

# PROTOCOLO SAÚDE MENTAL

## SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)

Novembro de 2025



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**  
SECRETARIA  
DA SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**Protocolo Saúde Mental  
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**

**2<sup>a</sup> edição revisada**

Coordenador de Atenção Básica - SMS  
Divisão de Saúde Mental

Novembro de 2025

@2025, Prefeitura do Município de São Paulo.

Ricardo Nunes  
**Prefeito Municipal**

Dr. Luiz Carlos Zamarco  
**Secretário Municipal da Saúde**

Dr. Maurício Serpa  
**Secretário-Adjunto**

Roberto Carlos Rossato  
**Chefe de Gabinete**

Giselle Cacherik  
**Coordenadora da Atenção Básica**

**Grupo Técnico Responsável:**  
Divisão de Saúde Mental - SMS

Claudia Ruggiero Longhi - Diretora de Divisão Saúde Mental

Adriana Brazão Pileggi de Oliveira  
Ana Cecilia Andrade de Moraes Weintraub  
Carolina Della Monica Gonçalves  
Camila Braz Bortoluci  
Fátima Madalena de Campos Lico  
Hellen Cristina Santos Costa  
Liamar de Abreu Ferreira  
Wagner Hideki Lourenço e Laguna

**Projeto Gráfico e Editoração:**  
Núcleo de Criação – Assessoria de Comunicação

Cartilha | Protocolo Saúde Mental - Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Rua Siqueira Campos, 176 – 9º andar – Liberdade  
CEP 01509-020 – São Paulo – SP

Agradecemos os comentários e sugestões recebidos de Maria Elizabeth Pereira de Siqueira, Paula Maria de Souza (Assistência de Enfermagem/CAB/SMS), Cristina Freire Wetfort, RAPS da CRS Sul, RAPS da CRS Leste, SMS/AJ, SMS/COVISA e SMS/ Assistência Farmacêutica na elaboração deste documento.

## 1) O QUE SÃO

Os SRTs são moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar de pessoas com transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção social, conforme portaria GM/MS nº 106/2000.

A Portaria GM/MS no. 757, de 21 de junho de 2023, revogou a Portaria GM/MS no. 3588, de 2017, que permitia que os Serviços Residenciais Terapêuticos acolhessem excepcionalmente pessoas que não tivessem vivido por dois anos ou mais ininterruptos em hospitais psiquiátricos. Desta forma, com a revogação da portaria anterior e a nova portaria publicada, seguem-se as normas atualizadas, que destinam as vagas de SRTs abertas após a data de publicação da portaria GM/MS no. 757 exclusivamente para pessoas que tenham estado por ao menos dois anos ininterruptos institucionalizadas em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP).

## 2) OBJETIVOS

São espaços de moradia, que garantem o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania do sujeito, promovendo laços afetivos, reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências afetivas, por meio de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) articulados pelo CAPS Adulto de referência em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do território.

## 3) ESTRUTURA FÍSICA

Os SRTs tem como características físico-funcionais:

- Estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas;
- Existência de espaço físico com acessibilidade que contemple de maneira mínima: dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 10 (dez) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório; sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários; dormitórios devidamente equipados com cama e armário; copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários etc.); banheiros em número suficiente para a quantidade de moradores da casa, adaptados para as necessidades físico-funcionais dos moradores; garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar (Brasil, 2000); bem como lavanderia para lavagem e secagem de roupas e enxovals;
- sala administrativa para realização de trabalho administrativo, equipada com computador, impressora, armário, inclusive armário com chave, local para guarda de documentos;
- espaços para reuniões com a equipe, para acolhimento familiar ou outras atividades coletivas.

Na ausência de normativas específicas da Vigilância Sanitária sobre o ambiente físico de um SRT, sugere-se a consulta à RDC no. 502, de 2021, onde são estabelecidos parâmetros sanitários para Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Estes parâmetros são relacionados a higiene, organização, habitabilidade, boas práticas no preparo de alimentos e acesso a cuidados de saúde (de responsabilidade dos CAPS, UBS e outros serviços da rede de SMS). Devem ser observadas principalmente as exigências contidas na Lei Municipal nº. 13.725, de 09 de janeiro de 2004 (que institui o Código Sanitário Municipal), em que se lê, no seu Art. 22, que: Toda e qualquer edificação, urbana ou rural, deve ser construída e mantida, observando-se:

- I - a proteção contra as enfermidades transmissíveis e enfermidades crônicas, inclusive aquelas transmitidas ao homem por animais e vetores;
- II - a prevenção de acidentes e intoxicações;
- III - a redução dos fatores de estresse psicológico e social;
- IV - a preservação do ambiente do entorno;
- V - o uso adequado da edificação em função de sua finalidade;
- VI - o respeito a grupos humanos vulneráveis.

Os SRTs devem idealmente ser instalados em casas adaptadas para pessoas com deficiência. Nada impede, porém que seja instalados também em apartamentos, mediante avaliação de praxe da documentação e do custo/benefício do aluguel do imóvel.

#### 4) MODALIDADES DE SRT

Desde 2011, os SRTs são constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II. O que os diferencia são o grau de suporte às necessidades específicas de cuidado dos moradores. Em ambos os casos as unidades devem ser instaladas no espaço físico de unidades hospitalares e devem ser vinculadas à Rede de Atenção à Saúde (RAS), com inclusão no CNES do CAPS Adulto de referência do SRT.

##### SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada para pessoas egressas de longa internação em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia com menor grau de dependência. Pode acolher até 8 (oito) moradores.

##### SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos ou de tratamento e custódia com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, e/ou que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

#### 5) GESTÃO DE VAGAS

De acordo com a Portaria nº 106, de 2000, cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos hospitais psiquiátricos

e hospitais de custódia para os Serviços Residenciais Terapêuticos da Rede de Atenção Psicossocial do município. Desta forma:

1º Está estabelecido que a Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde é a responsável pela gestão de todas as vagas em Serviços Residenciais Terapêuticos do município de São Paulo.

- A mudança de moradores de um SRT para outro dentro da rede da cidade também deve contar com o conhecimento e manifestação da Divisão de Saúde Mental de SMS.

2º. A alocação de pessoas nas vagas procurará sempre respeitar os critérios definidos pela Nota Técnica da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo ((Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Censo-Psicossocial-2014.pdf> ), a saber:

- 1) Respeitar os vínculos constituídos no período de internação;
- 2) A existência de alguma referência familiar no município;
- 3) O município de nascimento;
- 4) O último município de residência antes da internação.

3º. A alocação de pessoas nas vagas procurará sempre respeitar a promoção da harmonia domiciliar no que diz respeito ao gênero, às histórias de vida, às questões de saúde ou limitações físicas e cognitivas.

4º. O processo de avaliação das pessoas para cada vaga se dá pela Divisão de Saúde Mental em conjunto com os Interlocutores de Saúde Mental das Coordenadorias Regionais de Saúde da seguinte forma:

- Quando são pessoas egressas de Hospital Psiquiátrico e/ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), uma equipe fará a avaliação considerando informações relacionadas a história de vida, de adoecimento e psicodinâmica, considerando o critério de vínculo com o município de São Paulo;
- Quando a demanda por vaga é uma medida judicial, a pessoa será alocada na primeira vaga que for aberta garantindo que o território se aproprie do caso, priorizando as visitas de aproximação da equipe com o (a) futuro (a) morador (a), quando dispuser de tempo hábil.

As OSS, detentoras dos Contratos de Gestão, NÃO possuem a prerrogativa de negar o acesso de nenhum cidadão(ã) a uma vaga em SRT. Alegações quanto à singularidade dos casos e questões à eles relacionadas serão tratadas pela STS, CRS e SMS durante o processo de chegada da pessoa em questão.

A vaga em um SRT, na grande maioria dos casos, mas não obrigatoriamente, é uma vaga vitalícia, ou seja, até o falecimento do(a) morador(a). Isso não significa que o(a) morador(a) não possa ser temporariamente transferido para outro Ponto de Atenção da rede de saúde, na hipótese de, por exemplo, uma crise aguda, um agravamento do quadro ou outro problema clínico, assim como ocorre para todo e qualquer cidadão. O SRT, mesmo sendo um equipamento da RAPS e atuando no cuidado e na reabilitação psicossocial, não é habilitado para realizar todo tipo de procedimento em saúde e, portanto, deve sempre estar atento à avaliação das

condições de saúde de seus moradores e encaminhá-los para o atendimento necessário.

No entanto, existem situações excepcionais em que pode ser decidido que um(a) morador(a) não irá mais ocupar aquela vaga que recebeu, seja por desejo expresso, seja pela recriação de outras condições de vida autônoma e independente. O agravamento do quadro de saúde não é, em si, critério para o fim do direito de moradia em um SRT, mesmo que esse agravamento demande um tempo extendido de intervenção em outro Ponto de Atenção, por exemplo um hospital. Em qualquer um desses cenários, a decisão final de retirar uma pessoa de uma vaga também é prerrogativa da Divisão de Saúde Mental de SMS, sempre após discussões e consultas ao território e, por vezes, mediante procedimento administrativo que pode envolver a assinatura de termos ou mesmo de comunicação judicial.

## 6) O SERVIÇO

A convivência em uma casa é um trabalho delicado, cotidiano, intenso, dinâmico e, por vezes, sujeito a desencontros e tensões. Soma-se a isso o fato de que numa casa como um SRT estamos ao mesmo tempo falando de uma moradia mas também de um serviço, ou seja, está sempre presente um desafio entre propiciar um espaço em que cada morador deve e pode chamar de “sua casa” mas também há que se adotar e seguir regras coletivas mínimas de convívio, higiene e ambiência. Um SRT deve, também, esforçar-se ao máximo para que os moradores accessem os cuidados de saúde necessários para garantir seu bem-estar da melhor maneira possível de acordo com seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A organização da rotina da casa respeitando a individualidade de seus moradores é tarefa primordial. Essa organização deve se dar de forma participativa, por meio de assembleias ou reuniões dos moradores com a equipe, reuniões de equipe e apoio matricial com o CAPS de referência. As assembléias e reuniões são espaços fundamentais para a discussão do funcionamento da casa, tais como pactuações sobre cardápio, divisão de tarefas, organização da rotina da casa, sempre levando em consideração a singularidade de cada caso, tensionada pelo desejo de estabelecer uma negociação em nome do bem-estar coletivo.

Os moradores de um SRT devem ter um PTS articulado pela rede do território. A depender do caso, este PTS deve ter como principal ponto de cuidado o CAPS de referência; em algumas situações excepcionais, o PTS pode ser coordenado pela UBS de referência. Este PTS deve ser elaborado de modo participativo e articulado pela rede, com a participação do morador, da equipe do SRT e dos serviços de referência.

Devem ser garantidos espaços de educação permanente aos técnicos e cuidadores das Residências, organizados juntamente com as equipes de saúde e/ou outras a partir da demanda elencada pelos coordenadores dos SRTs.

### 6.1 AÇÕES DE CUIDADO EM SAÚDE NOS SRTS

As ações de cuidado nos SRTs são cotidianas e contínuas e se dão em diferentes dimensões da saúde e reabilitação psicossocial. Estas ações englobam desde apoio e orientação quanto às atividades da vida diária até suporte e incentivo para o autocuidado, a (re)criação de projetos de vida, autonomia e independência, e envolvem a promoção da saúde, a prevenção de novos

agravos e o tratamento, por meio da rede de saúde do território, de condições mórbidas já existentes ou adquiridas.

As passagens de plantão diárias são contextos em que os profissionais se organizam para solucionar as demandas das moradias (por exemplo: a necessidade de cuidado de um usuário com uma dor física ou de um sofrimento psíquico; a necessidade de acompanhar um usuário em uma consulta ou na realização de um exame; o acompanhamento em uma visita aos seus familiares).

Com relação à retaguarda de Urgência e Emergência, os casos acompanhados em SRT contam com a retaguarda do SAMU para transporte ao ponto de urgência e emergência de referência do território.

Compreende-se que podem ocorrer situações críticas dentro dos SRTs como resultado de uma desorganização psíquica aguda ou de uma intercorrência clínica. Essas situações podem ocasionar prejuízos ou danos e podem ser consideradas um risco para quem estiver próximo e para a própria pessoa envolvida. Desta forma, uma parte importante das ações que são realizadas nos SRTs busca a prevenção das situações de crises e a pronta intervenção caso elas ocorram. Essa intervenção compreende uma ação emergencial da própria equipe dos SRTs, mas com o devido conhecimento sobre quando e como acionar os serviços e equipes de retaguarda, notadamente os CAPS III ou mesmo UPAs ou Prontos-Socorros via SAMU.

Ressalta-se que a prevenção e a preparação para possíveis agravos decorrentes de crises agudas vividas por um(a) morador(a), tanto para os moradores quanto para a equipe do SRT, é uma medida essencial para o bem-estar da equipe e, é claro, dos próprios moradores.

As crises que podem ocorrer em um SRT são tanto de natureza psíquica quanto orgânica. Dessa forma, a prevenção e preparação das equipes deve envolver a formação acerca da identificação de sinais e sintomas que indiquem agravos à saúde bem com estratégias de manejo de crises psíquicas e de primeiros socorros em caso de agravos orgânicos, tais como intoxicação aguda, overdose ou síndromes de abstinência.

É importante que a casa possa configurar-se em torno de uma rede dinâmica e potente que favoreça a troca de informações e experiências para atender as necessidades dos moradores e que possibilite acionar a rede intersetorial e intrasetorial para prevenir e intervir nas situações de riscos ou de crises propriamente ditas. Com a formação de uma rede dinâmica de comunicação, o CAPS deverá ser acionado para o planejamento de ações e para apoiar ou mesmo conduzir intervenções em casos de crises agudas ou agravos orgânicos. O CAPS poderá ser uma estratégia de retaguarda para os moradores em momentos de crise e, desde que o caso seja discutido previamente, outros dispositivos também podem ser acionados. Em situações em que é avaliado que há risco à vida do sujeito e/ou de outras pessoas em seu entorno, deve-se avaliar e encaminhar o caso conforme o documento “Orientações sobre a atenção às crises em saúde mental e o acompanhamento longitudinal dos casos na Rede de Atenção Psicossocial no Município de São Paulo” [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolo\\_classificacao\\_risco\\_saude\\_mental\\_mar24.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolo_classificacao_risco_saude_mental_mar24.pdf) a partir do acionamento da rede de urgência/emergência. Com relação à retaguarda de Emergência, os casos acompanhados em SRTs contam com a retaguarda da Rede de Urgência e Emergência (UPA e PS) e do SAMU.

Sugere-se que o SRT mantenha atualizado e acessível para a equipe um quadro de contatos da rede de saúde de referência e que todos os profissionais saibam como acionar o CAPS ou a rede de urgência/emergência, se for o caso. Para maiores informações, consultar o documento citado anteriormente.

Para além das situações de crise, é importante que a equipe do SRT esteja atenta para questões que envolvem violência, autoprovocada ou interpessoal, seja entre moradores do próprio SRT ou entre moradores e pessoas externas ao equipamento. A violência pode ou não estar correlacionada a uma situação de crise. A experiência da violência é um fator de vulnerabilização importante para o campo da saúde e a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município conta com estratégias em seus equipamentos, tanto CAPS quanto UBS ou mesmo a rede de urgência/emergência, para o acolhimento, atendimento e encaminhamento desses casos. Os Núcleos de Prevenção à Violência (NPVs) são uma estratégia para lidar com essa questão e a equipe do SRT deve também dialogar com eles. A equipe do SRT deve estar atenta à relatos que envolvam violências e, em conjunto com o CAPS de referência, proceder tanto com a notificação de episódios de violência quanto com o encaminhamento do cuidado aos envolvidos.

## 6.2 ORGANIZAÇÃO DA CASA E DO CUIDADO

A organização deve atentar para os seguintes pontos:

- Montar estratégias que permitam aos moradores estabelecerem vínculos de confiança com os profissionais e com a proposta;
- Existência de profissionais de referência do CAPS para cada morador;
- Acompanhamento do PTS estabelecido de maneira articulada pela rede do território, visando os objetivos terapêuticos definidos. Esses objetivos envolvem, dentre vários aspectos, a construção de autonomia, o resgate do autocuidado, o estímulo à participação nas atividades da casa e o estímulo ao sentimento de pertencimento;
- Respeito à noção de “casa” de cada um dos moradores, permitindo que aflorem hábitos e formas de ocupar o espaço próprios dos habitantes;
- Prevenir riscos de acidentes domésticos que podem ser evitados (exemplos: barras de segurança nos chuveiros, pisos antiderrapantes nos banheiros e escadas);
- Respeito à individualidade e singularidade, que deve prevalecer em relação às ações junto ao grupo;
- Estabelecer acordos e combinados de modo a lidar com discórdias, disputas de espaço, barulhos, crenças, adoção de animais, outros hábitos que impactem o cotidiano de todos os moradores;
- Proporcionar estratégias de lazer, culturais e/ou que reforcem a sociabilidade e a (re) inserção na cultura, de maneira independente ou em conjunto com o CAPS de referência. As viagens e passeios realizados pelos moradores dos SRTs são ações previstas na política de saúde mental e fundamentais para a reabilitação psicossocial. Esses serviços vão além da moradia, promovendo a reconstrução de vidas marcadas pela exclusão. Atividades externas fortalecem a autonomia, autoestima e cidadania, rompendo com a lógica

manicomial. Além disso, a participação em experiências culturais e sociais é um direito e um instrumento terapêutico essencial para a inclusão plena na sociedade. Dessa forma, as viagens, passeios e atividades culturais devem ser incentivadas e planejadas pela equipe do serviço em função dos desejos dos moradores;

- A atenção integral à saúde deve ser feita pela UBS de referência, assim como outros serviços e suportes na comunidade podem e devem ser utilizados pelos moradores, de acordo com suas necessidades clínicas.

A elaboração dos PTSs em conjunto com o CAPS e UBS deve atentar para os seguintes pontos:

- Eventuais inseguranças em deixar o hospital;
- Resgate de histórias, vínculos afetivos e projetos;
- Incentivo à realização de tarefas cotidianas por meio de constantes negociações entre necessidades, vontades expressas, capacidade física e disponibilidade;
- Apoio à decisão de manejo de benefícios e/ou outros recursos financeiros que a pessoa possa receber. Esse apoio deve ser condizente com o grau de autonomia que a pessoa tem naquele momento, bem como com sua condição jurídica. Os recursos financeiros que a pessoa possa ter acesso são para ela e as decisões que toma podem ser consideradas no alinhamento dos objetivos de seu PTS, bem como com objetivos maiores de convívio nas casas. Os recursos financeiros dos moradores não devem ser substitutos dos aportes financeiros de manutenção e reforma que a casa eventualmente possa precisar.

#### **APOIO AO MANEJO FINANCEIRO INDIVIDUAL:**

Quando identificado que o morador não possui condições plenas de gerir os próprios recursos financeiros (como aposentadoria, benefício de prestação continuada, bolsa-família ou outro benefício, ou outro recurso financeiro), a equipe técnica poderá prestar apoio ao manejo desses valores, mediante avaliação multiprofissional registrada em prontuário no CAPS e a adoção de procedimentos transparentes.

Esse apoio deverá observar os seguintes critérios:

- Manutenção de Livro de Registros de Movimentação Financeira dentro do SRT, com anotações das entradas, saídas, finalidade e responsáveis;
- Vedação ao uso dos recursos individuais para despesas de manutenção da casa ou para fins administrativos;
- Elaboração, pela OSS responsável, de Procedimento Operacional Padrão (POP) específico para esse manejo, com respaldo jurídico, se necessário.

### Manejo financeiro nos casos de curatela judicial

Nos casos em que o morador do SRT for representado por curador nomeado judicialmente, a gestão dos recursos deverá respeitar os limites estabelecidos na decisão judicial de curatela.

A equipe do SRT deverá:

- Estabelecer e manter comunicação regular com o curador, visando assegurar o uso adequado dos recursos do morador;
- Registrar em prontuário no CAPS de referência todas as orientações ou autorizações do curador quanto ao uso do dinheiro;
- Abster-se de movimentar diretamente os valores do morador sem autorização formal do curador;
- Apoiar o curador, quando necessário, com relatórios técnicos ou informações que subsidiem a prestação de contas junto ao Judiciário.

### 6.3 PROCESSO DE TRABALHO

Os profissionais do CAPS de referência devem dar suporte regular ao SRT através da realização de visitas frequentes à unidade. Ressalta-se que, nos SRTs tipo II, em que há o profissional Técnico de Enfermagem, o(a) enfermeiro(a) do CAPS de referência precisa realizar atividades de supervisão e apoio, conforme normativas estabelecidas pelos conselhos da categoria. Além disso, o(a) farmacêutico(a) do CAPS é a referência para matriciamento acerca dos medicamentos e orientações para promoção do uso racional de medicamentos para os SRTs. A separação dos medicamentos é realizada pelos profissionais da farmácia no momento da dispensação porém a organização dos medicamentos no SRT não é uma atribuição privativa do farmacêutico, podendo ser realizada por outra pessoa orientada conforme fluxos definidos no território.

Nessas visitas realizadas por profissionais do CAPS há diversas possibilidades de apoio e intervenção que devem ocorrer:

- Ações educativas sobre uso racional de medicamentos, pelo profissional de enfermagem ou farmacêutico;
- Suporte à equipe da casa em momentos de desfalque de profissionais e/ou de situações críticas;
- Observações e intervenções acerca das atividades de vida diária dos moradores na casa, em conjunto com a equipe do SRT;
- Apoio e orientações no que se refere aos objetivos do PTS dos moradores;
- Outras abordagens que podem ser individualizadas de acordo com as necessidades de cada morador.

O processo de trabalho em um SRT também compreende a realização de monitoramento, por meio de rondas com registros em ata, com horário e assinatura de todos os profissionais presentes no plantão. O livro deve ser verificado diariamente pelo Coordenador da Unidade, Técnico de Enfermagem (nos SRTs tipo II) e cuidadores, bem como pela STS em visitas técnicas. Como exemplo, é importante registrar se alguém está insone, agitado, intercorrências de forma geral ou sem intercorrências, etc. Sugere-se como informações mínimas que deverão compor o registro: Data/ Profissionais presentes no plantão/ moradores presente/ Tarefas realizadas e por quem/ Refeição realizada/ intercorrências / manejos/ horários das rondas- todos assinam juntos.

- Deve-se dar mais atenção aos comportamentos e queixas dos moradores durante o plantão diurno, de modo a evitar intercorrências o tanto quanto possível no período noturno, quando costuma-se contar com menor número de profissionais;
- O monitoramento das medicações deve ser feito por meio de: anotações em planilha ou caderno de monitoramento diário, por morador, em colaboração com o profissional de enfermagem responsável.
- Como em toda moradia, a casa deve manter em seu estoque materiais farmacêuticos para pequenos curativos voltados a feridas de fácil manejo. Além disso, instrumentos de acompanhamento de marcadores bioquímicos, tais como medidores de pressão arterial, glicosímetros, oxímetros ou outros itens que por ventura algum morador possa precisar para o acompanhamento de seu quadro de morbidade devem estar disponíveis e serem usados sob supervisão do(a) técnico de enfermagem e/ou enfermeiro(a) do CAPS ou mesmo da UBS;
- No caso de óbito de algum morador dentro do SRT, o serviço de urgência deverá ser acionado para prosseguir com os trâmites legais. A UBS e o CAPS de referência deverão ser informados para o apoio necessário.

## 7) EQUIPES DOS SRTS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A equipe do SRT é composta por:

- Coordenador (40h semanais)
- Técnico de Enfermagem (SRT Tipo II) (CBO 3222-05) (40h semanais)
- Cuidador em Saúde (CBO 5162-20)

### 7.1 EQUIPE PRECONIZADA

Os Serviços Residenciais Terapêuticos precisam estar vinculados a um CAPS Adulto de referência e a equipe técnica deste serviço atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- a. 01 (um) profissional de nível superior;
- b. 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em

reabilitação psicossocial (Brasil, 2000). Isso significa que o CAPS Adulto de Referência do SRT deve designar, dentre os membros de sua equipe, quem serão os profissionais de referência para o(s) SRT(s) de seu território de abrangência. O trabalho deverá ser articulado junto às equipes do SRT.

O Enfermeiro responsável pelo Técnico de Enfermagem no SRT Tipo II é o Enfermeiro da equipe técnica do CAPS Adulto de referência do SRT (Resolução COFEN, 543/2017), com as ressalvas a seguir:

*"Art. 2º Para atuar em Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica o Enfermeiro deverá, preferencialmente, ter pós-graduação em Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica ou Atenção Psicossocial.*

*Art. 3º Para atuar em Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica, o técnico de enfermagem deverá, preferencialmente, ter especialização em saúde mental."* (Resolução no. 678, COFEN)

De acordo com a Portaria GM/MS 3090, de 2011, a incorporação dos cuidadores em saúde deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando em consideração o número e nível de autonomia dos moradores. (Portaria GM/MS 3090, de 2011)

O dimensionamento mínimo do quadro de profissionais de um SRT é baseado no grau de dependência em relação à equipe. Para verificar o grau de dependência dos moradores preconiza-se utilizar a avaliação por escalas validadas e de ampla utilização na Atenção Básica, tais como as escalas de Katz e Lawton.

Com base na RDC 502, de 25/05/21 que fala sobre ILPIs, preconiza-se três cuidadores por turno em SRT Tipo II. Para realizar esse dimensionamento, pode-se optar pela contratação em regime de plantão com ou sem folguistas ou em regime de 40 horas semanais, garantindo a mesma distribuição de profissionais por plantão. Neste dimensionamento, fica estabelecido o parâmetro de 15 (quinze) cuidadores em saúde, garantindo que haja três cuidadores por plantão diurno/noturno para todos os dias da semana.

Para o SRT Tipo I fica estabelecido o dimensionamento de 10 (dez) cuidadores em saúde garantindo que haja dois cuidadores por plantão diurno/noturno para todos os dias da semana.

Uma tabela de lotação de pessoal acima deste previsto necessita ser previamente discutida e validada pela Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde por meio das Interlocuções de Saúde Mental, Saúde da Pessoa com Deficiência, Atenção Primária e Saúde do Idoso (quando pertinente), mediante a apresentação do resultado das escalas Katz e Lawton que indiquem um contingente acima de 6 moradores com grau de dependência III (pessoas com dependência que requeiram assistência em todas atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo, RDC 502, de 25/05/21).

A organização das escalas deve evitar o tanto quanto possível que apenas um profissional de nível médio esteja escalado para trabalhar em um determinado plantão. Caso isso ocorra, de forma excepcional, seja por conta de férias ou afastamentos ou outros motivos, a OSS

deve encontrar formas de compor o plantão com ao menos duas pessoas, idealmente três.

A equipe do SRT não contempla outras categorias profissionais visto que o cuidado deve se dar na Rede de Saúde do território.

Ressalta-se que, apesar do SRT estar vinculado a um serviço de saúde, deve-se garantir dentro do espaço um ambiente de moradia, portanto as normativas referentes à jalecos, vestimentas e adornos descritos na Norma Regulamentadora 32 (Brasil, 2005) relativas aos serviços que envolvem risco biológico, não se aplicam ao SRT.

## 7.2 AVALIAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO E DO TRABALHADOR, CONSIDERANDO:

- a) A finalidade de um SRT é constituir-se como espaço de moradia assistida para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas;
- b) O acompanhamento em saúde dos moradores é feito nos equipamentos da Rede de Saúde do território, ficando no SRT apenas as medicações de uso contínuo mediante prescrição técnica do serviço de referência;
- c) A atenção básica é a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Por conta disso, deve manter o olhar sobre esses usuários em todo seu itinerário na Rede de Atenção à Saúde (RAS), responsabilizando-se para que haja resolutividade e atendimento de forma integral ao usuário. A rede de saúde, em qualquer um dos seus pontos, atenderá as demandas clínicas em seus diferentes níveis de atenção sempre de acordo com o PTS e a necessidade, pautada na avaliação dos agravos em saúde, nos diversos locais da rede.
- d) Os farmacêuticos das unidades que compõem a rede de atenção àquela SRT (UBS, CAPS, URSI, dentre outros) devem atuar em conjunto com os profissionais destes equipamentos no cuidado compartilhado. Entre as atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas relacionadas à Assistência Farmacêutica, destacam-se: visitas periódicas nas moradias, acompanhamento farmacoterapêutico de grupos prioritários e/ou mais vulneráveis, ações educativas sobre uso racional de medicamentos, construção do plano de cuidado, entre outras que podem ser individualizadas de acordo com as necessidades de cada morador.
- e) Um SRT é uma moradia composta por espaços conforme descrição acima (sala, cozinha, copa, quartos, banheiro, quintal, lavanderia).

## 8) ATRIBUIÇÕES

### 8.1) COORDENADOR(A) DO SRT:

Nível superior (profissional de saúde) com formação em Saúde Mental

**Atribuições:**

- a) Coordenação / Gerenciamento dos Recursos Humanos do serviço e suporte para relações

interpessoais e integração da equipe;

- b) Construir, em conjunto com a equipe do CAPS e do SRT, o PTS da residência e de seus moradores, com base nas normativas federais, estaduais e municipais, e inspirado pelas melhores práticas de cuidado em saúde nacionais e internacionais;
- c) Participar na organização da seleção e contratação de pessoal e supervisão dos trabalhos desenvolvidos;
- d) Apoiar junto ao CAPS de referência a articulação com a rede de Atenção à Saúde (RAS), CRAS/CREAS e demais equipamentos do território (educação, esporte, lazer, segurança pública, entre outros);
- e) Realizar interlocução entre o SRT, o CAPS de referência, demais serviços da RAS e da rede intersetorial pertinente, participando das reuniões técnicas e administrativas;
- f) Ser referência para a equipe e moradores.
- g) Fomentar a discussão nas assembleias sobre a organização das rotinas da casa e convivência.
- h) Acompanhar, se necessário, moradores em consultas de saúde, visitas ou procedimentos sensíveis;
- i) Intermediar relações com familiares/curadores;
- j) Articular e acompanhar processos judiciais ou intersetoriais relativos aos moradores;
- l) Acompanhar, organizar e realizar a prestação de contas dos recursos financeiros de moradores que não possuem autonomia para tal;
- m) Realizar as organizações necessárias em decorrência de óbito de um(a) morador(a);
- n) Realizar, junto aos profissionais do SRT, as tratativas e o fechamento de escalas, do ponto, o agendamento de férias, etc;
- o) Realizar a prestação de contas do SRT no que se refere à compras de alimentação, itens de higiene, outros itens para o cotidiano dos moradores;
- p) Acompanhar a manutenção do espaço físico da casa: realizar as solicitações de manutenções predial e acompanhar sua efetivação;
- q) Do mesmo modo, solicitar e acompanhar a compra/substituição/manutenção/inventário do mobiliário da casa.

#### 8.2) Competências do Enfermeiro do CAPS de referência com relação ao SRT: (Resolução COFEN 678/2021):

Compete ao Enfermeiro cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. Essas competências podem ser partilhadas com os profissionais de referência dos moradores nos CAPS, salvo as exclusivamente técnicas do campo da enfermagem. O(a) enfermeiro(a) do CAPS

de referência deve estar presente fisicamente no SRT idealmente uma vez por semana ou, se o CAPS for referência para mais de dois SRTs, a cada quinze dias.

- a) Planejamento, coordenação, organização, direção e avaliação do serviço de enfermagem nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial em consonância com a lei do exercício profissional. Para tais ações, o(a) enfermeiro(a) do CAPS supervisora, apoia e orienta o(a) técnico(a) de enfermagem do SRT;
- b) Realizar Processo de Enfermagem por meio da consulta de enfermagem conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pela SMS, observadas as disposições legais da profissão;
- c) Participar da elaboração, execução e monitoramento do PTS para cada um dos residentes acolhidos no SRT;
- d) Estabelecer vínculo objetivando o processo de favorecer o relacionamento terapêutico, escuta atenta e compreensão empática nas ações de enfermagem aos usuários e familiares;
- e) Programar e gerenciar planos de cuidados para usuários com transtornos mentais persistentes; leves e/ou graves;
- f) Realizar atendimento individual e/ou em grupo com os usuários em sofrimento psíquico e seus familiares;
- g) Participar das ações de psicoeducação de usuários, familiares e comunidade;
- h) Participar da equipe multiprofissional na gestão de caso;
- i) Prescrever medicamentos e solicitar exames conforme protocolos e normas institucionais de SMS;
- j) Participar dos estudos de caso, discussão e processos de educação permanente na área da saúde mental e psiquiatria;
- k) Efetuar a referência e contra referência dos usuários dos integrantes da residência, quando necessário;
- l) Desenvolver ações de treinamento operacional e de educação permanente, garantindo a atualização da equipe de enfermagem em tempo oportuno;
- m) Promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção no território;
- n) Participar da regulação do acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação e/ou critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros;
- o) Promover ações para o desenvolvimento do processo de reabilitação psicossocial;

p) Efetuar registro, individualizado e sistematizado, no prontuário, contendo os dados relevantes da permanência do usuário;

q) Aplicar testes e escalas para uso em Saúde Mental;

### 8.3) TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM:

#### Atividades previstas:

O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro do CAPS Adulto de referência conforme a lei do exercício profissional.

#### São elas:

a) Promover cuidados gerais ao usuário de acordo com a prescrição de enfermagem considerando que o usuário é singular;

b) Comunicar ao Enfermeiro qualquer intercorrência;

c) Participar de treinamento, conforme programas estabelecidos, garantindo a capacitação e atualização referente às boas práticas da atenção à saúde mental e psiquiatria;

d) Proceder ao registro das ações efetuadas, no prontuário do usuário, de forma clara, precisa e pontual;

e) Participar e contribuir nas atividades grupais junto aos demais profissionais da equipe de saúde;

f) Assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem em todos os programas de prevenção e controle dos agravos à saúde, conforme os protocolos e normas institucionais;;

g) Executar atividades de assistência de Enfermagem de sua competência, sob a supervisão do enfermeiro do CAPS a) Entre essas atividades assistenciais rotineiras estão: acompanhar, supervisionar e orientar banhos, trocas, curativos simples e monitoramento de sinais vitais;

h) Seguir os documentos técnicos e POPs (Procedimento Operacional Padrão) elaborados pelo Enfermeiro (RT) do CAPS de referência;

i) Integrar a equipe de saúde e colaborar com a equipe multidisciplinar do CAPS e UBS de referência;

### 8.4) CUIDADOR EM SAÚDE:

Nível médio

#### Atribuições:

a) Atuação na recepção dos usuários, possibilitando uma ambiência acolhedora, facilitando a integração com os demais moradores;

- b) Apoio e monitoramento nas atividades básicas e instrumentais da vida diária;
- c) Suporte e acompanhamento aos moradores/usuários dos cuidados com a moradia, como organização e limpeza do ambiente e preparação de alimentos;
- d) Estimular a autonomia e a independência, respeitando o processo individual de cada usuário de acordo com PTS estabelecido;
- e) Apoio e colaboração no processo de reaproximação e fortalecimento do vínculo com a família quando for o caso;
- f) Acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, educação, profissionalização e outros requeridos no cotidiano: relatórios, grupos, supervisão/educação em serviço, curso.

Devido à gravidade clínica e maior grau de dependência de parte dos moradores, a organização e limpeza do ambiente, assim como preparação de alimentos é, em muitos SRT, realizada com apoio do cuidador. Isso se faz necessário mesmo quando os moradores conseguem optar e pagar por faxina sobretudo em casas em que há desafios frente a comportamentos impulsivos com relação a alimentos ou bebidas ou em situações em que os moradores, dadas as suas condições, não logram realizar estas tarefas da vida diária.

## 9) MONITORAMENTO

O monitoramento dos SRTs é realizado por visitas mensais ou bimestrais pela Supervisão Técnica de Saúde do território, em que diversos aspectos do funcionamento dos serviços são observados e, quando necessário, discutidos junto à gestão para elaboração de estratégias que visem a garantia da qualidade da assistência e cuidados prestados.

De maneira cotidiana, os SRTs devem manter livros de registros individuais acerca do cotidiano, das intercorrências, de consultas e exames. Devem ser mantidos ou nos mesmos livros ou em outros, de maneira individual, registros sobre a história de vida/mudanças importantes, contatos de familiares ou outros, documentos, etc. O SRT deve contar com uma cópia do PTS elaborado pela rede para cada morador. Deve também ter um livro-ata de assembleias e/ou outras reuniões ou acordos importantes, bem como registros de movimentações financeiras que envolvam recursos da casa e/ou dos moradores

Para fins de lançamento de produção, os procedimentos que deverão ser lançados mensalmente no RAAS por paciente pelo CAPS Adulto de referência do SRT: (Portaria GM/MS 857, de agosto de 2012)

03.01.08.004-6 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO e

03.01.08.032-1 - ACOMPANHAMENTO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Descrição: Ações de acompanhamento no campo da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial com foco no resgate cuidadoso das dimensões do morar, propiciando a construção de um espaço promotor de autonomia e ressignificação cotidiana. Devem oportunizar vivências de escolhas, protagonismo na caracterização dos espaços, resgate da convivência comunitária e

reinserção social (trabalho, lazer, educação, entre outros), sempre de forma articulada à rede de saúde disponível no território.

Além do lançamento mensal do procedimento acima, que é obrigatório (Portaria SMS/G 341/2020), o SRT deve manter atualizados e organizados os registros individualizados do cotidiano dos moradores da casa, bem como um censo de todos que já viveram no SRT, com informações pessoais e relativas ao acompanhamento em saúde clínica e psicossocial de todos os moradores.

Salientamos também que a equipe responsável pelos residentes deverá notificar à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória conforme legislação vigente. Essa notificação é efetivada pelo CAPS ou UBS de referência.

Reiteramos o destaque às seguintes situações:

I - queda com lesão;

II - tentativa de suicídio;

III – violência;

IV – intoxicação exógena.

## 10) REFERÊNCIAS

Brasil. Portaria GM/MS no. 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e reabre redações.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 678, de 30 de agosto de 2021. Aprova a atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica.

Brasil. Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.

Portaria 341/2020 SMS/G, de 9 de setembro de 2020. Altera a [HYPERLINK "http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-349-de-10-de-abril-de-2015"](http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-349-de-10-de-abril-de-2015)

Portaria nº 349, de 17 de março de 2015, que determina a todas as Unidades de Saúde sob Gestão Municipal o uso obrigatório do Sistema SIGA Saúde.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 543, de 12 de maio de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

Brasil. Portaria GM/MS no. 3090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora no. 32, de 16 de novembro de 2005. Estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Brasil, 2017. Portaria de Consolidação no. 3 de 2017 do Ministério da Saúde

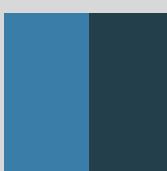
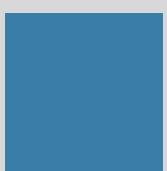
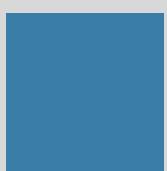
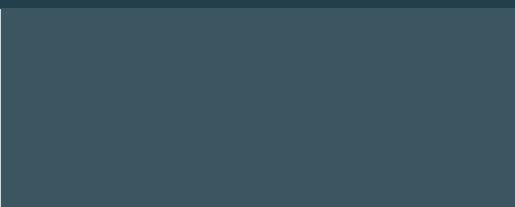
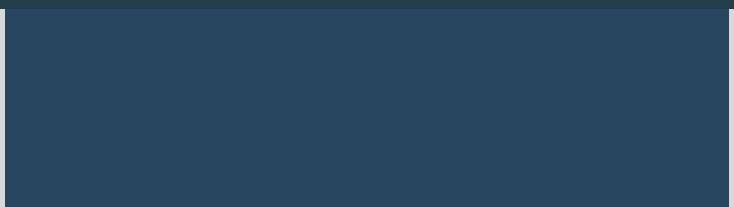
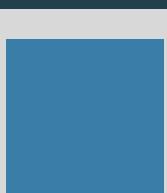
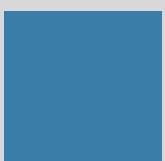
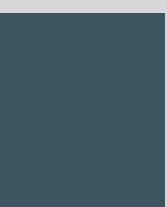
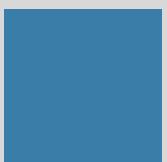
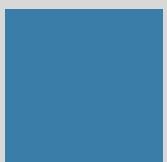
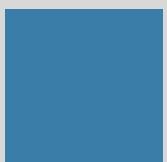
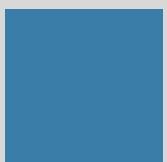
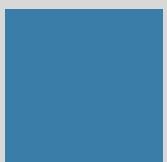
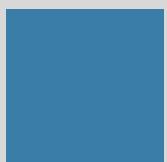
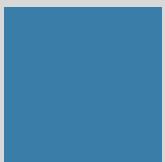
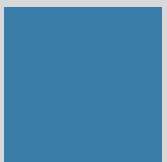
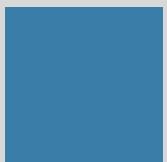
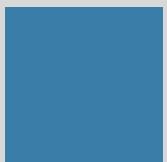
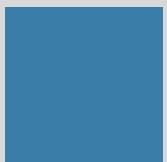
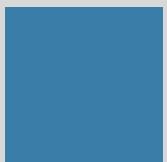
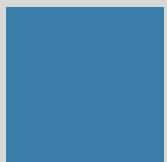
Brasil, 2011. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil, 2001. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Brasil, 2000. Portaria GM/MS no. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do SUS.

Brasil, 1990. Lei 8080, 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.





**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**  
SECRETARIA  
DA SAÚDE