
Imigrantes qualificados no sector da saúde: Uma integração (in) completa?*

Joana Isabel Teixeira de Sousa Ribeiro

Resumo

Esta comunicação procura compreender as trajectórias profissionais e individuais de médicos e enfermeiros, provenientes de Espanha e de alguns países da Europa de Leste (nomeadamente da Rússia, Roménia, Ucrânia e Moldávia), que se encontram a trabalhar no Sistema Nacional de Saúde, ou em vias de o fazer. Para o efeito, analisam-se um conjunto de variáveis e indicadores, como sejam a idade, a nacionalidade, o sexo, as qualificações, a composição da estrutura familiar, as razões que motivaram a sua mobilidade e o seu percurso relativamente ao estatuto legal e às condições laborais em Portugal. Pretende-se ainda identificar os principais obstáculos à mobilidade, quer dos profissionais provenientes de um país membro da União Europeia, quer de profissionais extracomunitários.

A percepção das trajectórias profissionais e individuais como resultado de diferentes integrações procura contribuir para uma redefinição do que se pode designar como imigrante qualificado. Refira-se que o conceito de integração é perspectivado nas suas múltiplas dimensões: integração institucional (ex. processo de reconhecimento de diplomas); integração social (ex. mobilização do capital social); integração cultural (ex. conhecimento da língua); integração multi-espacial (ex. activação de práticas transnacionais) e integração política (ex. participação nas eleições autárquicas).

1 - A integração como um processo pluridimensional

O conhecimento das trajectórias profissionais e individuais¹ de médicos e enfermeiros, provenientes de Espanha e de alguns países da Europa de Leste, permite reconfigurar o conceito de integração, afastando-nos de uma possível conotação funcionalista.

Na esteira de alguns autores, que alertam para o facto da não sobreposição heurística entre assimilação e integração, defende-se o conceito de integração, desde que a abordagem compreenda a compatibilidade entre a existência de identidades culturais plurais, a redefinição do espaço identitário comum e a emergência de dissensões no espaço normativo (Pires, 2003:98-99). Prefere-se essa terminologia, uma vez que conceitos como assimilação tendem a remeter para um modo de inclusão de sentido único – da sociedade de origem para a sociedade de acolhimento implicando, não raras vezes, uma realidade cultural homogénea da sociedade de acolhimento. Convém salientar que a definição de integração proposta subentende, na análise que lhe subjaza, um processo contínuo, de carácter pluridimensional e, por isso mesmo, inacabado. Com efeito, neste estudo procura-se comprovar que para uma absorção no mercado laboral de acordo com as qualificações adquiridas no país de origem (integração ocupacional) é fundamental considerar todo um percurso de sucessivas integrações, como sejam a integração cultural (conhecimento da língua²), integração política (passagem de uma situação irregular ao estatuto de imigrante legal), integração institucional (reconhecimento de diplomas), integração social (mobilização de recursos informativos através de redes sociais), integração residencial (passagem de um alojamento precário a uma casa partilhada apenas com o agregado

* A presente comunicação é parte integrante de uma dissertação de mestrado em Sociologia, em curso na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, sob a orientação da Prof. Doutora Maria Ioannis Baganha, e que teve o apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BM/6721/2001).

¹ Alguns autores (Rodríguez, 2001: 546), ao defenderem uma sociologia das trajectórias sociais enquanto trajectórias de classe (em detrimento de uma sociologia da mobilidade social), tendem a considerar a especificidade da trajectória individual. Assim, segundo Lorenzo Rodríguez, a trajectória individual seria uma forma de desvio em relação à trajectória, ou trajectórias, típicas de uma classe, sendo por isso considerada uma desvinculação ao grupo de pertença.

² Entre outros, Barry Chiswick (1979) alertou para a importância do conhecimento da língua na transferência de qualificações adquiridas antes do percurso migratório. No caso de profissões do sector da saúde, a par do conhecimento da língua, é necessário um conhecimento da linguagem técnica para um melhor ajustamento a um novo contexto profissional.

doméstico³). Contudo, convém salientar que não existe uma relação de causalidade determinista entre as várias dimensões que traduzem o processo de integração. A título de exemplo, se, por um lado, a integração social não é por si só suficiente para ultrapassar determinados constrangimentos no acesso a um estatuto profissional, por outro lado, quando se verifica uma mobilidade ocupacional ascendente, a integração social é facilitada, mas constituirá um projecto a longo prazo.

Aproximamo-nos, assim, da tipologia, defendida por Alejandro Portes, dos modos de incorporação⁴. No entanto, não se desconsidera o facto de no processo de inclusão estarmos perante contextos de recepção não só nacionais ou locais, mas também supranacionais. Desse modo, afastamo-nos, pelo menos espacialmente, de uma concepção estrita de incorporação. Refira-se que os movimentos migratórios actuais beneficiam de meios de comunicação que em muito têm contribuído para a compressão espaço-temporal. Claro que tal não será por si só suficiente, mas pelo menos constitui uma vantagem funcional na mobilização de práticas transnacionais. Em suma, complexifica-se o processo de integração, confinado-lhe um carácter multi-espacial⁵.

2 - Mobilidade de profissionais no sector da saúde – da complementaridade à substituição?

A polarização social que caracteriza o fenómeno migratório português vem colmatar necessidades de mão-de-obra num mercado de trabalho que se desenvolve à revelia do sistema educativo, ou *vice-versa*. Assim, não é de estranhar a presença de imigrantes quer em profissões liberais, técnicas, de gestão e quadros superiores administrativos⁶, quer em profissões relacionadas com actividades manuais (nomeadamente do sector da construção civil e obras públicas)⁷. O dualismo migratório responde, assim, às necessidades do mercado laboral (Baganha, 1996).

A composição dos imigrantes do segmento de mercado primário tende a registar algumas mudanças. Com efeito, se algumas pesquisas (Peixoto, 1999) têm salientado a preponderância de cidadãos da União Europeia enquanto migrantes organizacionais e, essencialmente, de brasileiros no perfil de migrantes independentes, a presença de espanhóis no sector da saúde implica o reequacionar dessa tendência.

³ Há casos, sobretudo quando a composição familiar se restringe ao casal, em que se verifica a partilha do mesmo alojamento por diferentes famílias. Assim, o espaço doméstico é composto por uma multiplicação de agregados, que o que têm em comum é a divisão da apropriação do espaço residencial, determinando-se, por exemplo, semanalmente, o direito à utilização de determinados espaços comuns.

⁴ Sobretudo da tipologia apresentada pelo autor e Rubén Rumbaut em *Immigrant America: A Portrait*, em 1990 (*apud* Portes, 1999: 32), que não se confina ao mercado de trabalho, utilizando variáveis como o tipo de política governamental em relação ao grupo migrante (receptiva, indiferente, hostil), o tipo de recepção social (atitude da sociedade civil em relação ao grupo – preconceituosa, não preconceituosa) e o tipo de comunidade étnica (fraca ou forte). Dado o objecto de estudo, profissionais qualificados num sector sujeito a regulamentação profissional, acrescentaríamos o contexto institucional, representado pelos órgãos reguladores da profissão, neste caso as Ordens profissionais (se se considerar o acesso ao exercício profissional) e a faculdades de medicina/escolas de enfermagem (se se considerar o processo de reconhecimento de diplomas).

⁵ Por exemplo, observáveis neste estudo na mobilização de redes sociais transnacionais que permitem um conhecimento das oportunidades do mercado de trabalho dos países potencialmente receptores. Assim, o transnacionalismo enquanto processo não exclui, necessariamente, da análise do fenómeno migratório, o processo de integração.

⁶ Concretamente em 1998, e segundo as *Estatísticas Demográficas* do Instituto Nacional de Estatística, 30,2% da mão-de-obra estrangeira activa, em Portugal com residência legalizada.

⁷ Rigorosamente em 1998, e segundo as *Estatísticas Demográficas* do Instituto Nacional de Estatística, 47,7% da mão-de-obra estrangeira activa em Portugal com residência legalizada.

Os novos fluxos migratórios dos finais da década de 90 apresentam novas configurações⁸, nomeadamente quanto ao capital humano⁹. Apesar da presença dos imigrantes dos países da Europa de Leste no mercado secundário de trabalho, existe uma reserva de mão-de-obra que apresenta qualificações procuradas no mercado laboral primário¹⁰, como sejam a medicina ou a enfermagem.

Como é que o sector da saúde tem compreendido este alargamento de oportunidades de recrutamento?

O interesse em analisar o sector da saúde enquanto meio de inserção profissional de trabalhadores imigrantes reside no facto de este ser um sector altamente formalizado e extremamente regulado. Ao mesmo tempo, é um sector onde a mobilidade pode ser facilmente afectada por políticas nacionais proteccionistas no que concerne ao reconhecimento de qualificações¹¹.

Em 2001, os médicos estrangeiros representavam mais de 6% do total de médicos do Ministério da Saúde, um valor um pouco superior ao apresentado pela classe de enfermagem, 5% (MS, 2003). Considerando que estamos perante um sector feminizado, esta abordagem permite-nos ainda focalizar num tipo de imigração duplamente silenciosa - a imigração de mulheres qualificadas. À imagem da própria taxa de feminização dos recursos humanos do Ministério da Saúde (situada nos 73%), o sexo feminino predomina também no grupo subpopulacional dos profissionais estrangeiros (61%, em 2001) (MS, 2003).

Os indicadores estatísticos revelam ainda uma sobre representação da classe médica e de enfermagem, constituindo 92% do total dos profissionais estrangeiros (MS, 2003).

A preponderância dos espanhóis enquanto prestadores de cuidados de saúde em Portugal é um facto recente¹², começando a ganhar expressividade no ano de 1999. Estamos, pois, perante um alargamento tardio das oportunidades laborais à escala transnacional.

Se tentarmos traçar o perfil da comunidade espanhola que trabalha no sector da saúde, os dados disponíveis revelam uma maior concentração dos médicos na Região de Saúde do Norte (em termos absolutos, 386 dos 804), enquanto que no caso dos enfermeiros essa dimensão é, notoriamente, deslocada para a Região de Saúde do Sul (731 dos 1271).

Especialmente no caso dos enfermeiros espanhóis, é possível corroborar o que alguns estudos já têm evidenciado: a maior propensão à deslocação de adultos jovens, explicada, em parte, pela fase do seu percurso de vida. Assim, 810, dos 1271 enfermeiros que trabalham em Portugal em 2001, encontram-se na faixa etária dos 21 aos 25 anos, portanto no início do seu trajecto profissional. Talvez por isso a forma de contratação mais utilizada seja a do Contrato a Termo Certo (537 dos 1271) (MS, 2003). Contudo, não é de ignorar 219 casos (dos 1271) que já

⁸ Saliente-se, nomeadamente, a distribuição geográfica. Comparativamente com os imigrantes dos PALOP, os imigrantes dos países de Leste estão menos concentrados na Região de Lisboa e Vale do Tejo (Malheiros, 2002)

⁹ Em "Highly skilled migration in Portugal – an overview", João Peixoto observa que um quinto dos trabalhadores estrangeiros que entraram em Portugal, nos anos de 1999 e 2000, tinham um diploma de grau superior (Peixoto, 2004). Saliente-se que esta nova configuração, nomeadamente quanto ao capital humano, pode ser problematizada, uma vez que, e de acordo com Fernando Luís Machado (1997), é discutível a atribuição de níveis de escolaridade baixos aos imigrantes africanos em geral. O autor refere nomeadamente o caso dos imigrantes provenientes da Guiné-Bissau, que desempenhavam profissões científicas e técnicas antes de emigrarem, muito embora a integração laboral em Portugal tenha implicado uma desqualificação profissional.

¹⁰ Acresce-se que vários estudos têm evidenciado uma escassez de profissionais da saúde em Portugal (Amaral, 2001), resultante de uma política restrita de acesso à formação, a par de uma concentração no meio urbano e hospitalar e de um envelhecimento, sobretudo da classe médica.

¹¹ Refira-se ainda que estamos perante profissões cujo reconhecimento informal (suportado na confiança estabelecida entre o paciente e o médico, ou o enfermeiro) é tão ou mais importante do que o reconhecimento formal das habilitações.

¹² Se até 1998 os profissionais estrangeiros provinham, na sua maioria dos PALOP (44,60%), a partir desta data verifica-se uma inversão. De facto, precisamente em 1999, os profissionais da União Europeia (53,12%, dos quais 47,07% são espanhóis) assumem uma maior evidência, relegando para segundo lugar os profissionais dos PALOP a trabalhar nos Sistema Nacional de Saúde português (33,07%) (MS, 2003). Uma tendência que se vem a acentuar nos anos últimos anos.

possuem vínculo ao quadro, certamente de instituições de saúde que, como se pode constatar nas entrevistas realizadas, para a abertura das instalações, não tinham pessoal de enfermagem suficiente.

No tocante aos médicos espanhóis, o cenário é um pouco diferente. Com efeito, verifica-se uma maior distribuição por diversos grupos etários, sendo a faixa dos 31 aos 35 anos a mais significativa. Dado que mais de metade se encontram a frequentar o Internato Complementar, não é de estranhar o peso dos Contratos Administrativos de Provisão, a forma, prevista na lei, para a contratação destes médicos em formação pós-graduada. Se tivermos em conta as contratações em regime de avença (de 20 casos em 1998, para 104 no ano 2001) (MS, 2003), verifica-se um agravamento da precarização laboral.

A partir dos dados referentes ao ano de 2001, é possível verificar o papel de complementaridade que os médicos espanhóis representam relativamente aos profissionais nacionais. Com efeito, são as especialidades preteridas pelos portugueses aquelas em que a presença de espanhóis é mais notória. Assim, enquanto médicos especialistas, existe uma maior representatividade da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Já os Internos da especialidade concentram-se nas especialidades de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Medicina Geral e Familiar, Imuno-hemoterapia e Medicina Interna.

Será que a crescente privatização da gestão hospitalar, ou das próprias instituições, contribuirá para a agilização das formas de recrutamento e, conseqüentemente, para uma estratégia de contratação em que a nacionalidade deixe de ser um constrangimento? Será que a complementaridade dará lugar à substituição?

3 - Trajectórias profissionais *versus* experiência migratória: Resultados preliminares

Tendo presente o nosso objecto de estudo, procura-se analisar o processo de mobilidade ocupacional¹³ de médicos e enfermeiros, provenientes de Espanha e de alguns países da Europa de Leste¹⁴.

Os resultados apresentados derivam de uma pesquisa efectuada durante os meses de Dezembro a Junho de 2003. Realizaram-se 26 entrevistas semi-directivas a médicos e enfermeiros espanhóis, que exercem a sua actividade em hospitais e centros de saúde abrangendo várias localidades do país (Ponte de Lima, Valença, Vila Real, Porto, Santa Maria da Feira, Castelo Branco, Covilhã, Coimbra e Lisboa). Paralelamente, realizaram-se 27 entrevistas a médicos e enfermeiros provenientes da Europa de Leste (nomeadamente da Moldávia, Roménia, Rússia e Ucrânia), que estão a passar por um processo de avaliação das suas qualificações, suportado financeiramente pela Fundação Calouste Gulbenkian e coordenado pelo Serviço de Jesuítas para os Refugiados¹⁵. De modo a compreender os motivos, os constrangimentos, os obstáculos e as conseqüências na responsabilidade parental da decisão de migrar, segundo a diferença sexual, optou-se por entrevistar, no conjunto, 33 mulheres e 20 homens.

No caso dos profissionais espanhóis estamos perante a deslocação de jovens, uma mobilidade explicada, em parte, pela fase do seu percurso de vida. Sem compromissos familiares, com um estatuto profissional indefinido, as oportunidades laborais num país geograficamente próximo constituem factores de atracção. As mulheres surgem como agentes

¹³ Os estudos empíricos sobre a mobilidade ocupacional dos imigrantes são relativamente escassos. Refira-se, contudo, a análise efectuada por Barry Chiswick (1978) sobre a desqualificação profissional dos imigrantes por altura da chegada aos EUA e a subsequente ascendência depois de 15 ou 20 anos de permanência.

¹⁴ A análise da mobilidade ocupacional de imigrantes da ex-União Soviética para Israel é abundante. Especificamente no caso dos médicos da ex-União Soviética, cf. Shuval, J., Bernstein, J. (1996); Kugler, A., Sauer, R. (2002); Remennick, L.; Shakh, G. (2003).

¹⁵ Organização Não Governamental de cariz religioso, fundada em Portugal em 1992, e reconhecida pelo Alto-Comissariado para as Migrações e Minorias Étnicas. Inicialmente destinada a refugiados, tem alargado o seu campo de intervenção aos imigrantes, particularmente dos países da Europa de Leste.

autónomos no processo decisório, tanto mais que esta mobilidade surge no início das suas carreiras e num período em que ainda não existem responsabilidades familiares, quer com ascendentes quer com descendentes.

Pelo contrário, a imigração dos profissionais provenientes dos países de Leste surge numa altura em que, independentemente do grupo etário em que se situam, a estrutura familiar com responsabilidades parentais e conjugais já se encontra consolidada. A situação mais frequente é os filhos estarem nos países de origem com os avós maternos. No caso das mulheres, é interessante verificar que mesmo quando agentes secundárias no processo migratório (normalmente, após um ano de separação, juntam-se aos homens no país de acolhimento) são as primeiras a aspirarem a uma inserção laboral coincidente com as suas qualificações.

A partir das entrevistas realizadas, é possível verificar que a migração teve um impacto no relacionamento afectivo: na dissolução desses relacionamentos (como sejam as situações de divórcio¹⁶, o *terminus* de um namoro), na emergência de novos relacionamentos (por exemplo que envolvam casamentos mistos com portugueses), ou na mobilização de soluções alternativas, mais conciliadoras dos interesses de ambos. Pensa-se, nomeadamente, numa clara distinção entre o tempo do trabalho e o tempo dos afectos, este último, no caso dos espanhóis, relegado para os fins-de-semana, ou, no que diz respeito aos imigrantes dos países da Europa de leste, para um futuro que se quer próximo.

A maioria dos médicos espanhóis entrevistados vieram para Portugal com o objectivo de realizarem o Internato Complementar. As especialidades nas quais estão a ser formados são as preteridas pelos portugueses - Anestesia, Medicina Geral e Familiar, Anatomia Patológica. A vinda para Portugal ocorreu após o insucesso verificado no exame de acesso à especialidade. A existência de redes sociais em Portugal, formadas por antigos colegas de curso, ou resultantes de experiências de mobilidade enquanto estudantes, como seja a frequência do programa ERASMUS, contribuiu para o accionamento do processo migratório. Do leque de entrevistados, fazem parte ainda médicos que, tendo já alguma experiência no mercado laboral espanhol, optaram por Portugal dada a maior segurança contratual e as oportunidades de inserção laboral em serviços hospitalares de ponta.

No que respeita às enfermeiras espanholas, estamos perante um grupo com uma experiência de trabalho reduzida (na sua maioria estas enfermeiras são recém-formadas) ou com experiências de desemprego de curta duração no seu país de origem. Neste caso, também as redes sociais desempenharam um papel fundamental na decisão migratória.

Os médicos e enfermeiros dos países de leste fazem parte de um grupo de candidatos seleccionados pelo Serviço de Jesuítas para os Refugiados para fazerem parte de um Projecto de Apoio à Profissionalização, que compreende apoio financeiro e administrativo¹⁷. Assim, após experiências laborais diversificadas e de mobilidade descendente face às verificadas nos seus países de origem¹⁸, estes migrantes participam neste momento num processo de validação das suas qualificações, que lhes poderá dar acesso ao mercado de trabalho correspondente às suas qualificações.

¹⁶ A seguinte afirmação, de uma médica russa, faz subentender a existência, durante a experiência migratória, de diferentes vivências, sexualmente diferenciadas, do processo de ruptura “(...) *Eu já noto várias situações que várias pessoas que entraram aqui em Portugal com a família, praticamente divorciaram-se e os homens que saíram... Ficaram só as mulheres. As mulheres ficaram porque as mulheres têm mais paciência.... Mais capacidade de adaptar-se noutra país de que um homem*”.

¹⁷ É de notar que os médicos estão numa fase mais avançada desse processo, dada a prioridade conferida a estes profissionais pelo Programa em curso. Alguns dos entrevistados já se encontram a trabalhar enquanto médicos, na área da Medicina Geral e Familiar, no Serviço Nacional de Saúde. No entanto, a grande maioria, e independentemente da experiência laboral nos países de origem ou da especialização que possuem, estão impedidos de exercer, por um período não superior a 18 meses, a actividade médica sob forma autónoma.

¹⁸ Como retrata uma enfermeira ucraniana e a trabalhar num restaurante, “(...) *foi horrível porque deixei meu trabalho, meus doentes, meus amigos, os médicos que eu conheci. Nunca tinha tido problemas com ninguém... Eu deixei meu trabalho santo e ia para Portugal pra lavar a loiça e pra lavar casas de banho! (...) Eu diz a minha patroa assim: “- Eu acho que eu toda a minha vida só lavei loiça e mais nada” (...)* Deve ter sido um sonho que eu trabalhei num hospital!”

Processos de Integração: Um projecto inacabado

Confirmando o modelo do capital humano acerca da imperfeita transferência de qualificações, os graus mais elevados de habilitações¹⁹ são os menos sujeitos ao reconhecimento. Uma situação verificada mesmo no caso dos profissionais comunitários, sujeitos a processos administrativos complicados, demorados e cujos trâmites legais muitas vezes desconhecem.²⁰

De uma forma transversal aos grupos nacionais analisados, as redes sociais que se conseguem mobilizar no início da trajectória profissional em Portugal determinam o estatuto ocupacional actual, e, concretamente nos profissionais extracomunitários, o estatuto legal.

Especificamente no caso dos profissionais provenientes dos países de leste, a fluidez do português revela-se essencial para uma trajectória de sucesso na sociedade de acolhimento.

Sobretudo no caso dos médicos espanhóis transfronteiriços, existem práticas transnacionais consolidadas (por ex. utilização de serviços médicos, educativos, e comerciais, e pertença a sindicatos, de ambas as sociedades). No caso dos profissionais dos países da Europa de Leste, verifica-se a existência de famílias transnacionais, veículos de informação sobre oportunidades de emprego e de educação.

4 - Imigrante qualificado/imigrante não qualificado – uma dualidade mais do que uma dicotomia

Esta abordagem procura aprofundar uma das estratégias de mobilidade social, a estratégia ocupacional, enquanto resultado da interacção entre estrutura e determinantes individuais. Desse modo, as oportunidades laborais não estão definidas, irreversivelmente e as características individuais, associadas ao nível de qualificação, deixam de ter um valor absoluto.

O binómio imigrante qualificado, imigrante não qualificado assume-se internamente diferenciado (diferença sexual, nacionalidade, idade) e contextualmente determinado pelo percurso de vida. Como se comprovou, estamos perante grupos profissionais que de um modo, mais ou menos acentuado, experimentaram antes e/ou durante a sua experiência migratória uma mobilidade profissional descendente ou, dificuldades de uma primeira inserção laboral.

Ainda que a mobilidade dos profissionais espanhóis seja apoiada pela livre circulação num espaço comum europeu, tal como os profissionais dos países da Europa de leste, observam-se determinados constrangimentos que favorecem o processo decisório de partida. Com efeito, em ambos os casos, verifica-se um processo de não reconhecimento do estatuto profissional e de precarização laboral.

As oportunidades oferecidas pela mobilidade laboral permitem compreender como, mais do que um facto adquirido, o processo de integração constituiu um projecto em curso. Apesar de beneficiarem de um enquadramento regulador (no caso dos espanhóis) e de um suporte de apoio da sociedade civil (no caso dos países de leste), a transferência de qualificações de um país para outro não está plenamente assegurada. Deste modo, a consolidação do projecto europeu poderá estar hipotecada no que diz respeito a uma efectiva construção do Mercado Único. Quanto à subutilização de mão-de-obra qualificada, só contribuirá para o acentuar da posição de Portugal enquanto país semi-periférico no sistema da divisão internacional do trabalho.

¹⁹ Isto é, ao nível das especialidades, médicas ou de enfermagem. Como denota esta médica espanhola que sentiu dificuldades no reconhecimento da sua especialidade, tirada em Espanha, “(...) *Nós chegamos aqui com uma convalidación (...) com uma nota mínima, equivalente a um dez, e tens muita dificuldade concorrer com os teus companheiros que fizeram acá. Até certo ponto é lógico, si quieres proteger la população portuguesa de nós, dos que vimos de fora*”.

²⁰ Como expressa uma das enfermeiras espanholas entrevistadas, “(...) *O que passa é que não sabe todo junto dos papéis o que tinha que fazer. Primeiro me pediam o reconhecimento, depois me disseram que tinha que estar também na Ordem, mas para estar na Ordem também tinha de ter o reconhecimento. Empecararam a fazer círculos viciosos...*”

Referências bibliográficas

- AMARAL, Alberto, 2001, *Plano Estratégico para a Formação nas áreas da Saúde*. Relatório do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde (policopiado).
- BAGANHA, Maria Ioannis e Peixoto, João, 1996, “O estudo das migrações nacionais: ponto de intersecção disciplinar”, in J.M. Carvalho *et al.* (eds.), *Entre a Economia e a Sociologia*. Lisboa: Celta, pp. 233-239.
- CHISWICK, Barry, 1979, “The Economic Progress of Immigrants: some apparently universal patterns” in W. Fellner (ed.) *Contemporary Economic Problems*, Washington D.C. : American Enterprise Institute, pp. 359-399.
- CHISWICK, Barry, 1978, “A longitudinal analysis of the occupational mobility of immigrants” in Barbara Dennis (ed.) *Proceedings of the 30 th Annual Winter Meeting, Industrial Relations Research Association*, Dec. 1977. Madison, Wisconsin, pp. 20-27.
- KUGLER, Adriana; SAUER, Robert, 2002, “Doctors without Borders: the returns to an occupational license for Soviet immigrant physicians in Israel”, IZA Discussion Paper nº 634, pp. 1-41.
- MACHADO, Fernando Luís, 1997, “Contornos e especificidades da imigração em Portugal”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 24, pp. 9-44.
- MALHEIROS, Jorge Macaísta, 2002, ““Nova” imigração e desenvolvimento regional: situação actual e oportunidades para as regiões portuguesas” in *Imigração e Mercado de Trabalho*, MSST/DEPP – Cadernos Sociedade e Trabalho, II. Celta: Oeiras.
- Ministério da Saúde, 2003, Direcção de Serviços de Estudos e Planeamento, *Recursos Humanos Estrangeiros – 2001*. MS, Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.
- PEIXOTO, João, 1999, *A Mobilidade Internacional dos Quadros – Migrações Internacionais, Quadros e Empresas Transnacionais em Portugal*. Celta: Oeiras.
- PEIXOTO, João, 2004, “Highly Skilled Migration in Portugal – na overview”, *Socius Working Papers*, nº3/2004, pp. 1-28.
- PIRES, Rui Pena, 2003, *Migrações e Integração – Teoria e Aplicações à sociedade portuguesa*. Oeiras: Celta.
- PORTES, Alejandro, 1999, *Migrações Internacionais –Origens, Tipos e Modos de Incorporação*. Oeiras: Celta.
- REMENNICK, Larissa; SHAKHAR, Gila, “You never stop being a doctor: the stories of Russian immigrant physicians who converted to physiotherapy”, *Health, Illness and Medicine*, vol.7 (1), pp. 87-108.
- RODRÍGUEZ, Lorenzo Cachón, 2001 [1989], *?Movilidad Social o trayectorias de classe?* Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- SHUVAL, Judith; Bernstein, 1996, “The dynamics of professional commitment: immigrant physicians from the former Soviet Union in Israel” in *Social Science and Medicine*, vol. 42, nº 7, pp. 965-974.