

Competências centrais para o serviço social em cuidados paliativos na Europa: white paper (“Livro Branco”) da European Association for Palliative Care (EAPC) – Parte 1^{1,2,3}

O grupo de trabalho de serviço social da European Association for Palliative Care (EAPC), propõe um “livro branco” consensualizado das competências do serviço social em cuidados paliativos, apresentado por **Sean Hughes, Pam Firth e David Oliviere**. Esta é a parte 1, e a parte 2 será publicada em seguida no *European Journal of Palliative Care* (Vol 22, No 1).

Este “Livro Branco” é o resultado do trabalho realizado pelo Grupo de Trabalho de Serviço Social em Cuidados Paliativos da *European Association for Palliative Care* (EAPC) (a seguir designado “grupo de trabalho”), criado para analisar a diversidade de papéis, tarefas e formação dos assistentes sociais em cuidados paliativos na Europa. Um dos objetivos deste grupo de trabalho era concluir um “Livro Branco” de consenso antes de considerar currículos generalistas e especializados em formação para o serviço social. Nós propomos um enquadramento de competências aplicáveis aos profissionais de serviço social em qualquer área, mas que delinea especificamente as competências avançadas apropriadas ao trabalho especializado requerido no contexto de cuidados paliativos e em fim de vida. Este documento não especifica os currículos necessários para a formação do serviço social em cuidados paliativos; isso será abordado numa segunda fase.

O grupo de trabalho baseou-se na experiência de um grupo internacional de profissionais de serviço Social em cuidados paliativos, representando uma ampla gama de contextos organizacionais. Estes incluem exemplos de prática interdisciplinar de cuidados paliativos bem estabelecidos da Europa Ocidental, bem como modelos de outras partes da Europa onde os cuidados paliativos são uma disciplina emergente e em desenvolvimento. Os desafios enfrentados pelo serviço social são reconhecidos, incluindo aqueles apresentados por mudanças demográficas e condições económicas com impacto nos sistemas de saúde e de apoio social de forma geral. O papel específico do serviço social e sua contribuição para os cuidados paliativos, é explorado e comparado com o de outros profissionais da equipa interdisciplinar.

¹ Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White Paper – part 1, by Sean Hughes, Pam Firth and David Oliviere, published in the *European Journal of Palliative Care* 2014 (21.6)
<https://www.eapcnet.eu/Home/tabid/38/ctl/Details/ArticleID/1052/mid/878/palliative-care-social-work-in-Europe-an-EAPC-White-Paper-part-1.aspx>

² **Translated by:** Portuguese Association of Palliative Care (APCP) Social Work Task Force
Carla Reigada (coord.), Claudia Romão, Joana Coelho, Joana Lourenço, Paula Ramos, Margarida Pires, Milton Alves.
Reviewed by: Sandra Martins Pereira, Chair of the EAPC Nursing Education Task Force.

³ Translated from the article first published in the *European Journal of Palliative Care*, 2014, (21) 6. Kindly reproduced by permission of the publishers of the journal, who retain the copyright. All rights reserved.
Traduzido do artigo publicado pela primeira vez no *European Journal of Palliative Care*, 2014, (21) 6. Por gentileza, reproduzido com permissão dos editores da revista, que mantêm os direitos autorais. Todos os direitos reservados.

Para desenvolver este artigo, foram consultadas múltiplas fontes que abordaram as necessidades da competência e educação dos profissionais de cuidados paliativos. Além disso, foi obtida uma perspectiva mundial do serviço social, tendo por base o trabalho de outras organizações nacionais e internacionais, como a *Canadian Hospice Palliative Care Association* (CHPCA), a *International Federation of Social Workers* (IFSW), e de reconhecidos profissionais no âmbito académico e clínico. Fontes menos formais incluíram opiniões consultadas em reuniões regulares do grupo de trabalho de serviço social em cuidados paliativos da EAPC, que se reúne anualmente desde 2001. Também consideramos um inquérito nacional a assistentes sociais de cuidados paliativos no Reino Unido, recentemente publicado.

Ao longo deste documento usamos o termo "cliente" para descrever os indivíduos com quem trabalhamos, prática comum do serviço social. Reconhecemos que persiste, dentro da profissão de serviço social, um debate contínuo sobre a terminologia que descreve a relação entre quem ajuda e quem é ajudado.

Contextos

Existem variações consideráveis na prestação de cuidados de saúde e sociais em toda a Europa e, em alguns países, o desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos é incipiente ou inexistente, com uma disparidade marcada entre os serviços da Europa Ocidental e os países da Europa Central e Oriental. Nos últimos tempos, a crise financeira global e as medidas de austeridade adotadas por alguns países europeus representam ameaças significativas à saúde e ao apoio social que ainda não são totalmente compreendidas.

Num ambiente fiscal restrito, é expectável que possa haver cortes nos serviços. Os serviços de cuidados paliativos no Reino Unido (UK), muitos dos quais fornecidos pelo setor independente (não estatutário), tiveram recentemente o seu financiamento estatal reduzido e dependem cada vez mais de doações, menos previsíveis e mais competitivas. Como em vários países europeus, a Suécia mudou recentemente o acesso às pensões do Estado para tentar evitar uma crise financeira resultante da atribuição de pensões. Nos países onde os serviços de cuidados paliativos e de fim de vida estão em fase inicial de desenvolvimento, espera-se que as restrições de financiamento dificultem o seu progresso; no entanto, é de realçar que um produto interno bruto mais elevado não é necessariamente indicativo de serviços de cuidados paliativos melhores ou mais desenvolvidos.

Globalmente, a expectativa de vida tem vindo a aumentar e o envelhecimento da população é descrito como inédito, difundido em alcance nacional e duradouro. Enquanto a população total continuará a aumentar nas próximas três décadas, na União Europeia (UE), prevê-se que, até 2060, a proporção de pessoas com mais de 65 anos praticamente duplique e a das pessoas com mais de 80 anos triplique. No mesmo período, a proporção de jovens com idades entre os 15-64 anos diminuirá em 14%, o que levará a uma duplicação do rácio de dependência dos idosos (os que têm mais de 65 anos em comparação com os que têm entre 15 e 64 anos).

Estas alterações não serão uniformes nos países membros da UE e estes números não têm em conta os países que não pertencem à UE. É importante referir que há também algum debate sobre a precisão dessas projeções. Contudo, está claro que as necessidades de cuidados provocados pelo envelhecimento crescente da população apresentarão desafios significativos aos nossos sistemas de saúde e apoio social, incluindo os cuidados paliativos e de fim de vida. Por exemplo, atualmente, cerca de 800.000 pessoas no UK sofrem de demência (um número que deverá aumentar para 1 milhão em 2021). Destes, menos da metade (44%) têm diagnóstico efetivamente estabelecido e cerca de um terço vive sozinho na comunidade. As necessidades de cuidados de fim de vida desse grupo podem ser ainda mais complexas:

“Como a morte é considerada um assunto tabu a não ser discutido, isso significa que a maioria das pessoas com demência muitas vezes têm poucas oportunidades de implementar planos para o futuro e cuidados em fim da vida. Embora a política incentive o planeamento, levará algum tempo para abordar o duplo estigma que envolve a demência e a morte.”

Do ponto de vista do serviço social, argumenta-se que, apesar da evidência de que, em alguns lugares, a profissão desempenha um papel significativo no trabalho paliativo e de luto, a resposta às necessidades crescentes de cuidados de pessoas idosas frágeis tem sido lenta.

Enquanto os serviços de cuidados paliativos e de fim de vida estão geralmente bem desenvolvidos e estabelecidos na Europa Ocidental, o mesmo não pode ser dito da Europa Central e Oriental, onde a provisão permanece desigual e variável. As barreiras identificadas ao desenvolvimento destes serviços são: restrições financeiras e de recursos, problemas relacionados com a disponibilidade de opiáceos, pouca consciência pública e governamental sobre os cuidados paliativos, e falta de programas de formação. Há, no entanto, evidência de progresso. Por exemplo, o governo sérvio adotou recentemente uma estratégia nacional de cuidados paliativos e está em desenvolvimento um novo programa educativo de apoio social para cuidados paliativos.

Os contextos políticos, sociais e históricos para o serviço social variam muito na Europa e a profissão encontra-se em diferentes estágios de desenvolvimento em todo o continente Europeu. Não obstante, os assistentes sociais desempenham um papel importante, implementando um conjunto de valores fundamentais, habilidades e objetivos, trabalhando com algumas das pessoas mais vulneráveis das nossas comunidades, e estão a aumentar numericamente após alguns anos de declínio.

Este “livro branco” focalizar-se-á agora nas questões de papéis, valores e competências necessárias para a prática do serviço social eficaz e nas implicações para trabalhar em cuidados paliativos.

Conhecimento, habilidades e valores dos assistentes sociais

“A profissão do serviço social promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas, e o empoderamento e libertação de pessoas para melhorar o bem-estar. Utilizando teorias comportamentais e de apoio social, o serviço social intervém nos aspetos onde as pessoas interagem com os seus ambientes. Os princípios dos direitos humanos e justiça social são fundamentais para o serviço social.”

O conhecimento, habilidades e valores dos assistentes sociais sustentam a sua prática profissional. Eles estão comprometidos a trabalhar em parceria com os clientes e suas famílias, garantindo que, sempre que possível, as suas necessidades e desejos sejam atendidos. As principais habilidades e valores de uma abordagem sem julgamento, utilizando uma comunicação eficaz, criando confiança e estabelecendo relações de trabalho efetivas através das quais a mudança é gerada, são centrais para o trabalho social profissional.

Além desses valores e habilidades essenciais, os assistentes sociais – em todos os níveis, incluindo aqueles que estão em formação – têm de ter o conhecimento suficiente e desenvolver as habilidades necessárias para atender ao nível de necessidades em que estão a trabalhar. No Reino Unido, o Colégio de Serviço Social (CSW) delineou nove domínios interdependentes dentro de um “enquadramento de capacidades profissionais” (PCF), que detalha as capacidades esperadas do assistente social desde um nível inicial até ao profissional avançado, e até em funções seniores de gestão e estratégia. É esperado que os assistentes sociais trabalhem dentro de um determinado quadro legislativo nacional, geralmente regido por códigos de prática ética.

As circunstâncias em que os assistentes sociais são solicitados a intervir podem ser complicadas e envolver a implementação de legislação e regulamentação social. Questões éticas e morais são uma

preocupação proeminente para os assistentes sociais em geral e são de particular relevância nos cuidados paliativos e fim de vida. Os assistentes sociais são ensinados a questionar os seus juízos de valor e compreender as necessidades da família como um sistema, o que pode entrar em conflito com os dos próprios indivíduos desse grupo. A prestação de cuidados culturalmente competentes é altamente priorizada, assim como o trabalho com a diversidade e com grupos marginalizados na sociedade, operacionalizando os princípios fundamentais em torno dos direitos humanos e da justiça social. Para responder de forma eficaz, os assistentes sociais precisam de desenvolver atributos específicos, como empatia, confiança, confiabilidade, justiça e capacidade de autorreflexão.

O foco na mobilização dos pontos fortes e recursos dos clientes, suas famílias e comunidades, com uma crença subjacente de que isso leva a soluções mais eficazes no "mundo" único do cliente, tem sido uma abordagem central. Uma manifestação mais formalizada deste enfoque geral, a "perspetiva dos pontos fortes", surgiu do serviço social da área da saúde mental, nos EUA, durante a década de 1990 e ganhou recentemente alguma atenção internacional. Esta perspetiva desafia os modelos de deficitários, em que, de forma simplista, são os problemas do cliente, e não as suas capacidades e resiliência inata, que impulsionam o trabalho. Esta perspetiva/abordagem pode ser utilmente aplicada a contextos paliativos e de fim de vida. Aqui, o "problema" pode ser esmagador e constituiu uma barreira para a consideração e uso de pontos fortes e potenciais internos (self), e das redes sociais do cliente. No entanto, também deve ser reconhecido que a desvantagem estrutural pode dificultar que alguns indivíduos e comunidades efetuem mudanças diante de crises ou adversidades crónicas. Nessas circunstâncias, os assistentes sociais podem precisar adotar uma abordagem mais eclética e responsiva à prática tomando em conta a opressão e a discriminação.

Trabalhar com profissionais de outras disciplinas sempre foi fundamental para o papel do serviço social. Tal requer uma conscientização avançada do reconhecimento dos limites do papel e das habilidades para trabalhar de forma colaborativa, combinada com a confiança para promover a perspetiva do serviço social em contextos interdisciplinares. Isto aplica-se especialmente aos serviços de cuidados paliativos, que são, efetivamente, um empreendimento de trabalho em equipa interprofissional.

Os assistentes sociais podem ser muito desafiados pelas necessidades dos seus clientes, particularmente nos contextos aonde os recursos são limitados e as circunstâncias emocionais e práticas difíceis. Nestas situações, o acesso a uma boa gestão/organização, suporte e supervisão é vital. O *College of Social Work* (CSW) está a assumir a liderança, no Reino Unido, para assegurar que a formação em serviço social forneça e atualize os assistentes sociais com o conhecimento e o

conjunto de habilidades necessários para esse papel complexo, num ambiente social exigente e em mutação, que é replicado em todo o continente.

No lançamento do Observatório Europeu do Serviço Social e Desenvolvimento Social, em Abril de 2013, os líderes das principais organizações de serviço social e proteção social acolheram “... *esta iniciativa conjunta para registar e promover as atividades sociais que abordam os principais problemas sociais que a Europa enfrenta. Nestes tempos de crise social e austeridade na Europa, é essencial que os assistentes sociais e profissionais de desenvolvimento social encontrem maneiras eficazes de documentar o que está a acontecer no nosso continente.*”

Como foi referido anteriormente, o cuidado social e o serviço social - juntamente com os nossos outros sistemas de saúde e proteção social - enfrentam tempos incertos. Como é que o serviço social em cuidados paliativos pode enfrentar este cenário geral? E como poderá ir adaptando a estrutura de competências descrita abaixo, preparando essa profissão especializada para os desafios futuros?

Serviço social em cuidados paliativos

Começos e dimensões do papel

Historicamente, os assistentes sociais estiveram envolvidos desde o início do moderno movimento de cuidados paliativos (e, subsequentemente, no desenvolvimento de cuidados paliativos especializados), tanto no Reino Unido como em outros lugares, como nos EUA. Cicely Saunders, que foi instrumental, juntamente com outros colegas, na criação do que é considerado um dos primeiros hospícios (*hospices*) modernos no Reino Unido, foi, ela própria, formada em serviço social e valorizou a contribuição que os assistentes sociais poderiam trazer para o cuidado holístico que ela defendeu.

Dentro de um contexto de cuidados paliativos e de fim de vida, os assistentes sociais podem empregar uma gama de habilidades e técnicas pertinentes à situação de mudança do cliente.

Sheldon delinea seis categorias ou temas para explorar as dimensões do papel do assistente social em cuidados paliativos. Estes incluem:

- Foco na família: problemas de comunicação e relacionamento
- Influenciar o meio ambiente: ajuda prática e conexão
- Ser um membro da equipe: limites de funções e colaboração
- Gerir a ansiedade: da família, dos colegas e do próprio
- Valores e valorização: não julgamento, capacitação e anti discriminação
- Conhecer e trabalhar com limites: avaliação e comunicação aberta.

As tarefas sociais do quotidiano variam de país para país, mas a necessidade em propagar o serviço social em cuidados paliativos, a par da do desenvolvimento e integração dos cuidados paliativos nos sistemas de saúde, é globalmente reconhecida. O fornecimento de uma lista exaustiva de tarefas de serviço social é pouco provável e provavelmente inútil fora do contexto nacional específico. Além do trabalho direto com os clientes, os assistentes sociais em cuidados paliativos em alguns sistemas de saúde e apoio social podem ser responsáveis pela prestação de serviços de aconselhamento e luto, gestão de pessoal e voluntários ligados a serviços de apoio, educação psicossocial, investigação e funções mais gerais de liderança e desenvolvimento de políticas. Trabalhar com crianças, na preparação para a morte de alguém próximo e no luto, é muitas vezes uma característica da prática do serviço social em cuidados paliativos e o foco principal de trabalho para alguns.

Cada vez mais, os assistentes sociais em cuidados paliativos podem envolver-se em atividades de capacitação comunitária, na medida em que se esforçam para catalisar redes sociais e comunitárias no apoio a pessoas em final de vida em casa. A estrutura canadense de competências cita esta como uma competência central do serviço social; enquanto as competências específicas da disciplina irlandesa sugerem que os assistentes sociais em cuidados paliativos devem ser “capazes de reconhecer o potencial para estender o *ethos* e a prática de cuidados paliativos para além dos ambientes formais de cuidados de saúde e trabalhar para desenvolver a capacidade das comunidades e promover a inclusão social”. O modelo predominante de atenção holística no fim da vida, derivado dos cuidados paliativos (*hospice care*) no mundo ocidental, tem sido criticado como estando a promover uma profissionalização do morrer, excluindo os conhecimentos leigos e comunitários. Quaisquer que sejam os méritos deste argumento, como os recursos para saúde e apoio social no fim da vida são desafiados pela necessidade crescente, é provável que sejam necessárias maneiras mais inovadoras e menos dispendiosas de apoiar pessoas, criar capital social e estimular uma resposta da comunidade. A noção de comunidades compassivas e uma abordagem de saúde pública para os cuidados paliativos é evidente na literatura e baseia-se numa perspetiva internacional. Os assistentes sociais, com seu foco na família, na comunidade e nas redes sociais, estão bem posicionados para implantar essa perícia à medida que novos modelos de prestação de cuidados em fim de vida são desenvolvidos.

Perspetivas Internacionais

Existem evidências pontuais (obtidas durante as reuniões do grupo de trabalho de serviço social em cuidados paliativos da EAPC e em consulta com outros profissionais) que como a gestão de risco se tornou mais central para o trabalho das agências de proteção social na Europa Ocidental, a prática

do serviço social mudou para mais atividades que são conduzidas pelo processo. Em muitos lugares, o tradicional trabalho burocrático/de casa e modelos de aconselhamento foram substituídos pela gestão de casos, deixando a prática terapêutica - especialmente aquela com foco familiar e holístico - mais evidente em áreas especializadas, como em cuidados paliativos. Um estudo com utilizadores de serviços de cuidados paliativos no Reino Unido concluiu que estes valorizavam particularmente a qualidade da relação entre eles e o assistente social, e a sensação de que eles eram vistos como pessoas "completas" e tratados com uma abordagem flexível e sem julgamento. O objetivo dos assistentes sociais será trabalhar com a experiência total dos clientes, incluindo as suas narrativas e redes comunitárias e sociais.

Enquanto as mudanças nos contextos de prestação de serviços e as nuances da delimitação de papéis são pertinentes ao serviço social em cuidados paliativos, na Europa Ocidental e no designado mundo desenvolvido, o quadro global revela que a prestação de cuidados paliativos é relativamente pobre ou inexistente per se. Um estudo recente demonstra algum progresso desde 2006, mas observa que quase um terço dos países (32%) em todo o mundo ainda não tem nenhum tipo de unidades de internamento (*hospice*) ou cuidados paliativos conhecidos, e que apenas 20 países (8,5%) atingem um nível avançado quanto à integração dos cuidados paliativos com os serviços principais.

Neste contexto, o desenvolvimento de serviços e a inclusão do serviço social como componente central variarão indubitavelmente. No entanto, é crucial que os modelos de provisão de serviços e educação desenvolvidos em outros lugares reflitam o contexto sociocultural local e não sejam meramente uma replicação de formas culturalmente dominantes do Ocidente. Tem sido sugerido que isso pode exigir uma abordagem mais sociológica e de promoção de saúde face aos cuidados paliativos e em fim da vida, em que a fragilidade, a morte e o morrer sejam encarados como acontecimentos do ciclo de vida, e não apenas problemas médicos que requerem um plano de tratamento, com a concomitante configuração de serviços.

Durante as consultas internacionais e reuniões com colegas, observou-se que o serviço social em cuidados paliativos na França, Itália e Alemanha parecia não ser tão visível como no Reino Unido, Irlanda, Holanda, Espanha, Portugal e Suécia. No geral, está claro que o trabalho social e os assistentes sociais dos cuidados paliativos operam dentro de uma gama de contextos e restrições dependentes de condições que são determinadas nacionalmente.

Sobreposição de papéis com outras profissões

Os cuidados paliativos e em final de vida resultam de um esforço de equipa interdisciplinar e "requerem uma equipa multiprofissional com um estilo de trabalho interdisciplinar". É importante assumir que há um grau de sobreposição entre todos os papéis na equipa interdisciplinar, sendo isso particularmente evidente entre psicólogos, assistentes espirituais e assistentes sociais, algo que os colegas em reuniões internacionais descreveram como levando ocasionalmente à tensão interprofissional. Também está claro que, enquanto em alguns países Europeus os psicólogos são vistos como essenciais na equipa base, em outros, não é esse o caso. Qualquer que seja a tensão observada, há evidência de que os psicólogos e assistentes sociais trabalham juntos de forma construtiva, de modo a prestar serviços às pessoas que estão a morrer e às suas famílias. Por exemplo, na Sérvia, os Centros de Serviço Social empregam assistentes sociais, psicólogos e advogados, com fim de fornecer um amplo atendimento psicossocial. Maior clareza tem sido trazida pelo trabalho recente de psicólogos que ajudará os assistentes sociais - e outros - a diferenciar seu papel num contexto interprofissional da equipa de cuidados paliativos. Um progressivo grau de negociação e uma comunicação eficaz são componentes essenciais para o funcionamento interdisciplinar da equipa de cuidados paliativos.

Este artigo irá agora delinear um conjunto de competências, incluindo o trabalho em equipa interprofissional, ao qual a prática do serviço social em cuidados paliativos pode aspirar.

Uma abordagem às competências

Como o serviço social em cuidados paliativos está sujeito às economias de saúde e de apoio social em diferentes estágios de desenvolvimento em toda a Europa, e depende, em si mesmo, dos contextos educativos e sociais específicos de cada país, entende-se que uma descrição e uma orientação muito estritas sobre o seu papel, não iria salvaguardar essa complexidade. No entanto, uma das preocupações deste grupo de trabalho na identificação da diversidade de tarefas, funções e habilidades necessárias no serviço social em cuidados paliativos, foi concluir um "livro branco" que fornecerá a base para consultas e debates mais amplos antes de um esboço mais detalhado da educação e seus currículos. O conjunto de competências foi desenhado com vista a:

"as competências nunca devem ser vistas como uma ferramenta para julgar os profissionais, mas sim como uma referência que todos devem aspirar ao longo do tempo. Além disso, reiteramos a importância do desenvolvimento de competências adequadas ao nível de prestação de cuidados paliativos em cada país europeu."

Para serem considerados competentes, os assistentes sociais em cuidados paliativos têm que incorporar os valores do serviço social profissional descritos acima, adquirir o conhecimento necessário e praticar habilidades avançadas. Eles também precisam agir com o compromisso de aprimorar e atualizar continuamente seus conhecimentos e habilidades para garantir que sua prática seja da mais alta qualidade.

Em seguida, apresenta-se o enquadramento de competências que vemos como a base sobre a qual os assistentes sociais em cuidados paliativos, nas suas várias situações em toda a Europa, podem confiantemente construir os seus conhecimentos e melhorar a sua prática e desenvolvimento profissional.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer os comentários e o apoio do grupo de trabalho de serviço social em cuidados paliativos da EAPC no desenvolvimento deste documento.

Referências

1. Degi CL. Palliative social work in central-eastern Europe: the emerging experience of Romania. In: Altilio T, Otis-Green S (eds). Oxford Textbook of Palliative Social Work. Oxford, New York: Oxford University Press, 2011: 537–541.
2. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *European Journal of Palliative Care* 2013; 20: 86–91.
3. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2. *European Journal of Palliative Care* 2013; 20: 140–145.
4. Junger S, Payne S. Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *European Journal of Palliative Care* 2011; 18: 238–252.
5. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care* 2009; 16: 278–289.
6. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care* 2010; 17: 22–33.
7. Canadian Social Work Competencies for Hospice Palliative Care. A Framework to Guide Education and Practice at the Generalist and Specialist Levels. Canadian Hospice Palliative Care Association, 2008.

8. Bosma H, Johnston M, Cadell S et al. Creating social work competencies for practice in hospice palliative care. *Palliat Med* 2010; 24: 79–87.
 9. Global Standards for the Education and Training of the Social Work Profession. International Federation of Social Workers, 2004.
 10. Croft S, Chowns G, Beresford P. Getting it right: End of life care and user involvement in social work. Association of Palliative Care Social Workers, 2013.
 11. McLaughlin H. What's in a name: 'client', 'patient', 'customer', 'consumer', 'expert by experience', 'service user' – what's next? *Br J Soc Work* 2009; 39: 1101–1117.
 12. Centeno C, Pons JJ, Lynch T et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013, cartographic edition. Milan: EAPC Press; 2013.
 13. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381: 1323–1331.
 14. National Funding Survey of Adult Palliative Care Providers, December 2010. London: Help the Hospices and The National Council for Palliative Care, 2011.
 15. World Population Aging 2009. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2010.
 16. The 2012 Aging Report. European Union, 2012.
 17. Spijker J, MacInnes J. Population ageing: the timebomb that isn't? *BMJ* 2013; 347: f6598.
 18. Herrmann FR, Michel JP, Robine JM. Worldwide decline in the oldest old support ratio. *Eur Geriatr Med* 2010; 1: 3–8.
 19. Kane M, Cook L. *Dementia 2013: The hidden voice of loneliness*. London: Alzheimer's Society, 2013.
 20. Holloway M. Dying old in the 21st century: a neglected issue for social work. *Int Soc Work* 2009; 52: 713–725.
 21. Lynch T, Clark D, Centeno C et al. Barriers to the development of palliative care in the countries of central and eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. *J Pain Symptom Manag* 2009; 37: 305–315.
 22. Serbian national palliative care strategy, Ministry of Health of Serbia, 2009.
www.palliativecareserbia.com/home.html (last accessed 15/08/2014)
 23. Jones DN, Radulescu A. Is there a European social model? Building and promoting social work in Europe. *Int Soc Work* 2006; 49: 412–418.
- EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE, 2014; 21(6)
24. Definition of social work. International Federation of Social Workers, 2012.
<http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/> (last accessed 15/08/2014)
 25. Professional

- Capabilities Framework. College of Social Work, 2013.
www.tcsw.org.uk/ProfessionalCapabilitiesFramework/ (last accessed 15/08/2014)
26. The Code of Ethics for Social Work. Statement of Principles. British Association of Social Workers, 2012.
27. Cadell S, Johnston M, Bosma H, Wainright W. An overview of contemporary social work practice in palliative care. *Prog Palliat Care* 2010; 18: 205–211.
28. Houston S. Engaging with the crooked timber of humanity: value pluralism and social work. *Br J Soc Work* 2012; 42: 652–668.
29. Borgmeyer T. The social work role in decision making: ethical, psychosocial, and cultural perspectives. In: Altilio T, Otis-Green S (eds). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2011: 615–624.
30. Payne M. Inequalities, end-of-life care and social work. *Prog in Palliat Care* 2010; 18: 221–227.
31. Healy K. *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2005.
32. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process* 2003; 42: 1–18.
33. Blacker S, Deveau C. Social work and interprofessional collaboration in palliative care. *Prog Palliat Care* 2010; 18: 237–243.
34. Jones DN. Compiling an international picture of the state of social work. *The Guardian*, 30 April 2013. www.theguardian.com/social-care-network/2013/apr/30/state-social-work (last accessed 15/08/2014)
35. Reith M, Payne M. *Social Work in End-of-Life and Palliative Care*. Bristol: The Policy Press, 2009.
36. Small N. Social work and palliative care. *Br J Soc Work* 2001; 31: 961–971.
37. Higgins PC. Guess who’s coming to dinner? The emerging identity of palliative care social workers. In: Altilio T, Otis-Green S (eds). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. New York: Oxford University Press, 2011: 31–40.
38. Clark D, Small N, Wright M, Winslow M, Hughes N. *A Bit of Heaven for the Few: An Oral History of the Hospice Movement in the United Kingdom*. Lancaster: Observatory Publications, 2005.
39. Payne M. Developments in end-of-life and palliative care social work: International issues. *Int Soc Work* 2009; 52: 513–524.
40. Sheldon FM. Dimensions of the role of the social worker in palliative care. *Palliat Med* 2000; 14: 491–498.

41. Myers RS, Clark EJ. The need for global capacity building in palliative social work. In: Altilio T, Otis-Green S (eds). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. New York: Oxford University Press, 2011: 517–525.
42. Blacker S, Christ G. Defining social work's role and leadership contributions in palliative care. In: Altilio T, Otis-Green S (eds). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. New York: Oxford University Press, 2011: 21–30.
43. Paul S. Public health approaches to palliative care: the role of the hospice social worker working with children experiencing bereavement. *Br J Soc Work* 2013; 43: 249–263.
44. Jones BL, Remke SS, Phillips F. Social work in pediatric palliative care. In: Altilio T, Otis-Green S (eds). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2011: 387–396.
45. Palliative Care Competence Framework Steering Group. *Palliative Care Competence Framework*. Dublin: Health Service Executive, 2014.
www.hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/palliativecareprogramme/Resources/competenceframework.pdf (last accessed 23/09/2014)
46. Brown L, Walter T. Towards a social model of end-of-life care. *Br J Soc Work* 2013 [online publication 30 May 2013].
47. Abel J, Walter T, Carey LB et al. Circles of care: should community development redefine the practice of palliative care? *BMJ Support Palliat Care* 2013; 3: 383–388.
48. Payne M, Reith M. Palliative social work in the United Kingdom. In: Altilio T, Otis-Green S (eds). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2011: 587–592.
49. Beresford P, Adshead L, Croft S. *Palliative Care, Social Work and Service Users. Making Life Possible*. London: Jessica Kingsley, 2007.
50. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. *J Pain Symptom Manag* 2013; 45: 1094–1106.
51. Askeland GA, Payne M. Social work education's cultural hegemony. *Int Soc Work* 2006; 49: 731–743.
52. Speck P. Introduction. In: Speck P (ed). *Teamwork in Palliative Care*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2006: 1–6.
53. Firth P. Multi-professional teamwork. In: Monroe B, Oliviere D (eds). *Patient Participation in Palliative Care: A Voice for the Voiceless* Oxford: Oxford University Press, 2003.
54. Maddocks I. Communication – an essential tool for team hygiene. In: Speck P (ed). *Teamwork in Palliative Care*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2006: 137–152.

Acrescentar aqui autores da tradução, revisores da tradução e autores mencionados no artigo original, a não ser que comilem as partes I e II num documento único.

Translated from the article first published in the European Journal of Palliative Care, 2014, (21) 6. Kindly reproduced by permission of the publishers of the journal, who retain the copyright. All rights reserved.

Traduzido do artigo publicado pela primeira vez no European Journal of Palliative Care, 2014, (21) 6. Por gentileza, reproduzido com permissão dos editores da revista, que mantêm os direitos autorais. Todos os direitos reservados.