

RETORNO AO TRABALHO: CENÁRIOS, TRAJECTÓRIAS E CAMINHANTES

(2003)

Sérgio Fabela

Licenciado em Psicologia.

Pós-graduado em Psicoterapia e Orientação Vocacional.

Investigador em Ciências Sociais e Humanas

Email:

sergiofabela@iol.pt

Telefone:

+351 96 9089206

RESUMO

Os actuais modelos de reabilitação têm vindo a enfatizar a necessidade de desenvolver metodologias e estratégias de intervenção que permitam uma actuação precoce, holística e integrada no contexto dos processos de desenvolvimento humano e social. A reforçar esta tendência têm-se diversificado, no quadro das políticas Europeias, um conjunto de programas que objectivam a promoção dos níveis de competitividade empresarial e da qualidade de vida dos cidadãos, sendo que os programas de *Disability Management* e *Return to Work* constituem-se como exemplos paradigmáticos neste domínio.

No presente panorama nacional, os modelos de Retorno ao Trabalho parecem encontrar-se sobre forma dispersa, na maioria das vezes com intervenções sobrepostas e descoordenadas entre si, implicando significativas perdas ao nível da eficácia e eficiência das intervenções. Importa assim discutir os cenários de partida das perspectivas de Retorno ao Trabalho, clarificando as trajectórias errantes em que muitas vezes desembocam os seus caminhantes. A este propósito, discutiremos:

- a) Quais os objectivos a no âmbito do sistema de Reabilitação;
- b) A pertinência e relevância, no contexto nacional, de um modelo integrado de prestação de serviços neste sector;
- c) Os resultados obtidos com a implementação experimental de um programa de Retorno ao Trabalho;
- d) As componentes críticas para o seu sucesso - eficácia e eficiência.

Palavras-chave: Retorno ao trabalho, disability management, reabilitação

1 - CENÁRIOS

1.2 Delimitação do Conceito

Apesar de existirem múltiplas e diversas definições sobre o âmbito e o campo de intervenção dos programas de Retorno ao Trabalho, as últimas revisões da literatura neste domínio permitem colocar em evidência a existência de um denominador comum ao nível da sua intencionalidade:

- ❖ Promover de forma sistemática e estruturada, o retorno, tão cedo quanto possível, dos colaboradores ao contexto profissional, após a ocorrência de uma lesão (Debbin, 2002).

No quadro da definição de uma intenção estratégica no contexto da reabilitação, os diversos autores enfatizam um conjunto comum de elementos que permitem sintetizar a sua finalidade sistémica:

- ❖ Promover a implementação de uma rede integrada de serviços no quadro do Retorno ao Trabalho, através do envolvimento e da mobilização de Empresas, Hospitais, Centros de Emprego e outros actores relevantes, promovendo maiores níveis de eficácia e eficiência das intervenções (Cunningham, 2002).

1.3 Fundamentação

Os dados disponibilizados pelo *The Ergonomics Institute, Hauppauge, NY* (1995), proporcionam, a partir da revisão dos dados recolhidos em múltiplos estudos longitudinais no sector da reabilitação, o cruzamento das variáveis (1) probabilidade de retorno e (2) tempo, sendo que a sua análise de co-variação permite estabelecer o seguinte quadro:

- ❖ Apenas 48% dos indivíduos que sofrem um acidente regressam ao trabalho
- ❖ Para períodos de ausência superior a 6 meses, a probabilidade de um retorno às tarefas e funções é de 50%
- ❖ Quando o processo de reabilitação demora mais de 1 ano a ser activado, a probabilidade de retorno ao trabalho é de 25%

A delimitação do universo potencial dos programas de retorno ao trabalho é elaborada em função de duas dimensões nucleares, a partir das quais pode emergir a ocorrência de uma determinada lesão, nomeadamente: acidentes de viação e acidentes de trabalho. Nesta perspectiva importa analisar, sustentada e estruturadamente, a realidade portuguesa de forma a identificar as dimensões de maior responsividade no design de um programa neste domínio.

1.3.1 Estatísticas Acidentes de Viação

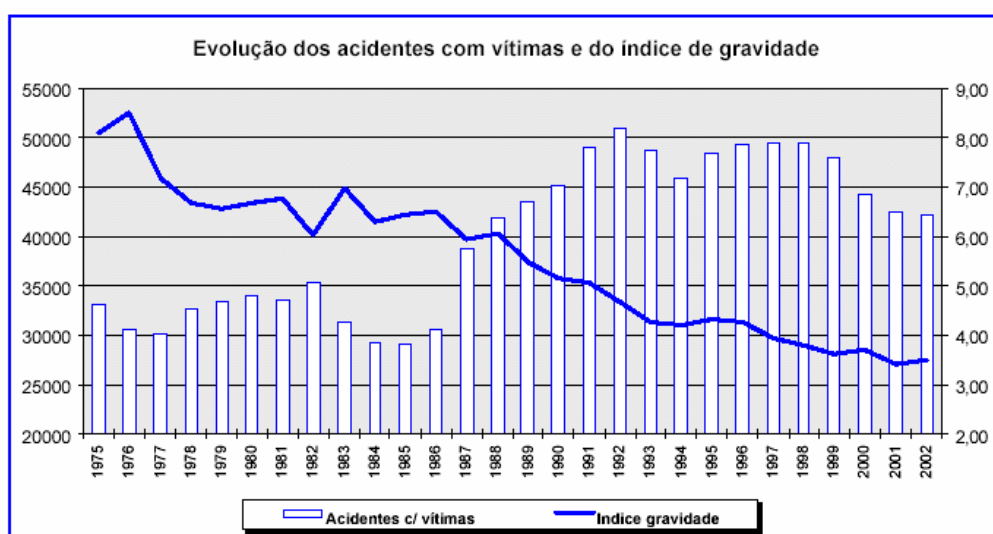
EVOLUÇÃO GLOBAL

Quadro 1. Acidentes e Vítimas: 1999/2002

	Feridos graves		Feridos leves	
		%*		%*
1999	7697	-5,9	57630	-1,4
2000	6918	-10,1	53006	-8,0
2001	5797	-16,2	51247	-3,3
2002	4770	-17,7	51815	1,1

Fonte: Direcção-Geral de Viação – Sinistralidade Rodoviária 2002

Quadro 2 Evolução dos Acidentes com Vítimas e Índice de Gravidade



Fonte: Direcção-Geral de Viação – Sinistralidade Rodoviária 2002

A análise dos Quadros 1 e 2 permite identificar o registo, durante o ano de 2002, de 42219 acidentes com vítimas, de que resultaram 1469 mortos, 4770 feridos graves e 51815 feridos leves. Neste contexto, importa compreender qual o potencial impacto desta sinistralidade no quadro dos trajectos profissionais das vítimas. Desta forma, ao efectuar o cruzamento entre a taxa de sinistralidade e a distribuição por grupo etário, obtemos os resultados explicitados nos quadros 3 e 4.

Quadro 3 - Ferido Graves por grupo etário 2002

	1999	2000	2001	2002
Feridos Graves	7697	6918	5797	4770
<=5	179	142	108	102
6-9	185	164	125	109
10-14	219	198	162	162
15-19	904	780	651	475
20-24	1214	1176	876	632
25-29	919	816	714	592
30-34	597	582	504	459
35-39	550	476	443	348
40-44	457	435	338	309
45-49	376	351	326	283
50-54	371	314	256	221
55-59	308	261	207	210
60-64	356	273	235	164
65-69	351	285	229	208
70-74	253	232	230	169
>=75	382	339	282	232
Não def.	76	94	111	95

Fonte: Direcção-Geral de Viação – Sinistralidade Rodoviária 2002

Quadro 4 - Ferido Leves por grupo etário 2002

	1999	2000	2001	2002
Feridos leves	57630	53006	51247	51815
<=5	1662	1479	1375	1369
6-9	1389	1294	1243	1302
10-14	1844	1663	1708	1555
15-19	6592	6094	5155	5103
20-24	9936	8670	8026	7683
25-29	7287	6536	6611	6693
30-34	5123	4781	4725	4986
35-39	4275	4074	3954	4099
40-44	3715	3430	3417	3591
45-49	3145	3020	2884	2977
50-54	2661	2578	2468	2551
55-59	2237	2081	1987	2132
60-64	2154	2009	2043	2020
65-69	1904	1775	1833	1864
70-74	1510	1412	1432	1537
>=75	1709	1580	1652	1801
Não def.	487	530	734	552

Fonte: Direcção-Geral de Viação – Sinistralidade Rodoviária 2002

A análise dos quadros 3 e 4 permite colocar em evidência que o maior nº de sinistros com vítimas mortais, feridos graves e leves regista-se no grupo etário dos 20-24 anos, seguido dos 25-29 anos para a globalidade das variáveis analisadas. Este cenário enfatiza a necessidade de desenvolver estratégias de retorno à vida activa para os jovens sinistrados em fase de conclusão dos seus planos de estudos (20-24 anos), de mecanismos de redimensionamento dos projectos profissionais para os sinistrados em início de trajectória profissional e para aqueles com um património de competências adquirido através das experiências formais, informais e não formais (25-29 anos).

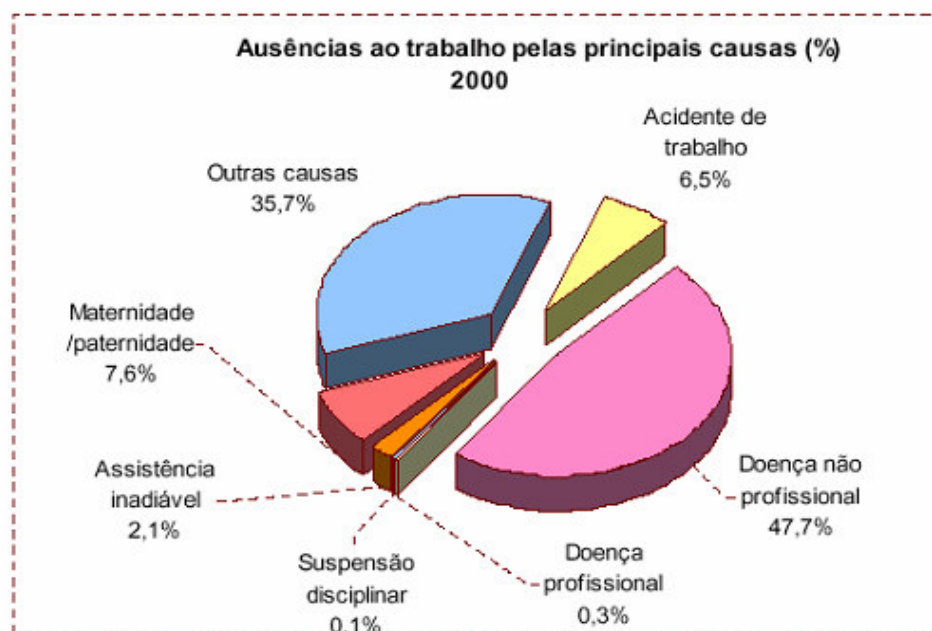
1.3.2 Estatísticas Acidentes de Trabalho

Os dados relativos à análise da 2 dimensão - acidentes de trabalho- foram recolhidos a partir do estudo realizado pelo *Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento* (2003), sendo susceptível de se destacarem os seguintes eixos de análise:

- ❖ No ano de 2000 a percentagem de ausências ao trabalho provocadas por acidentes de trabalho foi de 6,5%.
- ❖ Entre 1999 e 2000 o número de acidentes subiu de 58.944 para 64.787 (+ 5.843)
- ❖ O número médio de dias perdidos, por acidente com baixa, durante o ano de 2000 foi de 36 dias
- ❖ Em 2000, 7,5 milhões de horas correspondem a horas de trabalho perdidas devido a acidentes

A estimativa de custos dos acidentes de trabalho no ano de 2000 é apresentada no quadro 6. A sua análise permite colocar em evidência que o Valor Acrescentado Bruto (VAB) teoricamente perdido no ano de 2000 devido a acidentes de trabalho foi de 183 873 mil euros.

Quadro 5



Fonte: Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento
 in *As Condições do Trabalho e o Absentismo*, Março 2003

Quadro 6

(CAE 92)	VAB	VAB teoricamente perdido devido a	
	horário*	acidentes de trabalho e <i>in itinere</i> **	
	(euros)	(mil euros)	Peso no VAB total (%)
A Agric., P. Anim., C. e Silvicultura	10,5	233	0,6
B Pesca	12,5	249	1,0
C Indústrias Extractivas	21,9	2 004	1,5
D Indústrias Transformadoras	21,4	75 353	0,6
E Electr., Gás e Água	90,3	11 174	0,5
F Constr.Civil e O.Públicas	20,0	16 419	0,8
G Com.Auto., por Gro. e a Retalho	22,4	19 102	0,5
H Aloj. e Restauração	12,0	4 240	0,6
I Transp., Arm. e Comunicações	33,9	34 194	0,6
J Act. Financeiras	118,2	11 600	0,1
K Act.Imobil. e Alug.Serv. Empresas	12,0	4 767	0,2
M Educação	21,9	564	0,2
N Saúde e Acção Social	8,5	1 062	0,3
O Outr.Serv.Col. Soc. e Pessoais	24,4	2 913	0,4
TOTAL	28,9	183 873	0,4

* VAB/HET

VAB (valor Acrescentado Bruto) - calculado a partir da produtividade média do trabalho e do número médio anual de trabalhadores;

HET(Horas Efectivamente Trabalhadas) = potencial máximo anual + horas de trabalho suplementar - horas não trabalhadas (absentismo e inactividade temporária)

** VAB horário x total de horas perdidas por acidente de trabalho e acidente *in itinere*

1.4 Custos dos Acidentes

Da caracterização estatística dos acidentes de viação e trabalho, emerge a necessidade de traduzir e converter estes dados no contexto de um quadro de impactos multidimensional. Este cenário é passível de ser descrito a 3 níveis: (1) indivíduo, (2) empregador e (3) estado.

Indivíduo

- ❖ Aumento dos tempos de recuperação
- ❖ Focalização nos sintomas – dor, ansiedade e depressão
- ❖ Menor participação e investimento nos contextos de vida
- ❖ Perda do emprego e de capacidade financeira
- ❖ Redução da qualidade de vida

Empregador

Custos directos

- ❖ Custos substituição
- ❖ Pensão
- ❖ Custos de saúde/médicos
- ❖ Aumento dos prémios (seguradora)
- ❖ Custos de recrutamento e selecção
- ❖ Custos legais

Custos indirectos

- ❖ Período de baixa
- ❖ Qualidade da vida organizacional
- ❖ Fragilização da imagem social da empresa
- ❖ Stress e riscos dos trabalhadores

Estado

- ❖ Menor base de tributação
- ❖ Aumento da dependência face à Segurança Social
- ❖ Aumento da despesa pública
- ❖ Custos com a saúde e a reabilitação
- ❖ Custos políticos

1.5 Dos custos para os benefícios?

Se na secção anterior focalizamo-nos na análise dos custos dos acidentes, deslocaremos agora a equação de análise para a identificação dos potenciais benefícios decorrentes da implementação de um programa de retorno ao trabalho. Nesta perspectiva situaremos a angular em torno de 2 dimensões: (1) indivíduos e (2) empregadores.

Indivíduos

- ❖ Melhoria da qualidade e da velocidade da recuperação
- ❖ Sustentabilidade das condições económicas
- ❖ Participação na vida activa e profissional
- ❖ Percepção de valor pessoal

Empregadores

- ❖ Redução do tempo perdido
- ❖ Redução dos custos associados com o tempo perdido
- ❖ Melhoria da imagem social da empresa
- ❖ Reconhecimento da responsabilidade social da empresa
- ❖ Aumento da produtividade

2 - FASE EXPERIMENTAL

Apresenta-se nesta secção os resultados decorrentes da implementação de uma fase experimental de um programa de Retorno ao Trabalho, desenvolvido no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia no ano de 2002. Nesta perspectiva procede-se, numa primeira fase, à caracterização da amostra explicitando as causas dos acidentes, tipo de lesão, identidade de género, fonte do encaminhamento e tempo médio ocorrido entre a lesão e a sinalização. Num segundo momento, identificam-se as principais componentes da metodologia, para numa terceira

fase se proceder à análise dos resultados. A finalizar, proceder-se-á extracção de conhecimento da experiência identificando as principais necessidades de desenvolvimento, a sistematização das *guidelines* e as boas práticas passíveis de disseminação.

2.1 - Caracterização da Amostra

Quadro 1		Nº de Acções de Divulgação	Nº de Clientes Sinalizados
Fontes	Hospitais	6	16
	Empresas	9	0
	Centros de Emprego	11	0
	Companhias de Seguro	1	1
Total		26	17

A análise do Quadro 1 permite relevar que os 2 maiores potenciais agentes de sinalização precoce são as organizações de saúde, especificamente os hospitais, e as empresas. Nesta perspectiva torna-se absolutamente crítico sistematizar o investimento das acções de divulgação junto destes pólos, definido claramente os procedimentos de articulação, os papéis dos diferentes actores e os mecanismos de monitorização e follow-up.

Quadro 2		Nº de Clientes
Causas	Acidente de Trabalho	7
	Acidente de Viação	8
	Outras	5
Total		20

Quadro 3		Nº de Clientes
Lesão	Músculo Esquelética	18
	Cerebral	2
Total		20

Quadro 4		Nº de Clientes
Sexo	Masculino	16
	Feminino	4
Total		20

Os quadros 3, 4 e 5 complementam a caracterização da amostra, destacando-se que 75% dos casos têm a sua causalidade em sinistros de viação e trabalho e 90% apresentam uma lesão músculo-esquelética.

2.2 - Componentes da metodologia

Nesta secção procederemos à identificação das variáveis equacionadas para a construção do modelo de intervenção. Desta forma, a partir da revisão da literatura, inscreveram-se na equação as dimensões (a) pessoa, (b) família e (c) emprego, cruzando-se com a variável modalidades de intervenção. Os resultados são sintetizados nos quadros adjacentes.

	Modalidades	Objectivos / Resultados
PESSOA	Consultoria na reorganização do projecto de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Construir e implementar um projecto de reintegração na vida activa e na sociedade. <ul style="list-style-type: none"> - Promover o conhecimento sobre o repertório de competências pessoais e sociais. - Promover a exploração de novas oportunidades de investimento nos diversos contextos de vida.
	Apoio psicológico e gestão da adaptação à situação pós-traumática	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o ajustamento emocional e afectivo às exigências dos contextos de vida, desenvolvendo estratégias activas de adaptação às restrições da actividade e participação. <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver os níveis de motivação e investimento no plano de reabilitação. - Promover a saúde psicológica, através de intervenções psicoterapêuticas, intencionalizando a diminuição do humor deprimido e da ansiedade.
	Activação das medidas de apoio social e recursos comunitários	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o ajustamento e a reintegração social através do desenvolvimento dos níveis de cidadania. <ul style="list-style-type: none"> - Activar medidas de apoio social que promovam o investimento no plano de reabilitação. - Mobilizar a rede de recursos comunitários de forma a aumentar o envolvimento do cliente nos contextos sociais.

	Modalidades	Objectivos / Resultados
PESSOA	Reabilitação Neuropsicológica – casos de traumatismos craneo-encefálicos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a reabilitação de traumatizados craneo-encefálicos, preparando a sua reintegração na vida activa e profissional <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento dos níveis de consciência de si próprio e aceitação das consequências da lesão cerebral. - Desenvolvimento de competências neurocognitivas e de ajustamento social.
	Consultoria no desenho de soluções para problemas no domínio da funcionalidade e mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar e desenhar soluções, ajudas técnicas, se necessário produzir ou adaptar, para resolver os problemas de funcionalidade e de mobilidade.
	Consultoria na adaptação do domicílio e do ambiente de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o contexto do domicílio e do posto de trabalho e definir as ajudas técnicas e/ou estratégias para adaptação dos mesmos. • Avaliar e definir as tecnologias de informação e de comunicação necessárias para maximizar a comunicação com o ambiente e com o equipamento

	Modalidades	Objectivos / Resultados
FAMÍLIA	Apoio Psicológico e Gestão da Mudança do sistema familiar à situação pós-traumática	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a adaptação do sistema às alterações operadas na dinâmica relacional e nos papéis familiares <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver os níveis de colaboração do sistema familiar no plano de reabilitação. - Promover o desenvolvimento de competências adaptativas, através de intervenções psicoterapêuticas, intencionalizando a diminuição do impacto das reacções iniciais de choque e negação.

	Modalidades	Objectivos / Resultados
EMPREGO	Readaptação ao Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o ajustamento entre as restrições da actividade e participação e as exigências do contexto profissional. <ul style="list-style-type: none"> - Promover o desenvolvimento de estratégias de adaptação ao ambiente de trabalho. - Promover o desenvolvimento apoiado de competências em contexto real de trabalho, intencionalizando a transição efectiva para a vida profissional.
	Reconversão Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Redinamizar o projecto de integração na vida profissional. <ul style="list-style-type: none"> - Promover a exploração das competências vocacionais e profissionais adquiridas ao longo do itinerário profissional. - Intencionalizar o ajustamento das competências profissionais a novas oportunidades de investimento no mundo do trabalho.
	Requalificação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Construir e implementar um projecto de integração na vida profissional. <ul style="list-style-type: none"> - Promover o desenvolvimento de competências e novas qualificações profissionais. - Promover a exploração de novas oportunidades de investimento profissional em ordem à integração no mercado de trabalho.

2.3 - Resultados

A análise dos resultados permite relevar que 35% dos casos retornaram ao trabalho, 25% continuam intervenção e 40% dos clientes optaram por concluir o processo. As causas da conclusão do processo podem ser sintetizadas através dos seguintes factores:

- a) Receio, por parte do sinistrado, em iniciar a intervenção precoce de retorno ao trabalho traduzido pela perspectiva da sua integração prejudicar a atribuição da indemnização a fixar pelo tribunal em situações de litígio;
- b) Falta de clarificação jurídico-legal em desenvolver experiências progressivas de adaptação funcional do sinistrado ao contexto profissional, quando providos do *status* de baixa médica.

Quadro 5

		Resultado	Modalidade
Nº de Clientes	7	Retornaram ao Trabalho	1 Na mesma Empresa, mesmas Funções
			3 Na mesma Empresa, diferentes Funções
			- Em Empresa diferente, mesmas Funções
			3 Em Empresa diferente, Funções diferentes
5	Continuam Intervenção		
8	Concluíram sem Retorno Efectivo		
20	Total		

Os quadros 6 e 7 permitem identificar uma redução significativa no tempo ocorrido entre o acidente e a sinalização do sinistrado em 67 meses. Relativamente à duração média da intervenção constata-se igualmente, para os casos concluídos com retorno efectivo, uma redução de 12 meses. A análise destas variáveis adquire particular relevo no quadro das dimensões de eficiência das intervenções.

Quadro 6

Tempo Médio entre a Ocorrência da Lesão e a Sinalização	
Ano 2001	Ano 2002
80 Meses	13 Meses

Quadro 7

Duração Média da Intervenção	
Ano 2001	Ano 2002
20 Meses	8 Meses

2.4 - Extração de Conhecimento

2.4.1 - Necessidades de desenvolvimento

A partir da análise qualitativa dos resultados cruzadas com revisões da literatura neste domínio podemos identificar as seguintes necessidades de desenvolvimento no panorama nacional:

- ❖ Falta um modelo integrado de actuação entre as estruturas de Saúde, Segurança Social e Trabalho
- ❖ Falta de comunicação e coordenação entre os stakeholders do sector
- ❖ Conflitualidade de procedimentos e orientações
- ❖ Inconsistência na continuidade dos serviços decorrente de abordagens fragmentadas
- ❖ Problemas na transferência de conhecimento entre os sectores
- ❖ Falta de feedback para aprendizagem e prevenção
- ❖ Falta de formação das equipas
- ❖ Não existem definições comuns e reconhecimento de papéis e responsabilidades
- ❖ As avaliações não são reconhecidas entre sectores
- ❖ Falta de fiabilidade a nível do sistema

2.4.2 - Factores preditivos da eficácia das intervenções

Factores Preditivos de Retorno ao Trabalho

- ❖ Percepção de vitalidade
- ❖ Percepção do potencial de mudança no estado de saúde

Factores Preditivos da Duração e Custos

- ❖ Expectativas relativamente à recuperação
- ❖ Resposta do empregador / Seguradora
- ❖ Percepção da saúde física

Melhor Preditor Global

- ❖ Expectativas relativamente ao restabelecimento

2.4.3 – Guidelines

- I.** Identificar as expectativas que o Cliente tem sobre seu restabelecimento.
- II.** Determinar o *gap* existente entre as expectativas do Cliente e as informações clínicas.
- III.** Desenvolver uma aliança de trabalho com o Cliente relativamente ao processo de recuperação, e aos resultados expectáveis de melhoria do seu estado de saúde.
- IV.** Responder às suas preocupações imediatas; identificar barreiras ao seu restabelecimento – sempre de forma colaborativa!
- V.** Educar, fornecer informação e securizar o cliente – enfatizar os pontos em que está de acordo e oferecer opções em vez de “prescrições”.
- VI.** Resolver, colaborativamente com o cliente, os problemas relacionados com as barreiras.
- VII.** Solicitar a colaboração de outros clínicos, do gestor de caso e do empregador – trabalho de equipa!
- VIII.** Ter cuidado na elaboração de diagnósticos de “resistência”, “negação”, “desmotivação” ou “ampliação de sintomas” – pode constituir um processo reactivo/adaptativo que é preciso trabalhar.
- IX.** Encorajamento em vez de coacção: se investir mais do que o Cliente no processo de Retorno... pare e discuta o caso em equipa.

2.4.3 - Boas Práticas

I. Multimodal e Multidisciplinar

Boa Prática 1

As Intervenções multidisciplinares são mais eficazes que abordagens isoladas.

Boa Prática 2

Um programa de reabilitação biopsicossocial, que contenha visitas ao contexto de trabalho e uma intervenção ocupacional abrangente, facilita o Retorno ao Trabalho, reduz a frequência das baixas e a sofrimento subjectivo na fase subaguda.

II. Coordenação

Boa Prática 3

A interacção e a coordenação entre os múltiplos *stakeholders* são críticas para o sucesso de qualquer programa de retorno ao trabalho.

III. Timing

Boa Prática 4

O período correspondente ao início da fase subaguda (4-6 semanas) é aquele em que a intervenção é mais susceptível de ser eficaz, e promover o retorno ao trabalho em menor tempo.

IV. Programas de Trabalho Modificado

Boa Prática 5

A alteração temporária das tarefas e funções facilita o retorno ao trabalho e reduz o tempo de baixa.

 **Boa Prática 6**

A participação do Cliente na modificação do seu descritivo funcional é crítica para a eficácia do programa.

V. Coordenação entre Clínicos e o Gestor de Caso

 **Boa Prática 7**

A coordenação da intervenção entre o Cliente, Clínicos, e o Gestor de Caso é crítica para um retorno ao trabalho mais rápido na fase subaguda.

VI. Educação

 **Boa Prática 8**

A Informação e o Aconselhamento são eficazes na responsabilização do Cliente pelo seu processo de recuperação.

 **Boa Prática 9**

Uma abordagem coordenada, na qual todos os prestadores de serviços fornecem informações coerentes entre si, revela maior eficácia.

VII. Terapia Cognitiva e Comportamental

 **Boa Prática 10**

A abordagem cognitiva e comportamental, que intervém sobre as crenças, avaliações cognitivas, competências de auto-ajuda e de resolução de problemas, tem demonstrado eficácia no processo de recuperação.

VIII. Aconselhamento em Resolução de Problemas

 **Boa Prática 11**

A participação activa do Cliente na resolução de problemas relacionados com as barreiras físicas, psicossociais e ocupacionais, tem demonstrado maior eficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allegro, J. and Veerman, T. (1998). 'Sickness absence' in Work Psychology. P. Drenth, H. Thierry and C. de Wolff (eds). Hove: Psychology Press.

Butler, R., Johnson, W. and Baldwin, M. (1995). 'Managing work disability: why first return to work is not a measure of success'. *Industrial and Labor Review*, 48: 3, 452-467

Bruyere, S. and James, P. (1997). 'Disability management and the Disability Discrimination Act'. *Human Resource Management Journal*, 7:2, 5-17.

Clarke, S., Elliott, R. and Osman, J. (1995). 'Occupation and sickness absence' in *Occupational Health: Decennial Supplement*. E Drever (ed). London: HMSO

Cousins, C., Jenkins, J. and Lau:x, R. (1998). 'Disability data from the LFS: comparing 1997-98 with the past'. *Labour Market Trends*, June, 321-335.

Cuelenaere, B., Veerman, T., Pans, R. and van der Giezen, A. (1999). In *Distant Mirrors: Work Incapacity and Return to Work - A Study of Low Back Pain in the Netherlands and Five Other Countries*, Netherlands: College van toezicht sociale verzekeringen.

Cunningham, I. and Hyman, J. (1995). 'Transforming the HRM vision into reality: the role of line managers and supervisors in implementing change'. *Employee Relations*, 17: 8,5-21.

European Agency for Safety and Health at Work (2000). *Safety and Health and Employability*, Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.

Health and Safety Commission/Department of the Environment, Transport and the Regions (1999). *Revitalising Health and Safety*, London: HSC/DETR Consultative Document, July.

Idler, E. and Angel, R. (1990). 'Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiology follow-up study'. *American Journal of Public Health*, 80:4,446-452.

Institute of Personnel and Development (2000). *Employee Absence: A Survey of Management Policy and Practice*, London: IPD.

James, P, Dibben, P and Cunningham, I. (2000). 'Employers and the management of longterm sickness' in *Job Retention in the Context of Long-Term Illness*. J. Lewis (ed). York: Joseph Rowntree Foundation.

James, P. and Walters, D. (1999). *Regulating Health and Safety at Work: The Way Forward*, London: Institute of Employment Rights.

Kearns, D. (1997). 'Collaborative rehabilitation in the workplace'. *Occupational Therapy International*, 4:2,135-150.

Kenny, D. (1994). 'Determinants of time lost from workplace injuries: the impact of the injury, the injured, the industry, the intervention and the insurer'. *International Journal of Rehabilitation Research*, 17: 4, 333-342.

Kenny, D. (1995). 'Barriers to occupational rehabilitation: an exploratory study of long-term injured workers'. *Journal of Occupational Health and Safety*, 11: 3,249-256.

Krause, N., Dasinger, L. and Neuhauser, F (1998). 'Modified work and return to work: a review of the literature'. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8:2,113-139.

Lewis, J. (ed) (2000). *Job Retention in the Context of Long-Term Illness*, York: Joseph Rowntree Foundation.

Local Government Management Board (1997). *Local Government Sickness Absence Levels 1996/97*, London: Local Government Management Board.

Marmot, T., Feeney, A., Shipley, M., North, F and Syme, S. (1995). 'Sickness absence as a measure of health status and functioning: findings from the Whitehall II study'. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49: 2,124-130.

McGovern, P., Gratton, L., Stiles, P, Hope-Hailey, V and Truss, C. (1997). 'Human resource management on the line?' *Human Resource Management Journal*, 7: 4,12-29.

Meager, N., Bates, P, Dench, S. and Williams, M. (1998). *Employment of Disabled People: Assessing the Extent of Participation*, London: Department for Education and Employment.
Nicholson, N. (1976). 'Management sanctions and absence control'. *Human Relations*, 29: 2, 139-151.

Occupational Health and Safety (undated). *Analysis of Sickness Absence in the Civil Service 1996*, London: OSHA.

Rhodes, S. and Steers, R. (1990). *Managing Employee Absenteeism*, Michigan: Addison-Wesley
Semence, A. (1994). 'The politics of occupational medicine'. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 80: 11 (November 1987), 668-673.

Smulders, P. and Nijhuis, F. (1999). 'The job demands-job control model and absence behaviour: results of a three-year longitudinal study'. *Work & Stress*, 13: 2,115-131. Stafford, B. (2000). 'Long-term illness and impairment: who needs help with job retention?'

in *Job Retention in the Context of Long-Term Sickness*. J. Lewis (ed). York: Joseph Rowntree Foundation.

Storey, J. (1992). *Developments in the Management of Human Resources*, Oxford: Blackwell. Trades Union Congress (2000). 'Getting better at getting back: TUC consultation document on rehabilitation'. London: Trades Union Congress.

Whitston, C. and Edwards, P (1990). 'Managing Absence in an NHS Hospital'. *Industrial Relations Journal*, 21: 4, 287-297.

Philip James, Middlesex University

Pauline Dibben, Middlesex University

Ian Cunningham, University of Strathclyde

Human Resource Management Journal, Vol 12 No 2, 2002, pages 82-94