



PROTOCOLO SAÚDE MENTAL

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)



**Agosto
2024**



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

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

2ª edição

**Coordenador de Atenção Básica - SMS
Divisão de Saúde Mental**

Agosto de 2024

@2024, 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**

Ana Cecilia Andrade de Moraes Weintraub

Camila Braz Bortoluci

Liamar de Abreu Ferreira

Adriana Brazão Pileggi de Oliveira

Wagner Hideki Lourenço e Laguna

Carolina Della Monica Gonçalves

Fátima Madalena de Campos Lico

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 das enfermeiras de CAB, a Sra. Maria Elizabet Pereira de Siqueira e a Sra. Paula Maria de Souza na elaboração deste documento.

1) O QUE SÃO

A Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) adota a definição proposta pela Portaria GM/MS nº 106/2000 que define os SRTs como 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.

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 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

Ser um espaço de moradia, que garanta 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.); 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 enxovais.

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.

4) MODALIDADES DE SRT

Desde 2011, os SRTs são constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador. Ambas modalidades devem ser instaladas

fora do espaço 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, que demandam ações mais diretas 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.

1º Fica 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 do município 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.

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;

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 acessem 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.

Um SRT também deve estabelecer Projetos Terapêuticos Singulares para cada um de seus moradores com a participação dos serviços da rede, em especial o CAPS Adulto de referência, bem como propiciar, estimular e respeitar as relações e vínculos estabelecidos entre moradores e equipe de modo a reforçar o cumprimento dos objetivos estabelecidos no PTS. 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 das Residências Terapêuticas.

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.

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 contarão 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.

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;
- Estabelecimento de um Projeto Terapêutico Singular articulado com o CAPS de referência. Vale ressaltar que o PTS deve ser construído de acordo com o objetivo terapêutico para cada um dos moradores, que engloba dentre vários aspectos, a construção de autonomia, resgate do autocuidado, estímulo à participação nas atividades da casa e 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;
- Prevenção de riscos de acidentes domésticos;
- 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;
- 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;

6.3 PROCESSO DE TRABALHO

Realização do 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;
- Monitoramento das medicações: anotações em planilha ou caderno de monitoramento diário, por morador, em colaboração com o profissional de enfermagem responsável.
- 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 DIMENSIONAMENTO DE EQUIPE

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 Interlocações 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 equipe da 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, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, 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, seja ela 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, destaca-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) DA SRT: PERFIL:

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 junto com a equipe, o projeto terapêutico da residência e de seus moradores atentando para a da reinserção psicossocial baseado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, em diretrizes técnicas do MS, OMS e SMS;
- 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 assembléias sobre a organização das rotinas da casa e convivência.

8.2) Competências do Enfermeiro do CAPS de referência: (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:

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;

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 do 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) Conduzir e coordenar grupos terapêuticos;

h) Participar das ações de psicoeducação de usuários, familiares e comunidade;

i) Participar da equipe multiprofissional na gestão de caso;

j) Prescrever medicamentos e solicitar exames conforme protocolos e normas institucionais de SMS;

k) Participar dos estudos de caso, discussão e processos de educação permanente na área da saúde mental e psiquiatria;

l) Efetuar a referência e contra referência dos usuários dos integrantes da residência, quando necessário;

m) Desenvolver ações de treinamento operacional e de educação permanente, garantindo a atualização da equipe de enfermagem em tempo oportuno;

n) 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;

- o)** 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;
- p)** Promover ações para o desenvolvimento do processo de reabilitação psicossocial;
- q)** Efetuar registro, individualizado e sistematizado, no prontuário, contendo os dados relevantes da permanência do usuário;
- r)** Aplicar testes e escalas para uso em Saúde Mental;

8.3) TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM:

Perfil:

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.

Atribuições:

- 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 a saúde, conforme os protocolos e normas institucionais;
- g)** Executar atividades de assistência de Enfermagem de sua competência, sob a supervisão do enfermeiro do CAPS;
- 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 PERFIL:

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.

9) MONITORAMENTO

O monitoramento dos SRTs é realizado por visitas mensais ou bimensais 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.

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. 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 repristina 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>”

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.