



SERVIÇO SOCIAL E DOR SOCIAL: VULNERABILIDADES E INVISIBILIDADES

SOCIAL WORK AND SOCIAL PAIN: VULNERABILITIES AND FORMS OF INVISIBILITY

TRABAJO SOCIAL Y DOLOR SOCIAL: VULNERABILIDADES E INVISIBILIDADES

Andrea Frossard¹

e757896

<https://doi.org/10.47820/recima21.v7i5.7896>

PUBLICADO: 05/2026

RESUMO

O estudo analisa a intervenção do Serviço Social nos cuidados paliativos diante da dor social nas periferias. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica e documental, fundamentada no método crítico-dialético. A análise ampara-se em normativas de saúde e indicadores socioestatísticos. A investigação desvela como a negligência estatal e o racismo estrutural produzem uma cidadania meramente formal e a desbiografização dos sujeitos. Conclui-se que a práxis profissional deve atuar como uma tecnologia de reconhecimento, transmutando o silêncio político em reivindicação de direitos e resistência à necropolítica.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Cuidados Paliativos. Dor Social. Tecnologia de Reconhecimento.

ABSTRACT

This study analyzes the intervention of Social Work in palliative care when facing social pain in peripheral areas. It is qualitative research of a bibliographic and documentary nature, grounded in the critical-dialectical method. The analysis is supported by health regulations and socio-statistical indicators. The investigation reveals how state negligence and structural racism produce a merely formal citizenship and the debiographization of subjects. It concludes that professional praxis must act as a technology of recognition, transmuting political silence into the claim for rights and resistance against necropolitics.

KEYWORDS: Social Work. Palliative Care. Social Pain. Technology of Recognition.

RESUMEN

El estudio analiza la intervención del Trabajo Social en los cuidados paliativos frente al dolor social en las periferias. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter bibliográfico y documental, fundamentada en el método crítico-dialéctico. El análisis se apoya en normativas de salud e indicadores socioestadísticos. La investigación revela cómo la negligencia estatal y el racismo estructural producen una ciudadanía meramente formal y la desbiografización de los sujetos. Se concluye que la praxis profesional debe actuar como una tecnología de reconocimiento, transmutando el silencio político en reivindicación de derechos y resistencia a la necropolítica.

PALABRAS CLAVE: Trabajo Social. Cuidados Paliativos. Dolor Social. Tecnología de Reconocimiento.

¹ Assistente Social. Mestre e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina. Instituto Nacional de Câncer- RJ.



INTRODUÇÃO

A presente investigação emana da particularidade do exercício profissional no Instituto Nacional de Câncer (Inca), centro de referência oncológica de âmbito federal situado na região metropolitana do Rio de Janeiro. Neste cenário, a intervenção do Serviço Social confronta-se com as expressões mais agudas da questão social: o perfil dos usuários revela uma trajetória marcada por itinerários terapêuticos interrompidos, onde o diagnóstico tardio de câncer é, frequentemente, o desfecho de um ciclo de exclusões (Soares; Frossard; Fonseca, 2024).

O *locus* desta pesquisa são os territórios sob regime de exceção informal da Baixada Fluminense e das zonas norte e oeste da capital — áreas onde a necrogeografia se manifesta na interrupção de fluxos de cuidado por conflitos territoriais e na ausência de redes de suporte paliativo na atenção básica (Mbembe, 2018).

Historicamente, o modelo biomédico hegemônico tendeu a reduzir a saúde à ausência de doença, negligenciando a subjetividade e o contexto de classe. Ao deslocar o olhar para a determinação social da saúde, compreende-se que a dignidade humana é um dever ético que deve atravessar todo o ciclo vital, incluindo o processo de morrer (Buss, 2020; Castiel, 2020). Assim, o objeto deste estudo é a dor social produzida pela lacuna entre o direito constitucional e a cidadania meramente formal vivenciada por cidadãos cujas biografias são obscurecidas pelo racismo estrutural e pela seletividade do morrer nas periferias brasileiras [1].

O estudo objetiva analisar a intervenção do Serviço Social nos cuidados paliativos como estratégia de enfrentamento à dor social, fundamentando-se na salvaguarda da dignidade humana (BRASIL, 1993; Abramides, 2019). Indaga-se: de que maneira a intervenção profissional pode atuar como uma tecnologia de reconhecimento capaz de romper as camadas de invisibilidade produzidas pela negligência estrutural sobre o morrer nas periferias?

Ao desvelar as contradições entre o direito formal e a negligência real, busca-se situar a intervenção do assistente social como uma práxis política e mediadora (Pontes, 2018). Esta práxis deve ser capaz de transfigurar o silêncio imposto pela vulnerabilidade comunicativa em um ato de resistência, enfrentando a linguagem burocrática e o tecnicismo que operam como braços da negligência, impondo um iletramento institucional que impede o cidadão de decifrar seus próprios direitos.

A intervenção do Serviço Social nos cuidados paliativos é aqui operacionalizada como uma tecnologia de reconhecimento (Honneth, 2009). Esta categoria não se limita ao suporte assistencial, mas constitui uma mediação técnico-operativa que identifica e valida a trajetória do



sujeito de direito frente às omissões institucionais. Ao fundamentar-se na gramática moral do reconhecimento, tal tecnologia permite converter o silêncio imposto pela vulnerabilidade em reivindicação de direitos e resistência política.

Para conferir inteligibilidade a esse cenário, opera-se com o conceito de necrogeografia, que ressignifica a categoria de território usado de Milton Santos (1996) à luz da gestão estatal seletiva do espaço (Foucault, 2010). Essa dinâmica produz invisibilidades territoriais que podem comprometer o acesso equânime ao alívio do sofrimento e aos cuidados paliativos. Nesse sentido, defende-se que o Serviço Social atue de forma analítica e propositiva frente às omissões institucionais, consolidando a intervenção profissional como uma tecnologia de reparação e afirmação da dignidade humana no âmbito das políticas de saúde pública.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente investigação caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, com delineamento bibliográfico e documental, fundamentada no método crítico-dialético. Utiliza-se a categoria da totalidade como princípio orientador, o que permite apreender o objeto de estudo — os cuidados paliativos e a mortalidade nas periferias — não como um fenômeno isolado, mas como síntese de múltiplas determinações inseridas na dinâmica das desigualdades estruturais da sociedade capitalista.

2.1. Universo documental e delimitação da amostra

O *corpus* analítico foi constituído por normativas federais, documentos técnicos e indicadores socioestatísticos publicados entre 2010 e 2024, recorte temporal que se justifica pela necessidade de analisar a evolução das políticas públicas de saúde e o agravamento das expressões da questão social na última década, incluindo os impactos da crise sanitária recente. A seleção da amostra obedeceu a rigorosos critérios de seletividade para garantir a aderência ao objeto, estabelecendo-se como parâmetros de inclusão a tipologia documental centrada em normativas federais — como leis, portarias e resoluções — e indicadores oficiais provenientes do IBGE, SINALID, Ministério da Saúde e da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

No plano temático, a investigação restringiu-se a documentos que abordassem diretrizes de cuidados paliativos, saúde da população negra e indicadores de mortalidade por causas evitáveis, infantis e externas. Por fim, a delimitação metodológica exigiu a seleção de dados que permitissem a desagregação pela variável raça/cor (populações preta, parda e branca) e que tivessem como recorte territorial e foco analítico a Região Metropolitana do Rio de Janeiro.



Inversamente, adotaram-se como critérios de exclusão: materiais publicados fora do recorte temporal delimitado; indicadores estatísticos com índices de subnotificação superiores a 50% na variável raça/cor; e documentos de natureza puramente opinativa ou jornalística que carecessem de fundamentação técnica ou normativa.

2.2. Recorte empírico e justificativa territorial

O estudo delimitou-se à realidade socioterritorial da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A escolha desta área fundamenta-se na categoria de território usado de Milton Santos (2004), que concebe o espaço como resultado de disputas sociais e da organização do poder. Tal recorte é estratégico para evidenciar como as profundas desigualdades estruturais do território condicionam o acesso diferenciado a tecnologias de saúde e a medicamentos controlados necessários à palição.

2.3. Procedimentos de Tratamento e Análise

A análise documental foi conduzida de forma sistemática, superando a dimensão descritiva por meio de três etapas operacionais integradas. Inicialmente, realizou-se o inventário e a triagem das fontes, compreendendo o levantamento e a pré-análise fundamentada nos critérios de inclusão e na relevância temática. Em seguida, procedeu-se à categorização temática para organizar as informações

em eixos analíticos centrais, focados no racismo institucional na finitude, nas barreiras territoriais de acesso e na gestão biopolítica da morte. Por fim, a operacionalização das categorias consolidou-se através do confronto dialético entre a empiria, representada pelos dados quantitativos, e o suporte teórico-metodológico de autores como Bourdieu, Foucault, Santos, Han e Butler. Esse procedimento permitiu identificar as mediações entre a estrutura social e as práticas institucionais que naturalizam o sofrimento, garantindo a densidade crítica necessária à pesquisa.

2.4. Limites da pesquisa e aspectos éticos

Reconhecem-se as limitações inerentes ao uso de fontes secundárias e à ausência de dados qualitativos primários. Para mitigar tais lacunas, utilizou-se o pluralismo analítico (Netto, 2018), promovendo a triangulação entre fontes oficiais e a fundamentação teórica consistente. Por utilizar exclusivamente dados de acesso público e sem a identificação de sujeitos, o estudo dispensa submissão ao sistema CEP/CONEP, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, mantendo o compromisso ético com a fidedignidade



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. A dor social e as camadas de invisibilidade na periferia

Esclarece-se que o conceito de Dor Total, formulado por Cicely Saunders (1989, 2006), é o pilar dos cuidados paliativos por abarcar as dimensões física, emocional, espiritual e social do sofrimento. Essa abordagem holística demanda a atuação de equipes interdisciplinares para assegurar a dignidade e a autonomia do paciente (Frossard et al., 2020; Frossard, 2016). Contudo, a aplicação atemporal dos ensinamentos de Saunders — que preconizam o respeito à biografia e à subjetividade — encontra barreiras severas quando confrontada com a realidade das periferias brasileiras.

Tabela 1. Indicadores de desigualdade racial na mortalidade e acesso à saúde (Brasil)

Indicador de Vulnerabilidade	População Branca	População Preta ou Parda	Razão de Desigualdade
Mortalidade por Causas Evitáveis ¹	100,0	131,0	+ 31,0%
Mortalidade Infantil (Causas Evitáveis) ²	10,5	13,8	1,3 vez maior
Óbitos por Causas Externas (Violência) ³	14,7	43,1	2,9 vezes maior
Acesso a Opioides e Tecnologia ⁴	Médio/Alto	Baixo/Restrito	Seletividade Técnica

Fonte: Elaboração própria com base em: ¹IBGE (2021); ²Ministério da Saúde/SVS (2022); ³SINALID/CNMP (2024); ⁴Portela e Modena (2018), ANCP (2022).

Nota Metodológica: Valores obtidos via variação percentual relativa $\$V = [(V_{\text{final}} - V_{\text{inicial}}) / V_{\text{inicial}}] \times 100\%$ e razão simples.

A Tabela 1 sistematiza disparidades que materializam a desigualdade na gestão da vida e da morte. Ao observar que a população preta e parda apresenta uma exposição 31% superior a desfechos letais evitáveis, os dados sugerem que a ausência de infraestrutura não é acidental: essa seletividade técnica opera como um filtro burocrático. É importante notar, contudo, os limites inferenciais desta análise: a comparação entre bases (IBGE, MS/SVS e SINALID) exige cautela devido às variações no preenchimento do quesito raça/cor, o que pode subestimar a real magnitude do abismo socioestatístico apresentado.



A análise dos indicadores e das normativas revela que a materialização da dor social (Saunders, 1989) nas periferias brasileiras é obstaculizada por determinantes sociais que transfiguram o sofrimento biológico em uma expressão da questão social. Os achados sugerem que o território não atua apenas como cenário, mas como agente estruturante da desigualdade no acesso ao alívio do sofrimento. A análise documental permitiu inferir que a finitude nas margens é mediada por um habitus institucional que converte a violação de direitos em uma "necessidade feita virtude" (Bourdieu, 2007). Ao cruzar os dados de mortalidade evitável com a teoria das vidas enlutáveis de Butler (2019b), observa-se que o Estado, ao negar o suporte infraestrutural básico na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, produz existências cuja perda não é politicamente reconhecida.

Os indicadores de desigualdade observados na Região Metropolitana do Rio de Janeiro não são fenômenos isolados, mas expressões locais de uma tendência global discutida no artigo: *The Human Crisis in Cancer: a Lancet Oncology Commission* (Rodin *et al.*, 2025). O trabalho sustenta que a crise no cuidado oncológico transcende o limite biológico, configurando-se como uma falha sistêmica de humanidade em que o alívio do sofrimento é distribuído de forma desigual. No contexto brasileiro, essa crise de humanidade é mediada pela seletividade técnica (Testa, 1995), onde a escassez de recursos é administrada para priorizar determinados corpos em detrimento de outros, convertendo o território periférico em uma zona de desassistência programado.

Dessa forma, a análise documental e os dados da Tabela 1 convergem para a tese de que a necrogeografia do cuidado no Rio de Janeiro é o braço operacional de uma tanatopolítica que atua em duas frentes: na falta de transparência dos indicadores de acesso (invisibilidade em vida) e no apagamento biográfico (indigência na morte).

A correlação entre o desabastecimento de opioides e a maior mortalidade evitável em populações negras confirma que o Estado, ao omitir o suporte infraestrutural básico, exerce uma gestão biopolítica que define quais vidas são passíveis de reconhecimento e luto (Butler, 2019a).

Portanto, desvelar essas camadas — da negligência territorial ao silenciamento institucional — é premissa para que a finitude seja compreendida como um campo de disputa por dignidade. O chamado da *Lancet Oncology* (Rodin *et al.*, 2025), por uma abordagem humanizada ressoa, no âmbito local, como uma urgência política para o Serviço Social e as equipes de saúde.

O apagamento da individualidade atinge seu ápice na gestão dos não reclamados. O registro de sujeitos enterrados em valas numeradas, mesmo portando documentação (Souza, 2020), materializa o que se denomina aqui como necrogeografia do cuidado: o espaço do



sepultamento deixa de ser um marco biográfico para tornar-se o registro final da exclusão. Essa dinâmica é potencializada pelo isolamento digital (Han, 2017), onde algoritmos de visibilidade higienizam o real (Silva, 2022), confinando a dor periférica a bolhas de irrelevância social. A morte periférica torna-se um ruído negativo descartado pelo enxame digital (Han, 2018), impedindo que a finitude precarizada alcance o status de questão pública.

A compreensão da dor social nesses territórios exige o desvelamento do espaço não como cenário passivo, mas como agente estruturador da desigualdade. Como aponta Milton Santos (1996), o espaço é uma instância social; nas zonas de descarte urbano, a precariedade habitacional e a ausência de saneamento tornam-se extensões da fragilidade biológica. Emerge, assim, uma geografia da negligência, onde a distância física dos centros de saúde transfigura-se em distância política (Floriani; Schramm, 2004). A dor, nesse contexto, deixa de ser um evento fisiológico isolado para tornar-se uma síntese das expropriações de classe.

Enquanto, a esfera digital opera essa higienização estética da dor, a gestão da morte no território físico revela o lado cruel da negligência estrutural. Como reportado por Souza (2020), o apagamento da individualidade é institucionalizado por meio das categorias de desconhecidos e não reclamados. Mesmo portando documentos, esses cidadãos são convertidos em números em quadras gerais de cemitérios como o de Vila Formosa e Perus. Essa transfiguração do cidadão em indigente é o ponto máximo da mudez política: é o Estado retirando do sujeito não apenas o direito à vida e ao alívio da dor, mas o próprio direito à memória e à biografia (Saunders, 1989, 2006).

O relato é contundente:

Mesmo aqueles que possuem RG no bolso são enterrados em valas numeradas, que apagam qualquer traço de individualidade. Nas quadras gerais que recebem 'indigentes', não há flores ou lápides, nem familiares visitando. Quem são essas pessoas e o que aconteceu para que fossem enterradas como números?" (Souza, 2020).

A partir dos achados infere-se que a finitude nas margens exige a apreensão do território usado (Santos, 1996): o resultado da indissociabilidade entre sistemas de objetos (infraestrutura) e sistemas de ações (políticas). Nas periferias, as redes de cuidado são deliberadamente esgarçadas, criando zonas onde o suporte psicossocial raramente atravessa as barricadas — fronteiras físicas e simbólicas onde o Estado de Direito termina e a negligência vira regra (Soares; Frossard; Fonseca, 2024). Essa lógica é corroborada pela demonstração de seletividade do Sistema Nacional de Localização e Identificação de Desaparecidos (Brasil, 2024), ao evidenciar que a gestão da escassez opera tanto no abandono em vida quanto no apagamento na morte.



Essa estrutura reflete-se na dificuldade de acesso a medicamentos controlados, como a morfina, agravada pelo estigma e por barreiras logísticas em territórios de conflito. Dados do IBGE (2021) corroboram essa seletividade: a taxa de mortalidade por causas evitáveis entre pessoas pretas ou pardas é até 31% superior à da população branca. Concomitantemente, o acesso a opioides no país é drasticamente inferior ao necessário, criando um funil que exclui severamente as margens (Portela; Modena, 2018, ANCP, 2022).

A práxis do Serviço Social, em seu papel de mediador, deve mobilizar tecnologias leves (Merhy, 2014) para transfigurar o território de descarte em um espaço de afirmação humana, garantindo que o direito à memória prevaleça sobre a seletividade do esquecimento. Dessa constatação emerge a urgência de uma intervenção capaz de reclamar essas existências (Franco, 2021).

No âmbito da práxis do Serviço Social, identificar essas zonas de descarte torna-se crucial para confrontar uma tanatopolítica institucional que transita da omissão à gestão ativa da morte. Se para Kniffen (1967) o espaço do sepultamento era originalmente um mapa da identidade de um povo, nas periferias do capital opera-se uma inversão perversa: o túmulo deixa de ser um monumento à biografia para tornar-se o registro do apagamento. Aqui, a necrogeografia revela-se na própria gestão estatal do espaço, que exerce uma seletividade tanatopolítica. Nessa lógica, o Estado opera uma violência que submete a dignidade humana ao cálculo do custo-benefício, burocratizando a finitude para que o abandono das classes espoliadas sirva à própria reprodução do capital.

Desse modo, no exato ponto onde a engrenagem institucional silencia o sujeito de direito sob o fetiche da técnica e a brutalidade do descarte, o profissional intervém para resgatar a historicidade do cidadão, rompendo com a indiferença na gestão do cuidado e reafirmando o Projeto Ético-Político.

3.2. O Serviço Social nos Cuidados Paliativos: Práxis e Resistência

No vernáculo da língua portuguesa, o verbo reconhecer transcende o ato cognitivo para instaurar um efeito jurídico e ético: o de admitir como verdadeiro. No âmbito da intervenção profissional, pensar o Serviço Social como uma tecnologia de reconhecimento pressupõe o estabelecimento de uma relação dialógica com o cidadão, atuando como motor para o desvelamento de vulnerabilidades e invisibilidades historicamente produzidas (Honneth, 2009). Esta premissa é fundamental para a viabilização de políticas públicas efetivamente inclusivas. Aqui, a ação é identificada como uma tecnologia que se refere a um saber-fazer humano, relacional e emancipatório (Frossard, 2016; Soares; Frossard; Fonseca, 2024). A intervenção



profissional transcende a gestão administrativa, consolidando-se como um anteparo técnico-político capaz de romper o silenciamento das demandas sociais imposto pela lógica do capital (Montaño, 2015).

A consistência dessa tecnologia repousa na articulação entre as tecnologias leves (Merhy, 2014) e a atuação do assistente social em territórios vulnerabilizados. Ao operar no campo das relações, do vínculo e do acolhimento, o profissional mobiliza o “trabalho vivo em ato” para romper com a lógica das tecnologias duras e burocratizadas. Neste ponto, a perspectiva de Judith Butler (2019a) é basilar. O Estado opera por meio de molduras (*frames*) que determinam quais vidas são dignas de luto e proteção. No Rio de Janeiro, o jovem negro periférico, por exemplo, é frequentemente colocado fora dessa moldura de humanidade. O Serviço Social atua precisamente no reenquadramento: ao acolher a família e garantir o direito à finitude digna, o profissional afirma que aquela vida — antes invisível — é portadora de direitos e de um luto legítimo.

Importa salientar, que a atuação do Serviço Social no campo dos cuidados paliativos transcende a execução burocrática de protocolos institucionais. Ela se manifesta por meio da instrumentalidade, compreendida não como um conjunto de instrumentos técnicos, mas como a capacidade sociopolítica de converter intencionalidade em práxis transformadora (Guerra, 2018). O profissional opera como um mediador crítico que identifica as malhas da proteção social e do suporte familiar, buscando integrá-las. Esse cerzimento não é meramente assistencial; é um ato de resistência ética que recusa a conversão do cidadão em número e confronta a mudez imposta pela negligência estrutural, devolvendo ao cidadão sua biografia e dignidade no processo de finitude (Pontes, 2018; Martinelli, 2015).

Nesse sentido, a proposta do Serviço Social com base na dimensão técnico-operativa e política entende o processo de reparação fundamenta-se no princípio ético-político na intervenção direcionada a eliminação de todas as formas de preconceito, combatendo a invisibilidade produzida pela biopolítica que nega a dignidade no morrer (Brasil, 1993).

Desse modo, enquanto o conceito clássico de Dor Total (física, psicológica, espiritual e social) foca na experiência multidimensional do paciente à beira do leito, aqui avança-se ao politizar o componente social. Os cuidados paliativos são vistos como uma política pública e um direito humano, onde um dos papéis do assistente social é mobilizar a rede para minimizar a dor social que agrava o quadro clínico. Assim, por exemplo, demonstrar como o acesso a um benefício ou a garantia de um sepultamento digno são, na verdade, atos de insurgência contra o apagamento biográfico (Frossard et al., 2020).



Recorda-se que todas as pessoas necessitam de cuidados ao longo da vida, ainda que, em alguns momentos ou condições específicas em que haja maior dependência, essas necessidades sejam mais intensas, como aquelas relacionadas a doenças ou condições ameaçadoras da vida em que os cuidados paliativos estão indicados (BRASIL, 2024). Nessa perspectiva, a dor social não se resolve apenas com a equipe de saúde, mas com a articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), convertendo o cuidado em uma conquista política — em consonância com as políticas vigentes (Brasil, 2024, 2025).

Salienta-se, ainda, que essa arquitetura muitas vezes desmorona em territórios periféricos, onde a ineficiência operacional — exemplificada pelo descumprimento do prazo legal de 60 dias para biópsias — compromete a efetividade da saúde pública (Brasil, 2012). Esse cenário, contudo, ganha fôlego democrático com a recente aprovação em primeiro turno da Proposta de Emenda à Constituição- PEC 383/2017 (PEC do SUAS) em abril de 2026. Ao vincular 1% da receita corrente líquida da União à assistência social, cria-se o lastro material necessário para que a intersectorialidade SUS-SUAS transcenda o campo das intenções.

Assim, a tecnologia de reconhecimento, operada ativamente pela base da categoria profissional, pode ser traduzida em equipamentos públicos devidamente financiados e capazes de absorver as demandas para ofertar efetivamente tratamento de saúde integrado. Somado a isso, a digitalização compulsória de serviços como o 'Meu INSS' transfigura o dispositivo de agilidade em um mecanismo de expropriação da temporalidade vivida.

Para Han (2022), a arquitetura digital impõe uma transparência que pressupõe códigos inacessíveis ao iletramento institucional, substituindo a escuta qualificada por uma interface binária. Para o cidadão imerso na dor social de Saunders, a ausência de sinal ou o erro de carregamento constituem uma barreira biopolítica que suspende a proteção estatal, consolidando o que Judith Butler (2019, 2020) define como a moldura da não enlutabilidade: o corpo que não atravessa a tela do smartphone torna-se invisível ao sistema. De fato, a digitalização retira a mediação humana do assistente social no acolhimento inicial, substituindo a escuta qualificada por uma interface binária (Silva, 2022).

Nesse cenário de desterritorialização do direito, a operacionalização da tecnologia de reconhecimento pelo Serviço Social emerge como um ato de insurgência necessária. Entende-se, que a resistência não é um exercício retórico, mas o cumprimento do compromisso profissional com a autonomia e a liberdade dos usuários, contrapondo-se à mudez política imposta pelas instituições. Na prática, o assistente social no âmbito hospitalar, por exemplo, atua como o catalisador da rede de proteção, conectando a clínica ao território (Centro de Referência



de Assistência Social- CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social- CREAS).

Essa intersetorialidade traduz a dor social em demandas concretas, como a viabilização célere do BPC e do auxílio-funeral (Souza, 2020). Ao mobilizar o trabalho vivo em ato (Merhy, 2014) para hackear a omissão seletiva, a práxis profissional garante que a finitude não seja o último estágio de um apagamento iniciado pela falta de conexão, mas um campo de afirmação da dignidade humana frente à negligência do Estado. Importante enfatizar, que para o cidadão periférico, o erro de carregamento de um aplicativo ou a ausência de um pacote de dados não representam meros entraves técnicos; constituem uma barreira biopolítica que suspende a proteção estatal no momento de maior vulnerabilidade. A digitalização compulsória opera, assim, uma desterritorialização da assistência: retira-se o trabalho vivo em ato (Merhy, 2014) — o acolhimento presencial e a escuta qualificada do assistente social — e substitui-se pela frieza do processamento algorítmico.

Se a dor social nasce da negligência e da distância do Estado, a ética da presença é o antídoto que utiliza estratégias (incluindo as tecnológicas e as de gestão) para garantir que o paciente não morra na invisibilidade (Ayres, 2004). Enquanto a intervenção direta no território repara a desvalorização ontológica do cidadão, a atuação no Controle Social enfrenta a causa estrutural da negligência. O assistente social, ao ocupar conselhos e fóruns, atua como um catalisador que transforma a precariedade individual (Butler, 2019b) em pressão coletiva, exigindo que o Estado deixe de ser uma estrutura de omissão para se tornar, efetivamente, o garantidor da vida e da memória.

Nessa perspectiva, a práxis do Serviço Social encontra no Controle Social seu desdobramento estratégico e coletivo. Se a vulnerabilidade é a suspensão da proteção estatal, os espaços de controle democrático (Conselhos e Conferências) configuram-se como arenas de resistência onde a mudez política é rompida (Bravo, 2012). Compete ao assistente social, portanto, transmutar a tecnologia de reconhecimento do atendimento individual em estratégia política, subsidiando os movimentos sociais e os órgãos colegiados com a realidade efetiva dos territórios. Assim, o controle social deixa de ser apenas uma exigência burocrática para se tornar um campo que exige a materialização da norma, combatendo a seletividade do Estado e garantindo que o corpo periférico deixe de ser um não reclamado para tornar-se um sujeito de direitos e de memória.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou o distanciamento entre a norma legal e a prática concreta ao demonstrar que a cidadania de papel, nos termos de Dimenstein (1997), é o subproduto de uma negligência estrutural que converte direitos universais em privilégios inacessíveis. A investigação confirmou o potencial da intervenção do Serviço Social como uma ação de reconhecimento capaz de romper a invisibilidade produzida pela omissão estatal em relação à finitude nas periferias.

A síntese dos dados — articulada entre os indicadores de vulnerabilidade do IBGE, as notificações de desaparecimentos do SINALID e o perfil de causas evitáveis registrado pela Secretaria de Vigilância em Saúde - revelou que o território usado, categoria central de Milton Santos (1996, 2004), não é um mero receptáculo de carências, mas um quadro de vida onde as rugosidades sociais do passado e as verticais do presente se chocam, ditando quem tem direito ao alívio do sofrimento e quem é relegado ao abandono. A articulação entre os indicadores do IBGE e as ausências notificadas pelo SINALID permitiu uma síntese concreta da morte social: o perfil daquele que desaparece das redes de proteção é, quase sempre, o de pessoas vítimas de uma política de abandono e indiferença do Estado.

Neste horizonte, o diálogo transversal entre as mediações de Bourdieu, Foucault, Han e Butler permitiu desnaturalizar o sofrimento. Compreendeu-se que a desassistência no fim da vida não é uma fatalidade, mas uma tecnologia de poder que hierarquiza as existências. Enquanto o biopoder gere a utilidade dos corpos (Foucault, 1999), a sociedade do desempenho descarta o indivíduo exaurido (Han, 2017), e a violência simbólica naturaliza a precariedade de vidas que o sistema considera indignas de luto (Bourdieu, 2012).

Conclui-se, portanto, que a práxis profissional deve consolidar-se como uma intervenção técnico-política que transponha a barreira da cidadania abstrata para materializar direitos reais: a articulação intersetorial entre SUS e SUAS, a viabilização de benefícios emergenciais e o enfrentamento à exclusão digital compulsória. Desse modo, o Serviço Social retira a palição do campo meramente clínico, transformando-a em um imperativo ético. Superar a cidadania de papel, neste contexto, implica garantir que a finitude humana seja respeitada como um direito político e um ato de memória, assegurando que a proteção do Estado alcance o cidadão para além das barreiras burocráticas e opondo-se à mudez imposta pela negligência estrutural.



REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. **Projeto ético-político do Serviço Social Brasileiro**: ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2019.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Atlas-ANCP 2022**. [S. l.]: ANCP, 2022. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2026.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ: Abrasco, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2026.

BOURDIEU, Pierre. **A distinção**: crítica social do julgamento. Tradução de Daniela Kern e Guilherme J. F. Teixeira. Porto Alegre: Zouk, 2007.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. [Presidência da República]. **Decreto nº 12.562, de 23 de julho de 2025**. Regulamenta a Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024, que institui o Plano Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2025. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/d12562.htm. Acesso em: 17 mar. 2026.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 383, de 2017**. Altera o art. 204 da Constituição Federal, para estabelecer a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de assistência social. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idPropriedade=2146950>. Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. [Presidência da República]. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Brasília, DF: CFESS, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **SINALID**: Sistema Nacional de Localização e Identificação de Desaparecidos. Brasília, DF: CNMP, 2024. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/sinalid>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**: Mortalidade Infantil e Fetal por Causas Evitáveis no Brasil. Brasília, DF:



Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 215, 22 maio 2024. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.htm. Acesso em: 4 jan. 2026.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Tradução de Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019a.

BUTLER, Judith. **Sin miedo**: formas de resistencia a la violencia de hoy. Madrid: Taurus, 2020.

BUTLER, Judith. **Vida precária**: os poderes do luto e da violência. Tradução de Andreas Lieber. Belo Horizonte: Autêntica, 2019b.

CASTIEL, Luís David. Dédalo e os dédalos. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 83-100.

DIMENSTEIN, Gilberto. **O cidadão de papel**: a infância, o adolescente e os direitos humanos no Brasil. 13. ed. São Paulo: Ática, 1997.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados paliativos e atenção primária à saúde: uma abordagem ética diante do paciente avançado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-23, jan./fev. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9D6R6J9pPzV8KzKzLzLzL/>. Acesso em: 21 fev. 2026.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FRANCO, Maria Helena Pereira (org.). **O luto no século 21**: uma compreensão abrangente do fenômeno. São Paulo: Summus, 2021.

FROSSARD, Andrea. A natureza do Serviço Social nos cuidados paliativos: uma perspectiva crítica e dialética. **Princípios**, [São Paulo], v. 43, n. 171, p. 207-222, 2025. Disponível em: <https://revistaprincipios.emnuvens.com.br/principios/article/view/458>. Acesso em: 4 jan. 2026.



FROSSARD, Andrea. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 647-655, 2016. Edição Especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/rPmtKfgybLTXdJMTj9hZrvs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2026.

FROSSARD, Andrea *et al.* **Dor social e serviço social no contexto brasileiro**. Preprint, submetido em 5 ago. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1064/1534>. Acesso em: 4 jan. 2026.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

HAN, Byung-Chul. **Infocracia**: digitalização e a crise da democracia. Tradução de Lucas Machado. Petrópolis: Vozes, 2022.

HAN, Byung-Chul. **No exame**: perspectivas do digital. Tradução de Lucas Machado. Petrópolis: Vozes, 2018.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Paulo Giachini. 2. ed. ampl. Petrópolis: Vozes, 2017.

HONNETH, Axel. **A luta pelo reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. Tradução de Luiz Repa. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

KNIFFEN, Fred. Necrogeography in the United States. **Geographical Review**, [New York], v. 57, n. 3, p. 426-427, 1967. Disponível em: <https://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=Necrogeography+in+the+United+States>. Acesso em: 20 jan. 2026.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social**: identidade e alienação. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social**: um ensaio sobre sua gênese, a especificidade e sua reprodução. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e serviço social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

PORTELA, Fernanda Ribeiro; MODENA, Celina Maria. Pacientes com câncer avançado: o acesso aos opioides e demais medicamentos para controle da dor. **Revista Brasileira de**



Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 195-201, 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/79>. Acesso em: 21 fev. 2026.

RODIN, Gary *et al.* The human crisis in cancer: a Lancet Oncology Commission. **The Lancet Oncology**, [s. l.], v. 26, n. 12, p. e628-e670, dez. 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41192457/>. Acesso em: 12 fev. 2026.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova**: da crítica da Geografia a uma Geografia crítica. 6. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SAUNDERS, Cicely. **Cicely Saunders**: selected writings 1958-2004. Oxford: Oxford University Press, 2006.

SAUNDERS, Cicely. Pain and impending death. *In*: WALL, Patrick D.; MELZACK, Ronald. **Textbook of pain**. New York: Churchill Livingstone, 1989. p. 621-624.

SILVA, Tarcízio. **Racismo algorítmico**: inteligência artificial e discriminação nas redes digitais. São Paulo: Edições Sesc São Paulo, 2022.

SOARES, Daniela; FROSSARD, Andrea; FONSECA, Dolores. Intersetorialidade e cuidados paliativos: a experiência do Instituto Nacional de Câncer. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 147, n. 2, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/4r4WXw5jvKnHgGc8jyQVmpg/>. Acesso em: 12 fev. 2026.

SOUZA, Gisele Maria de. **Mortos sem nome**: a gestão da invisibilidade nos cemitérios de São Paulo. *Le Monde Diplomatique Brasil*, São Paulo, 14 jul. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/mortos-sem-nome-a-gestao-da-invisibilidade-nos-cemiterios-de-sao-paulo/>. Acesso em: 17 mar. 2026.

TESTA, Mário. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. Tradução de Giba Assis Brasil. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.