



IMPRESA DA
UNIVERSIDADE
DE COIMBRA
COIMBRA
UNIVERSITY
PRESS

A MOBILIDADE ACADÉMICA E A EMIGRAÇÃO PORTUGUESA QUALIFICADA

RUI MACHADO GOMES
(COORD.)

AS QUALIFICAÇÕES COMO PASSAPORTE? PROCESSOS DE (RE)PRODUÇÃO DE MOBILIDADES NA SAÚDE¹

1. Introdução

Em 19 de outubro de 2012, numa carta pública dirigida ao Presidente da República, o enfermeiro Pedro Miguel anunciava que “(...) *Em menos de 48 horas estarei a embarcar para o Reino Unido numa viagem só de ida. É curioso, creio eu, porque a minha família (inclusive o meu pai) foi emigrante em França (onde ainda conservo parte da minha família) e agora também eu o sou. Os motivos são outros, claro, mas o objetivo é o mesmo: trabalhar, ter dinheiro, ter um futuro.*

Lamento não poder dar ao meu país o que ele me deu. Junto comigo levo mais 24 pessoas de vários pontos do país, de várias Escolas de Enfermagem. Somos dos melhores do mundo, sabia? E não somos reconhecidos, não somos contratados, não somos respeitados”.

A situação retratada por este enfermeiro traduz uma realidade que poderá ser comum a mais de 550 enfermeiros portugueses registados em 2012 na homóloga Ordem dos Enfermeiros no Reino Unido – a *Nursing and Midwifery Council* (NMC).

¹ Este capítulo resulta de uma comunicação apresentada na Conferência Internacional “Fuga de Cérebros: a mobilidade académica e a emigração portuguesa qualificada”, pelo que os dados estatísticos, referências bibliográficas e entrevistas semiestruturadas apresentados reportam à data da participação na referida conferência (18 de setembro de 2015) e enquadram-se no âmbito de um projeto de doutoramento em curso.

A migração de profissionais de saúde na Europa, num tempo de contração económico-financeira, representa um duplo desafio, na medida em que se relaciona diretamente com a consolidação ou, pelo contrário, com o esvaziamento, do Mercado Único Europeu e, indiretamente, com o desenvolvimento da sociedade do conhecimento, essencial para a superação das múltiplas crises com que se defronta o continente europeu – demográfica, social, humanitária, política, económica e financeira.

As migrações qualificadas têm tido um suporte institucional, independentemente do enquadramento sociopolítico do contexto de receção. O investimento na sociedade do conhecimento, baseado numa retórica de competitividade, empreendedorismo e mobilidade, traduz-se, na prática, no reconhecimento das potencialidades dos benefícios económicos, sociais e formativos de uma mão-de-obra em circulação.

Perante necessidades laborais, sobretudo num setor de mão-de-obra intensiva, regulada e de fracas possibilidades de relocalização como o da saúde², o recrutamento internacional de profissionais neste setor compreende uma possibilidade que perfilha o interesse comum, da sociedade recetora e dos sujeitos individuais. No entanto, se tivermos em consideração uma análise multidimensional da questão, não serão de negligenciar os contextos de partida e os condicionalismos estruturais que lhes estão subjacentes, nomeadamente, o desenvolvimento das políticas de educação, das políticas de saúde e das políticas de recrutamento e de retenção do mercado de trabalho, e dos seus reflexos nos condicionalismos individuais como seja, concretamente, a decisão de migrar.

Este capítulo procura debater a mobilidade internacional de dois grupos profissionais de saúde – médicos/as e enfermeiros/as –, tendo como referência o caso particular de um país de receção e de origem – Portugal.

Para o efeito, exploram-se as seguintes questões:

² De acordo com as estimativas da Comissão Europeia, a União Europeia terá uma falta de 970.000 profissionais de saúde em 2020, o que se traduz na possibilidade de 14% dos cuidados não serem, efetivamente, prestados (Glinos, 2014).

- a) O que é que o contexto revela?
- b) Serão os movimentos de entrada e de saída simples jogos de espelhos?
- c) Para que servem as tipologias?

2. O que é que o contexto revela?

Em Portugal, a organização de cuidados de saúde sob prestação pública, de forma consentânea com os princípios equitativos de justiça social, tem expressão concreta na previsão constitucional de um direito à saúde (art. 64.º da CPR). Segundo o n.º 1 deste preceito, “*todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*”.

O direito social à saúde tem como primeira concretização institucional a criação de um *Serviço Nacional de Saúde* (n.º 2, alínea a), n.º 3, alínea d), e n.º 4, *universal* (abarcando a generalidade dos cidadãos), *geral* (compreendendo todos os domínios e cuidados médicos) e *tendencialmente gratuito*, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos³.

No entanto, e de acordo com dados divulgados pela OCDE (2015), Portugal continua a ser um dos países cujo financiamento público menos cobre as despesas de saúde. Desde 2012 que a despesa pública em saúde em percentagem do PIB (5,9%) se afasta da média observada na OCDE (9,3%, em 2014). Nos últimos anos, Portugal é mesmo o país em que a contribuição dos utentes mais aumentou, representando, em 2015, 37,4% da despesa total (35% em 2008). Este aumento da despesa direta das famílias ocorre num contexto em que a despesa total com a saúde no Orçamento Geral do Estado é das que mais desce, se tivermos em conta o cômputo geral dos países da OCDE. Refira-se ainda que, em 2015, o Orçamento do SNS se apresentou ao nível das dotações de 2005/2006 (7,8 mil milhões de euros).

O *Memorando de Entendimento sobre as Condicionabilidades de Política Económica em Portugal* (MdE), assinado em maio de 2011 pelo Governo por-

³ Para uma análise integrada da questão, cf. João Arriscado Nunes (2009, p. 144), onde salienta que “*O que está em jogo quando se fala de direito à saúde é tanto a luta pela definição do que conta como saúde, como daquilo que conta como direito à saúde*”.

tuguês, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Central Europeu (BCE) e a Comissão Europeia (CE) (a designada *Troika*), sob a égide de garantir a sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde, contemplava, entre outras, a realização das seguintes medidas, associadas à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS), e de interesse para a análise em apreço:

- rever e aumentar as taxas moderadoras do SNS (em vigor desde 1 de janeiro de 2012), cuja aplicação pelo XIX Governo Constitucional introduziu alterações significativas nas condições elegíveis para isenção do pagamento;
- reorganizar a rede de serviços de saúde, nomeadamente através da racionalização da rede hospitalar e do aumento do número de Unidades de Saúde Familiares (USF) contratualizadas com as Autoridades Regionais de Saúde (ARS). Esta última medida, que procura uma redução da utilização dos serviços de âmbito hospitalar, tem ficado aquém da meta estabelecida⁴;
- alocar recursos humanos no âmbito do SNS, particularmente tendo como intuito reduzir a despesa com horas extraordinárias, monitorizar necessidades de contratação e contribuir para a mobilidade geográfica dos profissionais de saúde. Procura-se a operacionalização destes objetivos através, entre outros, do alargamento do número de utentes por médico de família (máximo de 1900 utentes); do controlo, através do sistema biométrico, da assiduidade e pontualidade dos profissionais; e de um regime excecional de contratação de médicos aposentados.

No âmbito do SNS, o impacto da aplicação de políticas de austeridade na oferta, procura e acesso aos cuidados de saúde revela-se, entre outras, nas seguintes dimensões:

⁴ Com efeito, em 2015, estava prevista a constituição de 33 novas USF (do modelo A), tendo apenas sido criadas 9, até 10 de setembro de 2015 (ACSS, 2015a).

- desmotivação dos profissionais, em resultado do congelamento da progressão nas carreiras, da desvalorização salarial no setor público (o que favorece a mobilidade interna para o setor privado), da flexibilização das relações de trabalho, do atraso de pagamentos dos incentivos e da pressão para o racionamento;
- insatisfação dos utentes em situação de maior vulnerabilidade socioeconómica, cuja permanente necessidade de comprovar a condição de recursos produz o efeito de uma efetiva estigmatização social. Acresce ainda as desigualdades de acesso, também de ordem geográfica, uma vez que os residentes nas zonas do interior do país têm maiores dificuldades em receber tratamentos mais diferenciados;
- representatividade dos atendimentos nos serviços de urgência *per capita*. Em 2011, num conjunto de 21 países da OCDE, Portugal posiciona-se em primeiro lugar no número de admissões na urgência por 100 habitantes (70,5 admissões), um indicador muito distanciado de Espanha, o país com o lugar imediatamente inferior (com 57,3 admissões) (Berchet, 2015);
- falta de anestesistas e de enfermeiros especializados na área da cirurgia condiciona fortemente a capacidade de resposta das unidades hospitalares. A nível nacional, verifica-se uma taxa média de ocupação das salas de operações na ordem dos 64%, quando os níveis ótimos devem rondar os 80% ACSS (2015a).

O desinvestimento numa política integrada de recursos humanos na área da saúde é visível numa análise depurada dos contingentes de profissionais afetos a esta área.

Se tivermos em conta o conjunto de profissionais a trabalhar nas instituições tuteladas pelo Ministério da Saúde em 2014 (124.260), verificou-se um decréscimo de pessoal na ordem dos 2,5%, comparativamente ao ano transato. Esta tendência acompanha a evolução decrescente verificada no cômputo geral da Administração Pública (- 2,7%).

A este nível, o cenário futuro não se revela muito promissor. As recentes previsões do Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional (CEDEFOP, 2015), que abrangem o atual período até 2025, revelam

que, ao contrário do que acontece noutros países europeus, a maior parte das oportunidades de emprego em Portugal (cerca de 40%) exigirão um nível baixo de qualificações.

De facto, no seu conjunto, a maior parte das oportunidades de trabalho criadas na União Europeia (cerca de 24%) centrar-se-ão no recrutamento de profissionais na área da ciência, engenharias da saúde, gestão e ensino; ao invés do que se prevê que aconteça em Portugal, onde as estimativas apontam para que apenas 14% dos empregos criados se dirijam a profissionais qualificados. Não obstante, continuará a tendência para a qualificação da força de trabalho em Portugal, prevendo-se que, em 2025, cerca de 47% da população entre os 30-34 anos detenha uma escolaridade de nível superior. Antecipa-se, assim, um possível desencontro ao nível das qualificações, entre a oferta e a procura no mercado de trabalho em Portugal, tanto mais acentuado se não houver um investimento em setores que exijam mão-de-obra muito especializada.

Dentro deste âmbito, um estudo da Comissão Europeia (CE, 2015) salienta que a percentagem de emprego de jovens licenciados em Portugal (entre os 20 e os 34 anos) era de 73,6% em 2014, quando a média europeia se situa nos 80,5%.

Uma das conclusões do estudo *Education and Training Monitor 2015* (CE, 2015) é de que a taxa de desemprego entre os licenciados em Portugal está a contribuir para um afastamento relativo do ensino superior. Na última década, a população inscrita no ensino superior tem estado sujeita a flutuações, como sejam uma descida de inscritos nos anos letivos de 2002/2003 e 2005/2006, apresentando, contudo, uma tendência de crescimento já nos anos de crise económico-financeira, concretamente um crescimento ténue em 2008/2009, mas mais expressivo em 2010/2011. Simultaneamente, e a espelhar os efeitos de uma diminuição do rendimento dos agregados familiares, Portugal foi o país europeu onde se registou uma maior quebra na taxa de conclusão do ensino superior, de 86% (em 2008) para 67% (em 2011).

Porém, se tivermos em conta uma análise de longo alcance das mudanças estruturais na sociedade portuguesa, sobressai, sem dúvida, a crescente importância atribuída às qualificações, que se materializa na expansão da rede de estabelecimentos de Ensino Superior, público e privado. No caso concreto

da área da medicina, existem oito estabelecimentos de ensino públicos, sendo que um deles ministra o curso de medicina apenas a quem seja titular de um grau de licenciado em ciências da natureza, ciências da saúde ou ciências exatas. Tendo em conta que o *numerus clausus* em medicina tem vindo a aumentar nos últimos anos (de 150 vagas, em 2000, para 1.441 em 2015), e não estando assegurada a formação pós-graduada de todos os médicos internos, atores institucionais da área (de âmbito regulatório, como seja o caso da Ordem dos Médicos; ou de carácter associativo, como é o caso da Associação Nacional de Estudantes de Medicina) procuram pressionar as entidades governativas no sentido de se rever o número de ingressos anuais. Com efeito, o risco de uma mão-de-obra de reserva de médicos indiferenciados, isto é, médicos sem a atribuição de uma especialidade, poderá propiciar situações de proletarização da profissão (Braverman, 1974)⁵.

Paralelamente, na área de enfermagem, assiste-se a uma proliferação de Escolas Superiores (47, das quais 20 privadas), sobretudo depois daquilo que podemos designar como sendo uma crescente ‘profissionalização’ da enfermagem em Portugal (Ribeiro, 2015). Saliente-se que este processo de institucionalização do reconhecimento do papel da enfermagem na prestação de cuidados de saúde em Portugal se revela pioneiro na União Europeia. Inicia-se por altura de 1990, data da criação da Ordem dos Enfermeiros e de graus universitários em enfermagem.

Apesar do número de enfermeiros por 100 mil habitantes ter aumentado na última década, o rácio de enfermeiros por médico tem permanecido estável, ainda que sendo um dos indicadores mais baixos da Europa – 1,5 (ou 1,38 se considerarmos também os médicos em internato de especialidade) (OPSS, 2015). De acordo com a OCDE (2014), constata-se que Portugal tem um rácio de 5,8 enfermeiros por mil habitantes (contemplando enfermeiros em funções de gestão, educação e investigação), um indicador inferior à média da União Europeia constituída por 28 Estados-Membros, que se situa em oito enfermeiros por mil habitantes.

⁵ Note-se que existem mais de um milhão de portugueses (1.192.273) sem médico de família atribuído (ACSS, 2015b)).

Como noutros países, a área de enfermagem é a que concentra o grupo mais numeroso de profissionais de saúde em Portugal. Na última década, houve um aumento de enfermeiros registados na Ordem dos Enfermeiros, de 37.623 em 2000 para 64.535 em 2011, sendo que a maioria (74%) trabalha em meio hospitalar (Barros et al., 2011). A profissão de enfermagem é desempenhada por uma população jovem (em 2012, 52% dos enfermeiros registados têm menos de 40 anos) e predominantemente por mulheres (em 2012, correspondem a 81% do total) (OE, 2013).

Neste grupo profissional, verifica-se uma diminuição de 1.153 enfermeiros em 2014, relativamente a 2011 (o que equivale a uma diminuição de 1,4%). Note-se que, em 2013, ocorreu um aumento do período normal de trabalho para as 40 horas semanais, o que se repercutiu num aumento de 1,3% do número de horas de trabalho prestadas na área de enfermagem.

No caso da medicina, desde 2011 que se tem observado um acréscimo do número de profissionais no SNS (de 26.767 em 2011 para 29.642 em 2014), em parte devido ao número de médicos em internato (13%). O número de médicos no SNS por mil habitantes era de 1,87 em 2013, sendo que, para uma avaliação mais precisa, será necessário atender à distribuição geográfica, pois convém lembrar que Portugal é um dos países onde se observa uma maior disparidade na distribuição de médicos, a favor das áreas urbanas (OPSS, 2015). Ressalve-se, no entanto, que as zonas de maior concentração populacional (Lisboa e Porto) têm um rácio inferior ao da média nacional.

Saliente-se ainda o crescente processo de feminização da profissão, sobretudo se tivermos em conta os estratos mais jovens da população médica.

3. Movimentos de entrada e de saída: simples jogos de espelhos?

Segundo Maria Ioannis Baganha (2001), o interesse heurístico de Portugal enquanto espaço nacional privilegiado para a análise dos impactos dos processos de globalização no desenvolvimento dos fluxos migratórios internacionais reside, precisamente, no facto de só nos anos 80, em pleno período de expansão dos processos de globalização, Portugal se assumir como um país de entrada atrativo, reflexo de uma sociedade recentemente concebida

como pós-colonial e com importantes lacunas ao nível do topo da estrutura socioprofissional.

Nessa década, mais precisamente a partir de 1986, Portugal participa como Estado-Membro no processo de consolidação do espaço da União Europeia, o que proporcionará, já com a adesão ao Tratado de Maastricht e ao acordo de Shengen, um novo estatuto de cidadania – a cidadania pós-nacional – conferida aos portugueses emigrados (Estrada, 2011). Portugal, na sua condição semiperiférica, legitimada por um discurso do Estado que, segundo Boaventura de Sousa Santos, se percebe como um coletivo “*imaginado do centro*” (Santos, 1993), configura-se, também na área das migrações, como uma plataforma giratória de fluxos das ‘periferias’ para os ‘centros’ (Baganha & Peixoto, 1997). De referir que, no início dos anos 90, o discurso científico⁶ (Esteves, 1991) e político⁷ se norteava pela mudança do regime migratório, isto é, defendia-se a transição de ‘país de emigração’ para ‘país de imigração’.

Entre o final dos anos 90 e o início do século XXI, a par do que acontece com outros países do sul da Europa⁸, Portugal recebe, num período de tempo relativamente curto e de uma forma intensiva⁹ (Baganha, Marques & Góis, 2004), população imigrante proveniente de um contexto – a designada ‘Europa de Leste’ – com o qual Portugal não possui relações privilegiadas, sejam de ordem social, económica, histórica ou cultural. Será, assim, já durante as últimas décadas do século XX/início do século XXI, sobretudo após um período

⁶ Para se comprovar este desinvestimento científico na área da emigração, cf. a inventariação bibliográfica e documental (de 1980 a 2013) efetuada sobre o tema (Candeias et al., 2014), onde se constata que a maioria da produção científica não incide sobre emigração contemporânea e, quando o faz, não recorre a dados primários.

⁷ Cf. entrevista de João de Deus Pinheiro – Ministro dos Negócios Estrangeiros da altura – ao jornal suíço *Le Nouveau Quotidien* e parcialmente reproduzida no *Jornal Público*, de 1 de outubro de 1991 (Baganha & Góis, 1999).

⁸ Convém, no entanto, atender ao facto de que “(...) a recente história migratória do sul da Europa é uma soma de casos nacionais específicos, que reflete os passados históricos respetivos e os interesses geoestratégicos e políticos de cada um dos países que constituem esta área geográfica” (Baganha & Góis, 1999, p. 255).

⁹ Em resultado da implementação do dispositivo legal que estabelece condições de regularização a quem comprove a titularidade da relação laboral (Decreto-Lei n.º 4/2001, de 10 de janeiro), o número de imigrantes a residir legalmente em Portugal passou de 208.198, no ano 2000, para 350.503, no ano seguinte, um aumento de cerca de 68% da população estrangeira a residir legalmente em Portugal, espelhando as entradas de população proveniente de alguns países da “Europa de Leste” (como sejam Moldávia, Federação Russa, Ucrânia e Roménia), ocorridas no final da década de 1990.

de contração económica e financeira, que Portugal se assume com um duplo estatuto – como um país de emigração e um país de imigração (Baganha et al., 2002; Pires et al., 2010).

Ambas as dimensões demográficas – emigração e imigração – compõem, ainda que com incidência temporal diferenciada, a estrutura social e económica portuguesa, o que leva alguns autores (Peixoto, 2004) a denominar de “regime misto” as dinâmicas de mobilidade internacional no caso português.

Neste momento, apesar de ter havido uma diminuição do número de emigrantes permanentes (49.572 em 2014, face a 53.786 em 2013) e do aumento do número de imigrantes permanentes (19.516 em 2014, face a 17.554 em 2013), o ‘regime emigratório’ prevalece, como aliás o discurso institucional recentemente o reconheceu. O último relatório elaborado pelo Observatório da Emigração (Pires et al., 2015), um organismo tutelado pela Secretaria de Estado das Comunidades, refere-se concretamente ao facto de Portugal passar a ser um país de emigração, com 110 mil saídas entre 2013 e 2014 (incluindo emigrantes permanentes e temporários), um número similar ao ocorrido em 1973, num contexto influenciado pela crise petrolífera (Pires et al., 2015)¹⁰.

Em termos do perfil do nível das habilitações académicas, e recorrendo aos dados do último Recenseamento Populacional (Censos de 2011) e à *Labour Force Survey* (LFS) da Eurostat (Naumann, 2013), é possível verificar que:

- em 2011, os emigrantes que saíram de Portugal há menos de três anos e com qualificações mais baixas correspondem ao dobro dos emigrantes na mesma condição provenientes de outros países da Europa do Sul (Espanha, Grécia e Itália) e da União Europeia no seu total;
- os emigrantes de Portugal com qualificações superiores e que emigraram há menos de três anos representam quase metade dos emigrantes dos restantes países da Europa do Sul.

¹⁰ Refira-se que um dos projetos de investigação sobre a emigração em Portugal (REMIGR – “Regresso ao Futuro: a nova emigração e a relação com a sociedade portuguesa”) tem salientado a possibilidade de ter existido um recente aumento da “circulação”, o que se pode comprovar pelo crescimento do perfil “emigração temporária” na corrente migratória desde 2011 (segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), 56.980 em 2011 e 85.052 em 2014). Estaremos, desta forma, perante o que poderíamos designar como sendo a emergência de um “regime de circulação”.

Os dados confirmam, no entanto, a hipótese de uma mudança estrutural na composição educacional da emigração em Portugal; isto é, em plena crise económico-financeira (entre 2008–2011) a proporção de emigrantes com menos de três anos de migração e com qualificações elevadas quase que duplicou (de 14% em 2008 para 27% em 2011)¹¹. Uma tendência que não se observou nos outros países da Europa do Sul, uma vez que a percentagem de emigrantes nessa condição se manteve idêntica de 2008 para 2011 (correspondendo a metade do total da população recentemente emigrada).

Segundo uma outra fonte (Arslan et al., 2014), Portugal não consta na lista dos trinta países emissores de um maior número de migrantes altamente qualificados. Os Censos de 2011 revelam uma percentagem de emigração de 14% (no caso dos emigrantes altamente qualificados esse indicador varia entre 14% – 9.8%), um valor um pouco superior ao verificado em 2001 (no total, 12,8% e entre 8% – 7%, no caso dos altamente qualificados). Comprova-se, assim, o que se poderia designar como sendo uma tendência para a progressiva ‘qualificação’ do perfil da população emigrada. No entanto, apesar de em alguns países a percentagem de emigrantes portugueses com Ensino Superior ser substancial (em 2011, um indicador superior a 30% no Reino Unido, Irlanda, Dinamarca e Noruega), predominam ainda os indivíduos com baixas e muito baixas qualificações entre a população portuguesa emigrada (Pires et al., 2015).

Por outro lado, uma outra tendência – a da sobrequalificação dos imigrantes – traduz a dificuldade de inserção no mercado de trabalho a um nível compatível com as qualificações. Segundo um estudo do Centro Europeu para o Desenvolvimento das Competências (CEDEFOP, 2011), os migrantes provenientes de países que não pertencem à UE têm uma maior probabilidade de sobrequalificação. No caso português, esse indicador é de 23% (de 14% se considerarmos os migrantes que obtêm níveis de qualificação em Portugal). Em alguns grupos de migrantes, essa percentagem é muito superior, como sejam os migrantes provenientes de alguns países da Europa de Leste, onde

¹¹ Note-se que esta mudança estrutural reflete uma tendência da sociedade portuguesa no seu todo – um aumento da escolarização da população (em 1991, 4% da população completou o ensino universitário ou politécnico; enquanto, em 2011, 14,8% concluiu esse nível de ensino, uma percentagem superior no caso das mulheres – 16,9%).

90% dos imigrantes altamente qualificados trabalham em áreas para as quais estão sobrequalificados. Acresce que em Portugal, comparativamente com os outros países europeus, há uma maior probabilidade de os falantes de português como língua estrangeira serem sobrequalificados (38%).

A confluência destas duas tendências – o desperdício de qualificações da população emigrada e da população imigrada – poderá representar um constrangimento futuro ao potencial transformador da sociedade portuguesa.

No caso concreto das mobilidades internacionais no setor da saúde, podemos distinguir três fases: a primeira, que ocorre até 2004, de crescimento; uma segunda fase, de diminuição, começando em 2005 até ao ano em que se manifesta a crise económico-financeira (2008) e, daí em diante, uma fase caracterizada por flutuações constantes.

Desde o início de 1990, Portugal recebeu profissionais de saúde, sendo que, no espaço de seis anos, o número mais do que triplica (de 1.231 em 1998, para 4.490 em 2004), altura em que atinge o valor mais elevado, correspondendo a um rácio de 36,7 profissionais estrangeiros por mil profissionais. A partir de 2005, principalmente devido à saída de enfermeiros com nacionalidade espanhola (Ribeiro et al., 2015), os valores nunca ultrapassam os quatro mil, sendo que, no último ano disponível (2014), atingem os 3.074 (ACSS, 2015c).

Compreende-se, assim, como os fluxos imigratórios na área da saúde estão dependentes não só de políticas de recrutamento dos países de destino (neste caso, Portugal), como também da maior ou menor capacidade de retenção, e subsequente política de recrutamento, dos países de origem. De facto, foi precisamente no ano de 2005 que se verificou uma política de recrutamento mais intensiva por parte das instituições públicas espanholas, sobretudo no caso da área de enfermagem. Um ano mais tarde (2006), o Ministério de Saúde português inicia um processo de recrutamento de médicos de clínica geral em alguns países da América Latina (Cuba, Costa Rica, Colômbia, Uruguai), por forma a preencher algumas vagas carenciadas no interior sul do país.

A maioria dos profissionais de saúde pertence ao grupo profissional de medicina e de enfermagem, sendo que, em 2014, o peso percentual de médicos estrangeiros nas instituições tuteladas pelo Ministério da Saúde (MS) é de pouco mais do que 7% (7,01%) e o de enfermeiros estrangeiros não chega aos

2% (1,12 %). Note-se que o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde categorizou Portugal como estando altamente dependente de médicos estrangeiros (11,1%-18, 4%), ao invés do que acontece no caso dos enfermeiros, cuja dependência não é significativa (Wismar et. al., 2011).

À semelhança dos profissionais de nacionalidade portuguesa, a maioria concentra-se em Lisboa (46,9%) e no Norte (23%), registando-se uma preponderância de profissionais de saúde estrangeiros do sexo feminino (61,8%).

Quanto às dinâmicas emigratórias neste setor, e apesar de não dispormos de dados sobre a monitorização dos fluxos de profissionais de saúde¹², podemos retratar o fenómeno de uma forma indireta, recorrendo a indicadores, tais como pedidos de reconhecimento de qualificações, suspensão ou cancelamento de registo, indicação de um endereço estrangeiro, saída do SNS ou percentagens de expatriação (Ribeiro et al., 2014).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) portuguesa registou 929 suspensões ou cancelamentos da licença de enfermagem no ano de 2008. Decorridos cinco anos, a OE recebeu 2.516 pedidos de emissão de um documento – a *Declaração das Diretivas Comunitárias* – para apresentar nas congéneres europeias. A grande maioria dos enfermeiros que responderam a um inquérito da OE (1.837 enfermeiros) solicitou esse documento com a intenção de migrar para o Reino Unido (1.101), não tendo, na sua grande maioria, mais de cinco anos de experiência profissional. De qualquer forma, se atendermos ao facto de terem dado entrada 1.211 pedidos de atribuição de título profissional na *Nursing and Midwifery Council* (NMC), solicitados por enfermeiros portugueses, poderemos ter uma compreensão mais real do fenómeno (OE, 2014)¹³.

Segundo a Ordem dos Médicos (OM), em 2014, emigraram 387 médicos e cerca de 1.100 solicitaram a *Declaração das Diretivas Comunitárias*. Dados recolhidos junto das congéneres europeias revelam os principais destinos – Inglaterra, Alemanha e França.

¹² Com exceção de Pires et al. (2015), para o caso dos enfermeiros no Reino Unido em 2014.

¹³ Note-se que este tipo de pedidos apenas revela a intenção de migrar e não a ação de migrar de *per se*. Refira-se ainda que os que emigram não têm necessariamente de suspender a sua licença.

Um estudo recente, que procura avaliar a satisfação dos médicos internos com a formação específica realizada em Portugal, salienta que a maioria (mais concretamente 65%) tem planos de emigrar após o *terminus* da especialidade (Martins et al., 2015).

4. Para que servem as tipologias?

Os movimentos de saída, e o segmento mais qualificado não será exceção, tendem a ser analisados, na sua generalidade, segundo fatores de atração e de repulsão, mais ou menos determinísticos.

Os modelos de ‘atração-repulsão’, de inspiração económica neoclássica, concebem as migrações como um movimento que pressupõe uma análise ponderada de custos/benefícios (Lee, 1966; Todaro, 1969; Borjas, 2000). Compreende-se, assim, o ato de migrar na sua vertente racional, como uma decisão individual face a constrangimentos, no sentido de desajustamentos, do mercado de trabalho. Apesar de esta perspetiva negligenciar, de certo modo, o carácter estrutural das migrações (por exemplo, subjacente na proposta de Piore (1979) sobre o dualismo do mercado de trabalho), ressalta o papel dos processos de decisão individual na ativação dos movimentos de partida. De facto, uma abordagem micro, sobretudo quando não exclusivamente economicista, poderá ser útil na análise da (re)construção de projetos migratórios individuais, particularmente na forma como os migrantes expressam as suas motivações, expectativas e aspirações; o modo como é contextualizada, e explicada, a sua experiência migratória (Ferro, 2006).

Porém, aquilo que pode ser apreendido como um comportamento biográfico, mais ou menos isolado, mais ou menos circunstancial, face a respostas, ou à sua ausência, de um suporte institucional, político ou social reveste-se de uma componente sistémica que convém não descurar. Daí que, em termos metodológicos, a proposta de ‘Retratos Sociológicos’, cunhada por Bernard Lahire (2002), tenha potencial heurístico nos estudos migratórios, como se verificou com um dos projetos de investigação (Gomes, 2015) sobre a recente emigração portuguesa.

A este título, a teoria do Sistema-Mundo, que concebe a divisão do mundo em centro, periferia, semiperiferia (Wallerstein, 1974), e que se consubstancia na ideia da interdependência económica e articulação assimétrica de poderes entre regiões/países (Cheng & Yang, 1998), configura-se relevante na interpretação da (re)distribuição de recursos ao nível da estrutura centro-periferia, segundo o que alguns autores designam como a ‘hierarquia do trabalho à escala mundial’ (Takenouchi, 2001).

Precisamente, será a partir da década de 70 que se começará a enquadrar o fenómeno migratório numa perspetiva sistémica, ao compreender-se, num primeiro momento, a espacialidade das mobilidades internas (Mabogunje, 1970).

A conceção do sistema migratório¹⁴, particularmente na sua dinâmica internacional, torna-se interessante, uma vez que permite compreender os movimentos da população mais qualificada numa vertente relacional, entre países emissores e países recetores e, por essa via, sublinhar os desajustamentos estruturais e as divergências regionais que traduzem posicionamentos históricos e geoestratégicos de desigualdades estruturais.

Daí que o recurso a tipologias, como as que se apresentam para o caso das mobilidades internacionais de profissionais de saúde (Glinos, 2014; Humphries et. al., 2015), terá de ser equacionado com cautela, nomeadamente, tendo em conta as descontinuidades e a diversidade dos percursos biográficos dos sujeitos, contextualmente situados. Refira-se, no entanto, o seu carácter heurístico para uma leitura dos fluxos migratórios que transcende análises mais nomotéticas.

A este título, o desafio será, pois, a construção e sistematização de informação que tenha em consideração a heterogeneidade e a relação interescalar dos movimentos. Aliás, segundo alguns autores (Glinos & Buchan, 2014), no caso específico dos profissionais de saúde, a identificação e a compreensão

¹⁴ Para uma operacionalização do conceito “sistema migratório internacional” *vide* Hania Zlotnick (1992). Na esteira de alguns autores (Peixoto, 2002; Malheiros, 2005; Peixoto, 2007; Baganha, 2009; Góis & Marques, 2009), é possível equacionar a inserção de Portugal em vários sistemas migratórios, estruturalmente não excludentes. Pensa-se, nomeadamente, no sistema migratório do sul e norte-americano, sistema migratório lusófono e sistema migratório intraeuropeu.

dos vários tipos de mobilidade, como os que se apresentam de seguida, constituem um elemento essencial no desenho de instrumentos de monitorização dos fluxos (Kuhlmann et. al., 2013).

Migrantes económicos: o caso da Tânia

Tânia, que nasceu na Grande Lisboa em 1988, está desde 2011 a trabalhar num hospital distrital a sul de Londres, onde há cerca de 100–150 enfermeiros portugueses, entre eles, o seu namorado. Apesar de, quando terminou o curso, ter tido experiência na área dos cuidados básicos de enfermagem, num posto de socorro de bombeiros (fazer pensos, dar injeções, medir a tensão arterial), só em Inglaterra conseguiu um emprego não precário, com um contrato indeterminado e um horário fixo, de segunda a sexta. Em Portugal, entregou *Curriculum Vitae* em todos os hospitais, sem nunca ser chamada. Como desabafa, “*uma pessoa começa a ficar frustrada*”.

Durante seis meses, Tânia passou por um período de integração e no início teve de ir comprovando os atos de enfermagem que poderia exercer, os chamados *Student Day*. Pelo menos uma vez por ano tem de frequentar uma formação, o que já se traduziu num curso de “mentora de estudantes”. Como realça, “*Em Portugal, quem ia às formações era a enfermeira chefe, muitas vezes nem partilham informação*”. O facto de ser possível progredir na carreira e conciliar o trabalho e a formação são dois aspetos que destaca. Quando pondera a questão do regresso, tem consciência de que o ordenado em Portugal seria bastante inferior, que teria de abdicar das férias, das viagens, mas ressalva que quem tenha interesse em vir, não o deve fazer “*só por causa do dinheiro*”.

Migração por motivos de carreira: o caso da Francisca

Francisca nasceu no Porto em 1984, teve uma experiência de trabalho em Lisboa como enfermeira dos cuidados intensivos durante dois anos e, neste momento, trabalha há pouco mais de um ano em Abu Dhabi, como enfermeira instrumentista no bloco operatório, uma posição que dificilmente alcançaria em Portugal numa idade tão jovem. Normalmente, as enfermei-

ras europeias fazem o turno da manhã, mas ela faz questão de fazer turnos rotativos, de modo a não ser privilegiada e de se colocar à prova em vários contextos, como refere “(...) *aqui tenho experiência em todas as áreas, como não têm pessoal, tenho de aprender a instrumentar tudo*”.

Considera que está num país culturalmente fechado, mas “*desde que se respeite a cultura e não se intrometer...*” A sua chefe é indiana e como há uma estratificação social baseada na nacionalidade, sendo europeia, apesar de mais nova e com menos experiência, Francisca obtém uma remuneração superior.

Neste momento, está a tirar um curso de árabe por conta própria, uma vez que considera ser uma mais-valia saber a língua do país. Para além da língua e das diferenças culturais, existe a necessidade de avaliação *in situ* das competências técnicas. Francisca está inscrita em três entidades reguladoras da profissão, a Ordem dos Enfermeiros portuguesa, a NMC e a autoridade de saúde de Abu Dhabi. A inscrição na NMC permitiu-lhe o ingresso direto nesta última entidade reguladora, ultrapassando a fase dos exames escritos¹⁵.

Antes de vir, Francisca recebeu uma proposta num hospital privado do norte de Portugal, onde iria ganhar perto de oitocentos Euros. Em Abu Dhabi, ganha cinco vezes mais, trabalha menos, tem melhor qualidade de vida. Em Portugal, quando não trabalhava aos fins de semana, só dormia. Por isso, conta ficar pelo menos cinco anos, “*para compensar em todos os aspetos*”. Coloca mesmo a possibilidade de reemigrar para a Austrália. Francisca aconselha todos os enfermeiros portugueses a emigrar, como observa, “*se calhar só assim é que vão dar valor à enfermagem! Alguns aceitam dois euros à hora*”.

Migração como modo de vida: o caso do Pedro

Pedro, nascido em 1983, fez o curso de medicina no Porto, o que representou a sua primeira experiência de mudança de residência, uma vez que

¹⁵ O registo na *Nursing and Midwifery Council* favorece, assim, oportunidades de remigração, particularmente para países do Médio Oriente e para países que pertencem à *Commonwealth*.

morava em Castelo de Paiva. Por altura do sexto ano, teve a sua primeira experiência de mobilidade internacional, neste caso no Rio de Janeiro, cidade de onde provém a sua mulher (médica de medicina interna) e onde teve a oportunidade de contactar com uma cultura diferente da europeia. Para esta primeira mobilidade, contou com um empréstimo bancário. Depois seguiu-se o internato em Neurologia, uma especialidade que sempre lhe agradou, na Suíça. Esta escolha surge depois de exploradas outras alternativas em vários países europeus, como França, Suécia e Inglaterra. Acabou por ir para a Suíça em outubro de 2009, onde já tinha efetuado um estágio remunerado de dois meses, que lhe possibilitou o aperfeiçoamento da língua francesa. Dessa experiência destaca o facto de ter gostado do sistema (cada interno envia o *curriculum* e tem de procurar os serviços de formação), de ter percebido melhor como *“as coisas funcionavam aqui, o que tinha que fazer para vir para cá”*, da dimensão multicultural do país e da abertura dos médicos. Como explica, *“(...) sempre me imaginava a fazer algo fora do país. Lembro-me uma vez estar na aula de Machado Vaz – também ele fez a especialidade fora – ... Eu revi-me na experiência que partilhou connosco!”*. O Internato fora de Portugal permitiu-lhe *“ver outra realidade, mas para além das possibilidades económicas, conhecer outras coisas, viajar, contacto com outra medicina. Existem sempre estímulos para ir mais além, se quiser fazer outros estágios (...) Se calhar em Portugal não tinha o mesmo acesso que tenho aqui”*.

Neste momento, e já com a especialidade terminada, Pedro irá com a mulher para Paris, com uma bolsa de pelo menos um ano, que lhes permitirá fazer investigação clínica, especializarem-se num tema dentro da especialidade, como enfatiza, *“vou ver outra realidade, ir um pouco mais além da medicina”*.

Em trânsito: o caso do Luís

Luís exerce, desde 2012, cirurgia num dos maiores hospitais de Londres. Esta não é a sua primeira experiência de mobilidade internacional, uma vez que já tinha efetuado um estágio de três meses nos EUA, dois meses em França e um mês em Barcelona.

Anteriormente, trabalhou num hospital do Porto, mas “(...) *quando começaram a dizer que iam fazer cortes, comecei a ver outras opções (...) eram oito candidatos para um lugar... nunca pensei... Passado um mês estava a trabalhar! (...) Pensava que ia por três meses, não me ia adaptar... Não sabia para o que vinha... Entrei logo para ‘consulting’ (...) o ‘consulting’ é lei!*”

Em Portugal, “*começava a ter de fazer controlo do dedo, a entrar às 8 e sair às 17. Aqui em Inglaterra não há livro de ponto, não há nada. Funciona muito melhor!*” Em Inglaterra, apesar de não pertencer ao quadro, e ainda que estando sujeito a avaliações anuais, Luís tem uma equipa de cinco internos, pela qual é responsável. Em cada doze semanas, faz urgências no fim de semana, mas “*não custa nada. Não há aquela coisa de operar os doentes ao meio da noite. É muito mais sossegado!*”

Separado, com três filhos, Luís vai quase todos os fins de semana ao Porto, “*garantidamente vai duas vezes por mês (...) tenho a minha casa em Portugal!*”. Pensa, objetivamente, na possibilidade de os filhos fazerem o Ensino Superior em Londres, onde é mais fácil arranjar trabalho.

O regresso a Portugal está definitivamente posto de parte, “*vou para Portugal, para trabalhar como médico nas urgências?! Nem pensar! Já dei para esse peditório!*” Luís realça, “*vejo que Portugal perdeu... (...) andaram a investir na minha formação e quando chegou a hora, Inglaterra teve um cirurgião sem ter de pagar nada por isso! Aos ingleses saiu-lhes muito barato.*”

Este cirurgião, nascido em 1967, continua atento às ofertas internacionais de trabalho, enviando currículos de forma espontânea. Porque está coletado na *Royal College of Physicians*, está automaticamente reconhecido nos países dos Emirados Árabes Unidos. Neste momento, tem uma proposta de trabalho para um hospital privado em Abu Dhabi, como salienta “*empregos para cirurgião é que não faltam!*”

Não documentados: o caso da Valentina

Valentina, enfermeira, nascida em 1956 na Ucrânia, veio para Portugal com um visto turístico. Começou a trabalhar num lar de idosos, no Algarve, como auxiliar, só conseguindo a regularização na altura em que esteve empregada como ama interna numa casa particular. Tendo sido alertada por uma médica

ucraniana acerca do programa de reconhecimento de qualificações na área de enfermagem, dinamizado por uma Organização Não Governamental, com o apoio de uma Fundação, resolveu apresentar os seus documentos para acionar o processo de equivalências. Neste momento, trabalha num lar em Lisboa, como enfermeira, num local onde já lhe tinha sido recusado emprego porque não tinha a sua situação regularizada.

Antes de vir para Portugal, esta enfermeira ucraniana trabalhava num colégio, na prestação de cuidados pediátricos, ao mesmo tempo que acabava o curso universitário em pedagogia infantil. Decidiu vir para Portugal pois não possuía condições monetárias suficientes para o financiamento dos estudos superiores do seu filho, atualmente cirurgião na Ucrânia. Como explica, “(...) *porque a economia baixou muito e nós estamos pobres! Antigamente era um país bonito, um país com trabalho, ninguém pensava trabalhar noutra país, por exemplo, fazer limpezas, essas coisas... Não! Nós estudámos, trabalhámos, muitos engenheiros, muitos médicos!*”

Valentina pensa no seu país apenas como destino de férias. Como revela, “*a minha vida caminhou sozinha, fugiu para este sítio*”. Demonstra-se desencantada com os políticos ucranianos, “*porque eles não fizeram nada para nós voltarmos*”.

Migração de regresso/remigração: o caso da Isabel

Isabel, após fazer o Internato Geral no Porto, entrou no Internato de Genética, que interrompeu. Aquilo a que chama “*espírito de aventura*” levou-a a fazer o doutoramento na Suécia, seguindo-se um pós-doutoramento em Londres. Tendo percebido que queria voltar ao Internato, regressou a Portugal em 2009, mais concretamente a Coimbra, onde estava o seu marido dinamarquês a fazer um pós-doutoramento. Entretanto, houve uma mudança no período de atribuição da bolsa do marido, encurtaram-na e, como as “*coisas pareciam negras*”, a Genética Molecular “*não era uma boa aposta (...) já não era muito novo*”, decidiram sair. Num mês arranjou emprego em Bruxelas.

Em Bruxelas, Isabel teve uma má experiência de trabalho. Como salienta esta médica nascida em 1976, “(...) *infelizmente, a especialidade de Genética não existe. Trabalhava como médica sem especialidade e apercebi-me de cada*

vez mais abusos, cada vez mais responsabilidades (...) quem faz várias funções, acaba por não fazer nada bem (...) acabei por vir para aqui [Londres], já me tinha registado como especialista, e conhecia pessoas.”

Neste momento, está como *Consultant* em Genética Infantil. Considera que em Inglaterra “*as coisas estão mais organizadas (...) ninguém espera que trabalhes mais do que isso.*” Os designados `long day` são compensados financeiramente, não é como em Portugal “*trabalhamos sempre mais e não recebemos nenhum extra*”, mas depois, “*à medida que sobes na carreira o acréscimo salarial não é assim tão grande*”.

Mantém ligações a Portugal porque, como diz, “*nunca se sabe*”. A quota para a Ordem dos Médicos é a “*única coisa que os meus pais me pagam (...)* O valor anual não é assim tão caro. Se eu deixar de pagar e quiser voltar, vão obrigar a pagar quotas”. O regresso é frequentemente equacionado, como explicita “*(...) Eu via-me a trabalhar em Portugal. Aqui [Londres] há clínica e investigação, mas não é a nossa casa. Custou-me imenso sair!*” Em Portugal, “*(...) as oportunidades não existem. Há uma certa resistência... Se as chefias fossem mais rotativas... Não há dinâmica!*”

Neste momento, Isabel espera ficar pelo menos um ano, que “*(...) eu tenho intenções de cumprir, porque não é muito agradável estar sempre a mudar (...)* estou um bocado escaldada (...) *Quem me dera não ter de mudar! E se mudar, mudar para Portugal!*”.

Por agora, como tem a irmã na Suécia, Inglaterra revela-se uma boa solução, uma vez que está a duas horas do Porto. Não quer ficar longe dos pais, como refere “*(...) Estão a ficar velhotes e não têm lá [Portugal] ninguém!*”

5. Considerações finais: rumo a uma (di)visão do conhecimento e/ou do trabalho?

Mais do que explicar as causas associadas às migrações qualificadas – a migração internacional de médicos e de enfermeiros –, procurou-se compreender a inter-relação de contextos que, apesar de exteriores ao campo migratório *strictus sensus* (como sejam, a saúde, a educação, o mercado de trabalho), confluem na dinamização do fenómeno. Por outro lado, ao consi-

derar-se os percursos subjetivos de mobilidade internacional e a sua inserção em tipologias, realçou-se não só a diversidade, mas também a complementaridade, cruzamento e justaposição dos perfis analisados. Ao compreendermos a e-/imigração como um movimento alicerçado num enquadramento geo-histórico-político (no caso em apreço, um país europeu semiperiférico com um passado colonial e sujeito a significativas restrições de índole económico-financeira); tornamos visível o papel de transformações sociais – neste caso de carácter regressivo – na mobilização de movimentos de partida.

Convém realçar que estamos perante um segmento particular das migrações qualificadas, classificado mesmo por alguns autores como sendo excepcional, dadas as questões éticas que comporta (Alkire & Chen, 2004). Com efeito, a expressão ‘fuga de cérebros’¹⁶ apresenta-se como um fenómeno heterogéneo na área da saúde, apresentando diferentes facetas que transcendem a vertente internacional: a mobilidade interna dos cuidados primários para os cuidados diferenciados, da prestação de cuidados à inserção em posições de investigação ou de gestão, do setor público para o setor privado (Marchal & Kegels, 2003).

No caso concreto, a migração internacional de profissionais de saúde induz, e contribui mesmo para reforçar, desigualdades globais de nível estrutural. Esta migração qualificada não pode ser compensada pelo envio de remessas aos países de formação, uma vez que esta prática transnacional não se traduz, diretamente, num melhor desempenho dos serviços de saúde e/ou numa retribuição relativa dos custos educacionais (Paker, Runnels & Labonté, 2009). Deste modo, e se pensarmos estes movimentos na sua escala global, um eixo de análise será, certamente, o desequilíbrio manifesto entre escolhas individuais (o direito de emigrar) e oportunidades estruturais (o direito de acesso a cuidados de saúde).

A esse título, pensar nas migrações no setor da saúde, e sobretudo nas suas assimetrias, é uma forma de nos interrogarmos sobre justiça/injustiça global.

¹⁶ A ‘fuga de cérebros’ é um fenómeno que, não raras vezes, é compreendido de uma forma negativa, representando um estigma social nacional. A este título, associa-se a perda de qualificados a um reduzido crescimento económico. Aproximando-se de uma interpretação neocolonial deste movimento de saída, instituições supranacionais como as Nações Unidas compreendem a unilateralidade deste fluxo, de sul para norte (Gaillard, 1991).

A aplicação de políticas de austeridade, nomeadamente no que se refere a restrições orçamentais na despesa pública, com impactos diretos em setores sociais como o da saúde, crescentemente feminizados, reflete, no fundo, o papel cada vez mais preponderante de instituições financeiras internacionais (como sejam o FMI ou o BCE) nas políticas públicas nacionais. Ainda que não plenamente estudados os seus efeitos na área da saúde (Ribeiro, 2015), convém lembrar o papel desses atores transnacionais nos desequilíbrios regionais. Aliás, refira-se a permeabilidade do setor da saúde à mercantilização dos serviços, contemplada, nomeadamente, em acordos de políticas globais do comércio, quer negociados no âmbito do Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços (GATS), quer em fase de negociação no quadro do TTIP (Transatlantic Trade and Investment Partnership).

Paralelamente, floresce toda uma ‘indústria’ de recrutamento internacional, envolvendo uma amplitude de atividades, como sejam empresas de recrutamento, escolas de línguas, serviços de tradução e de autenticação de documentos que, nos termos sugeridos por Stephen Castles e Mark J. Miller (2003), se aproximam de uma ‘indústria migratória’ específica para o segmento mais qualificado da população migrante.

O papel destes novos agentes na dinamização, discricionariedade e segmentação dos fluxos¹⁷ permite equacionar as “qualificações” como um recurso de mobilidade, assim que estiverem reunidas as oportunidades estruturais (da esfera estatal mas também de mercado) para as ativar. Deste modo, as mobilidades internacionais contemporâneas tendem a não se rever no binómio “migrações forçadas/migrações voluntárias”, sobretudo se pensarmos na relação intrínseca entre condicionalismos individuais e condicionalismos estruturais, visível, por exemplo, mas não só, no processo de decisão de migrar.

O caso particular da ‘fuga de cérebros’, independentemente das considerações que se possam tecer quanto à representatividade da expressão (e, não

¹⁷ Sobretudo se considerarmos a especificidade do perfil dos migrantes em função dos países de destino, ou seja, se atendermos ao facto de determinados países, em função de necessidades laborais e da posição histórico-geo-estratégica que ocupam, terem a capacidade de atrair certos grupos profissionais. No caso português, observa-se uma direcionalidade dos fluxos para os países do sistema lusófono e sul-americano, essencialmente, de engenheiros e arquitetos; enquanto os profissionais de saúde se direcionam, na sua maioria, para o sistema intraeuropeu.

menos importante, dos seus efeitos na produção de processos de diferenciação social), permite-nos questionar a circularidade da argumentação determinística nas migrações, quer na procura de causas para uma mobilidade qualificada, quer na descrição das suas consequências.

A nosso ver, de maior interesse se revela a discussão de como, num contexto em que a crise económico-financeira parece constituir “o” modelo económico das sociedades atuais, desígnios basilares de um Estado de direito social (como o direito a um trabalho digno) podem ser secundarizados pelas instâncias de poder. Tal circunstância impele à realização desse interesse vital muitas vezes em sociedades (e, por isso mesmo, em mercados de trabalho) inspiradas por princípios com limitada orientação democrática. Simultaneamente esvaziam-se países democráticos de origem de uma massa crítica jovem, precisamente numa altura em que o Estado de direito social está a ser fortemente questionado, como é o que acontece no caso dos países da Europa do Sul.

Percursos de precariedade, insegurança económica e de descontinuidades de vínculos laborais, por um lado; procura de uma mão-de-obra qualificada, sem custos diretos de formação, por outro; definem uma conjugação de interesses que contribui para o acentuar de diferenças regionais e, por essa via, de desigualdades estruturais entre “centro”/“periferia”, Norte Global/Sul Global, países emigrantes/países imigrantes.

As qualificações de um determinado país, região ou instituição académica assumem-se como um dos mecanismos facilitadores (e diferenciadores) de acesso a mobilidades geográficas, sociais, económicas e culturais. Constituem, por isso, um recurso coadjuvante ao passaporte, afinal, o instrumento por excelência de regulação das mobilidades internacionais.

Referências bibliográficas

- ACSS (Administração Central dos Sistemas de Saúde). (2015a). *Relatório de candidaturas de USF e UCC*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ACSS (Administração Central dos Sistemas de Saúde). (2015b). *Publicação periódica sobre o número de inscritos nos centros de saúde primários – Julho 2015*. Lisboa: Administração Central dos Sistemas de Saúde.

- ACSS (Administração Central dos Sistemas de Saúde). (2015c). *Boletim Informativo: Recursos Humanos Estrangeiros no Ministério da Saúde – Atualização 2011/2014*. Lisboa: Administração Central dos Sistemas de Saúde.
- ALKIRE, S., & Chen, L. (2004). *Medical exceptionalism in international migration: should doctors and nurses be treated differently?* (JLI Working Paper) 7-3, 1-10.
- ARSLAN, C., Dumont, J-C., Kone, Z., Moullan, Y., Ozden, C., Parsons, C., & Xenogiani, T. (2014). *A New Profile of Migrants in the Aftermath of the Recent Economic Crisis*. (Paper No. 160). Paris: Publicações da OCDE.
- BAGANHA, M. I. (2001). A cada Sul o seu Norte: dinâmicas migratórias em Portugal. In B. S. Santos (Org.), *Globalização – Fatalidade ou Utopia?*, (pp. 135-159). Porto: Edições Afrontamento.
- BAGANHA, M. I. (2009). The Lusophone migratory system: patterns and trends. *International Migration*, 47(3), 196-210.
- BAGANHA, M. I., Ferrão J., & Malheiros J. (Eds). (2002). *Os Movimentos Migratórios Externos e a sua incidência no mercado de trabalho em Portugal*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- BAGANHA, M. I., & Góis, P. (1999). Migrações internacionais de e para Portugal: o que sabemos e para onde vamos? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 52/53, 229-280.
- BAGANHA, M. I., Marques, J. C., & Góis, P. (2004). Novas migrações, novos desafios: a imigração do leste europeu. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 69, 95-115.
- BAGANHA, M. I., & Peixoto J. (1997). Trends in the 90's: the Portuguese Migratory Experience. In M. I. Baganha (Ed.), *Immigration in Southern Europe*, (pp. 15-40). Oeiras: Celta.
- BARROS, P., Machado, S., & Simões, J. (2011). Portugal: Health System Review. *Health System in Transition*, 13(4), 1-156.
- BERCHET, C. (2015). *Emergency Care Services – trends, drivers and interventions to manage the demand*. (Paper No. 83). doi: <https://doi.org/10.1787/18152015>.
- BORJAS, G. (2000). Economics of migration. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Section n.º 3.4., Article n.º 38. Fev., 1-22.
- BRAVERMAN, H. (1974). *Labor and Monopoly Capital: The Degradation of Work in the Twentieth Century*. Nova Iorque: Monthly Review Press.
- CANDEIAS, P., Góis, P., Marques, J. C., & Peixoto, J. (2014). *Emigração portuguesa: bibliografia comentada (1980-2013)*. (Paper n.º 1). Lisboa: ISEG).

- CASTLES, S., & Miller, M. J. (2003). *The Age of Mass Migration*. Nova Iorque: Guilford Press.
- CE (Comissão Europeia). (2015). *Education and Training Monitor 2015*. Luxemburgo: Publicações da União Europeia.
- CEDEFOP (Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional). (2011). *Migrants, minorities, mismatch? Skill mismatch among migrants and ethnic minorities in Europe*. Luxemburgo: Publicações da União Europeia.
- CEDEFOP (Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional). (2015). *O regresso desigual da Europa ao crescimento do emprego*. Nota informativa. Julho 2015.
- CHENG, L., & Yang, P. Q. (1998). Global interaction, global inequality and migration of the highly trained to the United States. *International Migration*, 32(3), 626-653.
- ESTEVES, M. C. (Ed.). (1991). *Portugal, País de Imigração*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- ESTRADA, I. C. (2011). Questionando a cidadania pós-nacional em tempos de crise. *Atas da 1ª Conferência Internacional do OBSERVARE* (Observatório de Relações Exteriores da Universidade Autónoma de Lisboa).
- FERRO, A. (2006). Desired Mobility or Satisfied Immobility? Migratory aspirations among knowledge workers. *Journal of Education and Work*, 19(2), 171-200.
- GAILLARD, J. (1991). *Scientists in the third world*. Lexington: Kentucky University Press.
- GLINOS, I. (2014). Going beyond numbers: a typology of health professional mobility inside and outside the European Union. *Policy and Society*, 33(1), 25-37.
- GLINOS, I., & Buchan, J. (2014). Health professionals crossing the European Union's internal and external borders: a typology and health professional mobility and migration. In J. Buchan, M. Wismar, I. Glinos, G. Dussault, & J. Figueras (Eds.), *Health professional mobility in a changing Europe: new dynamics, mobile individuals and policy responses*, (vol. 2, pp. 129-52). Londres: Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde e OMS.
- GÓIS, P., & Marques, J. C. (2009). Portugal as a Semi-peripheral country in global migration system. *International Migration*, 47(3), 21-50.
- GOMES, R. M. (coord.) (2015). *Fuga de Cérebros: retratos da emigração portuguesa qualificada*. Lisboa: Bertrand Editora.

- HUMPHRIES, N., McAleese, S., Tyrrell, E., Thomas, S., Normande, C., & Brugha, R. (2015). Applying a typology of health worker migration to non-EU migrant doctors in Ireland. *Human Resources for Health*, 13(52), 1-12.
- KUHLMANN, E., Batenburg, R., Groenewegen, P. P., & Larsen, C. (2013). Bringing a European perspective to the health human resources debate: a scoping study. *Health Policy*, 110(1), 6-13.
- LAHIRE, B. (2002). *Portraits Sociologiques. Dispositions et Variations Individuelles*. Paris: Nathan.
- LEE, E. S. (1966). A Theory of Migration. *Demography*, 3(1), 47-57.
- MABOGUNJE, A. L. (1970). Systems Approach to a Theory of Rural-Urban Migration. *Geographical Analysis*, 2(1), 1-17.
- MALHEIROS, J. (2005). Jogos de Relações Internacionais: repensar a posição de Portugal no arquipélago migratório global. In A. Barreto (Ed.), *Globalização e Migrações*, (pp. 251-272). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- MARCHAL, B., & Kegels, G. (2003). Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? *International Journal of Health Planning Management*, Oct.-Dec., 18(Suppl. 1), S89-101.
- MARTINS, M. J. et al. (2015). Satisfação com a especialidade entre os internos da formação específica em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, mar.-apr., 28(2), 209-221.
- NAUMANN, R. (2013). *Geographical labour mobility in the context of the crisis – Portugal*. Lisboa: Observatório do Emprego Europeu e DINÂMIA.
- NUNES, J. A. (2009). Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87, 143-169.
- OCDE (2014). *Health Statistics 2014*. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- OCDE (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015. Raising Standards*. Paris: OCDE.
- OE (Ordem dos Enfermeiros). (2013). *Dados Estatísticos da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: OE (não publicado).
- OE (Ordem dos Enfermeiros). (2014). *Dados Preliminares do Estudo 'A Emigração dos Enfermeiros Portugueses'*. GRI-OE (Gabinete de Relações Internacionais): Lisboa.
- OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde). (2015). Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?. In OPSS, *Relatório de Primavera 2015*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

- PAKER, C., Runnels, V., & Labonté, R. (2009). Globalization and the Cross-Border Flow of Health Workers. In R. Labonté, T. Schrecker, C. Packer, & V. Runnels (Eds.), *Globalization and Health: Pathways, Evidence and Policy*, (pp. 213-234). Nova Iorque: Routledge.
- PEIXOTO, J. (2002). The lusophone migration system – the end of a cycle? *VII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Brasil.
- PEIXOTO, J. (2004). *País de emigração ou país de imigração? Mudança e continuidade no regime migratório em Portugal*. Socius Working (Paper n.º 2). Lisboa: ISEG.
- PEIXOTO, J. (2007). Dinâmicas e regimes migratórios: o caso das migrações internacionais em Portugal. *Análise Social*, 42(183), 445-469.
- PIORE, M. J. (1979). *Birds of Passage. Migrant Labour and Industrial Societies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- PIRES, R. P. (coord.), (2010). *Portugal: Atlas das Migrações Internacionais*. Lisboa: Tinta da China e Fundação Calouste Gulbenkian.
- PIRES, R. P., Pereira, C., Azevedo, J., Espírito Santo, I., Vidigal, I., & Ribeiro, A. C. (2015). *Emigração Portuguesa. Relatório Estatístico 2015*. Lisboa: Observatório da Emigração e Rede Migra, CIES-IUL, ISCTE-IUL, e DGACCP.
- RIBEIRO, J. S. (2015). Beyond the Portuguese Nursing Labour Market: Towards a Crisis of Professionalism?. In T. Carvalho, & R. Santiago (Org.), *Professionalism, Managerialism and Reform in Higher Education and the Health Services: the European welfare state and the rise of the knowledge society*, (pp. 146-168). Londres: Palgrave.
- RIBEIRO, J. S., Conceição, C., Pereira, J., Leone, C., Mendonça, P., Temido, M., Vieira, C. P., & Dussault, G. (2014). Health professionals moving to... and from Portugal. *Health Policy*, 114(2-3), 97-108.
- SANTOS, B. S. (1993). *Portugal: Retrato Singular*. Porto: Edições Afrontamento.
- TAKENOUCHE, M. (2001). *International Division of Labour and Migration as a Global Labour Supply – a Theoretical Perspective of Study*. (CIRJE Discussion Paper No. F-110). Tokyo: CIRJE, Faculty of Economics, University of Tokyo.
- TODARO, M. P. (1969). A model of labour migration and urban unemployment in less-developed countries. *American Economic Review*, 59(1), 138-148.
- WALLERSTEIN, I. (1974). *The Modern World-System I: Capitalist Agriculture and the Origins of the European World-Economy in the Sixteenth Century*. Nova Iorque: Academic Press.

- WISMAR, M., Maier, C. B., Glinos, I., Dussault, G., & Figueras, J. (Eds.) (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries*, Copenhagen, OMS/Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde.
- ZLOTNICK, H. (1992). Empirical identification of international migration systems. In M. M. Kritz, L. L. Lim, & H. Zlotnick (Eds.), *International Migration Systems: A Global Approach*, (pp. 19-40). Oxford: Clarendon Press.

(Página deixada propositadamente em branco)