento familiar); b) processos de integração profissional destes médicos; c) condições de trabalho dos médicos; d) consideração do “Código Global de Práticas sobre o Recrutamento Internacional dos Recursos Humanos em Saúde” da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os seus princípios éticos para o recrutamento internacional de profissionais da saúde.

A metodologia utilizada nesta investigação é fundamentalmente qualitativa e baseada, por um lado, na análise documental das seguintes fontes secundárias: o Memorandum de Entendimento entre o Ministério da Saúde de Portugal e o Ministério da Saúde do Uruguai, e o “Código Global de Práticas sobre o Recrutamento

Internacional dos Recursos Humanos em Saúde” da OMS.<sup>2</sup> Da mesma forma, também foram realizadas uma série de entrevistas em profundidade com os seguintes atores: a) informantes-chave envolvidos na coordenação e gestão destes procedimentos de contratação (Embaixadas do Uruguai e Cuba, e anteriores altos cargos do Ministério da Saúde português envolvidos ou responsáveis destes processos), um total de quatro entrevistas; b) médicos latino-americanos contratados na origem, principalmente médicos colombianos e uruguaios, sendo realizadas um total de quinze entrevistas, seis a mulheres e nove a homens (dez entrevistas a médicos colombianos, quatro a médicos uruguaios e uma entrevista a um médico costa-riquenho).<sup>3</sup>

### O código global de práticas de recrutamento da OMS no contexto das migrações internacionais dos profissionais da saúde

A escassez mundial do pessoal da saúde e a distribuição desigual destes profissionais entre e dentro das nações (Taylor e Dhillon, 2011) tornou-se numa questão de grande preocupação para a comunidade internacional, especialmente para os países em desenvolvimento. Neste contexto de escassez e distribuição desigual dos profissionais da saúde, acontece a expansão da migração internacional deste pessoal qualificado.

A maior parte desta mobilidade vem acontecendo dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos, devido principalmente à crescente demanda de profissionais da saúde provocada por uma série de fatores sociais, económicos e políticos (Adel, e outros, 2004; OCDE, 2007; OCDE, 2010). Apesar da importância que adquire a migração nesta direção, é cada vez mais notória a circulação destes profissionais entre os países desenvolvidos, a sua mobilidade entre as nações em desenvolvimento e, mais recentemente, a migração Norte-Sul.

Mesmo assim, a migração dos profissionais da saúde dos países em desenvolvimento ou com ingressos mais baixos para os países avançados é a tônica que tem centrado o interesse e o debate na agenda política internacional pelas suas consequências e impactos negativos para os sistemas de saúde de muitos desses países de origem, que já possuem uma grave escassez destes profissionais e sistemas de saúde debilitados.

Segundo Robinson e Clark (2008), para reduzir os efeitos adversos associados à migração dos profissionais da saúde é necessária uma estrutura internacional para impulsionar o diálogo e a cooperação entre os Estados sobre questões relacionadas com a contratação internacional e a migração dos trabalhadores da saúde. Neste sentido, uma das estratégias propostas pela Organização Mundial da Saúde

2 Os esforços para obter os acordos assinados com a Colômbia, Cuba e Costa Rica através de requisições encaminhadas às diferentes instituições portuguesas não deram os resultados esperados.

3 Infelizmente, não temos o testemunho de nenhum dos médicos cubanos, devido a se terem recusado a ser entrevistados.

para mitigar estes impactos negativos é o estabelecimento de um código internacional de recrutamento ético dos profissionais da saúde (Padilla, 2010).

Assim, no dia 21 de maio de 2010 foi aprovado o “Código Mundial de Práticas sobre o Recrutamento Internacional dos Profissionais da Saúde” da OMS (“WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel”) pelos 193 Estados-membros na 63.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, depois de um processo longo e difícil de negociação (Taylor e Dhillon, 2011). Trata-se de um código voluntário (não vinculante) e global que proporciona uma série de princípios éticos para a contratação internacional dos profissionais da saúde com a finalidade de fortalecer os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento.<sup>4</sup>

De acordo com Taylor e Dhillon (2011), um dos grandes avanços positivos do código mundial da OMS é que a questão da migração dos profissionais da saúde, ignorada durante muito tempo, é agora central na agenda da saúde global. Isto manifesta-se na inclusão deste código no documento final de setembro de 2010 da Cimeira dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio da ONU (Taylor e Dhillon, 2011). Ao mesmo tempo que o código da OMS colocou em evidência o fenómeno da migração dos profissionais da saúde, também assinalou que a retenção destes profissionais qualificados não pode ser o principal e único objetivo para mitigar a fuga de cérebros, reconhecendo assim os impactos positivos desta migração para os países de origem (IOM, 2013).

Em definitivo, a experiência do código mundial da OMS evidencia a importante contribuição deste instrumento para a governança da saúde global, ao proporcionar um marco para o diálogo e a cooperação entre os Estados a respeito dos desafios que coloca a mobilidade internacional dos profissionais da saúde (Taylor e Dhillon, 2011).

### A migração dos profissionais da saúde em Portugal

Portugal também faz parte do circuito internacional dos profissionais da saúde, tanto como país de destino e, mais recentemente, como país de emissão. Desde princípios da década de 1990 Portugal tornou-se um lugar de destino dos profissionais estrangeiros da saúde. No entanto, com a crise económica, este panorama migratório está a mudar, já que há um menor número de profissionais da saúde imigrantes que chegam ao país, ao mesmo tempo que está a aumentar a emigração dos profissionais da saúde portugueses, especialmente de enfermeiros, dentistas e técnicos de diagnóstico e de terapias (Ribeiro e outros, 2013). O desemprego, os cortes salariais, o aumento dos impostos, a deterioração contínua das condições de trabalho, a redução do investimento no setor público da saúde — tudo isto provocado pelos planos de austeridade implementados pelo governo português depois da intervenção da *troika* em 2011 — são fatores que favorecem a saída dos profissionais da saúde portugueses.

4 Para conhecer mais sobre o código, que inclui um preâmbulo e 10 artigos, consultar o *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, disponível em [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1).

Outra tendência identificada é o crescente fluxo de saída de estudantes de medicina portugueses devido às restrições nos *numerus clausus* e a consequente demanda insatisfeita para ingressar nesta licenciatura. As universidades para onde vão estes estudantes estão localizadas em Espanha, República Checa, Polónia, Alemanha, França, Inglaterra, Hungria e Eslováquia (Dussault e Conceição, 2011; Ribeiro e outros, 2013).

Desde a década de 1990 Portugal recebeu profissionais da saúde estrangeiros, sendo o período de maior crescimento na chegada destes profissionais entre 1998 e 2004. O grupo mais numeroso dos recursos humanos estrangeiros em saúde é o dos médicos, seguido dos enfermeiros (Masanet, 2010). A evolução dos médicos estrangeiros que prestam serviços no setor público da saúde indica um aumento constante destes profissionais entre 2001 e 2010, sendo a taxa média de crescimento anual de 1,49% (Ministério da Saúde, 2011). A entrada contínua e crescente de médicos estrangeiros em Portugal ao longo das últimas duas décadas responde principalmente a uma combinação de fatores de expulsão e atração, sendo a demanda destes profissionais, concretamente em determinadas especialidades médicas e regiões geográficas do país, um determinante significativo entre os *pull factors*.

De acordo com os informantes-chave entrevistados e com a literatura recente (Dussault e Conceição, 2011; Russo, e outros, 2012; Ribeiro, e outros, 2013), a demanda de médicos em Portugal está relacionada principalmente com as assimetrias na sua distribuição geográfica (Alentejo e Algarve são regiões com uma importante carência de médicos de todas as especialidades), e com a escassez de médicos em determinadas especialidades como medicina geral e familiar, obstetrícia, pediatria e anestesia, sendo a maior carência em medicina familiar. Outros fatores que também influem na necessidade de médicos no país é a distribuição etária desigual desta população devido à evolução descontínua no número de graduados em medicina nas últimas décadas, o envelhecimento da população médica, o elevado número de reformas antecipadas de médicos durante 2010 e 2011 quando foram conhecidas em 2010 as sanções pelas reformas antecipadas e, finalmente, o aumento da demanda no setor privado da saúde (Dussault e Conceição, 2011; Russo, e outros, 2012; Ribeiro, e outros, 2013).

Quanto à composição da população médica estrangeira, até ao final da década de 1990 Portugal recebeu principalmente médicos dos PALOP, como Angola, Moçambique e Guiné-Bissau, o que revela a importância dos laços históricos e culturais nestes fluxos migratórios. A partir dessa data, adquire maior importância a chegada dos médicos espanhóis para trabalhar no país (Masanet, 2010). De acordo com os dados do Ministério da Saúde de Portugal sobre recursos humanos estrangeiros que prestam serviços no setor público da saúde, os principais países de origem da população médica estrangeira em 2010 foram a Espanha (41% do total), o Brasil (13,4%) e Angola (6,7%) (Ministério da Saúde, 2011).

No entanto, nos últimos anos observa-se uma maior diversificação nas origens nacionais destes profissionais altamente qualificados por causa do aumento dos médicos da Europa do Leste (principalmente da Ucrânia e da Moldávia) e, mais recentemente, do recrutamento ativo pelo Ministério da Saúde português de médicos do Uruguai, Cuba, Colômbia e Costa Rica. A contratação destes médicos

na origem responde à necessidade de médicos para trabalhar em determinadas regiões e zonas do país e à falta de médicos de família, como já foi assinalado anteriormente. Esta estratégia é considerada pelas autoridades portuguesas como uma das soluções de curto prazo para resolver este défice de médicos, enquanto esperam os resultados das medidas estruturais adotadas pelo Ministério de Saúde nos últimos anos: o aumento no número de vagas nas faculdades de medicina em Portugal e, especificamente, o incremento de vagas nas especialidades com mais carência no país, bem como a abertura de dois cursos de medicina nas Universidades do Algarve e Aveiro.<sup>5</sup>

#### Características principais dos médicos latino-americanos recrutados na origem

Como se observa no quadro 7.1, o total de médicos latino-americanos contratados na origem pelo Ministério da Saúde português através de convénios subscritos com o Uruguai, Cuba, Colômbia e Costa Rica foi de aproximadamente 145 médicos. A duração dos contratos de trabalho foi em todos os casos de três anos, com distintos anos de chegada ao país. O recrutamento destes médicos concentrou-se na área de cuidados de saúde primários devido principalmente às grandes carências neste âmbito e, em menor medida, à não exigência do reconhecimento da especialidade em medicina geral e familiar para o exercício nessa área, o que leva a uma maior facilidade e celeridade no processo.

A contratação de 12 médicos uruguaiois em 2008 para trabalhar no Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal (INEM), cuja contratação no âmbito deste acordo terminou em junho de 2011, foi a primeira experiência do Estado português no recrutamento na origem de profissionais médicos. A distribuição geográfica dos médicos uruguaiois foi realizada em função das necessidades de médicos no INEM, de forma que 6 destes profissionais foram atribuídos a Lisboa, 2 ao Porto, 2 a Coimbra, 2 a Faro e 2 a Beja.

Os médicos cubanos contratados pelo Ministério de Saúde português chegaram em agosto de 2009 para prestar serviços em centros de saúde de diversos municípios do Alentejo e Algarve. Depois de um ano e meio de contratação, chegou outro grupo de médicos cubanos para substituir alguns dos médicos cubanos do primeiro grupo que regressaram ao seu país.

Em 2011, foram realizados dois procedimentos de contratação simultâneos de médicos colombianos e costa-riquenhos, que chegaram em dois grupos em períodos de tempo distintos. O primeiro grupo chegou em março de 2011 e estava formado por aproximadamente 43 médicos colombianos. O segundo grupo chegou em junho de 2011 e era composto por 39 médicos colombianos e 9 médicos costa-riquenhos. Quanto à distribuição geográfica, grande parte do primeiro grupo de

5 Em outubro de 2012 foi notificada a não acreditação do curso de medicina na Universidade de Aveiro pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, de forma que este curso finalmente encerrou.

Quadro 7.1 Informação básica dos quatro grupos de médicos recrutados na origem

	Ano de recrutamento	Duração do contrato	N.º (aprox.) de médicos contratados	Distribuição geográfica	Área da saúde de trabalho
Uruguai	2008	3 anos	12	Lisboa, Porto, Coimbra, Faro e Beja	INEM
Cuba	2009	3 anos	40	Regiões do Alentejo e do Algarve	Cuidados primários
Colômbia	2011	3 anos	82	1.º grupo: região metropolitana de Lisboa (RML) e Algarve 2.º grupo: RML, região centro e Açores	Cuidados primários
Costa Rica	2011	3 anos	9	Região centro e Alentejo	Cuidados primários

médicos colombianos foi atribuído a centros de saúde na região metropolitana de Lisboa e, em menor medida, à região do Algarve; enquanto o segundo grupo de médicos colombianos concentrou-se na zona de Lisboa, na região centro do país e nos Açores.<sup>6</sup> Por seu lado, os médicos costa-riquenhos foram trabalhar num município da região centro do país e noutra na região do Alentejo.

#### Elementos formais dos procedimentos de recrutamento em origem

##### *Natureza e características dos protocolos assinados*

Os acordos assinados entre o Ministério de Saúde de Portugal com o Uruguai, Cuba, Colômbia e Costa Rica para o recrutamento de médicos são basicamente acordos administrativos assinados com os respetivos ministérios de Saúde destes países latino-americanos, exceto Cuba e Costa Rica, onde os acordos foram assinados com a empresa de Serviços Médicos Cubanos e a Associação Profissional dos Médicos e Cirurgiões da Costa Rica.

No caso de Cuba e Colômbia, são acordos explícitos para o recrutamento de médicos na origem, onde é estabelecido o número aproximado de médicos para contratar, o tipo de trabalho que irão exercer, as zonas do país onde vão trabalhar, as horas de trabalho, etc. Com a Costa Rica não há um acordo entre os dois países, mas uma autorização formal do governo da Costa Rica para que o procedimento fosse realizado diretamente com a Associação Profissional dos Médicos e Cirurgiões da Costa Rica.

No caso do Uruguai, o Memorandum de Entendimento assinado entre os dois países é um acordo de cooperação no âmbito da saúde que inclui, entre outros

6 O recrutamento na região metropolitana de Lisboa é devido ao elevado número de reformas antecipadas de médicos de família durante 2010 e 2011.

objetivos, o desenvolvimento profissional e a inserção temporal de recursos humanos no Serviço Nacional de Saúde português. Especificamente, foram implementados dois programas de ação no âmbito deste protocolo:

- 1) programa de formação em transplantes hepáticos para apoiar a implementação do plano de transplantação hepática no Uruguai. Este programa incluiu, por um lado, a realização de estadias de médicos uruguaios em centros altamente especializados em transplantes hepáticos em Portugal, especificamente no Hospital Curry Cabral de Lisboa; e, por outro lado, um grupo de médicos portugueses foi acolhido no Hospital Militar de Montevidéu.<sup>7</sup>
- 2) recrutamento de médicos uruguaios para trabalhar no INEM de Portugal durante três anos.

*Atores envolvidos nos procedimentos de contratação*

Da parte portuguesa, o Ministério da Saúde de Portugal foi o principal organismo responsável pelos procedimentos de recrutamento, além de ser o signatário dos convénios. Dentro do Ministério da Saúde, o Gabinete do Secretário de Estado da Saúde foi o responsável pela parte das relações políticas entre os países, além de ser o principal dinamizador destes processos. Dentro também do Ministério da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), através do seu Departamento de Recursos Humanos em Saúde, foi responsável pelos contratos de trabalho destes médicos latino-americanos e também pela sua distribuição nas distintas administrações regionais da saúde (ARS).

As faculdades de medicina tiveram um papel preponderante no processo de seleção dos médicos na origem, nomeadamente a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. A Ordem dos Médicos de Portugal também participou nestas contratações, embora indiretamente, na medida em que é o organismo responsável pelo reconhecimento profissional para poder exercer medicina no país. Assim, avaliou os expedientes destes médicos para conceder o reconhecimento profissional. Cabe salientar que a Ordem dos Médicos, com a sua postura altamente protecionista, mostrou desde o início a sua oposição a estas estratégias de contratação, argumentando a existência de outras alternativas para incentivar os médicos portugueses a preencher esses postos de trabalho.

Com o Uruguai, o contacto foi realizado com o Ministério da Saúde Pública que também foi o signatário do Memorandum de Entendimento. Por seu lado, o Sindicato de Médicos do Uruguai teve a função de divulgar a chamada de recrutamento. A Embaixada de Portugal em Montevidéu também teve um papel importante como canal de comunicação entre o governo português e os médicos candidatos, proporcionando apoio logístico durante o processo de seleção no Uruguai, além da correspondente gestão dos vistos dos médicos uruguaios selecionados.

7 As estadias no Hospital Curry Cabral foram por um período de sete meses e envolveram 15 médicos uruguaios.

No caso da Colômbia, embora o protocolo tenha sido realizado com o Ministério da Saúde e Proteção Social, a entidade governamental colombiana encarregue de gerir o processo de recrutamento foi o Serviço Nacional de Aprendizagem (SENA). Assim, este organismo foi responsável por divulgar a chamada da contratação, executou a pré-seleção dos profissionais e apoiou as seguintes etapas do processo de seleção realizadas pela parte portuguesa. A Embaixada de Portugal em Bogotá geriu os vistos dos médicos colombianos e dos seus familiares.

Com Cuba, o acordo foi assinado com a empresa de Serviços Médicos Cubanos que é a entidade que contrata diretamente os profissionais médicos cubanos. O recrutamento de médicos cubanos para trabalhar em Portugal foi efetuado através da modalidade de exportação de serviços médicos com contrapartida económica.<sup>8</sup> Finalmente, o recrutamento de médicos costa-riquenhos foi realizado através da Associação Profissional dos Médicos e Cirurgiões da Costa Rica, enquanto a tramitação dos vistos foi realizada através da Embaixada de Portugal em Bogotá.

*Processo seletivo na origem*

Os processos de seleção dos médicos latino-americanos foram realizados na origem e, em geral, as autoridades portuguesas tiveram um papel preponderante. Para esta tarefa deslocaram-se professores universitários das duas faculdades de medicina de Portugal referidas com a finalidade de efetuar uma série de provas, bem como algumas autoridades do Ministério de Saúde de Portugal. Em geral, o processo de seleção consistiu nas seguintes fases, cada uma delas com carácter eliminatório:

- 1.º) entrevista pessoal com um dos responsáveis destes procedimentos de contratação pertencente ao Ministério de Saúde de Portugal.
- 2.º) prova de português: realização de uma prova de língua portuguesa que foi precedida de um curso intensivo de português durante um mês destinado aos médicos pré-selecionados.
- 3.º) prova de conhecimentos médicos: consistiu numa prova teórica com perguntas de múltipla escolha e uma prova prática oral na qual tinham que resolver casos clínicos perante um júri de médicos especialistas portugueses.

A diferença entre o processo seletivo dos médicos uruguaios, colombianos e costa-riquenhos que seguiram as três etapas descritas, e o caso dos médicos cubanos foi que o governo cubano, através da empresa de Serviços Médicos Cubanos, realizou a pré-seleção dos seus médicos, de modo que a primeira etapa de entrevista

8 Cuba tornou-se nos últimos anos num país exportador de médicos. Com uma forte presença de médicos cubanos em mais de 50 países, principalmente da América Latina, África e Ásia, há diferentes modalidades de exportação de serviços médicos para o exterior. Assim, nos países em desenvolvimento normalmente são oferecidos serviços gratuitos de solidariedade ou em forma de ajuda humanitária. Por outro lado, existe a modalidade de exportação de serviços médicos com contrapartida económica para aqueles países com capacidade económica ou recursos e que constitui uma forma de obter divisas para o país.

peçoal com um responsável do Ministério da Saúde português não se efetuou. De acordo com a representante entrevistada da Embaixada de Cuba em Lisboa, estes médicos foram escolhidos com base no conhecimento da língua portuguesa que adquiriam em anteriores missões de cooperação em países de língua portuguesa, como Moçambique ou Angola.

#### *Reagrupamento familiar*

Embora o reagrupamento familiar não estivesse formalmente previsto nos procedimentos de recrutamento, o governo português facilitou de alguma forma o processo de reagrupamento, por exemplo prestando apoio no processo de regularização administrativa dos familiares e na inserção escolar dos filhos.

No caso dos médicos uruguaios e no primeiro grupo dos colombianos, o governo português permitiu que os médicos contratados viajassem juntamente com os seus familiares, apesar das despesas da viagem e do alojamento dos familiares serem pagas pelos próprios médicos contratados. Por outro lado, a maior parte dos médicos cubanos emigraram sozinhos por decisão do governo cubano, à exceção dos casais formados por médicos em que os dois conseguiram viajar juntos e trabalhar em Portugal.

Os médicos colombianos do segundo grupo, contrariamente aos do primeiro, tiveram uma série de dificuldades e impedimentos para trazer as suas famílias, de modo que o reagrupamento familiar demorou até seis ou sete meses depois da chegada dos médicos a Portugal. Os obstáculos aconteceram no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), nomeadamente na emissão dos documentos necessários para o reagrupamento, bem como na Embaixada de Portugal na Colômbia que colocou barreiras para a emissão dos vistos dos familiares.

#### **A integração profissional dos médicos recrutados na origem no Serviço Nacional de Saúde português**

O primeiro passo para o exercício profissional de um médico imigrante é o reconhecimento do seu diploma universitário e o reconhecimento profissional. Para obter a equivalência do diploma de licenciado em medicina em Portugal, cujo organismo responsável são as faculdades de medicina, o médico estrangeiro tem de superar uma prova de avaliação dos conhecimentos médicos e uma prova de competência linguística de português. Estas provas exigidas em Portugal para a equivalência do diploma são as mesmas que realizaram os médicos latino-americanos nos seus países de origem como parte do processo de seleção (fase 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup>), de modo que quando chegaram a Portugal já possuíam a equivalência ao seu diploma.

Por outro lado, o reconhecimento profissional para poder exercer a profissão médica no país é feito pela Ordem dos Médicos, que estabelece um sistema complexo de acreditação profissional que distingue o exercício autónomo da profissão do exercício tutelado. Para o exercício da medicina autónoma em Portugal, é exigida a comprovação de três anos de experiência profissional nos últimos cinco anos no caso dos médicos estrangeiros.

Em geral, os médicos contratados na origem não tiveram problemas para fazer a inscrição na Ordem dos Médicos e poder trabalhar de forma autónoma, à exceção dos médicos uruguaios e costa-riquenhos. No caso dos uruguaios, o problema estava na inconsistência entre os requisitos dos candidatos no processo de seleção no Uruguai e o que é exigido pela Ordem dos Médicos para a prática da medicina autónoma em Portugal. A maior parte dos médicos uruguaios não conseguiu acreditar os três anos de exercício profissional no Uruguai. O problema foi resolvido trabalhando nove meses sob a supervisão de médicos portugueses e também pelo apoio institucional do Ministério de Saúde português e do INEM, que intervieram no assunto para resolver este problema.

Os médicos costa-riquenhos estiveram mais de quatro meses sem poder trabalhar por falta do "documento de reciprocidade" exigido pela Ordem dos Médicos. Este documento devia ser emitido pelo governo da Costa Rica e, possivelmente, o facto de não ser um acordo assinado diretamente com o Ministério da Saúde do país levou a este tipo de problemas burocráticos. Além disso, a atitude pouco flexível da Ordem dos Médicos de Portugal tampouco facilitou o desbloqueio deste processo.

De acordo com os médicos colombianos e costa-riquenhos entrevistados, nos processos de inserção laboral houve dificuldades pelas atitudes de hostilidade e rejeição dos seus colegas portugueses e, em alguns casos, por situações de discriminação por parte dos seus superiores. Segundo os entrevistados, estas atitudes e comportamentos de rejeição e discriminação resultam, em grande parte, da desconfiança dos colegas e superiores portugueses sobre a sua formação académica e experiência adquirida na origem como médicos de família. Esta desconfiança profissional inicial, que também pode estar enraizada em preconceitos pela sua condição de médicos "estrangeiros" ou "latino-americanos", constituiu também uma barreira para o bom desempenho profissional destes médicos nos seus centros de trabalho, já que impediu em alguns casos a realização de certas práticas médicas básicas, como relataram alguns entrevistados.

Relativamente aos médicos cubanos, a representante da Embaixada de Cuba entrevistada contou a situação incómoda pela qual passaram os médicos cubanos no seu processo de inserção e adaptação, referindo-se ao assédio sofrido pela imprensa portuguesa devido às suas condições de trabalho. Por seu lado, os médicos uruguaios entrevistados também perceberam inicialmente desconfiança profissional e certa rejeição por parte dos seus colegas e superiores, bem como sentiram discriminação por não falar corretamente português.

#### **Condições de trabalho dos médicos contratados na origem**

Os médicos uruguaios iniciaram o seu contrato de trabalho em junho de 2008 e finalizaram-no em junho de 2011. O contrato de trabalho era de exclusividade com o INEM e desempenhavam o seu trabalho principalmente nos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), enquanto realizavam alguns plantões na VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação). Em relação às condições de

trabalho, refira-se o problema dos médicos uruguaios que trabalharam na delegação territorial de Lisboa e Vale do Tejo em termos de remuneração das horas extras, já que durante o primeiro ano de contrato não lhes foram pagas as horas extraordinárias, segundo o estabelecido pela lei, e ainda hoje não conseguiram o reembolso desta dívida pendente. Ao contrário dos seus colegas da delegação de Lisboa, a experiência profissional dos médicos uruguaios no INEM do Porto foi mais positiva. Desde o início estes profissionais tiveram uma igualdade de condições de trabalho com os seus colegas portugueses e desfrutaram de maiores possibilidades de desenvolvimento profissional nesta delegação territorial.

Os médicos colombianos têm um contrato de trabalho de três anos que começou em março ou em junho de 2011, consoante o grupo de médicos colombianos em causa, e finalizou em junho de 2014. Uma das principais reclamações destes médicos é que houve incumprimento em relação ao salário acordado entre os dois governos na origem. As informações da chamada realizada na Colômbia estipulavam que o salário seria de uns 3.200 euros brutos mensais, mas quando chegaram a Portugal — e coincidindo com a crise económica e a entrada da *troika* no país — a redução salarial dos funcionários públicos também foi aplicada aos médicos. Assim, o salário oscilou entre os 2.400 euros e 2.800 euros brutos por mês, muito menos do que o estabelecido na origem.

As condições de trabalho dos médicos cubanos são excecionais. Contrariamente aos médicos colombianos, costa-riquenhos e uruguaios, em que os contratos são individuais e o salário é pago diretamente a estes profissionais, no caso dos médicos cubanos o contrato é feito diretamente com a empresa de Serviços Médicos Cubanos. Este organismo recebe o montante da remuneração, retém uma percentagem deste e posteriormente paga aos médicos cubanos um salário final bastante inferior ao montante inicial. Obviamente, estas condições entram em grave contradição com os direitos do trabalho dos médicos no país. No entanto, é importante lembrar que este acordo bilateral faz parte da política de exportação de serviços médicos cubanos como uma forma de obter proveitos para o país.

#### Análise dos procedimentos de recrutamento na origem sob a ótica dos princípios éticos do código mundial da OMS

O primeiro dos pontos do artigo 4.º sobre *responsabilidades, direitos e práticas de contratação* do código da OMS refere-se à importância da cooperação entre os diversos atores envolvidos na contratação.<sup>9</sup> Nesse sentido, uma das principais dificuldades encontradas nestes procedimentos de contratação foi a falta de comunicação e de coordenação entre os diferentes agentes da parte portuguesa, especificamente entre o Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos. A escassa colaboração da Ordem

9 Nesta secção serão analisados alguns aspetos já assinalados em secções anteriores sobre os procedimentos de contratação na origem, em relação com os artigos 4.º — sobre responsabilidades, direitos e práticas de recrutamento — e 5.º — sobre desenvolvimento dos profissionais da saúde e sustentabilidade dos sistemas de saúde — do código da OMS.

dos Médicos de Portugal pode ser devido à sua posição relutante e contrária a estes recrutamentos na origem, obstaculizando em alguns casos os processos de reconhecimento profissional destes médicos latino-americanos.

O artigo 4.º do código também estabelece que os profissionais da saúde migrantes devem usufruir dos mesmos direitos e responsabilidades que os colegas autóctones em termos de emprego e condições de trabalho e não devem estar sujeitos a uma conduta ilegal ou fraudulenta. Portanto, os médicos uruguaios que trabalharam no INEM de Lisboa e Vale do Tejo receberam um tratamento ilegal e discriminatório em relação aos médicos portugueses, por não lhes terem sido pagas durante o primeiro ano as horas extraordinárias estipuladas pela lei. A igualdade de tratamento em termos de remuneração também foi prejudicada no caso dos médicos cubanos pelo baixo salário atribuído por parte das autoridades cubanas correspondentes. No entanto, é importante ter em consideração que as condições de recrutamento destes médicos são particulares e totalmente diferentes do resto das contratações de carácter individual realizadas pelo governo português.

Quanto ao artigo 5.º sobre *desenvolvimento dos profissionais da saúde e sustentabilidade dos sistemas de saúde*, em primeiro lugar, estas contratações na origem consideraram alguns dos pressupostos éticos na escolha dos países para recrutar médicos, nomeadamente a situação da oferta de médicos no país. Assim, o Ministério de Saúde português fez uma exploração internacional sobre a disponibilidade de médicos em diversos países do mundo e constatou que na América Latina havia alguns países com excesso de oferta de médicos. Outros critérios considerados pelas autoridades portuguesas para a escolha dos países de contratação foram os bons indicadores de saúde e a qualidade da formação em medicina.

Em segundo lugar, a promoção do desenvolvimento tanto do país de origem como de destino em termos de benefícios gerados para os sistemas de saúde é um princípio estabelecido também no artigo 5.º do código. Em geral, a contratação destes médicos latino-americanos trouxe benefícios para o sistema de saúde português, por serem cobertas algumas necessidades de profissionais médicos em determinadas zonas e regiões do país com importantes carências. Além disso, no caso do Uruguai, os programas de formação para apoiar a implantação do plano de transplante hepático no país, ação realizada no âmbito do Memorandum de Entendimento, teve impactos positivos para o país de origem.

Em terceiro lugar, a promoção da migração circular dos profissionais da saúde e a transferência do conhecimento e da tecnologia é um elemento importante incluído no código da OMS. Nesse sentido, o programa de ação acima referido relativo ao intercâmbio de conhecimento e transferência de tecnologia de alta complexidade em transplantes hepáticos envolveu a migração circular de profissionais médicos uruguaios por meio de estadias no Hospital Curry Cabral de Lisboa para a formação em transplantes hepáticos. Relativamente ao recrutamento de médicos uruguaios para trabalhar nas emergências médicas, quatro dos doze médicos regressaram ao Uruguai, uma vez que o contrato de trabalho finalizou em junho de 2011. Portanto, o retorno destes médicos uruguaios também pode ser considerado migração circular, já que a formação, competências e habilidades adquiridas em Portugal poderão ter impactos positivos para o Uruguai no âmbito das emergências médicas.

Finalmente, o artigo 5.º também encoraja os países a implementar medidas para resolver a má distribuição geográfica e para apoiar a retenção de profissionais da saúde nessas áreas, reduzindo assim as necessidades de recrutar profissionais. Portugal parece estar a caminhar nessa direção, já que nos últimos anos o Ministério da Saúde adotou uma série de medidas para resolver o déficit de médicos a médio e longo prazo. No entanto, estas estratégias são insuficientes para reter os médicos nessas áreas geográficas com maiores necessidades. Os incentivos económicos para trabalhar nessas regiões também devem ser uma solução para atrair profissionais da saúde.

### Considerações finais

A chegada dos médicos latino-americanos recrutados pelo Estado português contribuiu a reforçar o perfil socioprofissional diferenciado da imigração latino-americana em Portugal (exceto a imigração brasileira), em que a maioria tem alta e média qualificação (profissionais da saúde, académicos, artistas e músicos, etc.) e que pode estar relacionado com o facto de a principal motivação desta migração não ser económica (Padilla e Ortiz, 2009). Por outro lado, o recrutamento destes médicos pode ter contribuído para o fortalecimento das relações bilaterais entre Portugal e estes países latino-americanos em vários aspetos (económico, científico-tecnológico, de saúde...), especialmente no caso de Cuba, em que o Estado português tem recorrido a vários recrutamentos de médicos e onde já existiam laços anteriores e afinidade com o país.

Ao longo do texto tornaram-se evidentes os aspetos positivos, as dificuldades e os problemas dos procedimentos de recrutamento na origem de médicos uruguaios, cubanos, colombianos e costa-riquenhos realizados pelo Ministério de Saúde português, bem como algumas das suas peculiaridades. Nos aspetos positivos, note-se que estes acordos consideraram alguns pressupostos éticos incluídos no código global da OMS, ao escolher os países de origem para efetuar as contratações (o excesso de oferta de médicos e os bons indicadores de saúde).

Do ponto de vista dos impactos positivos para os sistemas de saúde do país de origem e de destino, o único acordo que teve contrapartidas positivas para o país de origem foi o do Uruguai, sendo assim um convénio bilateral mais equitativo em comparação com os outros países envolvidos. Além disso, os programas de ação realizados no âmbito do Memorandum de Entendimento entre Portugal e o Uruguai facilitaram a migração circular dos profissionais médicos e a transferência de conhecimento e tecnologia para o Uruguai.

Por outro lado, as dificuldades ou problemas que estes procedimentos de recrutamento tiveram foram vários. Em primeiro lugar, os obstáculos no reagrupamento familiar do segundo grupo de médicos colombianos e o incumprimento do salário acordado na origem com os médicos colombianos. Neste sentido, a chegada dos médicos colombianos em Portugal em 2011 coincidiu com um período de mudanças políticas e institucionais no país e num contexto financeiro e económico cada vez mais adverso — a intervenção da *troika* no país e os consequentes planos de austeridade — que não favoreceu o decorrer positivo do processo de integração

destes médicos. Em segundo lugar, a demora na integração profissional dos médicos uruguaios e costa-riquenhos pelos problemas na inscrição na Ordem dos Médicos.

Em terceiro lugar, a existência de desigualdades nas condições de trabalho de alguns grupos de médicos latino-americanos em relação aos médicos portugueses. E, por fim, as atitudes e o tratamento discriminatório percebido pelos médicos entrevistados. A postura altamente protecionista da Ordem dos Médicos contribuiu de alguma forma para criar este ambiente de hostilidade inicial para os médicos latino-americanos. Outras investigações realizadas no contexto europeu e norte-americano também documentam a discriminação sofrida pelos médicos imigrantes nos locais de trabalho (Cooke, e outros, 2003; Tolbert e King, 2005; Ribeiro, 2008a; Chen, e outros, 2010; Freire e Masanet, 2013; Romero e Masanet, 2016). É importante salientar que estas formas de discriminação social se combinam com outras fontes de discriminação (género, idade, etc.), algumas das quais podem ser partilhadas com outros profissionais autóctones ou com outros grupos de imigrantes (Ribeiro, 2008b; Freire e Masanet, 2013).

Em comparação com o Reino Unido, que tem uma longa experiência no recrutamento internacional de profissionais da saúde, a experiência de Portugal ainda é relativamente recente e está no caminho da aprendizagem. Neste último país, o Ministério da Saúde atuou como o principal agente de recrutamento que coordenou e implementou os procedimentos de recrutamento nos países de origem de médicos latino-americanos. No caso do Reino Unido, embora seja o Departamento de Saúde da Inglaterra que coordena os recrutamentos internacionais, existem várias agências que recrutam profissionais da saúde estrangeiros, inclusive há um site no Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra para recrutar diretamente enfermeiros de outros países, o que indica o grau de sistematização dos processos de recrutamento (Buchan e Dovlo, 2004). A adoção de um código de práticas para o recrutamento internacional de profissionais da saúde pelo Departamento de Saúde da Inglaterra pode ser um exemplo a seguir pelo Ministério de Saúde português no caso de continuar com esta estratégia para resolver de forma célere a necessidade de médicos no país e assim limitar os impactos negativos do recrutamento internacional.

Finalmente, dado o novo cenário migratório surgido em Portugal, onde a emigração de profissionais da saúde portugueses está a tornar-se uma clara tendência hoje em dia, é necessário investigar as práticas de recrutamento destes profissionais por parte das empresas de recrutamento no destino já detetadas em países como França ou Alemanha e se estas organizações privadas seguem os princípios éticos nas suas práticas de contratação.

### Referências bibliográficas

- Adel, Madelon Den, Wim Blauw, Janet Dobson, Kirsten Hoesch, e John Salt (2004), "Recruitment and the migration of foreign workers in Health and Social Care", em Michael Bommes, Kirsten Hoesch, Uwe Hunger, e Holger Kolg (ed.), *Organisational Recruitment and Patterns of Migration: Interdependencies in an Integrating Europe*, (IMIS-Beiträge, Special Issue 25), Osnabrück, pp. 201-230.

- Buchan, James, e Delanyo Dovlo (2004), *International Recruitment of Health Workers to the UK: a Report for DFID*, Londres, DFID Health Systems Resource Centre, disponível em <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/BUChres310108.pdf>.
- Buchan, James (2007), "International recruitment of nurses: policy and practice in the United Kingdom", *Health Research and Educational Trust*, 42 (3), pp. 1321-1335.
- Buchan, James, Bárbara McPake, Kwadwo Mensah, e George Rae (2009), "Does a code make a difference — assessing the English code of practice on international recruitment", *Human Resources for Health*, 7 (33).
- Chen, Peggy Guey-chi, Marcella Nunez-Smith, Susannah May Bernheim, David Berg, Aysegul Gozu, e Leslie Ann Curry (2010), "Professional experiences of international medical graduates practicing primary care in the United States", *Journal of General Internal Medicine*, 25 (9), pp. 947-953.
- Coloma, Soledad (2012), "La migración calificada en América Latina: similitudes y contrastes", *Boletín FLACSO Andina Migrante*, 13, pp. 2-14.
- Cooke, Lorelei, Susan Halford, e Pauline Leonard (2003), *Racism in the Medical Profession: the Experience of UK Graduates*, Londres, British Medical Association, Health Policy and Economic Research Unit.
- Correia, Tiago (2012), "Debating the comprehensive basis of western healthcare systems in the light of neo-liberalism", *CIES e-Working Paper*, 124, pp. 1-15.
- Dussault, Gilles, e Cláudia Conceição (2012), "National profile of migration of health professionals — Portugal", *Mobility of Health Professionals Project (MoHProf) — National Report for Portugal*, European Commission, disponível em [http://www.mohprof.eu/LIVE/DATA/National\\_reports/national\\_report\\_Portugal.pdf](http://www.mohprof.eu/LIVE/DATA/National_reports/national_report_Portugal.pdf).
- European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP) (2006), *The Health Care Workforce in Europe: Learning from Experience*, WHO, Trowbridge, Wilts, Londres, The Cromwell Press.
- Freire, Andrés, e Erika Masanet (2013), "Médicos latinoamericanos en Cataluña: procesos de integración y desarrollo profesional", *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana — REMHU*, 41, pp. 225-240.
- IOM (International Organization for Migration) (2013), *Annual Review 2012: Migration and Health*, Génèbra, IOM, Migration Health Divisio.
- Masanet, Erika (2010), "La migración calificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: una aproximación general", *OBETS — Revista de Ciencias Sociales*, 5 (2), pp. 243-267.
- Ministério da Saúde (2011), *Recursos Humanos Estrangeiros no Ministério da Saúde — Atualização 2009-2010*, Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde, Unidade Funcional de Estudos e Planeamento de Recursos Humanos.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2007), "Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration", *International Migration Outlook, SOPEMI 2007*, disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/22/32/41515701.pdf>.
- OCDE (2008), *The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?*, OCDE.

- OCDE (2010), "International migration of health workers: improving international co-operation to address the global health workforce crisis", *OECD Policy Brief February 2010*, disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/8/1/44783473.pdf>.
- Padilla, Beatriz, e Alejandra Ortiz (2009), "Perfis sociais dos imigrantes latino-americanos em Portugal", em Beatriz Padilla e Maria Xavier (orgs.), *Revista Migrações — Número Temático Migrações entre Portugal e América Latina*, 5, pp. 87-110.
- Padilla, Beatriz (2010), "Algunas reflexiones sobre la migración altamente cualificada: políticas, mercados laborales e restricciones", *OBETS — Revista de Ciencias Sociales*, 5 (2), pp. 269-291.
- Padilla, Beatriz (2017), "Políticas públicas e migrações", em Beatriz Padilla, Joana Azevedo e Thais França (orgs.), *Migrações Internacionais e Políticas Públicas Portuguesas*, Lisboa, Mundos Sociais.
- Ribeiro, Joana Sousa (2008a), "Migration and occupational integration: foreign health professionals in Portugal", em Ellen Kuhlmann, e Mike Saks (eds.), *Rethinking Professional Governance: International Directions in Health Care*, Bristol, The Policy Press, pp. 201-215.
- Ribeiro, Joana Sousa (2008b), "Gendering migration flows: physicians and nurses in Portugal", *Equal Opportunities International*, 27 (1), pp. 77-87.
- Ribeiro, Joana Sousa, Cláudia Conceição, Joel Pereira, Cláudia Leone, Pedro Mendonça, Marta Temido, Carlota Pacheco Vieira, e Gilles Dussault (2013), "Health professionals moving to and out of Portugal: a typical case?", *Health Policy*, 114 (2-3), pp. 97-108.
- Robinson, Mary, e Peggy Clark (2008), "Forging solutions to health worker migration", *The Lancet* 371, 9613, pp. 691-693.
- Romero, Cristina, e Erika Masanet (2016), "Contratación internacional de médicos/as latinoamericanos/as en Portugal y España", *Forum Sociológico*, 27, pp. 53-60.
- Russo, Giuliano, Paulo Ferrinho, Bruno de Sousa, e Cláudia Conceição (2012), "What influences national and foreign physicians' geographical distribution? An analysis of medical doctors' residence location in Portugal", *BMC Human Resources for Health*, 10 (12), pp. 1-11.
- Taylor, Allyn L., e Ibadat S. Dhillon (2011), "The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: the evolution of global health diplomacy", *Global Health Governance*, V (1), pp. 1-24.
- Tolbert, Alice A., e Roderick K. King (2005), "Workplace discrimination: experiences of practicing physicians", *Journal of the National Medical Association*, 97 (4), pp. 467-477.
- WHO (2010), *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, resolução adotada na 63.ª assembleia mundial de saúde, Génèbra, disponível em: [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1).