



UNILA

Universidade Federal
da Integração
Latino-Americana

**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
(ILAESP)**

SERVIÇO SOCIAL

**SIMILITUDES E DISCREPÂNCIAS NOS PRINCÍPIOS E ATRIBUIÇÕES NA
ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO
A PANDEMIA DO COVID-19 NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NO
PARAGUAI**

GESSY PEREIRA SOARES

**FOZ DO IGUAÇU
2023**

**SIMILITUDES E DISCREPÂNCIAS NOS PRINCÍPIOS E ATRIBUIÇÕES NA
ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO
A PANDEMIA DO COVID-19 NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NO
PARAGUAI**

CESSY PEREIRA SOARES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr^a. Maria Geusina da Silva

**FOZ DO IGUAÇU
2023**

GESSY PEREIRA SOARES

**SIMILITUDES E DISCREPÂNCIAS NOS PRINCÍPIOS E ATRIBUIÇÕES NA
ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO
A PANDEMIA DO COVID-19 NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NO
PARAGUAI.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano
de Economia, Sociedade e Política da
Universidade Federal da Integração Latino-
Americana, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr^a. Maria Geusina Da Silva
UNILA

Prof. Dr^a. Juliana Domingues
UNILA

Prof. Me. Elmides Maria Araldi
UNILA

Foz do Iguaçu, 18 de outubro de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Gessy Pereira Soares

Curso: Serviço Social

	Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input checked="" type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais

Título do trabalho acadêmico: Similitudes e discrepâncias nos princípios e atribuições na atuação profissional de assistentes sociais no enfrentamento a pandemia do covid-19 na política de saúde no Brasil e no Paraguai

Nome do orientador(a): Prof. Dr^a. Maria Geusina Da Silva

Data da Defesa: 18/10/2023

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho aos meus pais Maurício e Gisélia, aos meus irmãos Geovana e Maurityz e aos meus sobrinhos Íris Daniele e José Augusto, essa é uma conquista nossa!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me dado saúde e sabedoria para lidar com as adversidades nesse período de formação e pela força para continuar nas inúmeras vezes em quis desistir.

Agradeço imensamente aos meus pais Maurício e Gisélia que não tiveram a oportunidade de sequer terminar o ensino médio, mas sempre nos incentivaram a estudar e me deram total apoio quando decidi estudar em Foz do Iguaçu, mesmo que estivesse a quase 2.000 km longe deles, e sei que estou realizando um sonho não só meu, mas de vocês também, meu imenso obrigado pelo incentivo, pelo apoio incondicional e suporte. Aos meus irmãos Geovana e Mauritys pelo incentivo e apoio, e que isso possa incentiva-los também a estudar, assim como espero que incentive os meus amados sobrinhos Íris Daniele e José Augusto.

As minhas amigas Flávia e Isadora que mesmo distante estiveram presente, me ouvindo com entusiasmo sobre o processo formativo ainda que não entendessem nada, e claro ouvindo com paciência as inúmeras reclamações, mas sempre me incentivando a continuar quando queria desistir, muito obrigada meninas.

A docente e minha orientadora Dr^a. Maria Geusina por ter me guiado durante o processo formativo, como professora, supervisora de estágio e orientadora, e também por ter me incentivado a escrever sobre um tema que realmente tenho interesse e gostaria de me aprofundar, por acreditar na minha capacidade e pelo imenso suporte nas orientações e na escrita do trabalho, muito obrigada pela sua dedicação.

Ao corpo docente do curso de Serviço Social da Unila que mesmo com baixo efetivo não deixou de medir esforços para que concluíssemos a graduação com uma formação de qualidade. Meu especial agradecimento as docentes Dr^a. Juliana Domingues e Me. Elmides Maria pelo aceite em compor a banca examinadora.

Aos meus colegas que trilharam esse caminho comigo, em especial minhas amigas Camila Milena e Debora Patricia que me acolheram desde o início do

curso, e a partir de então caminhamos juntas nesses seis anos de formação, em que buscamos sempre apoiar umas as outras nos momentos difíceis.

Aos amigos que fiz durante a realização do estágio na Secretaria de Direitos Humanos, especialmente Geisiane, Mayara e Mazé, que me apoiaram e me deram total suporte durante esse período, no qual sabemos que não foi fácil, mas ficou mais leve com a amizade de vocês, obrigada por tudo.

Aos familiares e amigos que de certa forma contribuíram para que eu pudesse alcançar essa conquista, sobretudo madrinha Euni que me acolheu quando cheguei a cidade.

“Quando se nasce pobre, ser estudioso é o maior ato de rebeldia contra o sistema”

Autor desconhecido

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer, descrever e apresentar as similitudes e discrepâncias dos princípios e atribuições que balizam a atuação profissional de assistentes sociais/*trabajadores sociales* na área da saúde em especial no enfrentamento à pandemia da Covid-19 Brasil e no Paraguai. Procurou-se caracterizar a construção da política de saúde e a gênese do Serviço Social nos países estudados. Buscou-se identificar e apresentar os princípios que orientam e direcionam a atuação profissional na política de saúde em tempos de calamidade pública, instituídos pelos marcos jurídicos normativos brasileiros e paraguaios, sem o intuito comparativo. Para isso, se utilizou da pesquisa qualitativa, exploratória, bibliográfica e documental. Os resultados indicam que a profissão se desenvolve de maneira divergente nos países estudados, porém apresenta princípios, atribuições e competências mais similares do que discrepantes, mas que se divergem na sua materialização, havendo uma “psicologização” na atuação profissional dos/das *trabajadores sociales* na política de saúde paraguaia.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Exercício profissional. Pandemia COVID-19.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es comprender, describir y presentar las semejanzas y discrepancias entre los principios y atribuciones que orientan el trabajo profesional de los trabajadores sociales en el sector de salud, especialmente en la lucha contra la pandemia del Covid-19 en Brasil y Paraguay. El objetivo fue caracterizar la construcción de la política de salud y la génesis del Trabajo Social en los países estudiados. Se buscó identificar y presentar los principios que orientan y dirigen la actuación profesional en la política de salud en tiempos de calamidad pública, establecidos por los marcos legales brasileño y paraguayo, sin compararlos. Para ello, se utilizó una investigación cualitativa, exploratoria, bibliográfica y documental. Los resultados indican que la profesión se desarrolla de forma diferente en los países estudiados, pero que sus principios, atribuciones y competencias son más semejantes que diferentes, pero que difieren en su materialización, con una "psicologización" en el trabajo profesional de los trabajadores sociales en la política de salud paraguaya.

Palabras clave: Trabajo Social. Salud. Ejercicio Profesional. Pandemia COVID-19.

ABSTRACT

The aim of this research is to understand, describe and present the similarities and discrepancies between the principles and attributions that guide the professional work of social workers in the health sector, especially in the fight against the Covid-19 pandemic in Brazil and Paraguay. The aim was to characterize the construction of health policy and the genesis of Social Work in the countries studied. It sought to identify and present the principles that guide and direct professional action in health policy in times of public calamity, established by the Brazilian and Paraguayan normative legal frameworks, without comparative intent. To this end, qualitative, exploratory, bibliographical and documentary research was used. The results indicate that the profession develops in different ways in the countries studied, but presents principles, attributions and competencies that are more similar than different, but which diverge in their materialization, with a "psychologization" in the professional performance of social workers in Paraguayan health policy.

Key words: Social Work. Health. Professional Practice. COVID-19 Pandemic.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Documentos analisados.....	18
Quadro 02: Competências.....	64
Quadro 03: Atribuições privativas.....	65
Quadro 04: Princípios Fundamentais.....	66
Quadro 05: Eixos e Níveis de atuação na saúde.....	68
Quadro 06: Atividades realizadas na área da saúde.....	69

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
APSSTS-PY del Paraguay	Asociacion de Profesionales de Servicio Social o Trabajo Social
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Código de Ética Profissional
CER IV	Centro Especializado em Reabilitação
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COE	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPI	Emergência de Saúde pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INF	Intervenções Não Farmacológicas
IPS	Instituto de Previsión Social
MPC	Modo de Produção Capitalista
MS	Ministério da Saúde
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPyBS	Ministerio de Salud pública y Bienestar Social
OMS	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RAS	Redes de Atenção em Saúde
RIISS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SNS	Sistema Nacional de Salud

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA	Universidad Nacional de Asunción
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americano
UPA	Unidades Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidades Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A GÊNESE DA PROFISSÃO NO BRASIL E PARAGUAI	21
2.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NO PARAGUAI: ANÁLISE INTRODUTÓRIA.....	21
2.1.1 Política de Saúde Brasileira	21
2.1.2 Sistema de Saúde Paraguaio.....	24
2.2 A SAÚDE COMO ESPAÇO OCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO BRASIL ...	28
2.3 A APROXIMAÇÃO DO TRABALHO SOCIAL COM A POLÍTICA DE SAÚDE NO PARAGUAI: REFLEXÕES PRELIMINARES	35
3 A CRISE SANITÁRIA E SEUS IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NO PARAGUAI	40
3.1 FORMAS DE ENFRENTAMENTO A PANDEMIA COVID-19 NO BRASIL E PARAGUAI	40
3.2 A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS/TRABAJADORES SOCIALES NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E PARAGUAI.	47
4 ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS/TRABAJADORES SOCIALES DA SAÚDE NO BRASIL E PARAGUAI	54
4.1 DEMANDAS E DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS/TRABAJADORES SOCIALES DA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL E PARAGUAI NA PANDEMIA COVID-19	54
4.2 SIMILITUDES E DISCREPÂNCIAS NA DIREÇÃO SOCIAL QUE ORIENTA A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS/TRABAJADORES SOCIALES DA SAÚDE NO BRASIL E PARAGUAI NA PANDEMIA COVID-19	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	78

1 INTRODUÇÃO

Debater acerca dos princípios que balizam a atuação profissional dos/das assistentes sociais perante os determinantes sociais¹ que influenciam no processo saúde-doença na política de saúde em tempos de crise sanitária, sobretudo em região de fronteira que pela sua condição peculiar apresenta uma gama própria de desigualdades sociais, é essencial, visto que os/as profissionais são questionados a todo tempo quanto as suas atribuições e competências na área, em muitos casos desenvolvendo atividades de cunho tecnicistas e administrativas, e ainda entender como os profissionais dos países fronteiriços interveem diante dessas desigualdades.

O interesse pelo tema surgiu a partir da participação da autora no projeto de extensão Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Pet Saúde entre os anos de 2019 e 2021, desenvolvido na rede de atenção básica de saúde de Foz do Iguaçu, e a realização do estágio obrigatório no Centro Especializado em Reabilitação – CER IV, o qual propiciou a aproximação com as demandas que se apresentavam no cotidiano dos profissionais, como também identificar e analisar o número expressivo de paraguaios e argentinos, que mesmo não residindo Foz do Iguaçu, utilizavam o sistema de saúde brasileiro. Essa situação despertou na pesquisadora certa curiosidade sobre o funcionamento das políticas de saúde nos países vizinhos, sendo essa motivação ampliada com a participação no projeto de pesquisa: O exercício profissional do assistente social nos planos, pactos e protocolos de enfrentamento à pandemia da covid-19 na tríplice fronteira de Foz do Iguaçu, *Ciudad Del Este* e *Puerto Iguazú* ligado ao Grupo de Pesquisa, Serviço Social, Proteção Social, Migrações e Fronteiras, coordenado pela professora Dra. Maria Geusina da Silva.

Nessa direção pensar a vinculação do Serviço Social enquanto profissão a política de saúde requer da pesquisadora uma imersão sobre a gênese da profissão na América Latina. A emergência da profissão no continente latino americano está atrelada a política de saúde, não sendo diferente no Brasil e no Paraguai. No caso brasileiro o nascedouro da profissão se dá a partir de demandas

¹Determinantes Sociais de Saúde incluem alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

dos determinantes sociais que interferem na saúde dos trabalhadores, essenciais para o capitalismo. No Paraguai ela surge a partir de ações do movimento médico-higienista para o auxílio do controle de doenças infecciosas e consequências das guerras sofridas no país.

A pretensão deste Trabalho de Conclusão de Curso é apresentar brevemente as Semelhanças e Diferenças dos Princípios e Atribuições na Atuação Profissional de Assistentes Sociais no Enfrentamento a Pandemia do Covid-19 na Política de Saúde no Brasil e no Paraguai. Os/as assistentes sociais como profissionais da área da saúde, no caso brasileiro, são chamados a trabalhar na linha de frente do enfrentamento a pandemia da Covid-19, intervindo diante das novas demandas e desafios impostos pelo atual contexto, os/as *trabajadores sociales* que mesmo não sendo considerados da área da saúde atuaram no enfrentamento a doença. Para nortear esta discussão elegemos a seguinte indagação: Quais são as semelhanças e diferenças entre os princípios e atribuições que regem a atuação profissional de assistentes sociais no enfrentamento a pandemia do Covid-19 na política de saúde no Brasil e no Paraguai?

Com o intuito da pesquisadora em responder a este questionamento, definiu-se como objetivo geral: conhecer e apresentar as semelhanças e diferenças dos princípios e atribuições que balizam a atuação profissional de assistentes sociais no enfrentamento à pandemia do Covid-19 na política de saúde no Brasil e no Paraguai, devirando-se em três objetivos específicos: a) Compreender e apresentar a gênese do serviço social na saúde no Brasil e Paraguai; b) Identificar e caracterizar a atuação do assistente social na saúde durante a pandemia do Covid-19 no Brasil e no Paraguai; c) Identificar, descrever e apresentar as semelhanças e diferenças dos princípios e atribuições que fundamentam e orientam a atuação profissional de assistentes sociais no enfrentamento à pandemia do Covid-19 na política de saúde no Brasil e no Paraguai.

Para atingir os objetivos desta pesquisa de natureza básica, que conforme Silveira e Córdova (2009, p. 34) “objetiva gerar conhecimentos novos, sem aplicação prática prevista”, percorremos um caminho metodológico, optando por uma abordagem qualitativa, elegendo como tipo de pesquisa, bibliográfica, documental e exploratória, visto que esta última permite “[...] maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses” (SILVEIRA E

CÓRDOVA, 2009, p. 35), por ser a primeira aproximação da autora com o tema.

Segundo Minayo (2001, apud SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009, p. 32) a abordagem qualitativa

Preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para a construção de um trabalho de tal magnitude se faz necessário um levantamento bibliográfico que dê embasamento as análises realizadas, logo a pesquisa bibliográfica “é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores” (SEVERINO, 2013, p. 106).

Para alcançar os resultados desta pesquisa foi imprescindível a análise de documentos elaborados por diversas entidades nos dois países estudados, constituindo assim uma pesquisa documental, ou seja, “[...] tem-se como fonte documentos no sentido amplo, não só de documentos impressos, mas sobretudo de outros tipos de documentos, tais como jornais, fotos, filmes, gravações, documentos legais, [...] que não tiveram nenhum tratamento analítico” (SEVERINO, 2013, p. 107).

Para a coleta dos dados selecionamos documentos oficiais publicados pelas entidades representativas da profissão em ambos os países, legislações, Carta Magna e documentos publicados pelos respectivos Ministérios da Saúde de cada país direcionados a todos os/as profissionais que atuam na política de saúde. Foram selecionados os seguintes materiais:

Quadro 01: Documentos analisados

BRASIL	PARAGUAI
Cartas Magnas	
<ul style="list-style-type: none">• Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;	<ul style="list-style-type: none">• <i>Constitución de la República del Paraguay de 1992;</i>
Documentação própria da profissão	
<ul style="list-style-type: none">• Código de Ética Profissional de 1993;• Lei de Regulamentação da Profissão	<ul style="list-style-type: none">• <i>Código de Ética del Profesional de Trabajo Social de 2008;</i>

nº 8.662 de 1993;	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ley nº 6.220 – Del Ejercicio Profesional del Trabajo Social en el Paraguay de 2019;</i>
Documentos Balizadores da Atuação na Saúde	
<ul style="list-style-type: none"> • Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990; • Lei nº 8.142 do Sistema Único de Saúde de 1990; • Resolução nº 218 de 1997 do Conselho Nacional de Saúde; • Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde de 2010; 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ley nº 836 Código Sanitario de 1980;</i> • <i>Ley nº 1.032 Sistema Nacional de Salud de 1996;</i> • <i>Política Nacional de Salud de 2015;</i> • <i>Protocolo de Atención de Trabajo Social en el Servicio de Salud de 2020;</i>
Documentos publicados durante a pandemia	
<ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 639 de 2020: O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde; • Manejo de Corpos no Contexto do Novo Coronavírus COVID-19 de 2020; • Paracer Jurídico nº 05/2020; • Orientação normativa nº 03/2020; • Teleperícia: Orientações para Assistentes Sociais no Contexto da Pandemia de 2020; • Plano de Contingência Nacional Para Infecção Humana Pelo Novo Coronavírus COVID-19 de 2021; 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Plan de Respuesta Nacional al Eventual Ingreso del Coronavirus de 2020;</i> • <i>Proyecto de Ley que Establece las Medidas de Protección Integral por Parte del Estado Paraguayo, Seguro de Vida y Beneficios para el Personal de Salud, Durante la Pandemia Covid-19 o Coronavirus de 2021;</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

A construção deste trabalho se desdobrou em três capítulos. No primeiro, intitulado Serviço Social e Saúde: breves considerações sobre a gênese da profissão no Brasil e Paraguai buscou-se apresentar a constituição da política de saúde nos países estudados na primeira seção, Política de Saúde no Brasil e no Paraguai: Análise Introdutória, subdividida em duas subseções: Política de Saúde Brasileira e Sistema de Saúde Paraguaio nas quais resgata-se brevemente a construção da política de saúde em ambos os países. Na segunda e terceira seção, A Saúde Como Espaço Ocupacional do Assistente Social no Brasil, A Aproximação do *Trabajo Social* com a Política de Saúde no Paraguai: Reflexões Preliminares,

respectivamente, apresenta a gênese da profissão e sua inserção na política de saúde nos dois países.

No Segundo capítulo cujo título é A Crise Sanitária e seus Impactos na Política de Saúde no Brasil e no Paraguai, caracterizamos e situamos a pandemia Covid-19 e as formas de enfrentamento realizada pelos países aqui estudados, na primeira seção: Formas de Enfrentamento a Pandemia Covid-19 no Brasil e Paraguai. Já na segunda seção, A Atuação dos Assistentes Sociais/*Trabajadores Sociales* na Política de Saúde no Brasil e no Paraguai, trabalhamos as atribuições e competências dos profissionais no âmbito da política de saúde a partir dos marcos normativos balizadores do Serviço Social em ambos os países.

E no terceiro e último capítulo: Atribuições e Competências da Intervenção Profissional dos Assistentes Sociais/*Trabajadores Sociales* no Brasil e Paraguai fez-se a análise das principais Demandas e Desafios da Atuação Profissional dos Assistentes Sociais/*Trabajadores Sociales* no Brasil e Paraguai na Pandemia Covid-19 na primeira seção. E na segunda seção apresentamos as Semelhanças e Diferenças na Direção Social que Orienta a Intervenção Profissional dos Assistentes Sociais/*Trabajadores Sociales* no Brasil e no Paraguai na Pandemia Covid-19, não no sentido comparativo, mas com o intuito de apresentar aos leitores os caminhos percorridos pela profissão nos diferentes países na efetivação da saúde como espaço ocupacional do Serviço Social.

Por fim, as considerações finais e ou sínteses provisórias que expressa os achados da pesquisa num determinado contexto e recorte da realidade, no qual constata-se o Serviço Social como uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho que se constrói de maneira discrepante nas nações estudadas, porém com princípios, atribuições, competências, deveres e direitos similares, mas que dada às circunstâncias próprias de cada país apresentam divergências na atuação profissional de assistentes sociais e *trabajadores sociales* no âmbito da política de saúde.

2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A GÊNESE DA PROFISSÃO NO BRASIL E PARAGUAI

2.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NO PARAGUAI: ANÁLISE INTRODUTÓRIA

2.1.1 Política de Saúde Brasileira

A política de Saúde brasileira compõe o tripé da Seguridade Social, conjuntamente com as políticas de Assistência Social e Previdência Social, essa incorporação a Carta Magna de 1988, é fruto da luta histórica dos trabalhadores pelo atendimento de suas demandas sociais perante o Estado.

Bravo e Matos (2009) demarcam que a luta pela política de saúde no Brasil inicia-se por volta dos anos de 1930, a partir da formulação de uma política que se dividia entre *saúde pública*, destinada a permitir condições sanitárias mínimas para a população urbana e rural não contribuinte, e a *medicina previdenciária*, voltada para os trabalhadores contribuintes dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs.

A efervescência do setor saúde no Brasil se deu com o surgimento do Movimento Sanitário nos anos 1970, vindo a se fortalecer nas décadas seguintes. O movimento buscava debater e aprovar as propostas da Reforma Sanitária para uma política de saúde pública e democrática, tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes como seu principal veículo de difusão.

Nas palavras de Paim (2008, p. 173, grifos do autor) a Reforma Sanitária brasileira pode ser definida como uma

[...] reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento dos direitos à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Em face destas reivindicações por parte dos movimentos sociais e buscando fortalecer o movimento de reforma sanitária, em 1986 é realizada a 8ª

Conferência Nacional de Saúde em Brasília, na qual a discursão central estendeu-se em três temáticas: a) A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e c) Financiamento setorial. A referida conferência foi um marco para saúde pública brasileira, que contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, introduzindo o debate sobre saúde na sociedade, “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 96).

Ao final da conferência é elaborado um relatório com diversas propostas para a construção de um sistema de saúde que atendesse as demandas da população, e assim, é criado em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, vindo a ser denominado em 1990 de Sistema Único de Saúde – SUS.

A Constituição Federal de 1988 alçou à garantia de variados direitos a população em diversas áreas. No âmbito da saúde a constituição indica o compromisso da criação de um sistema de saúde com comando único em cada esfera de governo devendo ser igualitário, universal, gratuito e com a participação da comunidade na sua formulação e gestão. Para consolidar estas premissas, em 1990 é promulgada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 que regulamenta as ações em saúde do SUS e que reafirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado mantê-la, consolidando-se como uma importante conquista do Movimento da Reforma Sanitária.

Em 2007 a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS publica um documento intitulado *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas* no qual aborda sobre a necessidade dos sistemas de saúde nos países latino-americanos serem organizados em rede, dando ênfase para o investimento na Atenção Primária em Saúde – APS como forma de ampliar a atenção a saúde para a população.

La posición planteada por la Organización Panamericana de la Salud considera que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y, a su vez, que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas (Organización Pan-Americana de Saúde, 2007, p. 08).

As ações em saúde no Brasil são organizadas e elaboradas pelo

Ministério da Saúde – MS que é um órgão do Poder Executivo Federal que tem como missão “promover a saúde e o bem estar de todos, por meio da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pautando-se pela universalidade, integralidade e equidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2022, p. 01]), que a fim de seguir a recomendação da OPAS, institui a organização da oferta de serviços de saúde no país em Redes de Atenção à Saúde - RAS por meio do Decreto nº 7. 508 de 2011, no qual destaca que a RAS é o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2013, p. 05).

Desde então o MS categoriza a saúde pública brasileira em diferentes níveis de atenção e assistência: a) *Atenção Primária à Saúde* constituída pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS responsáveis pelas ações e atendimento voltados à prevenção e promoção à saúde da família e da comunidade; b) *Média Complexidade* que faz parte da atenção especializada, sendo composta por serviços especializados ofertados em hospitais e ambulatórios, (exemplo Unidades Pronto Atendimento – UPA 24h e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU); e por fim, c) *Alta Complexidade* também voltada para atenção especializada, composta por hospitais de grande porte, universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa, onde possuem leitos de Unidades Terapia Intensiva – UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos, setor de oncologia, cardiovascular, transplante e partos de alto risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Embora o sistema de saúde brasileiro seja considerado o maior sistema público de saúde do mundo, ele ainda não se consolidou como previsto constitucionalmente, conforme aponta Bravo e Matos (2009, p. 107)

[...] o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou.

Essa dificuldade de consolidação deve-se ao fato do desmonte que as políticas públicas veem sofrendo nas últimas décadas, além do avanço de políticas focalistas fortalecidas pelo desfinanciamento e incentivo a privatização dos

serviços de saúde no país em razão da intensificação do neoliberalismo², sobretudo no governo Bolsonaro, no qual as ações em saúde pública estiveram voltadas para o atendimento dos segmentos mais vulneráveis da população.

No Brasil, o governo eleito [Bolsonaro] intensifica o alinhamento político-econômico do país aos EUA, aprofundando a inserção subordinada e dependente à ordem do capital. Em resposta à crise mundial, uma política neoliberal de radical privatização de bens públicos é praticada em detrimento das maiorias. Este governo reforça o braço repressivo do Estado e a presença das Forças Armadas no controle dos pobres da República (IAMAMOTO, 2020, p. 03).

Perante isso, enfatiza-se a importância da defesa e incentivo do SUS e o fortalecimento e consolidação do Projeto de Reforma Sanitária no século XXI.

2.1.2 Sistema de Saúde Paraguai

A história do Paraguai é marcada pelas guerras e governos autoritários que incidiram sobre o desenvolvimento das políticas públicas no país na sua totalidade. No setor saúde, além das consequências das guerras, houve-se a necessidade da prestação de assistência médica em virtude das altas taxas de mortalidade da população por doenças infecciosas a partir dos anos 1920.

A questão da saúde foi tratada pelas autoridades no início da década de 1920, quando foram criados os hospitais de San Pedro (para tratar pacientes com sífilis) e Villarrica no departamento de Guairá, que junto com a Asunción eram os únicos estabelecimentos de saúde que existiam no país. Ademais, nesse período inicia-se a Campanha Nacional contra Ancilostomíases (SILVEIRA; SILVEIRA, 2022, p. 08).

A fim de organizar e difundir um sistema de saúde para tratar das questões sanitárias no país, é criado em 1936 o *Ministerio de Salud Pública - MSP* para coordenar as ações de assistência médica. Em 1954 o Ministério da Saúde passa a se chamar *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - MSPyBS*, em que “*La División de Bienestar Social, se reorganizó la Sección de Servicio Social; Sección de Protección al Niño; Sección de Protección al Anciano; Sección de Rehabilitación; Sección de Control y Orientación de la Beneficencia privada; Sección de Socorro para Emergencia*” (ROJAS, 2022, p. 22).

²O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio (HARVEI, 2008, p. 08?).

Todavía, a saúde pública no país ganha maior notoriedade a partir da promulgação da Constituição Nacional em 1992 que em seu art. 68 garante a saúde como um direito fundamental a pessoa, e no art. 69 prevê a criação de um sistema nacional de saúde que promova ações sanitárias integradas entre instituições públicas e privadas (PARAGUAY, 1992). Assim, em 1996 é sancionada a Lei nº 1.032 que cria o *Sistema Nacional de Salud - SNS* paraguaio que visa prestar “*servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo*” (PARAGUAY, 1996, p. 01).

Esse sistema de saúde é constituído por subsectores: *públicos* (MSPyBS, Instituto de Previsión Social – IPS, Saúde Militar, Policial e Forças Armadas e *Universidad Nacional de Assunción*); *privado* (instituições privadas e organizações sem fins lucrativos); e também *mixtos* (Cruz Roja). Ademais o país é dividido em 18 regiões sanitárias, dentre as quais os serviços de saúde se concentram na capital do país, Assunção, principalmente a saúde especializada. Cabral-Bejarano *et al.* (2018, p. 2230) afirma que

El sistema de salud paraguayo está inserto en un modelo macroeconómico de mercado, caracterizado por alta segmentación y fragmentación, débil articulación y coordinación entre subsectores, com ajustes organizacionales al sistema que se han ido incorporando a través de reglamentaciones a la ley 1032/96, en los últimos 22 años. La seguridad social cubre alrededor del 17% de ciudadanos, considerado el más bajo de la región, y el subsistema privado no sobrepasa el 7%.

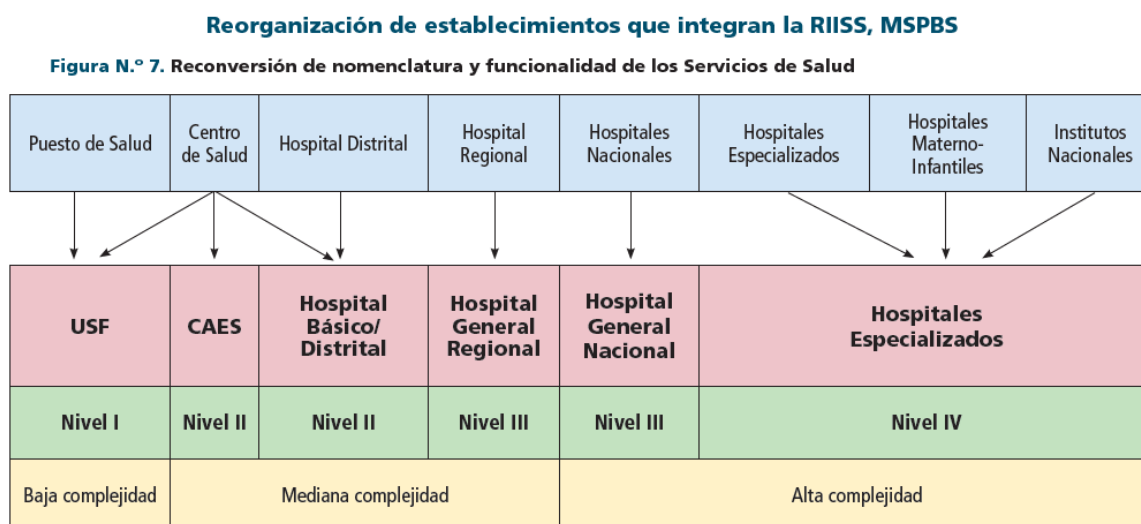
Devorante a análise desta passagem, é possível assinalar que a política de saúde do Paraguai se configura como uma política segmentada e fragmentada, não havendo uma articulação entre os subsectores que ofertam os serviços de saúde no país, além de enfrentar desafios para a efetivação da equidade na prestação de serviços, sobretudo para a população mais pobre ou que reside em áreas distantes dos centros urbanos.

Na tentativa de ampliar a cobertura em saúde no país, em 2008 começa a ser implementado o modelo de Atenção Primária em Saúde – APS, assimilando-se aos moldes e preceitos da política de atenção básica brasileira, na qual se constitui a porta de entrada dos sujeitos no setor saúde, sendo as Unidades de Saúde da Família – USF referência para os usuários do sistema, presentes nas comunidades, visando dar respostas imediatas aos problemas de saúde da

população “[...] promoviendo la funcionalidad, integralidad, e integración de redes de servicios existentes, mejorando las condiciones y entornos habilitantes, la organización y la integración de programas horizontales de alto impacto sanitario” (CABRAL-BEJARANO *et al.* 2018, p. 2230).

Coadunando para a ampliação da atenção integral a saúde pública no Paraguai, em 2019, o MSPyBS inicia uma reforma sanitária no país a fim de agregar a política de saúde os princípios da equidade, universalidade, gratuidade, solidariedade, transparência e participação social, e também a organizar a rede de atenção em saúde em níveis e complexidades, propostas e aprovadas pela Resolução nº 423 de 2019 a partir da promulgação do novo *Manual de Organización de los Servicios en el Marco de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS*, como mostra a figura abaixo. (PARAGUAI, 2019a), conforme a indicação da OPAS em 2007.

Figura 01: Organização da RIISS



Fuente: Equipo Técnico Ejecutivo (Res.077/19). Ajustes de nomenclatura para la funcionalidad de la RIISS. Nuevo Manual de Organización de los Servicios en el marco de la RIISS. Asunción - Paraguay, 2019.

Fonte: Paraguai, 2019a.

A promulgação do referido manual de organização da RIISS faz parte da Política Nacional de Saúde instituída em 2015, na qual prevê ações para garantir o exercício pleno do direito a saúde a população paraguaia até o ano de 2030, no qual Estado paraguaio se comprometeu a promover o “*acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud que se encuentran en el núcleo de los desafíos contemporáneos*” (PARAGUAI, 2015, p. 07).

Entretanto, Alum e Cabral-Bejarano (2011) ponderam que o sistema de saúde paraguaio mantém um modelo fragmentado e segmentado desde sua origem e alertam que será difícil superar este modelo e criar um sistema único de saúde no país. Logo, fica subentendido que assim como a política de saúde brasileira, a paraguaia também não se efetivou como regulamenta a Carta Magna 1992, apresentando ineficiência no atendimento integral a saúde da população paraguaia. Contudo, o país busca sua efetivação constitucional a partir da implementação da reforma sanitária instituída em 2019.

2.2 A SAÚDE COMO ESPAÇO OCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO BRASIL

O surgimento do Serviço Social como profissão no âmbito mundial está relacionado com a passagem do sistema econômico feudal para o capitalista, dando início às fábricas e indústrias em geral, impondo o modo de produção capitalista – MPC para a produção de insumos para a população. Tal fato acarretou num intenso êxodo rural e conseqüentemente contribuiu para uma urbanização desorganizada, causando assim uma agudização da pobreza na sociedade em transição.

A partir desta premissa, Iamamoto e Carvalho (2014) analisa que o processo capitalista de produção pressupõe uma divisão social do trabalho, que além de produzir e reproduzir objetos materiais necessários à subsistência humana também produz e reproduz relações sociais entre pessoas e entre classes sociais, divididas neste momento entre burguesia (detentora dos meios de produção) e proletariado (vendedor da força de trabalho).

Com o desenvolvimento do capitalismo industrial e a expansão urbana, emergem-se as denominadas expressões da questão social que se tornaram os principais objetos de intervenção dos assistentes sociais, em uma tentativa do Estado em lidar com a pobreza da população, e garantir a reprodução da força de trabalho essencial ao capitalismo.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 84, grifo dos autores).

Com a intervenção do Estado nas expressões da questão social, a tentativa de tais questões deixa de ser inteiramente caritativa, filantrópica e assistencialista e passa a ser centralizada em serviços sociais e assistenciais financiados pelo Estado via políticas sociais, resultantes ora da pressão da classe trabalhadora, ora pelo empresariado, nas quais os/as assistentes sociais são chamados a executar, intervindo na realidade social da classe trabalhadora na intenção de garantir a manutenção da reprodução de mão de obra.

Para isto, os/as assistentes sociais inserem-se nas políticas públicas

e sociais, mas principalmente na política de saúde, área que até certo período de tempo absorveu mundialmente um crescente contingente de assistentes sociais. Tal colocação é afirmada por Bravo (2014) ao reiterar que desde o surgimento do Serviço Social, a profissão apresenta intrínseca relação com essa área, já que a saúde influencia diretamente nas condições de vida e trabalho dos sujeitos.

No âmbito latino-americano a profissão tem suas raízes entrelaçadas com a saúde, uma vez que ela foi introduzida no continente pelo médico Alejandro Del Río responsável pela criação da primeira escola de Serviço Social no Chile em 1925, inspirado no modelo europeu.

Em 1925 começa a funcionar em Santiago do Chile a primeira escola de Serviço Social... fundada pelo Dr. Alejandro Del Río. O fato de que a primeira escola de Serviço Social da América Latina tenha sido criada por um médico é de fundamental importância. Na época, os médicos já sabiam muito bem que poderiam rentabilizar sua tarefa na medida em que se cercassem de uma série de subtécnicos que, sob sua absoluta dependência e direção e dando-lhes estrita conta dos seus afazeres, complementariam a função propriamente médica... Médicos com esta mentalidade... puderam perceber... que contariam com outro componente nesta equipe de subprofissionais (BARREIX *apud* MANRIQUE-CASTRO, 2011, p. 30).

Assim, a partir desta passagem, é possível compreender que o Serviço Social latino-americano se inicia como uma “subprofissão” auxiliar da medicina, tanto que nos seus primórdios a profissão se “desenvolveu na concepção de “paramédica” em que os/as assistentes sociais ou visitantes, como eram denominados, podiam vacinar, dar injeção, fazer lavagens estomacais, ensinar a dar banho nos bebês e preparar mamadeiras” (BRAVO, 2014, [p. 2.290], grifo da autora).

Com o advento da crise do ano de 1929 no continente e a efervescência dos movimentos grevistas organizados pelos trabalhadores no início dos anos 1930 no bojo da expansão capitalista, impulsionaram o espraiamento do Serviço Social para os demais países latino-americanos com a abertura de novas escolas, que mesmo não sendo relacionada diretamente a área da saúde, sofreram influência por demandas do setor. Nesse processo de expansão das escolas de Serviço Social, no Brasil é criada a primeira escola de Serviço Social no ano de 1936 no estado de São Paulo a partir de iniciativas da igreja católica.

A igreja buscava profissionalizar as jovens de classe média dedicadas a igreja e a fazer o bem para conter o avanço do liberalismo e do comunismo na sociedade, e manter a classe trabalhadora sob o controle do

empresariado através de ações caritativas.

O Serviço Social constituiu-se como uma resposta estratégica por grupos e frações das classes dominantes, vinculados ao catolicismo, para articular o novo projeto de hegemonia da igreja que visava impedir a expansão de movimentos de cunho marxista que se vinham gestando no interior da classe operária (BRAVO, 2014, [p. 2.223]).

Diante desse contexto, o Serviço Social brasileiro se caracterizava como uma profissão assistencialista fundamentada nas doutrinas da igreja católica, assumindo uma postura conservadora e controladora que prestava serviços para a classe burguesa, tendo como principal objeto de intervenção as expressões da questão social que afligia a existência da classe trabalhadora.

A profissão teve sua expansão no país a partir de meados da década de 40 sob a ingerência do fim da 2ª Guerra Mundial e também sob o avanço do capitalismo monopolista, que trouxeram novas exigências e demandas para os/as assistentes sociais no Brasil. Segundo Bravo e Matos (2009) foi nesta época que se ampliou a atuação profissional no âmbito da saúde, pois observa-se que este foi um dos setores que mais contratou assistentes sociais. Esta afirmação pode ser explicada por alguns fatores, sendo alguns deles a criação de um

[...] “novo” conceito de saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. [...] Outro fator importante refere-se à consolidação da Política Nacional de Saúde no país, com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social (BRAVO; MATOS, 2009, p. 199, grifo dos autores).

Anterior a se tornar uma política pública gratuita e universal e um dever do Estado garanti-la, a política de saúde brasileira percorreu um longo caminho, sendo uma conquista das grandes lutas dos movimentos sociais travadas com o Estado, sobretudo a classe trabalhadora. A saúde entra no cenário político com certa ênfase no início do século XX a partir de reivindicações desta classe. Tal política começa a ser vinculada com a previdência social com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, em 1923. As CAPs ficaram conhecidas como a Lei Elói Chaves e eram financiadas pela União, pelos empregados e pelas empregadoras. Os trabalhadores contavam com benefícios como assistência médica curativa, medicamentos, aposentadoria, auxílio funeral e pensões aos dependentes. É importante destacar que apenas uma parcela dos trabalhadores tinha acesso a

esses benefícios. (BRAVO, 2014).

Conforme enfatizado acima, os anos 1930 provocaram diversas mudanças no setor econômico do país, isso reverberou nas expressões da questão social que contribuíram para a criação das políticas sociais nacionais, devido à intensificação da urbanização que ocorria na época, trazendo com ela o aumento da pobreza e precárias condições de higiene, saúde e habitação. Em 1950 o Ministério da Saúde é criado, porém dentre os ministérios é o que recebia menos recurso, mantendo o foco em assistência médica, educação sanitária, saneamento, desenvolvimento de doenças transmissíveis etc..

Nessa época, os/as assistentes sociais atuavam principalmente em hospitais e ambulatórios com fins curativos e higienistas intervindo no modo de vida dos usuários, além de orientar a respeito de benefícios. Assim os profissionais promoviam ações educativas sanitárias, chegando a ser denominado de Serviço Social Médico seguindo as premissas do Serviço Social de Casos, no qual as ações eram focalizadas nos indivíduos e não na sociedade em sua totalidade, os profissionais recolhiam informações sociais dos pacientes e repassavam aos médicos que elaboravam estratégias individualizadas de tratamento, sendo o indivíduo responsável por sua condição.

A tônica do discurso e da prática do Serviço Social na Saúde, como também nas outras áreas, foi a ação educativa e posteriormente a “tecnificação” da assistência. A educação do povo, a instrução da família, a fiscalização sanitária foram considerados fundamentais, pois se pautavam na noção do proletariado como tendo um baixo nível cultural, o que se agrava com a insuficiência de recursos econômicos desde a necessidade de ser educado para suavizar a miséria e a doença. A ação educativa estava relacionada ao ajustamento do “paciente” às relações sociais vigentes, sendo necessária às classes trabalhadoras a adesão à ordem social (BRAVO, 2014, [p. 2.289], grifos da autora).

É sabido que a sociedade brasileira sofreu grandes transformações a partir dos anos 60, uma das mudanças significativas para a vida social, foi o golpe cívico-militar de 1964 que se estendeu até meados dos anos 80. Nesse contexto observa-se no Brasil a intensificação e ao mesmo tempo o abafamento dos movimentos sociais, mudanças na política brasileira, entre outros, que reverberaram em muitas profissões, sendo uma delas o Serviço Social.

Ainda durante o período ditatorial, a profissão realiza o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – Cbas no ano de 1979, conhecido como o Congresso da Virada, que demarca a cristalização do movimento denominado por

Netto (2010), como o processo de renovação³ do Serviço Social. Neste congresso, profissionais e estudantes de Serviço Social, instituem um processo ao compreender e renovar a profissão à luz de distintas perspectivas teóricas e a categoria se reconhecer enquanto parte constitutiva da classe trabalhadora e que suas intervenções deveriam estar voltadas a garantia dos direitos dessa classe.

Esse congresso é um marco simbólico na *recusa do conservadorismo de origem no Serviço Social brasileiro em favor de sua renovação histórico-crítica*. O III CBAS articula, unifica e simboliza a “virada” dos compromissos políticos do Serviço Social com as classes dominantes e o poder político que presidiram sua institucionalização e desenvolvimento no país. Os assistentes sociais, como coletividade, passam a sintonizar-se com os interesses e necessidades de trabalhadores e trabalhadoras em luta pela democracia. O “Congresso da Virada” expressa a luta pela hegemonia no universo dos assistentes sociais: na sua atuação, na formação acadêmica e na produção de conhecimentos na área de Serviço Social (IAMAMOTO, 2020, p. 05, grifos da autora).

Assim, o congresso da virada, se coloca como um marco que consolida a direção social crítica da profissão a partir da aproximação com a teoria marxista, assumindo um compromisso com a classe trabalhadora, que segundo Mota e Rodrigues (2020, p. 200) deixou como principal herança, “a formação de uma nova cultura profissional do Serviço Social brasileiro que desaguou na construção do seu projeto ético-político profissional”, gestado durante as décadas de 80 e 90. Projeto que é constituído e composto por: a) Produção Acadêmica do Serviço Social; b) instrumentos jurídicos normativos; c) Entidades representativas da categoria. O novo direcionamento assumido e amadurecido no âmbito da categoria profissional leva a profissão no início dos anos 90 a promover alterações na Lei nº 8662/93 que regulamenta a profissão, no Código de Ética de 1986, posteriormente reformulado em 1993.

Concomitante ao processo de renovação que o Serviço Social encontrava-se mergulhado no final dos anos 70 com a reconfiguração da profissão, não se incorporando aos movimentos mais gerais da classe trabalhadora e dos

³A Renovação do Serviço Social é um processo que institui mudanças no agir profissional dos assistentes sociais, buscando romper com a prática conservadora e assistencialista e assumindo uma postura mais crítica no âmbito da profissão. Segundo Netto (2010, p.131) a “renovação é o conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais”.

movimentos sociais, em especial o movimento da Reforma Sanitária brasileira. Embora os ideais, princípios e valores desse movimento coadunavam com as defesas da profissão, o Serviço Social não figurou como uma das profissões participantes desse movimento, vindo a se vincular a essa luta posteriormente à instituição da Saúde como política pública de Seguridade Social, inscrita na Constituição Federal como direito de todos e dever do Estado.

O Serviço Social é uma das profissões que defendem a consolidação e ampliação da Reforma Sanitária, assim como das demais políticas públicas do país. Em razão desta aproximação e dos princípios que balizam a política de saúde, em especial o Art. 3º da Lei 8.080/90 que evidencia “[...] tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990), que o Serviço Social é considerado uma profissão da área da saúde, conforme indica a Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Segundo Matos (2017) isso provoca indagações em profissionais das demais categoriais, já que a profissão é ligada as ciências sociais e a política de assistência social, isso acaba por acarretar dificuldades para atuação dos assistentes sociais nesta área.

[...] a saúde é historicamente o maior campo de trabalho dos assistentes sociais; entretanto, por esses profissionais não atuarem somente nesta política, têm sido sistematicamente questionados sobre a sua competência no campo do trabalho coletivo em saúde, ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de produzirem uma resposta sistematizada (MATOS, 2017, p. 57).

Na tentativa de esclarecer, subsidiar e dar autonomia à atuação dos/das assistentes sociais no âmbito da saúde, em 2010 o Conselho Federal de Serviço Social - Cfess elabora uma cartilha intitulada “Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”. O texto aborda sobre as atribuições e competências dos assistentes sociais regidos pelo código de ética da profissão e pela lei de regulamentação, e ainda apresenta as ações e atividades realizadas pelos profissionais neste espaço. Além disso, o Cfess (2010, p. 29) enfatiza que

Cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou cria

experiência nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

Assim, diante desta explanação, fica evidente que o Serviço Social do Brasil é historicamente ligado a questão de saúde, ainda que não tenha nascido vinculado a tal área derivou-se de demandas dela, e apesar de ser o maior campo de atuação dos profissionais, a profissão ainda não se consolidou neste âmbito, sendo necessárias constantes reafirmações das suas ações e trabalhos nos espaços de saúde. Isso aponta que produções teóricas como esta pesquisa se tornam cada vez mais importante para a categoria se reafirmar como uma profissão da área da saúde.

2.3 A APROXIMAÇÃO DO TRABALHO SOCIAL COM A POLÍTICA DE SAÚDE NO PARAGUAI: REFLEXÕES PRELIMINARES

A gênese do Serviço Social ou *Trabajo Social* como é denominada a profissão no Paraguai e que será adotada nesta pesquisa, se constitui de maneira diferente dos demais países latino-americanos devido especificidades da história do país, como veremos no decorrer desta breve análise.

Ao analisar o surgimento da profissão no mundo e na América Latina verifica-se o entrelaçamento da criação do Serviço Social com o advento e expansão do capitalismo e as expressões da questão social que surgem conjuntamente com esta nova forma de organização da sociedade, apesar de ser introduzido na América do Sul por um médico, e desenvolver práticas voltadas para saúde nos seus primórdios, o capitalismo e suas mudanças para os trabalhadores é o maior responsável pelo desenvolvimento do Serviço Social no continente.

Contudo, no Paraguai a industrialização ocorre tardiamente se comparado aos demais países do continente. Logo, o surgimento do *Trabajo Social* não está diretamente ligado ao desenvolvimento capitalista, mas à medicina higienista e a filantropia praticada pela igreja católica, conforme destaca García (1996, p. 06)

El desarrollo económico del Paraguay no estuvo marcado por la industrialización, por lo que sufrió un tardío proceso de urbanización. Se trata de un país católico y por tanto la intervención religiosa adquirió cierta importancia en la coyuntura de la emergencia del Trabajo Social, aunque ésta no fue tan significativa como el modelo de intervención médico-higienista que cooptó los primeros años de la profesión.

Além disso, outros fatores balizam a necessidade de criação de escolas de *Trabajo Social* no Paraguai, como acontecimentos políticos e econômicos que marcam a história do país desde a sua independência da colônia espanhola. Segundo Neri e Torres (2022, p. 99, grifo dos autores) após a declaração da independência em 1811, o Paraguai passa por governos autoritários e ditatoriais marcados pela tradição centralista e práticas inconstitucionais, nas quais os “confinamentos e as execuções sumárias dos considerados “inimigos da República” foram constantes e, as formas de autocracias eram difundidas entre o exaurimento e emergência de um governo a outro”.

Nesse período o país enfrentou uma das guerras mais violenta da América do Sul, a Guerra da Tríplice Aliança entre os anos de 1864 e 1870, contexto

em que o Brasil iniciou uma disputa por território contra o Paraguai, tendo a Argentina e o Uruguai como seus aliados. A guerra além de causar milhares de mortes, proporcionou mudanças em questões econômicas, sociais e políticas do país. Para García e Vera (2016, p. 34) essa guerra foi o “evento que a más destruir los recursos productivos, diezma la población paraguaya”. Após o fim da guerra o Paraguai adentra o mercado mundial com a importação de matéria prima e também avança no setor agropecuário na região.

Já no século XX, ocorrem diversos eventos no Paraguai que de certa maneira também influenciaram no surgimento do *Trabajo Social*. Como é o caso da criação e organização do *Partido Obrero* em 1915, o *Partido Comunista* em 1924, entre outras organizações do proletariado, a partir dos quais os trabalhadores lutavam por melhores condições de trabalho e salário, os movimentos de reformas que emergiram no ano de 1936, proporcionando a reforma agrária, trabalhista, educacional e ainda a reestruturação do Estado. Concomitante a isso, neste mesmo ano é criado o MSP, que se tornou responsável pelos programas de assistência e beneficência do país (GARCÍA, 1996).

É em meio a este cenário que nasce a *Escuela Polivalente de Visitadoras de Higiene* no ano de 1939, a partir da iniciativa do MSP paraguaio inspirado no movimento médico-higienista que se espalhou pelos países industrializados. Conforme afirma Vargas e Pistilli (2016), a escola tinha como finalidade formar profissionais capacitados para prestarem serviços como visitadoras sanitárias e sociais.

En esse tiempo la visitadora social era considerada como la vida de la legislación y los ojos del médico, su colaboradora más eficaz y la más diestra educadora del Pueblo. Ella era la encargada de formar la consciencia sanitaria; ella es la que va destruyendo los prejuicios con la enseñanza práctica en los hogares, del aseo y de los hábitos de la pulcritud y la limpieza. Otro rol que se le asignaba era que debía procurar solucionar los problemas ya morales, ya jurídicos, ya económicos ya de salud poniendo en contacto a la familia con el sacerdote, con el abogado, con las instituciones de Beneficencia y Asistencia Social (VARGAS; PISTILLA, 2016, p. 07).

As profissionais que atuavam nesse período se baseavam nos modelos do Serviço Social de Casos Individuais como ocorria em outros países, inclusive o Brasil. As primeiras *trabajadoras sociales* do Paraguai, que na época eram denominadas de *Visitadoras Polivalentes de Higiene*, eram mulheres católicas com boa reputação moral, que tinham reconhecimento público e dedicadas a

caridade e filantropia. Elas passavam por uma formação técnica enviesada de disciplinas médicas e do catolicismo, como: anatomia, nutrição, administração hospitalar, liturgia, dogma e moral, normas sociais, entre outras (VARGAS; PISTILLI, 2016).

Entre os anos 1940 e 1960 ocorrem uma série de mudanças na *Escuela de Visitadoras Polivalentes de Higiene*, dentre elas o nome da escola, que em 1952 passa a se chamar *Instituto de Enseñanza Dr. Andrés Barbero*. No começo da década de 60 o instituto é incorporado à primeira universidade pública do Paraguai, a *Universidad Nacional de Asunción – UNA*, e o *Trabajo Social* passa a ser uma profissão com formação universitária no país (NERI; TORRES, 2022).

Assim como os demais países da América Latina, o Paraguai vivenciou o regime ditatorial, que no país perdurou por 35 anos sendo o mais longo do continente, comandado pelo General Alfredo Stroessner de 1954 a 1989. Esse período é marcado pelas perseguições, mortes e torturas dos trabalhadores, e ainda pela instabilidade econômica e política que provocaram grandes transformações sociais no país.

El régimen dictatorial stronista se mantuvo 35 años en el poder llevando adelante un proceso de modernización conservadora, conjugando cambios sociales y económicos con cambios culturales y políticos. La Dictadura militar más larga en América Latina y en Paraguay, representó la negación absoluta de la vida, de la libertad, de la dignidad humana y la justicia. El Estado –a través de sus organismos de seguridad- se constituyó en una herramienta eficiente de terror al servicio de los intereses geopolíticos de los EUA (GARCÍA; VERA, 2016, p. 35, grifos dos autores).

Cabe mencionar que durante esse período ocorria na América Latina o Movimento de Renovação do Serviço Social, como posto anteriormente, entretanto o Serviço Social paraguaio se manteve distante desse processo, fazendo com que o exercício profissional fosse postulado por demandas oriundas da ditadura paraguaia. Segundo Neri e Torres (2022) isso se deu por dois ensejos: o primeiro é a desconexão dos profissionais paraguaios com o movimento de renovação, vindo a se aproximar a partir do final dos anos 60 incorporando ao *Trabajo Social* paraguaio ideias provenientes do movimento. O segundo é marcado pelo vínculo da profissão com o Serviço Social norte-americano em especial na formação profissional. García e Vera (2016, p. 39) destacam que o *Trabajo Social* adentra ao movimento de renovação somente no ano de 1989, quando acaba o período ditatorial e

[...] se prolonga a lo largo de la década de los noventa, porque es el momento en que los cuestionamientos a las imposiciones económicas,

políticas, sociales y culturales, se empezaron a expresar y no se observa alguna experiencia colectiva del Servicio Social paraguayo, en protesta o enfrentamiento a las disposiciones dictatoriales, antes de 1989.

Coadunando com a passagem acima, o final dos anos 80 e início dos anos 90 marcam novos desdobramentos para a profissão, além de se inserir no movimento de renovação, é nesse momento que os profissionais começam a questionar o Estado quanto às imposições pós-ditadura, principalmente por parte dos estudantes e professores vinculados aos movimentos sociais que exigiam “que a formação fosse fundamentada em uma perspectiva crítica, o estágio, assim como os estudos relacionados aos movimentos sociais no âmbito da formação em *Trabajo Social*” (NERI; TORRES, 2022, p. 105-106, grifo dos autores).

A efervescência dos movimentos sociais e a organização dos/das *trabajadores/as sociales* colocam em pauta a atuação conservadora, higienista e filantrópica praticada até os primórdios dos anos 90, buscando a introdução de novos campos de intervenção e ainda novos conhecimentos pautados em uma formação crítica e qualificada, que permitisse a intervenção nas expressões da questão social vivenciadas pela população, sobretudo a população rural.

As mudanças políticas, econômicas e sociais após o período ditatorial, proporcionadas pela promulgação da Constituição Paraguaia em 1992, e ainda a Lei de Universidades de 1993 e a Lei Geral da Educação de 1998, subsidiaram a criação de novas universidades no país, permitindo a ampliação de cursos de *Trabajo Social*, porém sem uma formação unívoca, uma vez que o país não dispõe de diretrizes curriculares bases como o Brasil, assim como possibilitaram a criação de novos instrumentos normativos que balizam o agir profissional dos/das *trabajadores/as sociales* paraguaios. Um destes instrumentos é o Código de Ética de *Trabajo Social en el Paraguay elaborado pela Asociación de Profesionales de Servicio Social o Trabajo Social del Paraguay* no ano de 2008, que tem como propósito orientar as ações profissionais de forma educativa, regulatória, preventiva e pedagógica (NERI; TORRES, 2022).

Outro instrumento normativo importante para o *Trabajo Social* paraguaio é a *Ley nº 6.220* sancionada no ano de 2019 como a lei que regula o exercício profissional da profissão no país, ou seja, ela estabelece o regime legal da atuação dos/das *trabajadores/as sociales*, prevendo direitos, deveres e obrigações

éticas, reconhecendo as competências profissionais para a elaboração, execução, avaliação de políticas, programas e projetos sociais, etc. Além disso, a lei também estabelece que o *MSPyBS* é o órgão responsável pela “*aplicación de la presente Ley y el vínculo del grêmio com el Poder Ejecutivo y su presupuesto incluirá el monto necessário para la implementación del registro, control y fiscalización del Trabajo Social*”, até que se crie uma instancia reguladora da profissão (PARAGUAI, 2019b, p. 07).

Corroborando com exposto acima, em 2020 o *MSPyBS* elabora o Decreto 3.658 que retifica e regula a Lei 6.220/2019, ampliando os campos de atuação dos/das *trabajadores/as sociales* para assistência, promoção, gestão das políticas sociais e ensino e investigação disciplinar em *Trabajo Social*. O órgão ainda passa a regulamentar o registro profissional a nível nacional.

Concorda-se com Neri e Torres (2022, p. 109, grifos dos autores) que a

[...] elaboração e consolidação destes instrumentos jurídicos-normativos é fruto da articulação de uma categoria profissional em constante processo de renovação, evidenciando ainda que a democratização do país proporcionou um salto qualitativo à profissão, possibilitando uma guinada crítica à formação e ao exercício profissional dando *status* de relativa autonomia aos profissionais *trabajadores sociales* do Paraguai.

Mesmo com todos estes avanços na profissão paraguaia, ela continua vinculada a política de saúde desde os seus primórdios, sendo coordenada inclusive pelo *MSPyBS*, uma vez que até o momento de escrita deste trabalho não havia sido criado um órgão próprio do *Trabajo Social*, logo é pertinente aprofundar-se no conhecimento e explanação da atuação dos/das *trabajadores/as sociales* no país.

3 A CRISE SANITÁRIA E SEUS IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NO PARAGUAI

3.1 FORMAS DE ENFRENTAMENTO A PANDEMIA COVID-19 NO BRASIL E PARAGUAI

A crise sanitária da Covid-19 teve início em dezembro de 2019 após o surgimento de uma pneumonia desconhecida na cidade de Wuhan na China. Em janeiro de 2020 as autoridades chinesas identificaram que a doença estava sendo causada por um novo vírus da família do coronavírus⁴ denominado SARS-CoV-2, com maior taxa de letalidade do que aqueles já presentes na sociedade. Até a data de 07 de junho de 2023 haviam sido confirmados 767.750.853 milhões de casos e 6.941.095 milhões de mortes por Covid-19 no mundo (Organização Mundial da Saúde, 2023).

No dia 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde - OMS decretou estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional- ESPI a fim de tentar controlar a contaminação da doença ainda sem tratamento efetivo e cura. Na primeira quinzena do mês de março a OMS declara situação de pandemia, que ocorre quando uma epidemia infecciosa se espalha entre a população em massa, pois a doença já atingia mais de 114 países e registrava cerca de 110 mil casos (BRASIL, 2022).

A transmissão do vírus acontece por meio de contato com uma pessoa infectada através de gotículas respiratórias, que podem causar sintomas como febre, tosse, dificuldade de respirar, dor na garganta, entre outros. Por ainda não possuir medicação para tratamento, prevenção e cura, foram adotadas Intervenções Não Farmacológicas - INF na tentativa de inibir a transmissão da doença, sendo uma das mais eficazes, o distanciamento social.

As INF são medidas de saúde pública com alcance individual, ambiental e comunitário. As medidas individuais incluem a lavagem das mãos, a etiqueta e o distanciamento social. O distanciamento social, por sua vez, abrange o isolamento de casos, a quarentena aplicada a contatos e a

⁴ Os coronavírus são uma família de vírus envelopado, classificados na ordem Nidovirales, patógenos de muitas espécies de animais e humanos, e causadores de doenças respiratórias, entéricas, hepáticas e neurológicas. Três coronavírus humanos (HCoV) podem causar doenças agudas e evoluir para quadros clínicos mais graves: MERS-CoV causa síndrome respiratória no Oriente Médio (MERS), SARS-CoV causa síndrome respiratória aguda grave (SARS) e SARS-CoV-2 causa a doença causada pelo novo coronavírus (covid-19) (BRASIL, p. 15, 2022).

prática voluntária de não frequentar locais com aglomerações de pessoas. [...] As medidas ambientais referem-se ao arejamento e exposição solar de ambientes, e à limpeza rotineira de ambientes e superfícies. [...] As medidas comunitárias são ações tomadas por gestores, empregadores e/ou líderes comunitários para proteger a população. Incluem a restrição ao funcionamento de escolas, universidades, locais de convívio comunitário, transporte público, além de outros locais onde há aglomeração de pessoas, como eventos sociais, esportivos, teatros, cinemas e estabelecimentos comerciais, que não são caracterizados como prestadores de serviços essenciais (GARCIA; DUARTE, 2020, p. 01).

Todas estas orientações foram sugeridas pela OMS a todos os países do mundo, mas cada nação definia suas próprias formas de enfrentamento a doença. Contudo, a Covid-19 agregou diversos desafios para os governantes dos países, já que nenhum se encontrava preparado para uma doença de tal magnitude, que afetou diretamente o setor saúde, mas também causou danos aos demais setores da sociedade, sentidos em sua grande maioria pela população em situação de pobreza, sobretudo na América Latina, uma região de extrema desigualdade social. Em relação ao Brasil, Correia e Alves (2020, p. 10) fazem a seguinte indagação

A primeira recomendação para prevenir o contágio pelo coronavírus foi lavar as mãos. Mas como higienizar as mãos se, de acordo com o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS, 2018), 33.129.083 milhões de brasileiras/os não têm acesso a água encanada e 1.717.980 milhões de habitações sequer têm banheiro dentro de casa?

No Brasil, apesar do primeiro caso ser identificado no dia 26 de fevereiro de 2020, no dia 03 de fevereiro já havia sido declarado Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional –ESPIN. E ainda, é sancionada no dia 06 do mesmo mês a Lei nº 13.979/20 que trata das medidas para o enfrentamento da doença, com base nas orientações da OMS, sendo o distanciamento social o mais indicado, previsto no Art. 3º que trata das medidas adotadas para evitar o avanço da doença, como: isolamento; quarentena; realização compulsória de exames; uso de obrigatório de máscaras de proteção individual; fechamento temporário das fronteiras terrestres, aéreas e marítimas; além de prevê a importação de medicamentos, materiais e insumos da área da saúde sem registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, desde que registrado em alguma autoridade sanitária estrangeira, entre outros (BRASIL, 2020).

Também foi elaborado pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COE, um Plano de Contingência Nacional para a Infecção

Humana pelo novo Coronavírus Covid-19, com o intuito de direcionar os atendimentos pela rede de saúde a doença, estruturando em três níveis de resposta: *Alerta*: relacionado a detecção, investigação, manejo e notificação dos casos suspeitos; *Perigo Iminente*: quando os casos suspeitos são confirmados; e *Emergência em Saúde Pública*: corresponde a identificação de transmissão local da Covid-19 em território nacional ou ainda pelo reconhecimento da declaração de ESPII pela OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Ademais, após a identificação do primeiro caso no Brasil a comunicação para com a população foi ampliada, sendo divulgado constantemente o número de casos e mortes no país e no mundo, e também as formas de prevenção e contenção da contaminação pela doença. Os dados oficiais eram divulgados no site oficial do MS, porém com o aumento descontrolado dos casos e aumento significativo de mortes, o governo passou a omitir os números verdadeiros da doença, a fim de inibir sua incapacidade de lidar com a situação, ficando a cargo de outros órgãos e entidades a divulgação correta dos dados.

A suspensão da divulgação de dados sobre a pandemia pelo Ministério da Saúde, juntamente com a tentativa de manipulá-los subtraindo parte dos óbitos do total que deveria ser informado, na contramão do padrão seguido por todos os países do mundo, levou o Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS – a imediatamente organizar uma plataforma própria de compilação. Mesmo assim, registros detalhados que eram usados por gestores e pesquisadores deixaram de ser oferecidos, comprometendo importantes iniciativas de monitoramento (FRENTE PELA VIDA, 2020, 09).

A partir da explosão de casos no país, o MS, o CNS e demais entidades da saúde, buscaram direcionar os atendimentos dos casos na rede de saúde através de documentos, diretrizes, protocolos e guias orientadores, que serviram de referência para os profissionais de saúde ao lidarem com a nova doença. Mesmo com todos estes documentos e os esforços para conter o avanço da doença no Brasil, o país foi um dos que mais sofreu com a crise sanitária, agravada pela sua enorme extensão territorial e diversidade cultural e ainda pela falta de comprometimento do governo brasileiro em lidar com a pandemia, minimizando a gravidade da doença e suas consequências.

Isso pode ser considerado como resultado da reatualização do neoconservadorismo⁵ na sociedade brasileira que emergiu-se fortemente nas

⁵ Neoconservadorismo é uma força dominante do conservadorismo da ordem capitalista que, de forma sucinta, visa acabar com os direitos sociais, almejando uma sociedade sem restrições ao

últimas décadas, principalmente a partir da eleição do governo Bolsonaro, um governo de extrema direita. A classe que mais sofreu com a pandemia, seja direta ou indiretamente foi a trabalhadora, que não podia cumprir efetivamente o distanciamento social sob a ameaça da perda da fonte de renda, a falta de acesso a saneamento básico para a devida higienização, a falta de álcool em gel e as precárias condições de saúde pública.

Com sua interferência na estrutura e na regulamentação das relações de trabalho, nas formas de organização política e jurídica do Estado e das instituições, a ofensiva neoliberal do grande capital diversificou e ampliou a degradação do trabalho e da vida social, atingindo duramente as condições de existência da classe trabalhadora e dos setores marginalizados. Ao materializar-se na exploração, na dominação, na desigualdade, na violência objetiva, a acumulação capitalista e o neoliberalismo criaram as bases concretas para a reprodução social da barbárie manifesta em ideias, valores e comportamentos (BARROCO, 2015, p.626).

Isso pode ser sentido na banalização da vida pelo governo Bolsonaro ao abordar publicamente falas do tipo “é só uma gripezinha”, “deixa de mimi, vai chorar até quando” ao se referir as pessoas que perderam membros da família para a doença, e ainda “quer que eu faça o quê, não sou coveiro” quando no auge da pandemia já faltava espaço em cemitérios para o enterro de vítimas da Covid-19 devido à alta taxa de mortalidade (TAJRA, 2020).

Em razão da omissão do governo brasileiro e a demora em comprar vacinas para a população, a Covid-19 vitimou até maio de 2023, 702.907 mil pessoas. Cabe ressaltar ainda, que além da negligência do governo Bolsonaro, a falta de investimentos na política de saúde mesmo diante de uma pandemia é resultado da aprovação do congelamento dos gastos até o ano de 2036 com saúde e assistência social através da Ementa Constitucional nº 95, proposta e aprovada no ano de 2016 durante o governo Temer, respaldando o pouco investimento na saúde pública brasileira neste contexto adverso.

Ao contrário do Brasil, o Paraguai, juntamente com o Uruguai, foi considerado no primeiro ano de pandemia (2020) como um exemplo em controlar o avanço da Covid-19 nas nações, baixos níveis de transmissão e mortalidade, devido a implementação de estratégias de resposta a doença de forma rápida para evitar que o sistema de saúde colapse (FERNÁNDEZ-FRANCO, 2022).

mercado impondo ao Estado a função coercitiva de reprimir e criminalizar violentamente todas as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais, sobretudo os movimentos sociais e demais ações da classe trabalhadora na luta por uma sociedade mais equitativa (Barroco, 2015).

Antes mesmo de a crise sanitária atingir o país, o MSPyBS publicou no começo de março de 2020 um documento intitulado *Plan de Respuesta Nacional al Eventual Ingreso del Coronavirus*, que tinha como propósito

Prevenir y/o disminuir en la población el impacto negativo en términos de morbilidad, mortalidad de las enfermedades respiratorias agudas, incluyendo el Coronavirus, a través de acciones de prevención, preparación y respuesta concertadas y coordinadas entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud (PARAGUAY, 2020a, p. [08]).

O primeiro caso foi detectado no dia 07 de março de 2020, e logo começou a serem implementadas medidas para impedir o progresso da doença sobre a população e não colapsar o frágil sistema de saúde, que ainda enfrentava uma das piores crises de dengue, sendo o primeiro país da região a implantar as medidas INF, ou seja, iniciou-se com o fechamento de locais que proporcionassem aglomerações, aumentou o controle aduaneiro, deu início a quarentena, além de decretar estado de emergência através da Lei nº 6.524 em 26 de março de 2020.

El Paraguay, al igual que la mayoría de los países, se vio obligado a diseñar e implementar una variada gama de respuestas, desplegando un amplio abanico de medidas que van desde las restricciones de libertades, estableciendo cuarentenas y medidas de aislamiento social; a la necesidad de disponer de importantes recursos financieros para afrontar la pandemia, tanto para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema público de salud, como para las consecuencias económicas para la población que se vio y se ve afectada económicamente (GAETE, 2021, p.99).

O Paraguai tinha um desafio maior se comparado ao Brasil, o país, assim como os demais, não estava preparado para uma emergência sanitária de tal magnitude, não possuía laboratório para testagem da doença, não produzia internamente os equipamentos de proteção individual como máscaras, proteções faciais, vestimentas e equipamentos hospitalares. O país é um grande importador da China, que nesse momento estava com dificuldades de suprir as demandas do fornecimento desses materiais em razão do aumento da procura, o que acarretou mais desafios para o governo paraguaio (MAZZOLENI-INSFRAN, 2021).

Segundo Gaete (2021) a rápida iniciativa do governo nas implementações de respostas a Covid-19, proporcionou ao país um período de organização do sistema de saúde pública já que a curva epidemiológica se manteve baixa durante o ano de 2020. Isso permitiu que fossem fortalecidos os laboratórios de testagem, ampliação dos recursos humanos e infraestrutura nos principais hospitais, aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos biomédicos através

de um alto investimento financeiro na saúde do país.

Contudo, no ano de 2021 há um aumento significativo dos casos de Covid-19 no país, devido as flexibilizações nas INFs por razões econômicas. Grande parte da população paraguaia depende do trabalho informal para sobreviver, e também do comércio, como é o caso de *Ciudad Del Este*, que faz fronteira com o Brasil, lugar no qual milhares de pessoas transitam todos os dias, se dividindo entre trabalhadores e turistas. Com a pandemia as fronteiras e os comércios foram fechados, muitas pessoas ficaram impossibilitadas de trabalhar e com dificuldades de sobreviver.

Ademais da crise econômica, o sistema de saúde do país entra em colapso, há super lotação dos hospitais, falta insumos, medicamentos, pessoas morrendo em calçadas, falta investimento na assistência social a população, demora na compra de vacinas etc.. Todos esses fatores mais os rumores de corrupção do governo paraguaio levaram a população a realizar manifestações no auge da pandemia agravando o contágio pela doença, conforme explana Fernández-Franco (2022, p. 32)

Las manifestaciones ocurrieron en plena pandemia a causa del descontento provocado por las medidas restrictivas, que no fueron aprovechadas por las autoridades para fortalecer la sanidad del país y por qué corrían rumores de hechos de corrupción y sobrefacturación con el dinero del préstamo, que debía ser destinado al enfrentamiento de la pandemia (1.600 millones de dólares, aumentando la deuda pública en um 30%). [...] Otro motivo e mayor relevancia fue la falta de vacunas, siendo el Paraguay uno de los países con menor tasa de vacunaciones contra la COVID. El país no realizó las negociaciones necesarias para comenzar a tempo con la vacunación desperdiciando de esta manera las condiciones favorables que habia generado durante los primeros meses de menor contagio.

Mesmo tendo se antecipado nas medidas preventivas de contenção da Covid-19, o país também passou por momentos de grandes picos de contágio, sobretudo em meados do ano de 2021. Até o mês de março de 2023, 808.401 pessoas haviam sido infectadas pela Covid-19 e 19.878 morreram (CENTER FOR SYSTEMS SCIENCE AND ENGINEERING, 2023).

A crise sanitária provocada pela Covid-19 trouxe desafios para todos os países, essencialmente aos países com altos níveis de desigualdade social, em que escancarou a negligência dos governos para com as pessoas em situação de vulnerabilidade social, dentre eles Brasil e Paraguai, uma vez que em ambos há o incentivo das políticas neoliberais. Ambos os países adotaram medidas aproximadas

de enfrentamento a pandemia, cada um dentro da sua realidade, uma vez que o Brasil possui maior território, população e maior Produto Interno Bruto – PIB do que o Paraguai, e mesmo com todas as medidas houve um alto índice de contágio e mortes, além de agravos significativos na economia e no âmbito social dos dois países.

3.2 A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS/TRABAJADORES SOCIALES NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E PARAGUAI.

O Serviço Social tanto brasileiro quanto paraguaio é uma profissão que atua nas mais diversas políticas públicas, apesar da idealização de sua intervenção restrita ao âmbito da política de assistência social, os/as assistentes sociais compõem equipes multiprofissionais em áreas como saúde, sociojurídico, previdência social, educação, entre outras.

Quanto ao Serviço Social brasileiro, o agir profissional em todos estes campos é balizado pelo Projeto Ético Político da profissão, em suas mais diferentes dimensões constitutivas, compreendendo mais especificamente nessa passagem que os instrumentos jurídicos normativos composto pelas legislações respaldam a intervenção profissional. Legislações essas que não somente se resumem no Código Ética Profissional - CEP de 1993, Lei nº 8.662 de 1993, mas também em todas as leis, resoluções, cartilhas, entre outros, desenvolvidas não exclusivamente pelo Conselho Federal de Serviço Social - Cfess e Conselho Regional de Assistente Social – Cress e outros marcos legais frutos dos movimentos sociais.

O Código de Ética e Lei de Regulamentação da Profissão são legislações generalistas que abordam os princípios fundamentais, atribuições, competências, direitos e deveres dos/das assistentes sociais independentemente do seu campo de atuação. Dentre as competências dos/das assistentes sociais tratados no Art. 4º da Lei 8.662/93 podemos elencar as seguintes:

I – elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; III – encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; V – orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (BRASIL, 2012).

Em paralelo a estas legislações o Cfess cria documentos que complementam e enfatizam tais atribuições e competências direcionadas aos diferentes campos de atuação. No setor saúde foi desenvolvido em 2010, como mencionado anteriormente, a cartilha denominada Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde que tem como objetivo “referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde” (CFESS, 2010, p.

11), ou seja, dar suporte a ação profissional na área, na tentativa de sanar dúvidas com relação às atribuições dos assistentes sociais e seu papel nas equipes de saúde.

Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e aquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde (CFESS, 2010, p. 11-12).

Tais parâmetros auxiliam não só os/as assistentes sociais em suas atribuições no campo da saúde, como também permite que outros profissionais e gestores compreendam o trabalho da categoria nessa política, já que, conforme destacou Matos (2017), a atuação de assistentes sociais nesse âmbito gera dúvidas nas demais profissões e gestores visto sua idealização como profissão da política de assistência social, atribuindo aos profissionais demandas que não competem a eles.

Corroborando com isso, Bravo e Matos (2009) enfatizam que no bojo da política de saúde, o Serviço Social deve ter como objetivo a identificação dos aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais que perpassam pelo processo saúde-doença a fim de angariar recursos para o seu enfrentamento, articulando-se com práticas educativas, considerando todas as dimensões subjetivas vividas pelos usuários, sobretudo diante da atual conjuntura que é marcada pela precarização do trabalho, aumento da informalidade, flexibilização das relações trabalhistas e direitos.

Em conformidade com as legislações que orientam e direcionam o trabalho dos assistentes sociais nas diferentes políticas sociais, o Cfess (2010, p. 30) apresenta na cartilha dos parâmetros alguns elementos chaves para uma atuação competente e crítica do Serviço Social na política da saúde, a saber:

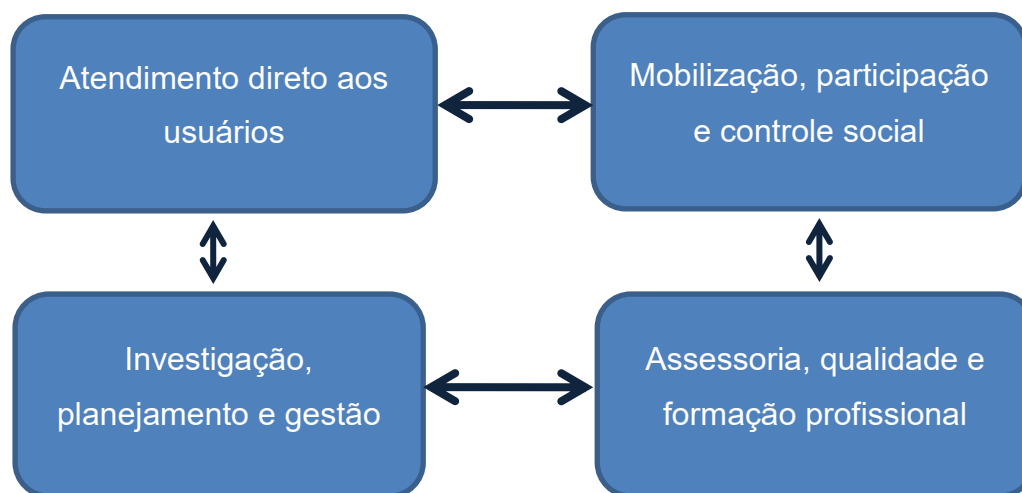
- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais,

bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;

- Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a intersetorialidade da atenção em saúde.

Ante ao exposto, os/as assistentes sociais vinculados à saúde atuam em todos os níveis da rede, atenção básica, média e alta complexidade, distribuídos em quatro grandes eixos como mostra a figura a seguir:

Figura 02: Eixos de atuação de assistentes sociais na saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

a) *atendimento direto aos usuários*, através de ações socioassistenciais, socioeducativas e articulação interdisciplinar a partir das demandas apresentadas pelos usuários; b) *mobilização, participação e controle social*, no qual se objetiva a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais nos espaços democráticos de controle social, como conselhos, conferências, fóruns de saúde, dentre outros; c) *investigação, planejamento e gestão*, com vistas a fortalecer a gestão democrática e participativa capaz de produzir propostas em favor dos usuários e trabalhadores da saúde e garantia dos direitos sociais; e d) *assessoria, qualificação e formação profissional*, que buscam a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários, envolvendo a educação permanente dos trabalhadores da saúde, da

gestão, dos conselheiros de saúde, representantes comunitários e estudantes da área da saúde (CFESS, 2010).

Durante a crise sanitária da Covid-19, os/as assistentes sociais continuaram a exercer suas funções dentro destes eixos uma vez que no Art. 3º, alínea d, do CEP (BRASIL, 2012, p. 27) dispõe que é dever do/da assistente social “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades”, mas com a ressalva de que sejam seguidas e respeitadas as suas devidas atribuições e competências, não sendo diferente na pandemia do coronavírus, tendo em vista que ela trouxe novas demandas e desafios para todos os profissionais da saúde, listados na Resolução do CNS nº 218/1997, acarretando em novas atribuições para o Serviço Social que não fazem parte da formação profissional como veremos mais adiante.

O *Trabajo Social* paraguaio, assim como o brasileiro, possui um marco legislativo que baliza a atuação profissional no país em todos os espaços que fazem presente, a saber: a *Constitución Nacional de 1992*, a *Ley nº 6.220/2019* que regula o exercício profissional e o *Código de Ética del Ejercicio Profesional del Trabajo Social en el Paraguay/2008*, ademais segue uma série de legislações vigentes no país e no mundo para a garantia integral dos direitos dos usuários.

A *Ley nº 6.220/19* apresenta em seu art. 6º que o

[...] Trabajo Social es una profesión que se inserta en el ámbito de las relaciones entre sujetos sociales, entre estos y el Estado en los distintos contextos socio históricos de actuación profesional. Desarrolla una praxis social y un conjunto de acciones de tipo socioeducativo que inciden en la reproducción material y social de la vida con una perspectiva de transformación social comprometida con la democracia y el enfrentamiento de las desigualdades sociales, fortaleciendo la autonomía, la participación y el ejercicio de ciudadanía, en la defensa y conquista de los Derechos Humanos y la justicia social (PARAGUAY, 2019b, p. 02).

Em consonância com o referida lei, os profissionais estão inseridos na política de saúde balizados pelos documentos citados acima e também de legislações direcionadas a tal política como a *Política de Nacional de Salud 1992*, o *Código Sanitario 836/1980* que regulamenta as funções do Estado no cuidado integral da saúde no Paraguai, o *Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la RIISS/2019* que orienta os níveis de atenção da saúde no país, e também o documento intitulado *Protocolo de Atención de Trabajo Social en el*

Servicio de Salud/2020 desenvolvido por profissionais que atuam na saúde buscando padronizar “*las funciones y actividades para garantizar al usuario un servicio humanizado de calidad con enfoque de derecho y en igualdad de condiciones*” (PARAGUAY, 2020b, p. [07]).

A inserção dos/das *trabajadores/as sociales* na política de saúde se faz necessária uma vez que o *Código Sanitario 836* de 1980 apresenta em seu art. 10º que “*el cuidado de la salud comprende: En relación a las personas, las acciones integrales y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación del estado de bienestar físico, mental y social*” (PARAGUAY, 1980, p. 02). Diante disso, o protocolo desenvolvido em 2020 enfatiza que o *Trabajo Social en Salud*:

Aborda el proceso salud – enfermedad buscando incidir en el estado de bienestar de las personas, grupos y comunidades desde una perspectiva multi e interdisciplinar. Reconoce las carências y necesidades sociales que inciden en este proceso, identifica redes de apoyo (familiar y social) con que cuenta el usuario y promueve la utilización de recursos disponibles a través de la investigación, planificación, educación social, promoción, prevención, asesoría y evaluación (PARAGUAY, 2020b, p. [10]).

Essas ações são executadas nos cinco níveis de intervenção profissional, como mostra a figura a seguir:

Figura 03: Níveis de Intervenção de *trabajadores sociales* na saúde

Niveles de intervención del Trabajador Social en el ámbito de la salud:



Fonte: *Paraguay, 2020b*.

No nível *Gerencial* os profissionais compõem as equipes multiprofissionais com o intuito de favorecer uma abordagem integral da saúde desde a planificação, coordenação, intervenção e avaliação dos níveis de atenção em saúde. Na *Consulta Externa o Ambulatorio* a atuação é voltada ao apoio dos

usuários que necessitam dos serviços de saúde pública de média complexidade. Já em relação a *Hospitalización* participa juntamente a equipe multiprofissional para conhecer e determinar as questões sociais e socioculturais que incidem sobre o processo doença do usuário hospitalizado, além disso participa do plano de alta do usuário. A *Urgencia* segue o mesmo protocolo da consulta externa ou ambulatória e hospitalar adaptando-se as particularidades dos casos. E por fim as *Regiones Sanitarias* que segundo o documento os profissionais devem coordenar ações com as unidades de Estratégia de Saúde da Família - ESF ou outras instituições sejam públicas ou privadas proporcionando atenção integral a pessoa (PARAGUAY, 2020b).

Ademais, os profissionais também estão inseridos no *Servicio del Albergue* destinado aos usuários em tratamento na rede de atenção especializada que se concentra em sua maioria na capital Assunção. Esse serviço é destinado aos sujeitos que não possuem condições financeiras e sociais de se manterem na cidade durante o período de tratamento, ou seja, fornece condições mínimas para os usuários e seus acompanhantes como abrigo, alimentação e proteção.

Como mencionado acima os/as *trabajadores/as sociales* atuam no âmbito da atenção primária de saúde, as ESFs, ou pelo menos deveriam atuar. Segundo Houdin-Gómez, Domínguez e Hraste (2020, p. 148) até o ano de 2020 não havia sido realizado concursos para a inserção de *trabajadores/as sociales* nas equipes de trabalho nos territórios, ou seja, equipes da saúde básica, e apontam que isso se deve a existência de um “*déficit en los programas de asistencia estatal, los que no siempre han sido construidos con políticas que apunten al mismo tiempo a la prevención/promoción y asistencia desde una perspectiva de derechos*”.

Esta passagem vai na mesma direção dos apontamentos de Alum e Cabral-Bejarano (2011), de que a política de saúde paraguaia ainda segue um modelo segmentado e fragmentado mesmo após as recentes mudanças impostas pela reforma sanitária de 2019.

Por fim, o protocolo para atuação na saúde aponta que uma das atividades dos/das *trabajadores/as sociales* nas regiões sanitárias é trabalhar na prevenção e manejo de doenças epidêmicas, fenômenos climáticos, coletivos e emergenciais na comunidade, logo os profissionais são chamados a atuar frente a pandemia do Covid-19, seguindo assim os direcionamentos do referido protocolo,

demais legislações vigentes e orientações do *MSPyBS* destinado aos trabalhadores da saúde que serão discutidas adiante.

4 ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS/TRABAJADORES SOCIALES DA SAÚDE NO BRASIL E PARAGUAI

4.1 DEMANDAS E DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS/TRABAJADORES SOCIALES DA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL E PARAGUAI NA PANDEMIA COVID-19

O contexto pandêmico descrito acima provocou mudanças na vida cotidiana como um todo, questões sociais, econômicas, políticas e, sobretudo saúde, corroborando para novas requisições, demandas e desafios aos profissionais atuantes no setor, dentre eles os/as assistentes sociais.

Os/as assistentes sociais tanto brasileiros quanto paraguaios atuam na área da saúde seguindo as legislações vigentes em cada país como analisado anteriormente, que continuaram a balizar a atuação no enfrentamento da Covid-19. Contudo, é um momento adverso e com características próprias, sendo necessários novos documentos para direcionar e orientar os profissionais da saúde. No caso brasileiro, foram produzidos uma série de materiais pelo Ministério da Saúde e conjunto Cfess/Cress. Já no país vizinho houve pouca produção textual voltada para a categoria.

Os/as assistentes sociais brasileiros foram convocados para atuar na linha de frente da doença e não fugiram da luta, mesmo diante dos riscos de contaminação e possível morte pela Covid-19. A convocação ocorreu por meio da Portaria Nº 639 de 31 de março de 2020 que dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo-Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento a pandemia do coronavírus (BRASIL, 2020). Conforme Soares, Correia e Santos (2021, p. 124) há um aumento na contratação de assistentes sociais entre dezembro de 2019 e junho de 2020, o número de vínculos foi de 39.441 para 40.911, “[...] o aumento foi de 3,72% em seis meses, enquanto em todo o ano anterior havia sido de 3,4%”. Todavia, ainda abaixo do esperado em razão da alta demanda do setor.

Nesse período foram impostas aos assistentes sociais brasileiros que atuam no âmbito da saúde novas demandas e funções que não estão previstas

como competências do Serviço Social. Matos (2021, p. 131) destaca algumas destas “novas requisições”

[...] informações para familiares ou amigos/as sobre quadro clínico, informe sobre a transferência de unidade de saúde, comunicação de evasão de pessoas que estavam internadas, solicitação para que familiares compareçam à unidade a fim de que sejam informados sobre óbito ou a própria comunicação de óbitos. Todos os exemplos referem-se à informação, uma questão que tem se mostrado confusa ou escassa na realidade de quem acompanha a internação de alguma pessoa, uma vez que, pelas características da COVID-19, não se tem podido fazer o acompanhamento e as visitas, em geral, foram suspensas.

Tais requisições não são novas, é sabido que os demais profissionais e gestores demonstram incertezas nas atribuições dos/das assistentes sociais no âmbito da saúde, sendo direcionadas atividades de cunho administrativas aos profissionais. Matos (2021) pondera que no contexto pandêmico, algumas instituições entendem que essas requisições são vistas como uma colaboração por parte dos/das assistentes sociais com os demais profissionais devido a alta demanda, entendendo-se como uma contribuição momentânea para o enfrentamento da pandemia.

Essa arguição fica evidente no documento intitulado Manejo de Corpos no Contexto do Novo Coronavírus (COVID-19) elaborado pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é orientar quanto ao manejo de corpos e questões gerais acerca dos óbitos. Nesse documento o MS enfatiza que a comunicação de óbitos aos familiares, amigos e responsáveis seja realizada preferencialmente por equipes da atenção psicossocial e/ou assistência social, e reitera que isso inclui a comunicação sobre os procedimentos referentes à despedida do ente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Entretanto esta não é uma atribuição do/da assistente social, sendo inclusive elencada na cartilha dos parâmetros para atuação profissional na saúde, e ainda no Código de Ética Profissional no art. 4º, alínea F que destaca que é vedado ao assistente social “assumir responsabilidade por atividade para as quais não esteja capacitado/o pessoal e tecnicamente” (BRASIL, 2012, p. 28). Para reiterar essas orientações o Cfess elaborou um material denominado Orientação Normativa Nº 3/2020 a fim de frisar que a comunicação de óbitos não constitui atribuição ou competência profissional do/da assistente social.

3. A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa morte dos/as usuários/as dos

serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais) atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes a situação, previsto no aparato normativo e legal vigente, tais como os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes (CFESS, 2020a, p. 02).

Além dessas requisições, outras questões foram evidenciadas e agravadas na efervescência da Covid-19, como a precarização do trabalho, falta de equipamentos para as intervenções, salas privativas que garanta o sigilo profissional e diante da pandemia a falta de Equipamentos de Proteção Individual – EPI em todas as áreas de atuação do Serviço Social entre elas espaços da saúde. A não distribuição de EPI para assistentes sociais da área saúde se deve ao fato de que os órgãos competentes alegam que eles não estão em contato direto com os usuários, o que se torna contraditório, uma vez que o próprio MS orienta que os/as assistentes sociais repassem informações e acolha os familiares, amigos e responsáveis dos enfermos (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021).

Quanto a essa questão, o Cfess expediu um Parecer Jurídico nº 05/2020 direcionado a Anvisa questionando a falta de dispensação de EPI para assistentes sociais atuantes na linha de frente da Covid-19, após levantamento de denúncias junto aos Cress das cinco regiões do país. Diante disso a Anvisa ratificou a necessidade de uso de EPI por assistentes sociais (CFESS, 2020b).

Outra questão levantada por Matos (2021) foi quanto à garantia do sigilo profissional nos atendimentos presenciais realizados por assistentes sociais que deveriam ocorrer de portas abertas e distanciamento social para evitar a contaminação da Covid-19, dificultando a preservação das informações cedidas pelos usuários. Uma das possíveis soluções seria adoção do teletrabalho ou trabalho remoto, algo que no âmbito da saúde se torna inviável ao profissional, por estar na linha de frente do enfrentamento da doença, logo os/as assistentes sociais seguiram utilizando-se dos recursos tecnológicos para fins que já utilizam anterior a pandemia, como comunicação com familiares, amigos e responsáveis, comunicação entre instituições de saúde e assistência social etc. Além disso, o Cfess (2020c, p.07) lançou uma nota orientadora referente ao uso do teletrabalho e do trabalho remoto na qual reitera que

[...] ao diferenciar trabalho remoto (teletrabalho) e instrumentos remotos, podemos compreender que já utilizávamos equipamentos remotos antes, porém o problema é estarmos limitadas/os somente a eles. Posto que o trabalho remoto (teletrabalho) apresenta uma série de repercussões e limitações ao trabalho profissional, podendo inclusive tornar algumas atividades inviáveis. Dessa forma compreendemos que as ferramentas remotas não podem configurar como finalidade do trabalho profissional ou não podem ser entendidas como um fim em si mesma.

Ante ao exposto, entendemos que o grande desafio dos/das assistentes sociais brasileiros que trabalham no setor saúde foi afirmar suas atribuições e competências formativas, e que são profissionais que atuam perante aos fatores sociais que incidem no processo saúde-doença, e na não aceitação como postulou Netto (2010) de meros executores terminais de políticas sociais executando atividades técnicas, administrativas, voluntaristas e repassadores de informações clínicas. Tal fato corrobora com Matos (2017) na retórica que os profissionais são questionados todo o tempo sobre sua atuação nessa área, sobretudo em um contexto adverso que causou aumento de demandas e “novas” funções impostas pelas instituições aos assistentes sociais que eventualmente acabam cedendo, e na pandemia elas foram vistas como uma colaboração dos profissionais com os demais colegas. Bravo e Matos (2009, p. 209) nos lembram que ocorre uma

[...] diferença muito grande entre a intenção e o discurso dos assistentes sociais com o trabalho desenvolvido. Pois os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, identificou que estes profissionais reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético político da profissão.

Soares, Correia e Santos (2021) destacam que mesmo sob ingerências da pandemia e das instituições, os/as profissionais se mostraram comprometidos com suas atribuições e competências, atuando em planejamentos de fluxos de informações, defesa dos direitos dos usuários, entre eles a informação e sua democratização, identificação da realidade social e expressões da questão social vivenciadas pelos sujeitos, orientações e realização de ações socioeducativas sobre direitos e benefícios, entre eles Auxílio Emergencial⁶, criação de meios para articular com os demais serviços de saúde em todos os níveis e também com os serviços da assistência social, entre os outros. Assim, compreendemos que apesar

⁶O Auxílio Emergencial foi um benefício financeiro criado para garantir renda mínima aos brasileiros em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia do covid-19.

dos desafios e demandas os/as profissionais demonstraram resistência e comprometimento com o projeto ético profissional e cientes de que

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulação aos princípios dos projetos de reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compressão se o profissional está de fato dando resposta qualificada às necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO; MATOS, 2009, p. 213).

Ao contrário do Brasil, o *Trabajo Social* paraguaio não engendrou volumosa documentação quanto à atuação no sistema de saúde, sendo este um dos maiores desafios posto aos profissionais, uma vez que não obtiveram aportes teóricos suficientes para as intervenções diante do cenário pandêmico.

Sabemos que o trabalho dos/das *trabajadores/as sociales* é balizado pelos documentos e legislações citados anteriormente, como Código de Ética, Constituição Nacional, normativas do *MPSyBS* e também o recente documento elaborado pelos/as *trabajadores/as sociales* da saúde juntamente com o *MPSyBS*, o *Protocolo de Atención de Trabajo Social en Servicios de Salud* (2020), que apesar de ter sido publicado durante o enfretamento da Covid-19 aborda sucintamente as ações que devem ser desenvolvidas pelos profissionais nesse período de crise sanitária, tais como:

- *Crear ambientes seguros para la atención, ante esta pandemia;*
- *Dar respuesta al usuario en tiempo y forma, sobre la base de una atención humanizada, de calidad, com enfoque de derecho y en igualdad de condiciones;*
- *Promover en las atenciones al usuario, el acceso a recursos disponibles y brindar la asistencia social; com énfasis para aquellos que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad;*
- *Crear redes de Trabajo y Coordinación interinstitucional;*
- *Adquirir um conocimiento acabado y actual sobre las formas de contagio y sus sintomas, así como las actuaciones que correspondan ante la sospecha de la enfermedad;*
- *Capacitar a los usuarios sobre la autoprotección y el autocuidado;*

- *Poner a conocimiento de los usuarios, como, donde y cuando pedir ayuda e información;*
- *No olvidar de reiterar a los usuarios, las medidas adoptadas y recomendadas por el MSPyBS, que se consideran las más eficaces;*
- *Enfatizar um trabajo coordinado con el equipo multidisciplinario, para el abordaje integral del proceso de recuperación de la salud.*

A partir dessas orientações, fica evidente que a atuação é direcionada muito mais as questões patológicas da doença do que a intervenção na totalidade que envolve o sujeito no processo saúde-doença. Quanto a isso Houdin-Gómez, Domínguez e Hraste (2020, p. 153) alude que *“existe um vacío en la formación de grado e la práctica institucional de la profesión de Trabajo Social, que le permita entender e intervenir ante situaciones de emergencias, riesgos, desastres lo cual es evidenciado actualmente”*.

Ainda que os assistentes sociais paraguaios não estivessem capacitados para intervir em crises emergenciais, os profissionais atuaram na linha de frente do enfrentamento da Covid-19 no sistema de saúde. Essa contribuição dos/das trabajadores/as sociales na pandemia no país ocorreu independente dos profissionais não serem considerados trabalhadores da área da saúde no país, situação que pode ser confirmada a partir do *Proyecto de Ley que establece las medidas de protección integral por parte del estado paraguayo, seguro de vida y beneficios para el personal de salud, durante la pandemia covid-19 o coronavirus*, aprovado pela câmara dos deputados. Nesse projeto de lei foi listado os profissionais que deveriam ser assegurados legalmente no enfrentamento da pandemia, porém os/as *trabajadores/as sociales* não figurou o rol de profissões prevista no instrumento jurídico normativo. Mesmo havendo um movimento da categoria profissional junto com a *Asociacion de Profesionales de Servicio Social o Trabajo Social del Paraguay – APSSTS-PY* para reverter a situação, isso não ocorreu e os/as *trabajadores/as sociales* ficaram de fora do projeto (PARAGUAY, 2020c).

Segundo Houdin-Gómez, Domínguez e Hraste (2020) o trabalho dos assistentes sociais paraguaios na saúde durante o período pandêmico foi invisibilizado, precarizado, desempenhando atividades de cunho administrativo e

também fornecendo apoio emocional, espiritual, laborterapia, inclusive para os demais profissionais da rede de atenção em saúde, denotando assim uma “psicologização” da profissão, principalmente nos Albergues, que amparam os enfermos provenientes de outros municípios na capital Assunção, e ainda aqueles abandonados por familiares durante o internamento. Além disso, no âmbito hospitalar prestaram assistência administrativa, como cancelamento de consultas e cirurgias eletivas e estudos de diagnósticos.

A partir da análise dos documentos produzidos e textos elaborados pelos/as *trabajadores/as sociales* identificamos que essas atividades não são novas requisições para os profissionais, elas estão presente no cotidiano anteriormente a pandemia, sendo apenas intensificadas pela alta da demanda causada pela covid-19, como fica evidente na passagem do *MSPyBS* (2022, p. [01], grifo dos autores)

El trabajador social de salud aborda las diferentes necesidades de pacientes y sus acompañantes, en particular de los más vulnerables, a fin de que reciban atención oportuna en condiciones igualitarias y de equidad. [...] En cuanto a la salud, el trabajador social pone empeño en la contención, orientación, apoyo y acompañamiento para comprender la enfermedad y procurar la recuperación. Así también, coordina las actividades para el proceso de atención y plan de alta. [...] la labor social es un servicio especializado, puesto que atende a una población cuyo denominador común es “la enfermedad y las consecuencias que se deviran de la misma”, ya sean de atención personal, emocional, de relación con el entorno u otras, mediante la intervención individualizada y el apoyo a la familia.

Tal passagem nos permite ponderar que o *Trabajo Social* paraguaio ao se prender em ações exclusivas sobre as questões subjetivas vivenciadas pelos usuários e nas diferentes especialidades da medicina, fragmenta a atuação dos profissionais, além de reforçar a concepção de especialização em diversas patologias médicas, e não com uma visão generalista quanto às determinações sociais do processo saúde-doença dos sujeitos (BRAVO; MATOS, 2009).

Nessa direção ainda que sem uma intencionalidade, dada a jovialidade da profissão Serviço Social no Paraguai as/os assistentes sociais não tenham como foco a determinação social da doença, essa dificuldade pode estar associada à formação sócio histórica do país, que por longas décadas teve sua base econômica centrada na agricultura que conseqüentemente impôs um certo tipo de usuários que não demandavam dos/das assistentes sociais a intervenção nas expressões da questão social derivadas e agudizadas do capitalismo.

4.2 SIMILITUDES E DISCREPÂNCIAS NA DIREÇÃO SOCIAL QUE ORIENTA A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS/TRABAJADORES SOCIALES DA SAÚDE NO BRASIL E PARAGUAI NA PANDEMIA COVID-19

Considerando a construção do marco referencial nos quais apresentamos a interlocução do Serviço Social tanto brasileiro quanto paraguaio com a área da saúde, com o intuito de apresentar ao leitor os caminhos desbravados pela profissão nos diferentes países num esforço de manter e consolidar a saúde como espaço ocupacional do Serviço Social. Nessa direção, após a descrição e análise crítica apresentamos a interpretação dos dados e impressões das leituras e documentos sobre os quais nos debruçamos num esforço de destacarmos as discrepâncias e similitudes na intervenção profissional dos/das assistentes sociais brasileiros e paraguaios, partindo da política de saúde e aos princípios orientadores da intervenção profissional dos/das assistentes sociais em cada país.

A saúde é um direito previsto nas Cartas Magnas de ambos os países com preceitos similares. No caso brasileiro, a Constituição Federal de 1988 prevê no Art. 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Na Constituição Nacional Paraguaia de 1992 é previsto no Art. 68 que *“El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes”*. Além disso, ambas preveem a criação de um sistema de saúde que execute as ações no setor.

Cabe destacar que a política de saúde brasileira é resultado da luta da classe trabalhadora através do Movimento Sanitário organizado a partir dos anos 1970, que culminou no Projeto de Reforma Sanitária vindo a resultar na criação do SUS em 1990 a partir da promulgação da Lei nº 8.080, completando 33 anos de existência. Diferentemente do Brasil, a política de saúde paraguaia é criada em função das guerras e do alto índice de mortalidade por doenças infecciosas nas primeiras décadas dos anos 90, mas é somente em 1996 que se consolida com a

criação do SNS a partir da promulgação da Lei nº 1.032, tendo atualmente 27 anos.

O SUS é mantido com recursos financeiros governamentais das três esferas: municipal, estadual e federal, logo com recursos unicamente públicos, “Art. 4º o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990, p. 01). Já em relação ao SNS paraguaio fica subentendido que é um sistema misto mantido com recursos públicos e privados, “Art. 4º *El Sistema operará mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes*” (PARAGUAY, 1996, p. 01).

Ambos os sistemas são coordenados pelos respectivos Ministérios da Saúde de cada país e organiza a saúde conforme indicação da OPAS. No Brasil o MS tipifica as ações em saúde em três níveis descentralizados, atenção primária, secundária e terciária, ou seja, básica, média e alta complexidade. No Paraguai entende-se que após a reforma sanitária de 2019 também é tipificado em três níveis, inclusive tendo como referência o sistema brasileiro, porém analisa-se que não é um sistema descentralizado, uma vez que grande parte da rede de atenção especializada se concentra na capital Assunção.

Elencadas as principais similitudes e discrepâncias quanto a política de saúde entre os países, podemos nos direcionar em analisar esses mesmos elementos no Serviço Social brasileiro e o *Trabajo Social* paraguaio, não num sentido de comparar considerando as trajetórias sócio históricas diferenciadas dos países, mas com a intenção de evidenciar ao leitor o que aproxima as profissões ainda em que países distintos e o que as difere. O Serviço Social se inicia no Brasil no ano de 1936 com a criação da primeira escola em São Paulo entrelaçada com a área da saúde, considerando que esta influência nas condições de vida e trabalho dos sujeitos (BRAVO, 2014). No Paraguai a profissão se desenvolve a partir de iniciativa do próprio ministério da saúde que em 1939 cria a primeira escola de Visitadoras de Higiene inspirado no modelo médico-higienista.

Nos dois países a profissão nasce como tecnicista e sob ingerência da igreja católica com uma postura assistencialista, filantrópica, conservadora e

controladora, trabalhando em prol da burguesia nas expressões da questão social vivenciadas pela classe trabalhadora, que no caso brasileiro perdurou até o final da década 70 quando ocorre o Congresso da Virada, e no Paraguai até o final da década de 80 com o fim da ditadura militar. Atualmente em ambos os países a profissão possui formação universitária e atua nas políticas públicas garantindo o acesso da população, sobretudo a trabalhadora, aos direitos.

Como elucidado ao longo deste trabalho, tanto assistentes sociais quanto *trabajadores/as sociales* atuam na política de saúde pertencentes a seus países. Porém apenas no caso brasileiro que o Serviço Social é considerado como uma profissão da área da saúde, conforme a Resolução n 218/1997 do CNS, não sendo possível localizar nenhuma legislação paraguaia que afirme que os *trabajadores/as sociales* são considerados profissionais da saúde, pelo contrário, segundo o projeto de lei aprovado durante a pandemia (2021) voltado para os profissionais de saúde dentre os quais não são citados os *trabajadores/as sociales* podemos afirmar que o *Trabajo Social* não é uma profissão da área da saúde no país.

No desenvolvimento da pesquisa identificou-se como discrepância entre as profissões o período em que os marcos normativos que balizam a atuação profissional foram criados. Enquanto no Brasil é desenvolvido ainda nos anos 1990 o Projeto Ético Político da profissão constituído, principalmente, pela atualização da Lei de Regulamentação nº 8.662/93 e o Código de Ética Profissional também de 1993, e a criação de outras como já citado anteriormente, o arcabouço legislativo do *Trabajo Social* começa a ser desenvolvido apenas nos anos 2000, quando é criado o *Código de Ética del Profesional de Trabajo Social* em 2008 pela APSSTS-PY, e em 2019 é sancionada a *Ley nº 6.220* que regula o exercício profissional da profissão no país.

No entanto, é sábio destacar que essa discrepância de períodos na construção dos instrumentos jurídicos normativos que regulam, balizam e orientam o exercício profissional, podem estar relacionados à saída tardia do país de um regime ditatorial que pode ter influenciado na recomposição de forma democrática das profissões num campo de defesas e reflexões mais progressistas.

As legislações de regulamentação do exercício profissional são similares quanto aos deveres, direitos, funções, competências e atribuições,

podendo ser destacadas algumas dessas competências:

Quadro 02: Competências

LEI Nº 8.662/1993	LEY Nº 6.220/2019
<p>Art. 4º</p> <ul style="list-style-type: none">• I – elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;• V – orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;• IX – prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade.	<p>Art. 8º</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>a) elaborar, implementar, monitorear, evaluar y gestionar políticas sociales de instituciones dependientes del Poder Ejecutivo, Poder Legislativo, Poder Judicial, organismos supranacionales y órganos centralizados y descentralizados, entidades inster institucionales, universidades, empresas privadas, órganos extrapoderes e organizaciones sociales;</i>• <i>b) orientar a individuos y colectivos de diferentes grupos sociales identificando recursos que le permitan la garantía y defensa de sus Derechos Humanos;</i>• <i>d) asesorar y apoyar a los movimientos-organizaciones sociales para el ejercicio, defensa y exigibilidad de los Derechos Humanos.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto as atribuições privativas, é importante destacar que na Ley 6.220/19 são enumeradas apenas três funções que devem ser executadas obrigatoriamente por *trabajadores/as sociales*, enquanto na lei 8.662/93 brasileira é listado mais de dez atribuições privativas. No quadro 03 é possível observar as três funções paraguaias e três brasileiras que mais se aproximam delas.

Em relação as demais atribuições privativas especificadas pela lei 8.662/93, como por exemplo: I) coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II) planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; VI) treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; XI) Fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e

Regionais; e XIII) ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional; não localizamos nos marcos normativos da profissão paraguaia atribuições semelhantes a estas, nem mesmo quanto a fiscalização da atuação profissional, uma vez que no Paraguai ela é executada pelo *MSPyBS* e através da legislação não fica evidente que essa fiscalização é feita por *trabajadores/as sociales* vinculados junto ao ministério da saúde.

Quadro 03: Atribuições privativas

LEI Nº 8.662/1993	LEY Nº 6.220/2019
<p>Art. 5º</p> <ul style="list-style-type: none"> • IV – Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; • V – Assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; • VII – Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; 	<p>Art. 9º</p> <ul style="list-style-type: none"> • a) <i>Las relacionadas con la gestión directiva y académica de unidades de formación profesional de grado y postgrado, sean estas públicas, privadas o mixtas. Asi mismo, las materias disciplinares que forman parte del curriculum del Trabajo Social serán ejercidas exclusivamente por los Trabajadores Sociales;</i> • b) <i>Las relaciones con la emisión de informes socio económicos, socio ambientales, dictámenes y pericias técnicas de los sujetos, familias y comunidades usuárias de las políticas sociales;</i> • c) <i>Las relacionadas con la consolidación de los objetivos de la entidad gremial que nuclea a los profesionales, con la adhesión e integración de equipos de elaboración de proyectos gremiales, de interés social o de compromiso público.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Cabe mencionar ainda, que ambos os Códigos de Ética Profissional apresentam Princípios Fundamentais similares, tendo o código paraguaio 10 princípios e o brasileiro 11, destaque para alguns deles:

Quadro 04: Princípios Fundamentais

Código de Ética Profissional – Brasil	Código de Ética Profissional - Paraguai
<ul style="list-style-type: none"> • IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; • V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; • VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; • VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2. <i>Consolidación y profundización de la democracia, propiciando la participación social y el acceso de las organizaciones de ciudadanos/as a la gestión democrática de las políticas públicas distributivas, compensatorias y generadoras de sociedad, fundada en la seguridad jurídica de la justicia social y la libertad como fundamentos éticos de la dignidad humana;</i> • 5. <i>Empeño en la eliminación de toda forma de prejuicio, autoritarismo, arbitrariedad, dogmatismo, tortura, violencia, incentivando el respeto a la diversidad, la participación de grupos socialmente discriminados y la inclusión de las diferencias en la intervención profesional de un trabajo social que tiene su fundamento en la emancipación humana;</i> • 6. <i>La responsabilidad irremplazable del Estado en la promoción de la justicia social, equidade e igualdad, defendiendo el carácter público, universal e integral de las políticas y programas sociales como generadoras y/o viabilizadoras de derechos.</i> • 9. <i>Los/as Trabajadores Sociales profesionales asumen en todos sus actos el compromiso por un proyecto profesional vinculado al proceso de construcción de un nuevo orden social, sin dominación, explotación de clase, etnia y género.</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Apesar de se apresentarem de maneira muito similar, tais legislações são reguladas por órgãos que não se assimilam, enquanto no Paraguai o MSPyBS é o responsável pela coordenação, fiscalização e regulamentação do

Trabajo Social conforme estabelece a Lei 6.220/2019, no Brasil a profissão é coordenada, regulamentada, fiscalizada pelo conjunto Cfess/Cress. Uma instância paraguaia que se assimila ao dito conjunto brasileiro é a APSSTS-PY, sobretudo ao Cress, porém com diversas discrepâncias, não sendo possível identificar com clareza o papel da instância, uma vez que o registro profissional, controle e fiscalização é realizado pelo MSPyBS.

Tanto no Brasil quanto no Paraguai foi criado um documento que direciona o trabalho dos/das assistentes sociais na saúde. No Brasil é intitulado Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde publicado em 2010 pelo Cfess, já no Paraguai é denominado Protocolo para *Atención de Trabajo Social en el Servicio de Salud* desenvolvido por *trabajadores/as sociales* do sistema de saúde e publicado pelo MSPyBS em 2020, ou seja, uma década de diferença entre os documentos.

Observa-se que os documentos possuem objetivos similares, a saber: “[...] tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 12), “*Orientar y articular las acciones del Trabajador Social como parte de un abordaje integral centrado en las personas y la comunidad*” (PARAGUAY, 2020, p. 07). Assim, visam orientar e direcionar a atuação dos profissionais nos diferentes níveis da saúde, reforçando suas atribuições, competências e funções nas equipes multiprofissional/interprofissional.

A partir da análise do protocolo paraguaio compreendemos que a atuação dos/das profissionais na saúde está muito mais enfocada na atenção especializada, apresentando pontualmente as atividades que devem ser desenvolvidas pelos trabalhadores em cada um dos cinco níveis, de forma padronizada e segmentada, ou seja, para cada nível são designadas ações diferentes que devem ser realizadas apenas naquele nível. Discrepante a isso, a cartilha brasileira aborda a intervenção de modo geral em todos os espaços de atuação dos/das profissionais no âmbito dos diferentes níveis da saúde direcionada por quatro eixos, nos quais o Cfess (2010) enfatiza que não devem ser entendidos de forma fragmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade.

Quadro 05: Eixos e Níveis de atuação na saúde

Eixos de atuação dos/das assistentes sociais brasileiro	Niveles de intervención del Trabajador Social en el ámbito de la salud
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento direto aos usuários • Mobilização, participação e controle social • Investigação, planejamento e gestão • Assessoria, qualificação e formação profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gerencial</i> • <i>Consulta Externa o Ambulatoria</i> • <i>Hospitalización</i> • <i>Urgencias</i> • <i>Regiones Sanitarias</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação às ações realizadas pelos assistentes sociais salientadas pelos documentos se mostram mais divergentes do que similares. Podemos analisar que as que mais se aproximam são as atividades realizadas no nível *Consulta Externa o Ambulatoria* e as do eixo Atendimento Direto aos Usuários.

Quadro 06: Atividades realizadas na área da saúde

Atendimento Direto aos Usuários	<i>Consulta Externa o Ambulatoria</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; 2. Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; 3. Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; 4. Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Realizar el estudio socio ambiental y se registra la información en formulario Nro. 2 Ficha de Atención Especializada de Trabajo social.</i> 2. <i>Identificar la demanda o necesidad del usuario.</i> 3. <i>Realizar un Plan de Intervención para dar respuesta a la demanda en base al diagnóstico y recursos disponibles en la red.</i> 4. <i>Realizar el Informe Social en el caso de derivación de los usuarios a otras instancias acompañado de otros documentos requeridos.</i> 5. <i>Realizar intervenciones socioeducativas en cuanto a sus derechos, y promocionales para la prevención, recuperación y conservación de salud.</i> 6. <i>Coordinar acciones de seguimiento con las USF según territorio o localidad, en base a protocolos según cada área y población – Referencia – contra referencia.</i> 7. <i>Realizar visita domiciliaria en los casos que lo ameritan para definir acciones en la intervención.</i>

<p>5. Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;</p> <p>6. Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.</p>	<p>8. <i>Realizar el estudio socio económico correspondiente para la evaluación de cada caso y si fuera necesario exonerar los gastos en el caso que tenga arancel algún servicio.</i></p>
---	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Apesar de o protocolo paraguaio mencionar a atuação dos/das profissionais na atenção básica, não é possível ter clareza se de fato os/as *trabajadores/as sociales* compõem as equipes das USF, inclusive destacado por Houdin-Gómez, Domínguez e Hraste (2020) o déficit de contratação de profissionais nesse nível da saúde, diferentemente do Brasil no qual os assistentes sociais atuam em todos os níveis de atenção. Além disso, não se tem clareza se a contratação dos/das *trabajadores/as sociales* para a atuação no âmbito da saúde paraguaia ocorra apenas pela União ou se os municípios possuem autonomia nas contratações, se é de responsabilidade do MSPyBS vincular esses/as profissionais, ou seja, como funciona as contratações nesse setor. Logo entendemos que isso pode contribuir para a falta de *trabajadores/as sociales* trabalhando na atenção básica de saúde do país.

A partir destes direcionamentos é possível compreender que no caso brasileiro a intervenção está pautada nos determinantes sociais que interferem no processo saúde doença analisados na sua totalidade. Já em relação ao caso paraguaio entendemos que a atuação dos/das *trabajadores/as sociales* ainda se aproxima dos moldes do que a Bravo (2014, p. [2.289]) denomina como Serviço Social Médico, no qual os “[...] os problemas eram tratados de forma personalizada, individualizada visando à reintegração do indivíduo. A prevenção foi enfatizada no aspecto individual, sendo o paciente responsável pela situação”.

Outra questão que pode também influenciar tanto para as similitudes quanto para as discrepâncias entre as profissões, podem estar relacionada à formação profissional uma vez que no Paraguai existem distintas propostas de formação profissional centradas e ou direcionadas para diferentes objetivos, perfil de formação e egresso que talvez não estejam voltadas a uma atuação nas expressões da questão social mediatizadas pelas políticas públicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As adversidades presentes em uma região fronteira desafiam constantemente a atuação de assistentes sociais nos seus variados campos de intervenção, sobretudo em um contexto adverso proporcionado pela crise sanitária, estudar e compreender os princípios e atribuições que regem o trabalho dos/das profissionais e a política de saúde torna-se essencial para a busca de estratégias de resolução dos determinantes sociais que atingem o processo saúde-doença dos usuários.

Este Trabalho de Conclusão de Curso teve como premissa a análise das similitudes e discrepâncias entre os princípios e atribuições que regem a atuação profissional de assistentes sociais no enfrentamento a pandemia do Covid-19 na política de saúde no Brasil e no Paraguai. Para tal análise foram elencados como objetivos específicos: compreender e apresentar a gênese do Serviço Social na saúde no Brasil e Paraguai; identificar e caracterizar a atuação do assistente social na saúde durante a pandemia do Covid-19 no Brasil e no Paraguai; identificar, descrever e apresentar as similitudes e discrepâncias dos princípios e atribuições que fundamentam e orientam a atuação profissional de assistentes sociais no enfrentamento à pandemia da Covid-19 na política de saúde no Brasil e no Paraguai, dos quais resultou em três capítulos.

Em relação ao primeiro objetivo específico o estudo evidenciou que a política saúde de ambos os países é garantida e prevista nas Cartas Magnas, sendo a do Brasil uma política pública mantida por recursos públicos enquanto no Paraguai a política de saúde é composta por um sistema misto, o qual é financiado e custeado por fundos públicos e privados. Também foi possível identificar e analisar diferenças quanto ao surgimento de tais sistemas de saúde, ao passo que o sistema brasileiro é fruto da luta da classe trabalhadora através da organização do Movimento de Reforma Sanitária que teve sua efervescência a partir dos anos 1970, que culminou na criação do SUS com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. Já o sistema de saúde paraguaio surge da necessidade gerada pelas guerras e doenças infecciosas que assolavam o país desde os primórdios dos anos 1990, porém vindo a se consolidar em 1992 com a aprovação da Constituição Nacional e sanção da *Ley nº 1.032* em 1996 que cria o *Sistema de Nacional de*

Salud.

Quanto às similitudes relacionadas aos sistemas de saúde constatou-se que nos dois países a saúde é coordenada pelos Ministérios da Saúde e esta estruturada em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, ou seja, está estruturada em redes de atenção conforme indicação da OPAS, possuindo princípios semelhantes como gratuidade, universalidade, integralidade, equidade e participação social. Posterior à realização da pesquisa pode-se afirmar que em ambos os países, as políticas de saúde ainda carece de efetivação perante o que prevê as legislações vigentes e o que se efetiva na prática, pois verifica-se impasses na garantia de cobertura universal, atendimento integral, fragmentação do sistema, entre outros, sobretudo no sistema paraguaio.

O estudo da política de saúde foi necessário para a compreensão da gênese do Serviço Social no Brasil e do *Trabajo Social* no Paraguai, uma vez que as origens das profissões está entrelaçada com a saúde. Identificamos que a profissão nos seus primórdios em ambos os países se constitui de maneira similar, com atuações paramédicas, caritativas, filantrópicas e assistencialistas, com postura conservadora, controladora e sobre forte ingerência da igreja católica, para a manutenção da reprodução de mão de obra, principalmente na área da saúde, já que ela influencia diretamente nas condições de vida e trabalho dos sujeitos.

No Brasil essa realidade creditada a profissão se altera após o movimento de renovação da profissão com a realização do III CBAS em 1979 e do desenvolvimento do projeto ético político nos anos 1990, com a atualização do Código de Ética Profissional – CEP e da Lei de Regulamentação em 1993, criação das diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - Abepss em 1996. Diferentemente no Paraguai essa situação permanece até final da década de 1980, quando se encerra o período ditatorial e a profissão adere o movimento de reconceituação, mas é somente nos anos 2000 que inicia a criação do direcionamento ético político, com a promulgação do Código de Ética em 2008 e a Lei de Regulamentação em 2019.

Os achados identificados em relação ao segundo objetivo específico da investigação que propunha, identificar e caracterizar a atuação do assistente social na saúde durante a pandemia do Covid-19 no Brasil e no Paraguai constatou-se que a crise sanitária atingiu de maneira similar os dois países, provocando

colapso nos sistemas de saúde, ainda que no Paraguai isso veio a ocorrer mais tardiamente em relação ao Brasil, sendo adotadas medidas simétricas para o enfrentamento da doença, como declaração imediata de estado de emergência, adoção das INFs, elaboração de planos de contingência, ampliação da comunicação com a população, aumento de recursos humanos. Notou-se também nos países recorte desse estudo, que a população mais atingida foi à classe trabalhadora e pessoas em situação de vulnerabilidade social, demonstrando a negligência dos governos com as políticas de assistência social, a política de saúde e o setor econômico, resultado da adoção de políticas neoliberais em ambos os países.

Constatou-se que nos países estudados a atuação dos/das assistentes sociais no âmbito da saúde se faz necessária uma vez que, os determinantes sociais que incidem sobre a vida dos sujeitos, tais, como as condições de vida, a inserção no mundo do trabalho e a precária reprodução da sua existência influenciam nas formas de adoecer e/ou estar saudável, e inclusive sendo reconhecida a determinação social do processo saúde doença pelas legislações dada a sua importância para a recuperação do enfermo. No caso do Brasil tal constatação pode ser evidenciado no art. 3º da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, e, no Paraguai no art. 10º do Código Sanitário nº 836/1980.

A intervenção dos assistentes sociais nos dois países é balizada por legislações próprias da profissão, a saber, Lei de Regulamentação, Código de Ética, legislações promulgadas pelos respectivos Ministérios da Saúde voltados para todas as profissões atuantes na área da saúde e no caso do Brasil pelo conjunto Cfess/Cress e demais documentos frutos da luta dos movimentos sociais da categoria, além de ser identificado que a profissão nos respectivos países possuem documento orientador específico para subsidiar a atuação na área da saúde. O documento produzido pelos/as *trabajadores/as Sociales* do Paraguai *Protocolo para Atención de Trabajo Social en el Servicio de Salud* publicado em 2020 pelo MPSyBS apresenta objetivos similares aos do Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde publicado em 2010 pelo Cfess.

No contexto brasileiro evidenciou-se que a atuação é direcionada por quatro eixos centrais: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional, que orientam as intervenções de assistentes sociais nos

diferentes níveis de complexidade em que organiza o Sistema Único de Saúde, atenção básica, especializada e alta complexidade. Averiguou-se que em relação ao Paraguai os cinco níveis balizadores: *gerencial; consulta externa o ambulatoria; hospitalización; urgencias; e regiones sanitárias*, possuem como foco a atuação na atenção especializada e de alta complexidade, não sendo possível identificar a inserção de assistentes sociais na atenção básica.

Outra questão de relevância que foi observada, é que os sistemas de saúde se estruturam de forma muito semelhante nos dois países, e nesse sentido os/as *trabajadores/as sociales* estão inseridos nas ações e serviços, nos diferentes níveis de complexidade, mas com destaque para a média e alta complexidade no Paraguai. Esse diferencial na esfera de atuação profissional pode de certa forma influenciar e condicionar a existência dessa vertente mais “psicologizante” da profissão, considerando que nesses níveis de complexidade se atua muito mais na doença, na assistência direta para a recuperação da saúde dos sujeitos que já se encontra debilitada do que propriamente na prevenção e promoção da saúde.

A pesquisa mostrou que apesar da enorme discrepância entre o período de criação de cada legislação, Lei nº 8.662/93 e Código de Ética de 1993 brasileiro e Lei nº 6.220/19 e Código de Ética paraguaio de 2008, as competências se mostraram mais similares do que divergentes. São apresentadas em ambas as legislações as competências: elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas sociais junto a órgãos públicos; a orientação de indivíduos e grupos para a garantia dos seus direitos; prestar apoio aos movimentos sociais na defesa dos direitos civis, políticos e sociais; realizar estudos socioeconômicos dos usuários, entre outros.

Em relação as atribuições, sobretudo as privativas, existe uma discrepância maior, enquanto no Código de Ética brasileiro são especificadas treze funções privativas do/da assistente social, dentre elas: Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; Assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação, sendo estas as que mais se aproximam das três e únicas apresentadas na Ley nº 6.220/19 do Paraguai: *Las*

relacionadas com la gestión directiva y académica de unidades de formación profesional de grado y postgrado, sean estas públicas, privadas o mixtas. Así mismo, las materias disciplinares que forman parte del curriculum del Trabajo Social serán ejercidas exclusivamente por los Trabajadores Sociales; Las relaciones con la emisión de informes socio económicos, socio ambientales, dictámenes y pericias técnicas de los sujetos, familias y comunidades usuárias de las políticas sociales; Las relacionadas com la consolidación de los objetivos de la entidad gremial que nuclea a los profesionales, con la adhesión e integración de equipos de elaboración de proyectos gremiales, de interés social o de compromiso público.

Quanto as demais atribuições privativas elencadas pelo Código de ética brasileiro, não são apresentadas funções similares em nenhum dos marcos normativos paraguaios analisados durante a pesquisa, sobretudo as que dizem respeito à fiscalização da atuação profissional no país, como são listados nos incisos XI e XIII do Código de Ética Profissional de 1993: Fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais e Ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional, respectivamente. Como já mencionado, o *Trabajo Social* não dispõe de órgão próprio fiscalizador ficando a cargo do *MSPyBS* tal responsabilidade, contudo não localiza-se nas legislações se essa fiscalização é realizada por *trabajadore/as sociales* vinculados ao *MSPyBS*.

Como resposta ao último objetivo, cerne deste trabalho, apurou-se que os/as assistentes sociais são profissionais capacitados para atuarem frente a situações de calamidades públicas, segundo as legislações que regulamentam a profissão tanto no Brasil quanto no Paraguai, e a categoria não fugiu a luta. No caso brasileiro os profissionais são considerados da área da saúde conforme indica a Resolução nº 218/1997 do CNS e foram convocados para trabalhar por meio da Portaria nº 639/2020. Em relação ao Paraguai os/as *trabajadores sociales* não são considerados profissionais da área da saúde, porém estiveram presentes na linha de frente no enfrentamento a Covid-19.

Essa atuação é direcionada pelos marcos normativo construído pelas entidades representativas da profissão e demais órgãos de cada país, Carta Magna, Código de Ética Profissional, Lei de Regulamentação, Política de Saúde, Protocolo/Parâmetros Para Atuação na Saúde etc.. Evidenciamos que tanto no

Brasil quanto no Paraguai há falta de entendimento das atribuições e competências dos/das assistentes sociais no âmbito da saúde, fato que dificulta as intervenções e relações com demais trabalhadores e gestores, situação que acarreta por vezes, a imposição de atividades que não fazem parte do rol do trabalho dos/das profissionais. Durante a crise sanitária essas atividades foram cobradas de forma exponenciada pelas instituições, por serem em determinados contextos entendidas como “novas” demandas. Essas demandas intituladas como novas tais como comunicado de óbitos, informações sobre quadro clínico dos usuários, questões administrativas, transferência de pacientes para outras unidades, cancelamento de consultas, cirurgias e outros procedimentos, entre outras, sempre estiveram presentes no cotidiano profissional anterior a pandemia, porém durante 2020 a 2022 foram apenas intensificadas.

O maior desafio para os assistentes sociais seja no Brasil ou no Paraguai no período compreendido como o da pandemia foi sem dúvidas, além é claro do risco de contaminação pela doença, a necessidade de constantemente ter que demarcar a posição que somos trabalhadores da saúde que atuam nos determinantes sociais que incidem sobre o processo saúde doença, e não como meros executores terminais de política sociais executando atividades técnicas, administrativas e voluntaristas.

No caso brasileiro evidenciamos que os/as profissionais lograram maior êxito em se impor e atuarem conforme as suas atribuições e competências previstas nas legislações balizadoras. Em discrepância a isso, não localizamos que os/as *trabajadores/as sociales* obtiveram sucesso quanto a isso, uma vez que os direcionamentos teóricos da atuação na área da saúde no Paraguai demonstram uma maior preocupação com a patologia das doenças e sua resolução individualizada e não com fatores sociais que interferem no processo saúde-doença, além de demonstrar que há certa “psicologização” ao realizar práticas tidas como terapêuticas nas intervenções.

O estudo nos permitiu analisar que existe uma larga discrepância entre a produção textual brasileira e a paraguaia sobre o exercício profissional da categoria profissional na área da saúde, não somente durante a pandemia, mas nas décadas que precederam a pandemia, essa escassez pode estar relacionada a jovialidade da profissão paraguaia que vem construindo a passos lentos seus

instrumentos jurídicos normativos. Observou-se que essa ausência de instrumentos jurídicos normativos de certo modo esta relacionado à inexistência de órgão regulador próprio do *Trabajo Social* correspondendo com o que a categoria tem no Brasil o conjunto Cfess/Cress.

Outra questão que pode estar influenciando o avanço do trabalhador social na área da saúde no país vizinho, é o processo de formação profissional uma vez que no Paraguai possui matrizes curriculares distintas e cada instituição de ensino tem autonomia para criar a sua, nesse sentido pode-se existir formação com ênfases diferenciadas que não a de atuação nas políticas sociais.

Quanto à direção ético-política das intervenções dos assistentes sociais na área de saúde pode-se dizer que a pesquisa não nos permitiu ter clareza quanto a um suposto achado, visto que nos documentos não foi possível localizar se os/as profissionais que estão a frente da gestão das entidades representativas na atual conjuntura no Paraguai, postulam, defendem e direcionam a intervenção dos assistentes sociais a partir de uma direção social crítica.

Apesar dessa diferença, os documentos normativos elaborados nos dois países, Código de Ética, Lei de Regulamentação e o Protocolo/Parâmetros para Atuação na Saúde, apresentam características similares nos objetivos, deveres, direitos, funções, competências e atribuições, ainda que na prática possam ser seguidos de maneira divergente. Em ambos os países, o Serviço Social através dos princípios fundamentais manifestados nos Códigos de Ética, defende a democratização dos serviços de saúde enquanto uma política pública, e ainda a ampliação e consolidação da cidadania, a promoção da justiça e equidade social que garanta o acesso universal aos usuários.

Conhecer e apresentar as similitudes e discrepâncias na atuação profissional dos/das assistentes sociais brasileiros e paraguaios neste trabalho, nos permitiu entender como uma profissão originada e fundamentada numa mesma direção se diverge de nação para nação, mesmo que tenha princípios balizadores semelhantes. E pensando na proposta da Unila de uma formação integralizada e que se localiza em uma região fronteira, compreender como a atuação profissional é direcionada nos países vizinhos, sobretudo Paraguai e Argentina, se faz necessário já que os estudantes desses países que retornem após a formação profissional encontrarão divergências nas normativas que orientam e direcionam a

intervenção profissional. E que ao ter clareza dessas diferenças proponham aproximações e contribuições entre as instituições de ensinos desses países a fim de centralizar uma formação pautada em uma direção social crítica.

Além disso, pode proporcionar novos estudos aprofundados na área que esclareçam como é *Trabajo Social* paraguaio na atuação dos/das profissionais na prática, no cotidiano, nas intervenções com os usuários, não só no âmbito da política de saúde, mas nas demais áreas em que se faz presente e assim ampliar as produções textuais sobre a profissão no país. E espera-se que também possa vir a contribuir futuramente para colaborações entre os profissionais dos municípios que dividem a fronteira em prol da elaboração, planejamento e ampliação de políticas públicas pautadas em uma única direção, que é a busca de uma sociedade mais justa e equitativa, eliminando as desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS

ALUM, Julia Noemí Mancuello; CABRAL-BEJARANO, María Stella. Sistema de Salud de Paraguay. **Revista Salud Pública Paraguay**, v. 1, n. 1, p: 13-25, 2011. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/965939/13-25.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

BARROCO, Maria Lúcia. Não Passarão! Ofensiva Neoconservadora e Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 623-636, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/Bfwfs35RRvrQbKwTX9DhnNc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10º ed. rev. e atual. – Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde e dá outras providências, Brasília, 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8142.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, Brasília, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 30 maio 2023.

BRASIL. **Saúde Brasil 2020/2021**: uma análise da situação de saúde diante da pandemia de covid-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/saude-brasil-2020-2021_situacao-de-saude-diante-da-covid-19.pdf/view. Acesso em 30 maio 2023.

BRASIL. **Portaria nº 639, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo — Profissionais da Saúde”. Diário Oficial da União, Brasília, 2 abr. 2020. Seção 1, p. 76. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/saude-639-2020.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: Regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1. Ed., 4 reimpressão, Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

BRAVO. Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos** [livro eletrônico] / Maria Inês Souza Bravo. 1. Ed. – São Paulo: Cortez, 2014. 1,9 MB; e-PUB.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil In: MOTA, Ana E. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional** / Ana Elizabete Mota... [et. al.], (orgs). – 4. Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: Elementos para o debate. In: MOTA, Ana E. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional** / Ana Elizabete Mota... [et. al.], (orgs). – 4. Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CABRAL-BEJARANO, María Stella *et al.* Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay, 2008-2017. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09242018>. Acesso em 28 abr. 2023.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. In: Encontro Nacional CFESS e CRESS, 36, 37. Brasília. Anais Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 18 mar. 2023.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parecer Jurídico nº 05/2020-E, de 24 de abril de 2020**. Dispõe sobre a ausência de equipamentos de proteção individual — EPI para assistentes sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2020b. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/Cfess-ParecerJuridico05-2020-E-EPI.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Orientação normativa nº 3/2020, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2020a. Disponível em <https://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Teletrabalho e teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2020c. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CORREIA, Maria Valéria C. ALVES, Pâmela Karoline L. Pandemia, desigualdade social, determinação social do processo saúde e doença: quem são os mais atingidos? In: Determinação social da saúde e enfrentamento da COVID-19: [recurso eletrônico] O lucro acima da vida. Aruã Silva de Lima, Maria Valéria Costa Correia (org.) – Maceió, AL: EDUFAL, 2021. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/8899?mode=full>. Acesso em 30 maio 2023.

CSSE. **COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)**, 2023. Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. Acesso em 17 jun. 2023.

FERNÁNDEZ-FRANCO, Aldo Isaac. **Cuando la crisis desborda: la gestión de la Covid-19 en Paraguay**. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Administración Pública y Políticas Públicas) – Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, Foz do Iguazú, 2022. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/6773/Cuando%20la%20Crisis%20Desborda%3A%20la%20Gesti%C3%B3n%20de%20la%20Covid-19%20en%20Paraguay?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 31 maio 2023.

FRENTE PELA VIDA. **Plano nacional de enfrentamento à pandemia da COVID-19**. 3º versão, 2020. Disponível em: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf. Acesso em: 30 maio 2023.

GAETE, Rubén. Financiamiento y sostenibilidad del fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud paraguayo para hacer frente al covid-19. **Academic Disclosure UNA FENOB**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 97–110, 2021. Disponível em: <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/1366>. Acesso em 04 jun. 2023.

GARCIA, Stella Mary. **Bases para um análisis del origen del Trabajo Social en Paraguay**. Base Investigaciones Sociales, Asunción, Paraguay, 1996. Disponível em: <https://www.baseis.org.py/wp-content/uploads/2014/03/1395155043.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2023.

GARCÍA, Carmen; VERA, Ada. Ejes para pensar la Matriz Histórico-Crítica en la formación del Trabajo Social en Paraguay. In: **Kera Yvoty: reflexiones sobre la cuestión social**. V.1, p. 31-42, 2016. Disponível em: <https://revistascientificas.una.py/index.php/kerayvoty/article/view/1021/1016>. Acesso em: 28 mar. 2023.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 2020. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200001. Acesso em: 30 maio 2023.

HARVEY, David. O neoliberalismo história e implicações. **Editora Loyola**, São Paulo, 2008.

HOUDIN-GÓMEZ, Celeste M.; DOMINGUEZ, Lilian; HRACTA, Mirka. Trabajo Social en Paraguay: intervenciones ante la crisis sanitaria. **Academic Disclosure UNA FENOB**, 2º ed. 2020. Disponível em:

<https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/download/109/109/214>. Acesso em: 30 nov. 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica** – 41. Ed. – São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 40 anos da “virada” do Serviço Social no Brasil: história, atualidade e desafios. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 1-20, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/30303>. Acesso em: 05 maio 2022.

MANRIQUE CASTRO, Manuel. **História do serviço social na América Latina**. tradução de José Paulo Netto e Balkys Villalobos. – 12. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

MAZZOLENI-INSFRAN, Julio. Salud pública en tiempos de COVID-19 en Paraguay, marzo 2020/2021. **Revista Salud Publica Paraguay**. v. 11 n.º 01, jan./jun. 2021. Disponível em: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492021000100001. Acesso em: 31 maio 2023.

MATOS, Maurílio Castro. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. – 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2017.

MATOS, Maurílio Castro. (Des) informação nos serviços de saúde em tempos da pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de assistentes sociais. **Revista Em Pauta** - Rio de Janeiro, n. 48, v. 19, p. 124-138, 2º semestre de 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/60300>. Acesso em 12 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acesso à Informação – Institucional**, [2022a]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 22 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**, 2022b. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496>. Acesso em: 22 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19**. Centro de operações de emergências em saúde pública –COE – COVID19. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/livreto-plano-de-contingencia-espin-coe-26-novembro-2020>. Acesso em: 30 maio 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus Covid-19. 1. ed. Brasília: **Secretaria de Vigilância em Saúde**, 2020. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/manejo_corpos_coronavirus_vers_ao1_25mar20_rev3.pdf. Acesso em: 20 jul. 2023.

MINISTERIO DE SALU PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. **Noticias**: Trabajo Social: um servicio humano y necesario en establecimientos de salud. Ministerio De Salu Pública Y Bienestar Social, 2022. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/25714/trabajo-social-un-servicio-humano-y-necesario-en-establecimientos-de-salud.html>. Acesso em: 20 jul. 2023.

MOTA, Ana Elizabete; RODRIGUES, Mavi. Legado do *Congresso da Virada* em tempos de conservadorismo reacionário. **Revista Katál**, Florianópolis, v. 23, p. 199-212, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/c3GHp8JjbZ9hqfc3q3YY8GP/?lang=pt> Acesso em: 22 mar. 2023.

NERI, Filipe Silva; TORRES, Mabel Mascarenhas. Trabajo Social no Paraguai: os caminhos da formação profissional. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 22, n. 1, p. 97-122, jan./jun. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/37065>. Acesso em: 30 nov. 2022.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 15. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde (World Health Organization). **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**, 2023. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 07 jun. 2023.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **La renovación de la Atención Primaria de Salud n las Américas**: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2007. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660>. Acesso em: 20 out. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: **EDUFBA**; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em 23 abr. 2023.

PARAGUAY. **Constitución de la República del Paraguay**, Asunción, 1992. Disponível em:

https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/py_3054.pdf. Acesso em 28 abr. 2023.

PARAGUAY. **Manual de organización de los servicios de salud en el marco de las RIISS Paraguay**. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción, 2019a. Disponível em:

<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/17613e-ManualdeOrganizacinAprobadoORIGINAL.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2023.

PARAGUAY. **Ley Nº. 6220** – Del ejercicio profesional del Trabajo Social en el Paraguay, Asunción 2019b. Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/8922/ley-n-6220-regula-el-ejercicio-profesional-del-trabajo-social-en-paraguay>. Acesso em 09 abr. 2023.

PARAGUAY. **Ley Nº. 1032** – Que crea el Sistema Nacional de Salud, Asunción 1996. Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2484/ley-n-1032-crea-el-sistema-nacional-de-salud>. Acesso em: 27 abr. 2023.

PARAGUAY. **Ley nº 836**. De cogido sanitario. Asunción, 1980. Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2399/ley-n-836-codigo-sanitario>. Acesso em: 04 jun. 2023.

PARAGUAY. **Plan de respuesta nacional al eventual ingreso del coronavirus (COVID-19) v. 1**. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Asunción, 2020a. Disponível em:

<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/porta/adjunto/78806d-PlandeRespuestaNacionalaleventualingresodelCoronavirusV1.0.pdf>. Acesso em 04 jun. 2023.

PARAGUAY. **Política Nacional de Salud 2015-2030**. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción, 2015. Disponível em:

<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/porta/adjunto/9753ad-POLITICANACIONALDESALUD.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2023.

PARAGUAY. **Protocolo de atención de Trabajo Social en el servicio de salud**. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 1º ed, 2020b. Disponível em:

<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/porta/adjunto/08c825-PROTOCOLODEATENCIONDETRABAJOSOCIAL.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.

PARAGUAY. **Proyecto de Ley**: que establece medidas de protección integral por parte del Estado paraguayp, seguro de vida y beneficios para el personal de salud, durante la pandemia del covid-19 o coronavirus. Congreso Nacional. Honorable Cámara de Diputados, Asunción, 2020c. Disponível em:

<http://odd.senado.gov.py/archivos/file/MHCD%20Nro%201034.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

ROJAS, María Elena Ramírez de. **La salud en tiempos de Stronessner 1954-1989**. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción, 2022. Disponível em:

<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/porta/adjunto/a354cf-LasaludentiempodeStroessner19541989.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SILVEIRA, Claudia Vera da; SILVEIRA, Giovane Silveira da. Algumas considerações sobre as políticas públicas na área da saúde na república do Paraguai no período de 2003-2015. **VI EIGEDIN** - Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação: Novas dinâmicas da sociedade: desafios e soluções, edição online, 2022. Disponível em: <https://desafioonline.ufms.br/index.php/EIGEDIN/article/download/17342/11967/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. In: **Métodos de Pesquisa**. Organizado por Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Acesso em: 20 ago. 2023.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. Livro eletrônico, 1º Ed. São Paulo: Cortez, 2013. Disponível em: [https://www.ufrb.edu.br/ccaab/images/AEPE/Divulga%C3%A7%C3%A3o/LIVROS/Metodologia do Trabalho Cient%C3%ADfico - 1%C2%AA Edi%C3%A7%C3%A3o - Antonio Joaquim Severino - 2014.pdf](https://www.ufrb.edu.br/ccaab/images/AEPE/Divulga%C3%A7%C3%A3o/LIVROS/Metodologia%20do%20Trabalho%20Cient%C3%ADfico%20-%201%C2%AA%20Edi%C3%A7%C3%A3o%20-%20Antonio%20Joaquim%20Severino%20-%202014.pdf). Acesso em 20 ago. 2023.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Revista Serviço Social e Sociedade** – São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS>. Acesso em: 10 jul. 2023.

TAJRA, Alex. Todos nós vamos morrer um dia: veja fala de Bolsonaro sobre o coronavírus. **UOL Notícias** –São Paulo, 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/01/todos-nos-vamos-morrer-um-dia-as-frases-de-bolsonaro-durante-a-pandemia.htm>. Acesso em: 30 maio 2023.

VARGAS, Manuel; PISTILLI, Mónica. **Breve História del Trabajo Social en el Paraguay**. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción, 2016. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/dc9695-BreveHistoriadelTrabajoSocialenParaguay.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2023.

