
Instituições de saúde e cultura organizacional

**Estudo qualitativo sobre a mobilidade de profissionais de saúde
portugueses em países da União Europeia**

Paula Caldinhas

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

OEm Working Papers

05

dezembro de 2019

A mobilidade de profissionais de saúde nos países da União Europeia insere-se no fenómeno da globalização, com o aumento de fluxos migratórios internacionais e intercontinentais de bens e pessoas. No contexto de expansão da circulação de profissionais e de serviços de saúde entre os países da União Europeia, este estudo foca o tema da mobilidade de profissionais de saúde e tem como objetivo analisar os efeitos da mobilidade profissional na cultura organizacional e profissional das instituições de saúde. Para tal foi realizado um estudo qualitativo, com entrevistas individuais semiestruturadas a profissionais de saúde, recrutados por conveniência, originários de Portugal e atualmente estabelecidos noutros países europeus, com análise temática dos dados obtidos, usando as categorias previamente definidas de acordo com a literatura publicada sobre o tema: motivos, vantagens e desvantagens, barreiras, diferenças observadas entre serviços e instituições.

Palavras-chave Organização, cultura, saúde, profissional, mobilidade, retenção, recursos.

Title Health institutions and organizational culture: a qualitative study on the mobility of Portuguese health professionals in European Union countries.

Abstract The mobility of health professionals in the countries of the European Union is part of the phenomenon of globalisation, with the increase in international and intercontinental migratory flows of goods and people. In this context of expanding the circulation of professionals and health services between the countries of the European Union, this study focuses on the mobility of health professionals in European countries, and aims to study the effects of professional mobility on the organizational and professional culture of health institutions. To this end, a qualitative study was conducted with semi-structured individual interviews with health professionals recruited for convenience, from Portugal and currently established in European countries, with thematic analysis of the data obtained, according to the categories previously defined according to the published literature on the subject: reasons, advantages and disadvantages, barriers, differences observed between services and institutions.

Keywords Organization, culture, health, professional, mobility, retention, resources.

Receção: 20 de maio de 2019.

Aprovação: 04 de junho de 2019.

Nas publicações do OEm usa-se a formatação anglo-saxónica dos números: os milhares são separados por vírgulas e as casas decimais por pontos.

Observatório da Emigração

Av. das Forças Armadas, ISCTE-IUL, 1649-026 Lisboa, Portugal

Tel. (CIES-IUL): + 351 210464018

E-mail: observatorioemigracao@iscte.pt

www.observatoriodaemigracao.pt

Índice

Índice de quadros e figuras	4
Introdução	5
1 Objetivos	7
2 Metodologia.....	9
3 Caracterização dos participantes.....	12
4 Discussão de resultados.....	14
5 Notas finais	23
Referências bibliográficas	25

Índice de quadros e figuras

Quadros

Quadro 1	Categorias em estudo e conceptualização	10
Quadro 2	Características dos participantes	13
Quadro 3	Resultados principais	14

Figuras

Figura 1	Mapa conceptual das categorias definidas de acordo com a literatura	8
----------	---	---

Introdução

A mobilidade de profissionais de saúde nos países da União Europeia insere-se no fenómeno de globalização, com o aumento de fluxos migratórios internacionais e intercontinentais de bens e pessoas. Neste contexto de expansão da circulação de profissionais e de serviços de saúde em países da União Europeia, este estudo foca o tema da mobilidade dos profissionais de saúde, em países europeus, e tem como objetivo estudar os efeitos da mobilidade profissional na cultura organizacional e profissional das instituições de saúde, analisando as experiências e perceções do intercâmbio entre profissionais de diferentes países europeus. Com o desenvolvimento da União Europeia, a mobilidade de profissionais de saúde entre países europeus, e sua instalação e prestação de serviços é assegurada, criando assim uma maior região de livre circulação para profissionais de saúde, colocando também, novos desafios à integração e regulamentação de diferentes sistemas e serviços de saúde, e ao estabelecimento de práticas e padrões profissionais comuns. O sector dos recursos humanos em saúde (RHS) é um sector que enfrenta desafios a longo e médio prazo a nível europeu, sendo o recurso ao recrutamento internacional uma forma de obviar a escassez de RHS. A globalização e o aumento da mobilidade de profissionais de saúde, dentro da comunidade europeia, entre diferentes regiões, ou países, propõe a temática dos efeitos da mobilidade de RHS na cultura organizacional e no desempenho das instituições de saúde, focando aspetos como a motivação e retenção dos profissionais de saúde, a criação de práticas e experiências profissionais padronizadas, e de uma cultura profissional comum, abordando o conceito de multiculturalidade (*cross-culture*) na formação de equipas multiculturais (Erez, 2011). Um aspeto relevante para qualquer organização é a sua cultura organizacional, que pode ser definida como “a realidade social de uma organização” ou “a partilha de crenças e experiências aprendidas pelo grupo como por exemplo, a resolução de problemas de adaptação e integração, considerado válido e ensinado e transmitido aos novos membros como a forma correta de apreender e encarar esses problemas” (Schneider 1990, Goodwin, Gruen & Iles, 2010). Para Freitas (1991), citado por Novais (2013, p.14) “o desenvolvimento e consolidação de uma cultura organizacional forte e coesa repõe um quadro de valores, de crenças e pressupostos, que orienta para um comportamento organizacional coletivo vantajoso para os objetivos da organização.”

O relatório final da Entidade Reguladora da Saúde “Análise de Impacto da Diretiva 2011/24/EU” (ERS 2012), salienta a “divulgação de informação e boas práticas”, bem como a “qualificação crescente e exigente dos seus profissionais” e o “cumprimento de requisitos de qualidade e segurança” (ERS, 2012). Algumas estratégias propostas para a obtenção destes

objetivos (EHMA, 2015) e consideradas como determinantes para o sucesso do recrutamento e retenção de recursos humanos em saúde, incluem a oferta de oportunidades para o desenvolvimento profissional contínuo, a possibilidade de progressão na carreira, através de oportunidades de desenvolvimento académico. A promoção de ofertas de emprego, de aprendizagem e de treino na área da saúde para jovens profissionais (e.g. atraindo jovens que procuram primeiro emprego para a área da saúde), a criação de incentivos financeiros, e de ambientes de trabalho positivos que se adaptam às necessidades dos profissionais e que promovem e apoiam a aprendizagem são também estratégias recomendadas (EHMA, 2015).

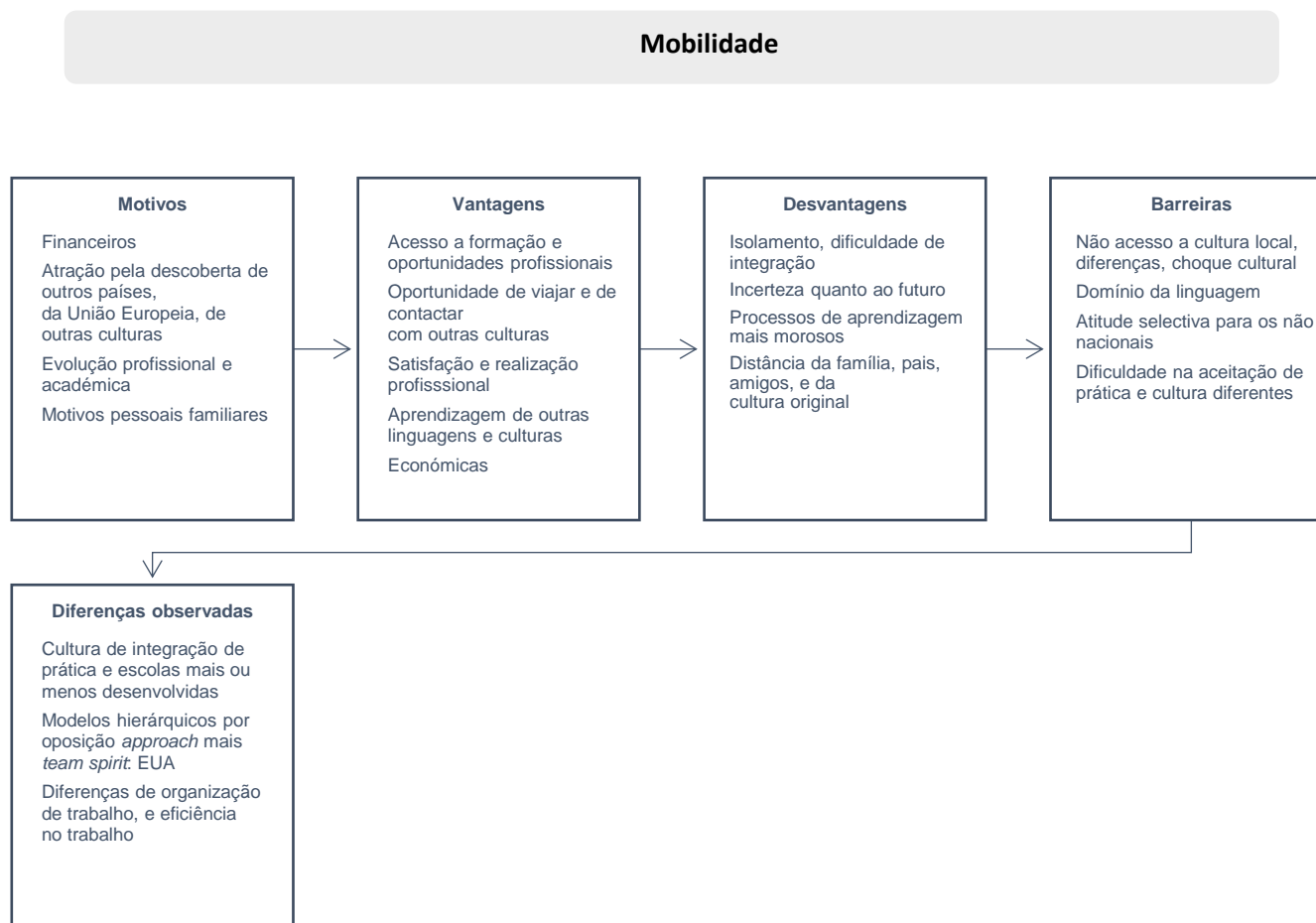
Na literatura encontram-se vários trabalhos sobre o estudo da cultura das organizações e do comportamento organizacional, bem como de padrões de exercício profissional harmonizados, num contexto de expansão de mobilidade profissional e de evolução para um sistema em que os fluxos de profissionais entre instituições de saúde, ou regiões, em países europeus, se impõem numa forma de organização e prestação de cuidados e serviços de saúde cada vez mais dinâmica e mais móvel. Este estudo pretende investigar de que forma essa multiculturalidade interage com a cultura organizacional e profissional das instituições (Gelfand, 2007), e investiga a interação entre a mobilidade e livre-circulação de profissionais de saúde em instituições de saúde europeias, colocando a seguinte questão de investigação: “Quais os efeitos da livre circulação de profissionais de saúde, relativamente a categorias definidas de acordo com a literatura publicada sobre o tema (motivos, vantagens, desvantagens, barreiras e diferenças observadas entre serviços e instituições de saúde)?”.

1 Objetivos

O presente estudo, como dito anteriormente, pretende entender de que forma é que a organização e prestação de cuidados e serviços de saúde cada vez mais dinâmica e mais móvel, resultante do contexto de expansão de mobilidade profissional, interage com a cultura organizacional e profissional das instituições, e investigar a interação entre a mobilidade e livre-circulação de profissionais de saúde em instituições de saúde europeias. Como tal, os objetivos deste estudo desenvolveram-se precisamente de forma a dar resposta à questão investigativa previamente apresentada. Os mesmos prendem-se em analisar as experiências e perceções dos profissionais de saúde resultantes do exercício profissional noutros países europeus, relativamente categorias definidas de acordo com a literatura publicada sobre o tema, entre elas os motivos, vantagens, desvantagens, barreiras e diferenças observadas entre serviços e instituições de saúde. Neste sentido os objetivos do presente estudo são:

- qual a *motivação* dos profissionais para a mobilidade profissional;
- quais as *vantagens e desvantagens* encontradas resultantes dessa mobilidade;
- quais os *fatores de barreira ou de facilitação* que foram considerados mais relevantes no exercício profissional noutros países;
- que *diferenças* foram observadas a nível da cultura organizacional e profissional entre serviços e sistemas de saúde, nos diferentes países europeus.

Figura 1 Mapa conceptual das categorias definidas de acordo com a literatura



2 Metodologia

Foi realizado um estudo qualitativo, procurando determinar quais as perceções e experiências dos profissionais de saúde a exercer noutros países da União Europeia, através de entrevistas semiestruturadas a profissionais da área da saúde e análise de conteúdo, aqui definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos à produção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1977, p.42). O paradigma de abordagem é o paradigma construtivista- interpretativo (Aires, 2015) de acordo com a interpretação de como os participantes entendem a realidade e conceptualizam o mundo (Green, Browne, 2011), e o tipo de estudo transversal, descritivo, exploratório.

2.1 Instrumentos de recolha de dados

A técnica de recolha de dados qualitativos utilizada foi a de entrevistas individuais semiestruturadas, com algumas questões previamente elaboradas para orientação da entrevista (guião), apresentado em anexo (Anexos I). As entrevistas foram gravadas e registadas em “áudio-file”, tendo sido posteriormente reunido todo o material obtido para transcrição e análise. A maior parte das entrevistas foi efetuada individualmente, sendo que em dois casos, foi efetuada em pares de dois e três participantes, respectivamente, por motivos de distância geográfica, ou limitação de tempo e disponibilidade dos participantes. No entanto, e apesar destes aspetos e circunstanciais, considerou-se que estas entrevistas foram igualmente válidas, não enviesando os resultados finais, uma vez que se tratavam de pequenos grupos, com características muito próximas relativamente à idade, profissão, trajetória profissional, e antecedentes socioculturais, não havendo dominância de um elemento do grupo. Foi escolhida a entrevista semiestruturada por possibilitar maior homogeneidade nas entrevistas, embora exigindo mais tempo para a sua realização. As entrevistas foram efetuadas por um investigador único, (CASP, 2013; NICE, 2013), seguindo sempre o princípio da objetividade e neutralidade. A condução de entrevista individual, conduzida na primeira língua quer do entrevistador, quer do entrevistado, realizou-se em ambiente de privacidade, assegurando a compreensão clara do contexto e os objetivos das questões colocadas na entrevista.

2.2 Participantes

Profissionais da área da saúde e de áreas associadas com a saúde, que aceitaram participar no estudo, recrutados por conveniência (Collumbien, Busza, Cleland e Campbell, 2012) entre os respondentes do questionário CWEQ II, (respondendo à questão 22: aceita participar em entrevista), e incluindo profissionais registados na Ordem dos Médicos, Associação de Fisioterapeutas Portugueses, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Nutricionistas, Associação Portuguesa de Administração Hospitalar.

2.3 Amostragem

Amostragem de conveniência, até à obtenção da saturação dos dados. Como estudo qualitativo, a obtenção da amostra focou-se na obtenção máxima de informação (Collumbien, Busza, Cleland e Campbell, 2012).

2.4 Categorias

As categorias de análise definidas estão de acordo com o mapa conceitual previamente definido, e baseiam-se na literatura consultada sobre o tema constituídas pelas percepções, experiências e vivências dos participantes (recolha de informação através de questões semiabertas), relativamente às dimensões em estudo.

Quadro 1 **Categorias em estudo e conceptualização**

Dimensões	Definição
Motivos	Fatores de motivação para a circulação e mobilidade profissional
Vantagens	Perceção de vantagens dessa mobilidade
Desvantagens	Perceção de desvantagens dessa mobilidade
Barreiras	Perceção de fatores: barreira ou de facilitação no exercício profissional noutros países (aspetos culturais, de linguagem, de práticas diferentes, ou outras).
Diferenças observadas	Diferenças observadas a nível da cultura organizacional e profissional entre serviços e sistemas de saúde, nos diferentes países onde exerce ou exerceu profissionalmente

2.5 Implementação do estudo

Cada participante recebeu previamente à entrevista um resumo com a descrição do estudo, e um formulário para o consentimento informado. Uma vez obtidos os consentimentos para a entrevista, procedeu-se à recolha de informação, através de entrevistas aos participantes (médicos, investigadores da área das ciências e biologia, fisioterapeutas) que aceitaram participar na entrevista, após aprovação do Estudo pela Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT).

2.6 Preparação e análise de dados

A classificação, categorização e ordenação dos dados foi feita com recurso ao programa informático NVivo12, de acordo com as categorias previamente definidas, e onde se criaram subgrupos de acordo com a informação obtida. Após preparação dos dados obtidos, a informação foi tratada através do método de análise de conteúdo (Green & Browne 2011; Bardin, 2004; Campos, 2004). A transcrição das entrevistas foi feita pela investigadora principal.

3 Caracterização dos participantes

Foi realizado um total de 19 entrevistas, a um grupo de participantes constituído por profissionais de saúde, de diferentes áreas e especialidades, fisioterapeutas, investigadores (das áreas de biologia, medicina, bioquímica ou farmácia), residentes em diferentes países europeus: França, Suíça, Bélgica e Portugal. Das entrevistas realizadas, algumas não foram apuradas para a análise final (4), por se tratarem de visitas de estudo ou de formação, ou estágios de observação de curta duração (de 2 ou 3 meses), sendo portanto classificados como visitas de carácter formativo, e não adicionarem nova informação ao conjunto de dados obtidos. Todos os participantes incluídos são de naturalidade portuguesa, com o português como primeira língua, tendo feito pelo menos parte da sua formação académica em Portugal, à exceção de um, lusodescendente, nascido em França, que efetuou a sua formação no país de nascimento. A idade dos participantes varia entre os 25-30 anos (faixa etária mais jovem) até aos 55-60 (faixa etária menos jovem), de ambos os géneros, oriundos de diferentes distritos e regiões de Portugal. Alguns dos participantes encontravam-se radicados noutro país por motivos académicos (doutoramentos ou pós-doutoramentos), outros optaram por exercer a sua profissão noutro país europeu. A experiência profissional dos participantes in varia desde 5 ou menos de 5 anos até mais de 20 anos de experiência profissional, encontrando-se a maioria na faixa de experiência profissional de cinco a dez anos.

Quadro 2 Características dos participantes

Indicador	Categoria	N
Total		15
Profissão	Médicos especialistas	2
	Médicos em especialidade (não autónomos)	6
	Investigadores	3
	Fisioterapeutas	4
Género	Masculino	5
	Feminino	10
Idade	<30 anos	3
	30-40 anos	10
	40-50 anos	0
	>50 anos	2
Experiência profissional	<5 anos	2
	5-10 anos	9
	10-20 anos	0
	>20 anos	2
País de residência	Bélgica	4
	França	5
	Suíça	5
	Portugal	1

4 Discussão de resultados

Na categoria “motivos” são referidos fatores de carácter pessoal ou familiar, financeiros, de procura de evolução profissional ou académica, de empregabilidade, de descoberta de países e culturas e de condições e qualidade de trabalho.

Quadro 3 **Resultados principais**

Opinião dos entrevistados relativamente às dimensões em estudo
Mobilidade profissional como uma vivência enriquecedora
Crescimento profissional e conhecimento dos próprios limites
Organização e eficiência dos serviços
Motivação dos profissionais
Remuneração
Melhores condições de motivação e retenção de recursos humanos
Baixa abstinência
Apoio ao desenvolvimento profissional
Formação contínua dos profissionais
Maior apoio à iniciativa e criatividade

O fator de melhor remuneração e condições financeiras mais favoráveis é o mais frequentemente referido, sendo os aspetos relativos a remuneração e salário, referidos como muito superiores ao do país de origem, e considerado um dos principais fatores determinantes na procura de estabilidade financeira.

[AL, médica, França] A primeira razão foi uma razão financeira [...] realmente a diferença de salários era descomunal.

[LV, médica, Suíça] A vantagem financeira é significativa, a nível financeiro, mesmo que o custo de vida seja mais caro, acho que dá para poupar muito mais, e tem vantagem nesse especto.

Outros fatores referidos foram a procura de melhores condições e qualidade de trabalho e de emprego, a descoberta e aprendizagem de novas línguas e culturas e de outros países, ou razões de carácter pessoal ou familiar (por exemplo, casamento ou noivado com alguém de outro país, conducente à mudança de local de residência). A palavra mais frequentemente encontrada na análise das categorias da dimensão motivo é a palavra *trabalho*.

[NN, investigadora, Bélgica] Talvez o principal motivo tenha sido, quando estava terminar o curso, da aura negativa em termos de empregabilidade e de perspetivas futuras de progressão na carreira.

[RO, fisioterapeuta, França] Se as condições de trabalho e financeiras fossem idênticas, optaria por viajar e emigrar para outros países, “sem dúvida” ... pela possibilidade de contacto com novas culturas em diferentes países... como forma de desenvolvimento pessoal e profissional.

[NR, investigador, Bélgica] Tenho conhecido muitas pessoas com culturas diferentes, acho que isso também me tornou num ser humano mais rico, e não só também mais tolerante.

[NN, investigadora, Bélgica] Em termos profissionais, sou uma pessoa muito privilegiada em termos de oportunidade de todas estas experiências, sem dúvida fazem diferença no meu currículo e sem duvida nas minhas capacidades.

Sobre a categoria “vantagens”, foram referidas a possibilidade de viajar e conhecer outros países, a procura de satisfação e realização profissional, de melhor qualidade de vida e de condições de trabalho e do intercâmbio com outros sistemas de saúde, que é considerado como um fator importante para o crescimento profissional. As palavras mais frequentes na análise da categoria vantagens são *trabalho, especialidade e medicina*.

[DC, médica, Suíça] Estamos dependentes de uma aprendizagem de uma formação própria, cada um é que tem que olhar por si no sentido de atingir determinados cursos ou formações, não há um caminho pré-determinado, ou pré-definido... não há ou é raro haver um tutor que de facto ajude, é mesmo um bocadinho cada um por si.

Na categoria “desvantagens” os respondentes referem processos de aprendizagem e formação mais morosos, em relação a profissionais de saúde que se encontram a fazer formação (isto é, especialidade médica) no país de origem. Como referência comum, a integração profissional é normalmente fácil e bem organizada, porém a nível convival, existe uma noção de dificuldade de intercâmbio cultural e social, devido a diferenças culturais ou mesmo de alguns aspetos discriminatórios em algumas comunidades. A maioria dos entrevistados refere que se encontra bem integrado em grupos sociais maioritariamente de estrangeiros como eles (expatriados), referindo, porém, ter dificuldade em fazer amigos no país de acolhimento, entre os locais, referindo achar a cultura mais fechada e reservada.

[NR, investigador, Bélgica] Aqui são um bocado diferentes, em relação a nós são muito simpáticos e muito amigáveis, é difícil conhecer um belga que fique teu inimigo [...] e os meus amigos acabam por ser todos do laboratório e damo-nos todos bem, e acabo por não sentir

muito a falta de não poder ter relações fora do laboratório, mas tenho ideia de que aqui não é muito fácil.

[MP, investigadora doutoranda, Bélgica] Começam mais cedo a viver em casal têm filhos mais cedo, ou seja, por isso limita também um bocado de interação pós-trabalho [...]. No que diz respeito à integração é mais complicado.

[NN, investigadora, Bélgica] Com os na Bélgica é um pouco mais difícil se eles não forem estrangeiros, o meu grupo de amigos inicial era totalmente de estrangeiros, com o tempo e aos poucos tornou-se mais fácil fazer amigos flamengos, mas é um pouco, fazer amigos flamengos, fazer um amigo Bélgica é muito difícil [...] e no início é bastante desencorajador, passar por esse processo de adaptação.

Existe um consenso de que é recomendável migrar com alguém (grupo de amigos ou companheiro/a), devido ao risco de isolamento social. A diferenças de hábitos e culturas foram também referidas como potencial determinante de adaptação, no que se refere a aspetos como transportes, comida, clima, etc. sendo o afastamento da família e amigos no país de origem um dos fatores de mais difícil adaptação.

Um outro especto referido é a incerteza quanto à possibilidade de aplicação de conhecimentos e práticas adquiridas, na eventualidade de um regresso ao país de origem, equacionando-se então a permanência no país de acolhimento ou a emigração para um terceiro país.

[LV, médica, Suíça] Estar longe da família, estar longe dos amigos, mas pronto é relativo, passa-se a ter outros amigos [...], mas é sobretudo a família, a partir de um certo momento será que se justifica estar não estar ao pé da família?

[NR, investigador, Bélgica] Sinto falta dos meus amigos, também dos meus pais sinto falta [...] embora eu há muito tempo que já não vivia com eles, e durante muitos anos nunca os via assim muitas vezes, falo com eles diariamente quase e isso também, quando estava em Portugal também era assim [...], e sinto falta dos meus amigos, [...] tenho um bocado de saudades de estar na nossa cultura.

[NN, investigadora, Bélgica] Diferenças são maioritariamente no estilo de vida, eu gosto imenso de morar aqui na Bélgica e de ir de bicicleta para o trabalho ou de ir de autocarro e quando quero ir a outra cidade posso apanhar o comboio, ou se estiver em Bruxelas posso andar de metro.

As palavras mais frequentemente encontradas na análise desta categoria, são *pessoas*, *família* e *amigos*.

[JS, médico e investigador, Bélgica] Acho que a maior parte das pessoas que vem para cá sem ter contacto cá, a construção dessa rede social é muito mais difícil do que seria em Portugal, isso sem duvida, isso é uma crítica que eu oiço, e de muito português que vem para cá e eles próprios admitem que [...] para fazer um amigo flamengo, demora-se muito tempo.

[LV, médica, Suíça] Não, também não... mas depois não sejamos naïves, certamente que eles dão prioridade aos suíços, se eles tiverem candidaturas claro que dão preferência aos suíços [...] dar prioridade aos suíços, claro que não é completamente neutro.

[AL, médica, França] Está mais avançado, é extremamente avançado, há sempre as últimas novidades, estamos sempre em cima delas, aquilo que há de novo, estamos sempre a fazer a ir aos congressos, para ver se conseguimos trazer para o serviço.

[AL, médica, França] Aí eles não medem muito, o dinheiro desde que... uma das coisas que medicina em França quer dizer é a segurança para o doente... pronto, é o grande chavão... e essa segurança implica a melhor qualidade que se possa dar... não podendo dizer mais tarde que não fizemos porque não tínhamos.

[AL, médica, Suíça] Há uma responsabilização muito grande... as pessoas sabem que se alguém falta, vai haver um buraco e alguém vai ter que fazer eu própria fiz o mesmo, parti três costelas quando caí de uma escada, mas nunca deixei de trabalhar.

Na análise da dimensão “barreiras”, foram referidas dificuldades relativas à instalação e início de vida noutra país, à aprendizagem e domínio da linguagem local, e na aceitação de práticas e culturas diferentes. Foram referidos alguns aspetos discriminatórios em relação aos provenientes de outros países, por exemplo a nível de contratação profissional, de acesso a formação pós-graduada, ou mesmo de diferenças salariais. As palavras mais frequentemente encontradas na análise da categoria barreiras foram *peessoas, língua, trabalho, amigos*.

[EV, médica, Portugal] Porque é que a parceria público-privada funciona tão bem? Para já porque tem liberdade de recrutamento e nas regras que eles estabelecem, as estruturas deveriam também ser avaliadas, claro que não é só números... porque é que uma pessoa que tem melhor desempenho está a receber exatamente o mesmo que alguém que tem um desempenho pior.

[AL, médica, França] As pessoas têm o seu médico, o seu médico privado, no fundo... e é o seu médico privado que faz o contacto com o hospital. [...] Há uma ligação total com médico, que é o médico particular... porque não há centros de saúde... aqui não há centro de saúde [...] os doentes não têm que estar ligados ao médico da sua área, da sua área de residência... o estado a única coisa que faz é pagar uma parte dessa consulta ao médico.

Da análise da categoria “diferenças observadas” entre diferentes serviços e sistemas de saúde, é referido um maior grau de motivação e responsabilidade profissionais, um melhor ambiente de trabalho, um nível de acesso aos cuidados de saúde, quer a nível hospitalar, quer a nível de medicina familiar e uma disponibilidade de recursos materiais muito superior ao que se encontra em Portugal. No que se refere ao desenvolvimento tecnológico, é considerado equiparável ao verificado no país de origem (Portugal) em alguns casos, noutros é considerado superior ou muito superior. A mobilidade de profissionais de saúde é percebida como associada ao desenvolvimento de conhecimento e enriquecimento de experiência a nível profissional, e mesmo pessoal. A integração de diferentes práticas ou escolas é variável, assenta na aplicação de *guidelines* internacionais, e de forma geral é referida como bem aceite e encarada como uma fonte de diversificação da cultura profissional local. A existência de profissionais internacionais em grande número é considerada um elemento enriquecedor, contribuindo para a integração e diversificação de práticas profissionais.

A organização e eficiência dos serviços é outro aspeto focado, bem como a qualidade do trabalho e qualidade e vida em geral, referidas como superiores aos verificadas no país de origem (Portugal).

[JS, médico, Bélgica] A outra maior diferença tem a ver com a organização geral, isso não tem a ver com meios, mas com a organização geral, ah, o sistema de saúde aqui esta montado em cima de uma rede de médicos de família.

[JS, médico, Bélgica] Tem-se uma outra visão do sistema de saúde, se calhar, eh, tem-se um muito maior respeito por [...] pelo médico de família, [...] o médico de família é o ponto central do doente.

Em relação ao país de acolhimento, os profissionais referem ser bem-recebidos e a integração é considerada mais fácil, sobretudo entre os profissionais de grupos etários mais jovens, que referem a existência de uma “cultura europeia” comum (sic), embora haja uma noção de necessidade inicial de adaptação ao novo local de trabalho, e de adesão aos protocolos e linhas de orientação locais, mormente para os profissionais ligados à prática clínica. O ambiente de trabalho é considerado como positivo e dinâmico, em parte devido à existência de profissionais migrantes, quer do próprio país quer de outros países, que contribuem para uma maior discussão e circulação de ideias e métodos. Esta diversidade também contribui para uma maior criatividade, suportada por um modelo de relacionamento mais participativo, com menor distância hierárquica, com potencial para a realização de progressos mais rapidamente. Os modelos de gestão mais frequentemente referidos são modelos *top-down*, assentando em procedimentos protocolados e *guidelines*, de acordo com os padrões estabelecidos internacionalmente, havendo porém espaço para discussão e intercâmbio de experiências

profissionais. Apesar da cultura organizacional ser descrita como um modelo predominantemente hierárquico, o ambiente de trabalho é também considerado menos formal, com menor distância hierárquica, comparativamente ao que se passa em Portugal, onde existe a noção de maior distância hierárquica, e menor abertura à inovação.

[DC, médica, Suíça] É de facto desafiante, e é uma realidade, há muitos médicos que veem não só da Europa, mas também, de outros países mesmo, iranianos, egípcios, [...] pode ser um desafio de facto, mas [...] depois como supostamente nos deveremos reger, linhas diretrizes internacionais, acaba por se esmorecer um bocadinho, e acaba por haver uma discussão salutar, [...] desde que haja um nível de discussão científico, até poderá ser mesmo uma mais valia.

[DC, médica, Suíça] E falamos muito mais de igual para igual, [...] e aqui sinto mais possibilidade, essa abertura, agora sei é que há outras formas de organizar, que considero bastante interessantes e que até à pouco tempo nem sabia que existiam.

De forma geral, os participantes consideram que no seu país de origem (Portugal), encontram uma cultura organizacional e profissional que apresenta uma maior distância hierárquica, com um ambiente profissional e académico menos recetivo à mudança e a novas ideias. Outro aspecto frequentemente referido é o menor apoio à formação e desenvolvimento profissional contínuo, porém, no que diz respeito às especialidades médicas, a formação parece estar mais estruturada e organizada, reduzindo o tempo necessário para a obtenção do grau final (título de especialista).

[JS, médico e investigador, Bélgica] Essa é uma das grandes diferenças em relação aqui com professores, em que nos temos uma relação muito menos hierárquica do que teríamos, aha, do que eu teria em Portugal; a relação de respeito mantém-se mas não é uma relação de distanciamento.

[AL, médica, França] É o (lado) bom das pequenas cidades, em que se criam também laços de amizade, que é bastante bom, em termos profissionais porque nos conhecemos bem, mas lá pronto, acabamos por nos dar todos muito melhor... como somos todos estrangeiros, acabamos por nos adaptar á cidade, mas nunca tive ali grandes problemas, [...] as vezes saímos todos juntos, há relacionamento dentro e fora.

As formas de financiamento e contratação variam desde sistemas privados, baseados em contratação descentralizada e liberal assente em seguros de saúde, até sistemas de financiamento estatal e Beveridgeianos, com uma estrutura mais centralizada.

Finalmente, e relativamente a aspetos mais estruturais a nível de sistemas de saúde, foi referida uma importante diferença a nível de recursos materiais e infraestruturas, verbas

disponibilizadas para materiais, formação, logística e investigação. O acesso dos utentes aos cuidados de saúde (primários e secundários) foi considerado muito melhor, e, nalguns casos, de melhor qualidade, nomeadamente a nível de liberdade de escolha do médico ou da instituição de saúde, por parte do utente.

Foi referida maior literacia, diferenciação e assertividade por parte dos utentes, contribuindo para um melhor acompanhamento e participação nos tratamentos e atos médicos, sendo também reportada a prática de uma medicina mais defensiva.

Enquanto alguns profissionais, se excluído o fator financeiro, optariam pelo regresso imediatamente ao país de origem, para os grupos etários mais jovens, é um fator preferencial a atração da descoberta de outros países e culturas, não equacionando um regresso ao país de origem a curto ou médio prazo. Isto deve-se sobretudo a condições de autonomia financeira, qualidade de trabalho e satisfação profissional mais compensatórias. Há um reconhecimento unânime da mobilidade profissional como uma vivência enriquecedora, permitindo o intercâmbio de experiências a nível profissional, a diversidade cultural. Para tal contribui também a ocorrência de um tipo de liderança menos formal, e um maior apoio à iniciativa e criatividade, sendo referido que em vários países é mesmo uma parte da formação obrigatória e “curricular” a realização de um período de intercâmbio noutro país.

[EV, médica, Portugal] Os doentes é que não têm o mesmo acesso que existe em França, [...] mas os doentes em França têm acesso podem ir a qualquer sítio que queiram [...] o doente pode ir aonde quer [...] o doente podia a ir a 10 cardiologistas por dia se quisesse.

[DC, médica, Suíça] Devia ser mesmo obrigatório, na minha opinião, penso que em todo o lado, [...] passou a ser obrigatório fazer pelo menos um ano, fora da instituição-mãe, e isso é bastante importante para ver como alguns serviços funcionam [...] portanto é sempre bom ter essa diversidade, são experiências para tentar melhorar cada sítio onde se passa, no meu entender só traz vantagens [...] acaba por ser, estimular o pensamento crítico, às vezes não é um questão de certo ou errado, [...] mas no meu entender, é muito importante essa diversidade.

A organização e eficiência dos serviços é também referida como superior, mormente no que se refere à celeridade de procedimentos (tempos de espera), tal como é considerada muito superior a motivação dos profissionais, em comparação com a realidade que conheceram em no país de origem. Esta diferença é interpretada como sendo devida a uma maior disponibilidade de recursos aplicados à área da saúde (“recursos quase ilimitados”) incluindo a medicina e a investigação, e, por outro lado, também a diferentes sistemas de financiamento e gestão (*pay-for-performance*, seguros obrigatórios), potencialmente mais satisfatórios. Por outro lado os profissionais que estão integrados em processos de formação, como por exemplo, os internos de especialidade, referem maior autonomia, mas também menor vínculo

a tutores ou orientadores, sendo o processo de formação tendencialmente mais longo, e assente num sistema mais autodidata, porém, escolhem permanecer e não planeiam o regresso a curto prazo ao país de origem, por referirem vantagens financeiras e também melhores condições de trabalho num sistema baseado na meritocracia, em comparação com sistemas de formação baseados na hierarquia.

[AL, médica, França] Há uma grande formação [...], formação que é paga, nós temos 15 dias de formação paga por ano, paga e temos direito a eles... e por isso não há razão nenhuma, como seria aqui (Portugal), que não me deixam sair para ir a um congresso.

[AL, médica, Portugal] Aquilo que eu gostaria de trazer, claro que é impossível, é a qualidade hospitalar... cá não há [...] pegar naquele hospital e trazer, como prova do que é um bloco... ninguém falta ao trabalho... que é uma das coisas que me fez mais surpresa quando cheguei lá... o nível de absentismo é mínimo.

[LV, médica, Suíça] A aceitação é muito boa... há muitos, muitos médicos de fora, muitos enfermeiros de fora, [...] sobretudo da Europa, [...] mas acho que quando as pessoas passaram por vários sítios têm mais abertura, [...] há umas coisas que acho pior, mas o facto de ser diferente, para mim é sempre uma vantagem... a diferença em si acho que é vantajosa.

A nível de organização e desempenho de serviços, Portugal parece colocar-se aquém do desempenho e qualidade de serviços de saúde obtidos noutros países União Europeia, nomeadamente a nível de cuidados primários de saúde e acesso dos utentes aos cuidados de saúde (por exemplo, a falta de médicos de família e os tempos de espera prolongados). As palavras mais frequentemente utilizadas nesta categoria foram *pessoas, coisas, hospital, serviço*.

[JS, médico e investigador, Bélgica] Acho que a mobilidade é muito interessante quando se é jovem, depois quando se começa a ter mais e mais raízes num sítio na minha opinião é mais difícil.

[JS, médico e investigador, Bélgica] Eu recomendava, a todos os profissionais médicos, que se a situação pessoal também o deixar, tentarem pelo menos um ano fora, de preferência num sistema que não fosse, similar ao português [...] eu sou um europeísta convicto, sou um grande apologista da Europa, e por isso, acho que só faz é bem conhecermos a comunidade onde estamos integrados.

[NR, investigador, Bélgica] Em Portugal, como a avaliação é estruturada, o supervisor acaba por investir um bocadinho mais no assistente, enquanto que aqui como temos que mudar e não ficar sempre no mesmo sítio, o vínculo é mais fraco.

A mobilidade dos profissionais de saúde é percebida pelos próprios como uma experiência positiva, que contribui para o desenvolvimento e aprendizagem pessoal e profissional e para a diversificação de conhecimento.

Embora existam normas de atuação e *guidelines* internacionais já estabelecidos para a prática clínica e hospitalar, que permitem o desenvolvimento de uma prática profissional padronizada, parece haver maior disparidade a nível de cultura organizacional e profissional das instituições, num espectro variável desde sistemas mais hierárquicos e centralizados até modelos mais participativos que apresentam maior autonomia e criatividade.

5 Notas finais

A mobilidade de profissionais de saúde entre regiões ou países europeus cria a maior região de livre circulação para profissionais de saúde, colocando também novos desafios à integração e regulamentação de diferentes sistemas e serviços de saúde, em países da União Europeia.

Neste estudo procurou-se focar o tema da mobilidade de profissionais de saúde, em países europeus, e os efeitos da mobilidade profissional na cultura organizacional e profissional das instituições de saúde. Pretendeu-se analisar as experiências e perceções dos profissionais de saúde resultantes do exercício profissional noutros países europeus, relativamente às seguintes categorias: a motivação dos profissionais para a circulação profissional, as vantagens e desvantagens encontradas resultantes dessa mobilidade, quais os fatores de barreira ou de facilitação, que foram considerados mais relevantes, durante o exercício profissional noutros países, e por fim, que diferenças foram observadas a nível da cultura organizacional e profissional entre serviços e sistemas de saúde, nos diferentes países europeus.

Em conclusão, da análise final dos resultados sobre a mobilidade dos profissionais de saúde, em países da União Europeia, relativamente as categorias motivos, vantagens e desvantagens, barreiras, diferenças observadas entre serviços e instituições, destacam-se, o reconhecimento unânime da mobilidade profissional como uma vivência enriquecedora, que contribui para o crescimento profissional e conhecimento dos próprios limites, sendo este um dos motivos que são apelativos sobretudo para os grupos etários mais jovens. De forma geral são referidas vantagens como melhores condições de motivação e retenção de recursos humanos em saúde a nível de remuneração, de apoio ao desenvolvimento profissional e formação contínua dos profissionais. A organização e eficiência dos serviços é considerada superior, mormente no que se refere à celeridade de procedimentos (tempos de espera para consultas ou cirurgias), tal como é considerada muito superior a motivação dos profissionais, em comparação com o país de origem. Também é reportado um maior apoio à iniciativa e criatividade e autonomia profissional, em relação ao país de origem. A integração profissional é normalmente fácil e bem organizada, porém a nível convivial, existe uma noção de dificuldade de intercâmbio cultural e social, devido a diferenças culturais ou mesmo de alguns aspetos discriminatórios em algumas comunidades. A adaptação à ausência de familiares e amigos é uma das principais barreiras a ultrapassar. É opinião comum de que em Portugal, existe ainda um caminho a percorrer na criação de condições de satisfação e retenção de recursos humanos em saúde, especialmente no que diz respeito a aspetos salariais, ao apoio ao desenvolvimento e formação contínua, e à satisfação e motivação dos profissionais.

Limitações do estudo: consideram-se as inerentes à subjetividade do tema, bem como a falta de neutralidade em que pode incorrer o investigador que poderá selecionar alguns índices de forma não exaustiva, em detrimento de outros que também tenham significado relevante (Bardin, 2004) ou induzir respostas baseadas na sua própria experiência de mobilidade profissional. Tratando-se também de um estudo transversal, reflete apenas os acontecimentos num determinado período no tempo.

Referências bibliográficas

- Aires, L. (2011), *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*, Lisboa, Universidade Aberta.
- Baganha, M.I., J.S. Ribeiro e S. Pires (2002), *O sector da Saúde em Portugal: Funcionamento do Sistema e Caracterização Sócio-profissional*, Coimbra, Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
URI: <http://hdl.handle.net/10316/32721>
- Baganha, M.I., e J.S. Ribeiro (2007), “Imigração qualificada no sector da saúde: as oportunidades do mercado laboral português”, *Revista Migrações*, 1 (número temático Imigração e Saúde), pp. 53-78.
- Clarke, V., e V. Braun (2013), “Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning”, *The Psychologist*, 26 (2), pp. 120-123.
- Bardin, L. (1977), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Bowling, A. (2002), *Research Methods In Health: Investigating Health and Health Service*, 2.^a ed., Buckingham, Open University Press.
- Buchan J., e G. Perfilieva (2006), *Health Work Migration in the European Region: Country Studies and Policy Implications*, Copenhaga, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Buchan, J., M. Wismar, I.A. Glinos e J. Bremner (orgs.) (2014), *Health Professional Mobility in a Changing Europe: New Dynamics, Mobile Individuals and Diverse Responses*, vol. 2, Copenhaga, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization.
- CASP (2011), *Qualitative Research Check List*, Critical Appraisal Skills Programm [<https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>]
- Cohen L., e L. Manion (1984), *Research Methods in Education*, 2.^a ed., Londres, Routledge.
- Conceição, C., J.S. Ribeiro, J. Pereira e G. Dussault (2011), *Portugal: Mobility of Health Professionals*, Lisboa, Associação p o Desenvolvimento da Medicina Tropical e Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa
[http://www.mohprof.eu/LIVE/DATA/National_reports/national_report_Portugal.pdf]
- Collumbien, M., J. Busza, J.G. Cleland e O. Campbell (2012), *Social Science Methods for Research on Sexual and Reproductive Health*, Genebra, World Health Organization.
- Dubois C., e N.E. McKee (2006), *Human Resources for Health in Europe*, Copenhaga, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization.

- Dussault, G., e M. Franceschini (2006), "Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce", *Human Resources for Health*, 4 (12). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>
- Entidade Reguladora de Saúde (2012), *Análise do Impacto da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9/03/2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços sobre o Sistema de Saúde Português*, relatório final, Lisboa, Entidade Reguladora de Saúde. [www.ers.pt/pags/128, acedido em Outubro, Novembro, Dezembro 2015]
- Erez, M. (2011), *Managing Multi-Cultural Teams: From a Cross-Cultural to a Global Perspective*, final report, Society for Human Resource Management. [https://nanopdf.com/download/introduction-society-for-human-resource-management_pdf]
- European Commission (2012), *Action Plan for the EU Health Workforce* [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf]
- Gelfand, M.J., M. Erez e Z. Aycan (2007), "Cross-cultural organizational behavior", *Annual Review of Psychology*, 58 (1), pp. 479-514.
- Green, J., e J. Browne (2005), *Principles of Social Research*, Buckingham, Open University Press.
- Giesecke, J., e B. McNeil (2004), "Transitioning to the learning organization", *Library Trends*, 53 (1), pp. 54-67.
- Guigner, S. (2011), "The influence of the European Union on public health practices and policies: Vertical and horizontal Europeanization", *Sciences Sociales et Santé*, 29 (1), pp. 81-106.
- Higgins, J.P.T., J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M.J. Page e V.A. Welch (orgs.) (2019), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, 2.ª ed., Chichester (UK), John Wiley & Sons, 2019.
- Hongoro, C., e C. Nomad (2006), "Health workers: Building and motivating the workforce", in D.T. Jamison, J.G. Breman, A.R. Measham et al. (orgs.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2.ª ed., Washington (DC), The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, pp. 1309-1322.
- Mackenbach, J.P., M. Karanikolos e M. McKee (2013), "Health policy in Europe: factors critical for success", *BMJ* 2013; 346 :f533.
- Mozzato, A., e D. Grzybovski (2011), "Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios", *Revista de Administração Contemporânea*, 15 (4), pp. 731-747.

- Novais, S.A. (2013), *A Cultura Organizacional na 'Consolidação' da Mudança nas Organizações de Saúde*, dissertação de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho.
- NICE (2013), "Methodology checklist: qualitative studies", in *The Social Care Guidance Manual*, National Institute for Health and Care Excellence
[<https://www.nice.org.uk/process/pmg10/chapter/appendix-g-methodology-checklist-qualitative-studies>]
- Schein, E. (2004), *Organizational Culture and Leadership*, 3.ª ed., Chichester (UK), Wiley.
- WHO (2015), *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, Genebra, World Health Organization.



Observatório da Emigração

O Observatório da Emigração é uma estrutura técnica e de investigação independente integrada no Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, onde tem a sua sede. Funciona com base numa parceria entre o CIES-IUL, o Centro de Estudos Geográficos (CEG), da Universidade de Lisboa, o Instituto de Sociologia (IS-UP), da Universidade do Porto, e o Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações (SOCIUS), da Universidade de Lisboa. Tem um protocolo de cooperação com o Ministério dos Negócios Estrangeiros.

Série	<i>OEm Working Papers</i> , 5
Título	As Instituições de Saúde e sua Cultura Organizacional: um estudo qualitativo sobre a mobilidade de profissionais de saúde portugueses em países da União Europeia
Autor	Paula Caldinhas
Editor	Observatório da Emigração, CIES-IUL, ISCTE-IUL
Data	Dezembro de 2019
ISSN	2183-5438 (online)
DOI	10.15847/CIESOEMWP052019
URI	http://hdl.handle.net/10071/22435

Como citar Caldinhas, Paula (2019), "As instituições de saúde e sua cultura organizacional: um estudo qualitativo sobre a mobilidade de profissionais de saúde portugueses em países da União Europeia", *OEm Working-Paper*, 5, Lisboa, Observatório da Emigração, CIES-IUL, ISCTE-IUL.
DOI: 10.15847/CIESOEMWP052019

www.observatorioemigracao.pt



Parceiros



Centro de Estudos Geográficos
IGOT - UNIVERSIDADE DE LISBOA



Apoios



REPÚBLICA
PORTUGUESA

MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS



COMUNIDADES
PORTUGUESAS