



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:  
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS  
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS  
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

**Eixo: Velhice e Processos de Envelhecimento**

**Rompimento e reconstrução de vínculos familiares no contexto do acolhimento institucional de idosos: a intervenção do assistente social.**

Daise Clenes da Silva Fernandes<sup>1</sup>  
Adinaura da Gama Ramos<sup>2</sup>

**Resumo:** O rompimento de vínculos familiares, fenômeno complexo e multidimensional que demanda a intervenção interdisciplinar do assistente social. Problema: como articular ações e políticas na reconstrução de vínculos familiares de idosos institucionalizados? Objetivo: analisar como o trabalho do assistente social se configura na defesa de direitos e na reconstrução de vínculos. Método: relato de exoexperiência com abordagem qualitativa e análise crítica de registros sobre isolamento compulsório e seus efeitos. Conclusões/resultados: a práxis do assistente social em contextos marcados por violações e no enfrentando de práticas institucionais que reproduzem estigma e desigualdade.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, saúde, vínculos familiares, institucionalização, assistente social

**Abstract:** The rupture of family ties, a complex and multidimensional phenomenon that demands the interdisciplinary intervention of the social worker. Problem: how to articulate actions and policies in the reconstruction of family ties of institutionalized elderly? Objective: to analyze how the work of the social worker is configured in the defense of rights and in the reconstruction of bonds. Method: report of experience with a qualitative approach and critical analysis of records on compulsory isolation and its effects. Conclusions/results: the praxis of the social worker in contexts marked by violations and in the face of institutional practices that reproduce stigma and inequality.

**Keywords:** Aging, health, family ties, institutionalization, social worker.

---

<sup>1</sup> Assistente Social e analista de suporte educacional, Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará, especialista em saúde pública. [daisefer24@gmail.com](mailto:daisefer24@gmail.com).

<sup>2</sup> Assistente Social, analista de gestão em pesquisa do Instituto Evandro Chagas/SVAS/MS, doutoranda em Ciências Sociais da UFPA (PPGDSTU/NAEA). [adinauracastro@gmail.com](mailto:adinauracastro@gmail.com).



## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o IBGE (2022) no Brasil 160.784 pessoas vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs. O rompimento de vínculos familiares envolve processos subjetivos, sociais, institucionais e jurídicos que atravessam a constituição da família e suas transformações ao longo do tempo. A pobreza, o desemprego e a falta de políticas públicas são fatores estruturais que fragilizam vínculos, sendo as rupturas, muitas vezes, estratégia de sobrevivência. Não menos importante, a violência doméstica e negligência está relacionada às causas do rompimento de vínculos.

No contexto contemporâneo, marcado por mobilidade, precarização e fragilização das redes de apoio, o rompimento de vínculos familiares tornou-se tema central nas ciências humanas e sociais. A família, enquanto instituição social, passou por profundas transformações ao longo da história como colocado por Durkheim (1893), “a família é um organismo vivo, que se modifica conforme as necessidades sociais”. Durkheim (1895) compreendia que “a solidariedade orgânica depende da estabilidade das instituições primárias, entre elas a família”; portanto, podemos afirmar que, o rompimento de vínculos é, antes de tudo, um fenômeno social.

No Brasil, o debate ganha relevância diante de situações como abandono, institucionalização de idosos, violência doméstica, dependência química, conflitos geracionais e rupturas motivadas por desigualdades socioeconômicas. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) reconhece que a ruptura de vínculos é expressão de vulnerabilidade social e demanda intervenção estatal.

O envelhecimento populacional brasileiro tem se intensificado de forma significativa nas últimas décadas e ocorre em meio a profundas desigualdades sociais e regionais, exigindo respostas cada vez mais complexas das políticas públicas e do sistema de proteção social. Na Amazônia Paraense, esse processo assume contornos particulares, marcados por trajetórias históricas de exclusão, estigmatização e violações de direitos, especialmente no que se refere às pessoas atingidas pela hanseníase e seus familiares, impondo novos desafios profissionais aos assistentes sociais.

Diante destas considerações, ressalta-se que o presente artigo questiona como articular ações e políticas na reconstrução de vínculos familiares de idosos institucionalizados? Sendo o principal objetivo do estudo analisar como o trabalho do assistente social se configura na defesa de direitos e na reconstrução de vínculos familiares, seguido de objetivos específicos.

Os procedimentos metodológicos são inerentes ao relato de experiência, logo, estão ancorados na abordagem qualitativa, com análise crítica de registros históricos sobre isolamento compulsório e seus efeitos. Também buscou-se fundamentar as considerações em teóricos clássicos e contemporâneos que dialogam com a temática.

Por fim, pretem-se contribuir com as discussões acerca das políticas voltadas para a população idosa, portadores de hanseníase e institucionalizados.



## 2. O ISOLAMENTO COMPULSÓRIO DE IDOSOS PORTADORES DE HANSENÍASE

No Brasil, as ações estatais para enfrentamento da hanseníase datam do século XIX, sendo os doentes assistidos, paliativamente até então, por instituições religiosas ou deixados à própria sorte em situação de mendicância. A política de internação compulsória consolidou-se a partir da década de 1920, com a criação de hospitais-colônia em diversas regiões do país.

O isolamento compulsório de pessoas acometidas pela hanseníase constituiu-se, ao longo do século XX, como política oficial do Estado brasileiro, ancorada na ideologia eugenista, legitimada pelo discurso médico-sanitário e sustentada pelo medo social da doença. Dentro da lógica eugenista, a hanseníase passou a ser vista não apenas enquanto doença infectocontagiosa, mas como um marcador de inferioridade hereditária, pois acreditava-se que a transmissão da doença comprometia a “qualidade racial” da nação. Assim, o eugenismo ofereceu uma base ideológica para justificar o isolamento compulsório dos considerados “degenerados”.

O sanitarismo, por sua vez, inspirado em modelos higienistas europeus, enquadrou a hanseníase como grave problema de saúde pública que ameaçava o projeto de modernização nacional, sendo indicação dos médicos e autoridades brasileiras conter a doença por meio da exclusão dos enfermos do convívio social, sendo a internação em leprosários defendida como ato de proteção social, mesmo implicando em perda de direitos civis e estigmatização dos doentes.

O modelo dos hospitais-colônia, enquanto estratégia sanitária, com finalidade declarada de interromper a cadeia de transmissão da hanseníase, legitimou o afastamento forçado do convívio familiar e comunitário; essa medida, embora sustentada à época por argumentos biomédicos, produziu efeitos sociais, familiares e subjetivos profundamente violadores de direitos que resultou na desestruturação de vínculos afetivos e identitários.

A hanseníase, historicamente denominada “lepra”, esteve associada ao medo devido suas representações simbólicas de impureza, castigo e perigo moral; à desinformação e à exclusão social, produziu marcas que ultrapassaram o campo da saúde, incidindo profundamente sobre as trajetórias familiares e sociais das pessoas atingidas. O diagnóstico significava não apenas uma condição clínica, mas uma ruptura radical com a vida social anterior; a pessoa deixava de ser reconhecida por sua trajetória e passava a ser identificada exclusivamente pela doença. Conforme, Goffman (1988), o estigma transforma uma característica em marca depreciativa que reduz o indivíduo a uma identidade deteriorada. O estigma associado à hanseníase ultrapassou o campo biomédico, configurando-se como um marcador social de exclusão, preconceito e silenciamento.

A hanseníase está no rol das doenças socialmente determinadas e tropicais negligenciadas, sendo registrado no Panorama da Hanseníase no Brasil, publicado pelo Ministério da Saúde em 2021 que, o Brasil ocupa a segunda posição, com 18.318 casos da doença, sendo 92,4% dos diagnósticos nas Américas, fato que provavelmente está associado à



inclusão da doença na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública (portaria de consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017), a qual obriga os profissionais de saúde registrarem todos os casos identificados (Brasil, 2023, p. 7 - 8).

O ingresso nessas instituições ocorria, muitas vezes, de forma coercitiva, com apoio das autoridades sanitárias e policiais. Ao ser diagnosticado, o indivíduo era retirado compulsoriamente do convívio familiar, perdendo o direito à convivência cotidiana, ao exercício pleno da parentalidade e, em muitos casos, à administração de seus próprios bens. Embora o isolamento compulsório tenha sido oficialmente extinto na década de 1980, seus efeitos permanecem na trajetória de muitos idosos que hoje residem em abrigos, especialmente aqueles remanescentes das antigas colônias; a ruptura prolongada de vínculos familiares, o estigma persistente e a institucionalização prolongada configuram impactos que ultrapassam o período da internação.

A Constituição Federal de 1988 inaugura novo paradigma ao afirmar a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito. Posteriormente, o reconhecimento oficial das violações sofridas por pessoas submetidas ao isolamento compulsório resultou em medidas reparatórias, como a Lei nº 11.520/2007, que concede pensão especial às pessoas atingidas pela política de internação compulsória. Tal reconhecimento representa importante avanço, ainda que não apague as marcas subjetivas e sociais produzidas por décadas de segregação.

No contexto atual, discutir o isolamento compulsório nos hospitais-colônia é reconhecer que o rompimento de vínculos familiares vivenciado por muitos idosos institucionalizados não foi resultado de negligência individual, mas consequência direta de uma política pública excludente. Assim, a reconstrução de vínculos exige não apenas mediação familiar, mas também reconhecimento histórico das violações cometidas.

Para o Serviço Social, essa compreensão é fundamental. Conforme Iamamoto (2007), a profissão atua no enfrentamento das expressões da questão social, mediando direitos e políticas públicas. No caso dos remanescentes da hanseníase, o trabalho profissional implica reconhecer a dívida histórica do Estado, preservar a memória dessas trajetórias e promover ações que reafirmem dignidade, cidadania e pertencimento.

Portanto, os hospitais-colônia representam capítulo complexo da política sanitária brasileira, ao mesmo tempo em que buscavam responder a um problema de saúde pública, produziram exclusão, silenciamento e ruptura familiar. Analisar criticamente essa experiência histórica é condição essencial para que práticas contemporâneas de cuidado não reproduzam, sob novas formas, lógicas de segregação.

O Ministério da Saúde lançou em 2004 o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) estabelecendo novos critérios para o enfrentamento da doença.

Em novembro de 2002, o Ministério da Saúde lançou, o Plano Nacional de Mobilização e



Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e o Controle da Tuberculose no Brasil, que tem reunido os mais diversos segmentos sociais em torno destas doenças, bem como os gestores do Sistema Único de Saúde e os profissionais de saúde. Ao lado dessa intensa mobilização que vem sendo empreendida no País, soma-se a ratificação do compromisso do governo brasileiro, em janeiro de 2002, durante a reunião da Aliança Global para a Eliminação da Hanseníase, ocasião em que o Brasil assumiu a sua presidência (Brasil, 2002, p. 5).

### **3. IDOSOS COM HANSENÍASE E A REDE DE PROTEÇÃO DE SAÚDE**

A Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se na porta de entrada do usuário do SUS, sendo responsável pela prevenção e o tratamento das incapacidades físicas realizadas por meio de técnicas simples e, quando necessário, com encaminhamento para serviços especializados de reabilitação, incluindo cirurgias reparadoras. Essas ações integram diretrizes nacionais que orientam o cuidado integral e contínuo às pessoas com hanseníase.

A hanseníase, por ser doença de notificação compulsória, exige o uso de instrumentos oficiais como a Ficha de Notificação/Investigação e o Boletim de Acompanhamento do SINAN, fundamentais para monitoramento epidemiológico e planejamento das ações governamentais.

As políticas específicas à pessoa idosa estão ancoradas em marcos legais como a Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) que asseguram direitos sociais, acesso à saúde integral e prioridade no atendimento, normativas que orientam a organização da rede de atenção, reforçando a necessidade de articulação entre a atenção básica, a especializada, serviços hospitalares e sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico.

A diretriz estratégica da atenção integral da saúde do idoso é a atuação intersetorial, pois articula saúde, assistência social e direitos humanos; com destaque para as ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) previstas na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), como atenção domiciliar, centros dia, apoio a cuidadores, Centros Especializados em Reabilitação (CER) e qualificação das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

A PNAS e o SUAS estruturam ações de prevenção e reparação de vínculos, como PAIF (Proteção e Atendimento Integral à Família); PAEFI (Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos); acolhimento institucional e familiar. Com destaque neste estudo para os direitos sociais específicos das pessoas com hanseníase, incluindo acesso à informação, tratamento gratuito, reabilitação, benefícios previdenciários (como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez), Benefício de Prestação Continuada (BPC), isenções tributárias e proteção contra discriminação.

Para melhor visualização das políticas, segue o quadro 1:

**Quadro 1:** Rede de proteção à saúde do idoso com hanseníase

Eixo Macro	Constituição Federal/88	Direito à saúde - SUS Direito à Previdência e Assistência Social (Seguridade Social)
	Políticas Nacionais	Política Nacional do Idoso - 2003
		Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - 2006
		Política Nacional de Assistência Social - PNAS
		Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase - PNEH
		Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase – 2024 a 2030
		Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência - CER
	Sistema único de Saúde – SUS/ Rede de Atenção à Saúde - RAS	<p>Atenção Primária à Saúde</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estratégia Saúde da Família – ESF (busca ativa, diagnóstico precoce, notificação/SINAN, acompanhamento clínico e social do idoso);</li><li>2. Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF (Apoio matricial às equipes de ESF, trabalho interdisciplinar, grupos educativos, autocuidado, orientação à família);</li><li>3. Caderna de Saúde da Pessoa Idosa (Identificação de riscos, fragilidades, vulnerabilidades, registro de condições de saúde e suporte social);</li></ol> <p>Atenção Ambulatorial Especializada</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Serviço de Referência em Hanseníase (avaliação de casos complexos, manejo de reações e incapacidades);</li><li>2. Centro Especializado em Reabilitação – CER (Reabilitação física, visual, auditiva e intelectual), concessão de órtese e prótese e meios auxiliares de locomoção;</li></ol> <p>Atenção Hospitalar – Alta Complexidade</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Internação em casos de complicações graves;</li><li>2. Cirurgias preventivas e reparadoras;</li></ol> <p>Vigilância em Saúde</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. SINAN – Sistema de Notificação e acompanhamento de casos;</li><li>2. Monitoramento de indicadores epidemiológicos e operacionais;</li><li>3. Planejamento de ações de controle e eliminação</li></ol>



Eixo Específico	Linha de Cuidado do Idoso com Hanseníase	<p style="text-align: center;">Promoção e Prevenção</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Educação em Saúde (unidades básicas, escolas, grupos e comunidades);</li><li>2. Vacinação de contatos (BCG);</li><li>3. Busca ativa de casos e contatos (familiares, vizinhos etc.);</li></ol> <p style="text-align: center;">Diagnóstico e Tratamento</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Avaliação dermatoneurológica;</li><li>2. Classificação PB/MB<sup>3</sup> e início imediato de PQT<sup>4</sup>;</li><li>3. Tratamento Supervisionado (dose mensal);</li><li>4. Monitoramento de faltosos e prevenção de abandono.</li></ol> <p style="text-align: center;">Prevenção de Incapacidades e Reabilitação</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Exercícios, reabilitação física, funcional e psicossocial;</li><li>2. Adaptação de calçados, órteses, férulas e instrumentos de trabalho;</li><li>3. Encaminhamento para CRAS<sup>5</sup>, CREAS<sup>6</sup>, CER, ILPIs, Casas-Lar e serviços especializados;</li></ol> <p style="text-align: center;">Saúde Mental e Apoio Psicossocial</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Encaminhamento para CAPS<sup>7</sup> ou Serviços de saúde mental;</li><li>2. Grupos de apoio, escuta qualificada e trabalho com famílias</li></ol>
-----------------	--	---

**Fonte:** Elaborado pelas autoras a partir da Legislação do SUS (2026)

#### 4. INTERVENÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL

A atuação profissional demonstra que a mediação não é apenas uma técnica, mas um processo contínuo de aproximação, escuta e negociação entre sujeitos, famílias e Instituições; em contextos de rompimento de vínculos, a mediação favorece a expressão de sentimentos e memórias silenciadas; cria condições para o diálogo entre familiares afastados; possibilita reconstruções simbólicas e afetivas, mesmo quando o retorno ao convívio não é possível.

A experiência mostra que a defesa de direitos é inseparável da intervenção profissional; em situações como as vividas pelos idosos remanescentes da internação compulsória, o assistente social atua garantindo acesso a benefícios socioassistenciais; reivindicando condições dignas de cuidado; enfrentando práticas institucionais que reproduzem estigma e desigualdade; assegurando que a história de violações seja reconhecida como dívida social do Estado. Essas ações dialogam diretamente com o Código de Ética, que orienta a profissão a combater injustiças e desigualdades.

##### 4.1 Reconstrução de vínculos como processo possível: relato de experiência profissional

<sup>3</sup> Paucibacilar/Multibacilar;

<sup>4</sup> Poliquimioterápico;

<sup>5</sup> Centro de Referência de Assistência Social;

<sup>6</sup> Centro de Referência Especializado da Assistência Social;

<sup>7</sup> Centro de Atenção Psicossocial.



A prática revela que a reconstrução de vínculos familiares depende da história de cada sujeito; é atravessada por traumas, perdas e longos períodos de afastamento; exige tempo, cuidado e respeito ao ritmo de cada pessoa.

Mesmo quando o vínculo não se restabelece plenamente, a intervenção profissional contribui para ressignificar a história; reduzir sentimentos de abandono; fortalecer redes substitutivas de apoio (vizinhos, comunidade institucional, serviços).

O assistente social atua na tensão do espaço ambíguo das instituições, buscando garantir que a instituição seja espaço de cuidado, e não de isolamento. Ao escutar histórias, registrar trajetórias e reconhecer sofrimentos, o assistente social contribui para preservar a memória social de violações; fortalecer a identidade dos sujeitos; reivindicar políticas de reparação e reconhecimento.

Ao ingressarem na instituição, muitos residentes apresentam narrativas marcadas por perdas sucessivas: afastamento da família ainda na infância e enfraquecimento das redes comunitárias. Em diversos relatos colhidos em atendimentos individuais e rodas de conversas da prática profissional, observa-se que o rompimento de vínculos não ocorreu por escolha ou conflito pontual, mas por imposição estatal legitimada pelo discurso biomédico da época. Tal realidade repercute até os dias atuais, especialmente no que se refere à dificuldade de reaproximação familiar.

A atuação do profissional de Serviço Social considera a escuta qualificada e o reconhecimento da história de vida de cada residente como elemento central do processo interventivo. O estudo social inicial, realizado no momento do acolhimento ou admissão busca reconstruir a trajetória familiar, identificar possíveis contatos e compreender os motivos do afastamento. Em muitos casos, a inexistência de vínculos ativos decorre do rompimento de contato ainda na infância ou do falecimento de familiares; em outros, percebe-se a permanência do estigma associado à hanseníase, ainda presente no imaginário social.

Um dos principais desafios identificados na prática cotidiana refere-se à ambivalência afetiva dos próprios idosos diante da possibilidade de reaproximação. Alguns expressam desejo de reencontrar parentes; outros manifestam sentimentos de mágoa, rejeição ou medo de reviver experiências dolorosas. Assim, a reconstrução de vínculos não pode ser tratada como procedimento padronizado, mas como processo singular, que exige respeito à autonomia e ao tempo subjetivo de cada sujeito.

No âmbito das estratégias interventivas, destacam-se a busca ativa de familiares por meio de contatos telefônicos, redes sociais e articulação com a rede socioassistencial dos municípios de origem; a mediação de encontros presenciais ou virtuais; a elaboração de relatórios sociais para viabilizar acesso a benefícios como BPC e BEPAH (Benefício Estadual concedido mensalmente para pessoa acometida pela hanseníase); e o fortalecimento de vínculos comunitários internos, promovendo atividades coletivas que estimulem pertencimento e convivência.



Não é incomum, nas experiências vivenciadas, ouvir relatos do desejo de reencontrar familiares ao qual foram separados ainda na infância. Ou ainda de não receberem visita de seus ente queridos, revelando não apenas a necessidade de reconstrução de um vínculo interrompido, mas também, a necessidade de acompanhamento contínuo para elaboração das marcas deixadas pelo afastamento compulsório. Tal experiência evidencia que a mediação profissional é fundamental para evitar revitimizações e para garantir que o processo ocorra de forma ética e protetiva.

Por outro lado, há situações em que a reaproximação não se concretiza. Em alguns casos, familiares recusam contato; em outros, o próprio idoso opta por não retomar relações passadas. Nessas circunstâncias, o trabalho do assistente social direciona-se ao fortalecimento de redes substitutivas, reconhecendo a instituição como espaço de construção de novos vínculos, geram afetos que em alguns casos não tinham sido experimentados por eles. A realização de rodas de conversa, celebrações comemorativas, atividades de proteção e promoção da saúde e momentos de espiritualidade, tem se mostrado estratégias relevante para consolidar sentimentos de pertencimento e identidade coletiva.

Outro aspecto recorrente diz respeito à dupla institucionalização, ou seja, idosos que passaram parte significativa da vida em hospitais-colônia e que, na velhice, permanecem no espaço. Essa continuidade institucional reforça a necessidade de uma atuação crítica, que impeça a reprodução de práticas asilares e promova efetivamente a dignidade e a autonomia. Nesse sentido, o Serviço Social atua também na dimensão político-institucional, participando da elaboração de rotinas, defendendo condições adequadas de cuidado e promovendo espaços de escuta coletiva.

A experiência demonstra que a reconstrução de vínculos familiares, quando possível, contribui significativamente para a autoestima e para o fortalecimento da identidade dos residentes. Contudo, evidencia também que a ausência de vínculos biológicos não impede a construção de laços afetivos significativos no espaço institucional. Muitos idosos referem-se à instituição como “família” e alguns profissionais como mãe/pai/filho(a), expressão que revela a carência afetiva, mas também, a ressignificação da experiência de pertencimento.

Destaca-se ainda que o trabalho profissional está intrinsecamente articulado à defesa de direitos. A orientação quanto ao acesso a políticas públicas, a inclusão em cadastros socioassistenciais, a articulação com o sistema de saúde e a garantia de documentação civil são ações que impactam diretamente na reconstrução da cidadania desses sujeitos. Ao assegurar direitos sociais, o assistente social contribui para reparar, ainda que parcialmente, as violações historicamente vivenciadas.

## **5. RESULTADOS**

O rompimento de vínculos familiares não pode ser reduzido a falhas individuais, trata-se de fenômeno que emerge da interseção entre subjetividade, desigualdade, violência estrutural e



transformações culturais. O relato de experiência evidencia que o rompimento de vínculos familiares, no contexto da hanseníase e do isolamento compulsório, ultrapassa a esfera institucional e se inscreve como questão social.

A intervenção profissional, ancorada no projeto ético-político do serviço social, busca transformar a instituição em espaço de cuidado humanizado, memória e reconhecimento, reafirmando a dignidade dos idosos acolhidos e fortalecendo possibilidades reais — ainda que parciais — de reconstrução de vínculos. A análise interdisciplinar mostra que vínculos são construções históricas e sociais; rupturas são processos, não eventos isolados; políticas públicas têm papel central na prevenção e reparação; a reconstrução de vínculos exige tempo, cuidado e mediação.

Instituições como ILPIs e hospitais colônia são espaços de segregação com marcas de violação histórica, e, ao mesmo tempo, lugares de pertencimento, especialmente para idosos que perderam vínculos familiares e sociais; partindo deste entendimento, é extremamente importante fortalecer as políticas de atenção aos idosos, tanto na atenção básica do SUAS e SUS, assim como, garantir que instituições como as ILPIs ofereçam atendimento humanizado e integral que preservem o direito e o bem viver dos idosos.

## **6. CONCLUSÕES**

A experiência analisada permite afirmar que o trabalho do assistente social, fundamentado nas normativas da profissão e nas políticas públicas, desempenha papel decisivo na defesa de direitos e na reconstrução de vínculos familiares, considerando que:

A mediação é instrumento central para enfrentar rupturas históricas, pois, a mediação profissional possibilita reconstruir pontes entre sujeitos e suas histórias, mesmo quando o vínculo familiar foi rompido por políticas coercitivas, estigma ou abandono;

A defesa de direitos orienta toda a intervenção, uma vez que, o assistente social atua como agente de garantia de direitos, enfrentando desigualdades, denunciando violações e articulando recursos da rede socioassistencial, de saúde e de direitos humanos;

A reconstrução de vínculos é possível, mas exige abordagem interdisciplinar, considerando que vínculos podem ser reconstruídos, total ou parcialmente, quando há escuta qualificada; respeito à autonomia; articulação com políticas públicas; compreensão da história de vida dos sujeitos.

A intervenção profissional deve considerar a história social das instituições, no caso dos antigos hospitais colônia, a reconstrução de vínculos passa necessariamente pelo reconhecimento das violências institucionais que produziram o rompimento, devendo o assistente social atuar como guardião da memória e da dignidade ao acolher narrativas, registrar experiências e reivindicar reparação, o profissional contribui para que histórias de sofrimento não sejam apagadas e para que os sujeitos tenham sua dignidade reconhecida.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007. Concede pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase e submetidas a isolamento e internação compulsórios. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 19 set. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - Caderneta de Saúde da Pessoa Acometida pela Hanseníase - Brasília - DF 2020.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde. Caderno de Atenção Básica, n. 21. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET Coordenação Saúde da Pessoa Idosa / COSAPI - Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de Atenção Integral - XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Maio, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família - Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27 - Brasília – DF 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

\_\_\_\_\_. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

DURKHEIM, É. Da divisão do trabalho social. Paris: Alcan, 1893.

\_\_\_\_\_. As regras do método sociológico. Paris: Alcan, 1895.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2007.