

**MPSP**

---

# Residência Inclusiva e Serviços Residenciais Terapêuticos

Semelhanças e diferenças na perspectiva  
do atendimento territorializado

---

---

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Cartilha Residência Inclusiva e Serviços Residenciais Terapêuticos  
*Semelhanças e diferenças na perspectiva do atendimento territorializado*

AUTORES:

Fabiano Boghossian Esperança  
Psicólogo do NAT\* - Área Regional de Araçatuba

Juliane Fernandes Simões de Mattos Andrade  
Psicóloga do NAT\* - Área Regional de Franca

Karla Gimenes Antiquera Carlos  
Assistente social do NAT\* - área regional de Bauru

Leide Sousa Silva  
Assistente social do NAT\* - área regional do Vale do Ribeira

Pâmela Migliorini Claudino da Silva  
Assistente social do NAT\* - Área Regional de Ribeirão Preto

São Paulo - 2022

---

\* NAT: Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial do Ministério Público de São Paulo

<i>RESIDÊNCIA INCLUSIVA (RI)</i>	4
<i>SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)</i>	5
<i>O QUE SÃO?</i>	6
<i>O QUE NÃO SÃO?</i>	6
<i>QUAIS AS SEMELHANÇAS E CONVERGÊNCIAS?</i>	7
<i>ESPECIFICIDADES E DIFERENÇAS</i>	8
<i>Política Social na qual se insere</i>	8
<i>RI</i>	8
<i>SRT</i>	8
<i>Público-Alvo</i>	9
	9
<i>RI</i>	9
<i>SRT</i>	9
<i>Equipe de Referência</i>	10
<i>RI</i>	10
<i>SRT</i>	10
<i>DIRETRIZES LEGAIS E NORMATIVAS REGULAMENTADORAS</i>	11
<i>RI</i>	11
<i>SRT</i>	12
<i>ALTERNATIVAS À INSTITUCIONALIZAÇÃO</i>	13
<i>No âmbito do SUAS</i>	15
<i>No âmbito do SUS</i>	17
<i>No âmbito da educação</i>	18
<i>No âmbito da cultura</i>	18
<i>REFERÊNCIAS</i>	20

## RESIDÊNCIA INCLUSIVA (RI)

Unidade assistencial responsável pela oferta de Serviço de Acolhimento Institucional **a jovens e adultos com deficiência**, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar. Tem como objetivo garantir a proteção integral, com vistas à construção da **autonomia**, da inclusão social e comunitária e do desenvolvimento de capacidades para a vida diária.

*Em contraposição ao conceito de tutela, autonomia é o reconhecimento da capacidade e da liberdade dos indivíduos fazerem escolhas, estabelecerem relações e trocas sociais de acordo com expectativas e modos de vida singulares, considerando, inclusive, as barreiras e limites enfrentados a partir da condição de pessoas com deficiência e/ou transtornos mentais. Começa em atos simples, como escolher a própria roupa que quer vestir, sair da moradia para caminhar, fazer compras, trabalhar, dentre outras atividades da vida diária. Alcançando a possibilidade de expressão, negociação e contratualização ante as diversas situações que o sujeito encontra cotidianamente, de forma progressivamente menos dependente da mediação pelos serviços. Assim, o processo de autonomia também garante qualidade de vida, independência e inclusão social.*

## SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)

Dispositivo estratégico no processo de **desinstitucionalização** de **pessoas em sofrimento mental**. Caracterizam-se como residências inseridas na comunidade, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, que, em decorrência do longo histórico de internações psiquiátricas, acabaram apresentando cronificação de seus quadros de saúde mental, sendo excluídas socialmente de seus laços familiares e comunitários. Constituem-se, assim, como uma reparação histórica para com esses indivíduos.

*Desinstitucionalização: Para além da substituição do hospital psiquiátrico pela criação de serviços substitutivos (voltados à moradia e ao atendimento) e da 'devolução' do indivíduo à circulação social, pressupõe um deslocamento das práticas de cuidado em saúde mental da instituição para a comunidade, por meio de suportes específicos e estratégias com vistas à reabilitação psicossocial assistida. Trata-se, portanto, de incentivar o indivíduo a ampliar a sua rede social, sem restringi-la exclusivamente aos vínculos estabelecidos dentro do(s) serviço(s), favorecendo sua participação social e estimulando a não dependência da unidade de saúde (e/ou de moradia). As atividades desenvolvidas, em consonância a essa proposta, realizam-se prioritariamente no território e em espaços distintos, preservando-se as unidades residenciais como locais precípuos de moradia.*

## O QUE SÃO?

Unidades residenciais, localizadas em espaços urbanos, com capacidade de atenção a até 10 moradores. Voltadas para garantia e promoção de direitos de cidadania e atenção integral através da articulação intersetorial e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

## O QUE NÃO SÃO?

Serviços totais que se responsabilizam pela oferta direta a todas as necessidades de atendimento e/ou cuidados apresentados por seus moradores.

**Assim sendo, alcançam seus objetivos apenas em estreita articulação com os territórios em que se inserem, incluindo serviços de saúde, assistência social, esporte, cultura, trabalho, educação e lazer. Acessados de maneira singular, a depender do percurso e dos vínculos tecidos por cada residente na relação com a cidade, os recursos comunitários e a rede de serviços.**

## **QUAIS AS SEMELHANÇAS E CONVERGÊNCIAS?**

São serviços públicos responsáveis pela oferta de moradia assistida, pela garantia de estrutura e suporte para realização de atividades de vida diária e pela (re)inserção dos moradores na rede social existente (saúde, assistência social, trabalho, lazer, educação, entre outros), rompendo com a prática de isolamento historicamente presente.

Visam à construção progressiva da autonomia e do protagonismo nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da participação social.

Têm como princípio o respeito aos direitos do morador como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Pautados pela diretriz da excepcionalidade da institucionalização. No caso do SRT, tendo como principal característica a reparação histórica aos indivíduos que tiveram suas trajetórias de vida afetadas pela longa permanência em hospitais psiquiátricos. Quanto à RI, preconizado o acolhimento após esgotadas todas as possibilidades de proteção social e acessos voltados ao reestabelecimento de vínculos e ao autossustento de jovens e adultos com deficiência.

## ESPECIFICIDADES E DIFERENÇAS

Política Social na qual se insere

### RI

Assistência Social  
**(Proteção Social Especial de Alta Complexidade)**

### SRT

Saúde Mental (Rede de Atenção Psicossocial – Estratégias de Desinstitucionalização)

*Proteção social básica: No âmbito do Sistema Único de Assistência Social, a proteção social básica objetiva prevenir situações de risco pessoal e social através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, da privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou da fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Prevê a oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social, ofertados diretamente ou referenciados aos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS.*

*Proteção social especial: Modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, violência física/emocional/sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outros. São serviços, programas e projetos que requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas e articulação com os atores que compõem os sistemas de garantias de direitos, ofertados diretamente ou referenciados aos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS.*



Público-Alvo

**RI**

**Jovens e adultos com deficiência** cujos vínculos familiares estejam rompidos ou fragilizados e que, em decorrência, não disponham de condições de autossustentabilidade, de retaguarda familiar temporária ou permanente ou que estejam em processo de desligamento de instituições de longa permanência.

**SRT**

**Pessoas com transtornos mentais**, egressas de internação psiquiátrica de longa permanência, cujas trajetórias de vida foram impactadas significativamente pela lógica asilar de atenção em saúde mental e que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.

*Dentre os quais se incluem pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), tal qual explicitado pela Lei Federal nº 12.764/2012, em seu Art 1º § 2º.*

**ATENÇÃO!**

**No âmbito da política de assistência social, são previstos serviços de acolhimentos específicos para crianças/adolescentes (0 a 18 anos) e para idosos (idade igual ou superior a 60 anos).**

## Equipe de Referência

### RI

- **1 Coordenador**, para até 3 residências inclusivas, com formação em nível superior dentre as reconhecidas pelo SUAS (serviço social, psicologia, antropologia, sociologia, pedagogia, economia doméstica, terapia ocupacional e musicoterapia); experiência na área de atenção às pessoas com deficiência, amplo conhecimento das políticas públicas na área de atenção às pessoas com deficiência, da rede socioassistencial e demais serviços da cidade e região.
- **1 Psicólogo;**
- **1 Assistente Social;**
- **1 Terapeuta Ocupacional;**
- **1 Cuidador** com formação em nível médio e capacitação específica para função, para até 06 usuários, por turno;
- **1 Auxiliar de cuidador** com formação em nível fundamental e capacitação específica para a função, para até 06 usuários, por turno;
- **1 Trabalhador doméstico;**
- **1 Motorista.**

*As equipes devem atuar para que o acolhimento de jovens e adultos com deficiência tenha caráter protetivo, desenvolvendo ações que visem sua (re)inserção na vida comunitária e à construção gradativa de sua autonomia, fomentando seu protagonismo e independência na execução das atividades da vida diária e a ampliação de sua participação social. Para cuidados de enfermagem e de fisioterapia, por exemplo, os serviços de saúde do território deverão ser acionados.*

### SRT

Cada unidade residencial deverá estar vinculada a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. Nos SRT Tipo I, cada unidade poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional 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-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores. Nos SRT Tipo II, cada unidade deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a equipe de referência à residência seja composta por 05 cuidadores em regime de escala e 01 profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

O CAPS, ao qual os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, devem possuir equipe técnica, que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, por 01 profissional médico e 02 profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional.

## DIRETRIZES LEGAIS E NORMATIVAS REGULAMENTADORAS

### RI

- Lei Orgânica da Assistência Social – Lei nº8742, de 07 de dezembro de 1993 (alterada pela Lei nº12.435, de 06 de julho de 2011);
- Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 - Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);
- Política Nacional de Assistência Social – Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004; - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB SUAS) – Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012;
- Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009;
- Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS) – Resolução CNAS nº269, de 26 de dezembro de 2006;
- Resolução CNAS nº17, de 20 de junho de 2011 (Ratifica a equipe de referência definida pela NOB-RH/SUAS e Reconhece as categorias profissionais de nível superior para atender às especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS);
- Resolução CNAS nº34, de 28 de novembro de 2011 (Define a Habilitação e Reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária no campo da assistência social e estabelece seus requisitos)
- Orientações Técnicas: Perguntas e Respostas sobre o Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2012);
- Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome) nº 3 de 21 de setembro de 2012 Dispõe sobre a parceria entre o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, em situação de dependência, em Residências Inclusivas.

### SRT

- Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 – Institui o Sistema Único de Saúde;
- Lei nº 10.216, de 06 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;
- Lei nº 10.708, de 31 de Julho de 2003 - Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;
- Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017 – Anexo V (originalmente, Portarias do Ministério da Saúde: nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 – Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos; 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).
- Caderno “Residências Terapêuticas: O que são, para que servem.” – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (2004).

## **ALTERNATIVAS À INSTITUCIONALIZAÇÃO**

Apesar de estratégicos e em muitas situações fundamentais à proteção e garantia de direitos de pessoas com deficiência e/ou transtorno mental, os serviços residenciais aqui apresentados não terão implantação viável em todos os municípios. Sobretudo por se inserirem na esfera da alta complexidade, frequentemente desafiadora à estruturação em localidades de pequeno porte, caracterizadas, via de regra, por reduzida demanda quantitativa e insuficientes recursos orçamentários para operacionalização de políticas públicas.

Todavia, a defesa pela integralidade da atenção e, conseqüentemente, pela adoção de alternativas intersetoriais e comunitárias de atendimento permanece também nesses cenários.

Assim, ante uma situação de desproteção social, risco e/ou violação de direitos envolvendo pessoas com deficiência ou com transtorno mental (pensando no foco desse documento), o primeiro movimento deve ser no sentido da elaboração articulada intersetorialmente de projeto terapêutico singular/plano individual de atendimento, com ativa participação dos indivíduos e famílias atendidos. O objetivo desses planos/projetos deve ser a garantia de proteção e direitos, por meio do acesso aos recursos comunitários, serviços e políticas públicas presentes no território.

Isso porque, fazendo-se um paralelo com a lógica de atenção à saúde, pensar a institucionalização - ainda que em unidade residencial - como estratégia inicial de atenção configura-se em alternativa similar à internação em unidades de terapia intensiva em resposta aos primeiros sinais e sintomas de síndrome gripal.

Ademais, entende-se que cada situação individual de violação de direitos e/ou desproteção denuncia necessidades de qualificação, aprimoramento e fortalecimento das políticas públicas sociais que por diferentes motivos mostraram-se insuficientes na atenção a elas demandada.

Nesse sentido, a atuação das Promotorias de Justiça volta-se também para o fomento e o fortalecimento de políticas públicas e serviços localmente, destacando-se como alternativas importantes.

## ENTENDA AS ALTERNATIVAS À INSTITUIÇÕES NOS ÂMBITOS:

- do SUAS
- do SUS
  
- da EDUCAÇÃO
- da CULTURA

## No âmbito do SUAS

- Implantação e garantia de estrutura (material e de recursos humanos) adequada para o funcionamento das unidades socioassistenciais Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS);
- Constituição de equipe interdisciplinar de referência para atenção às demandas de proteção social especial, vinculada ao órgão gestor municipal da política de assistência social, nos municípios com população inferior a 20 mil habitantes;
- Fomento e fortalecimento dos serviços de proteção social básica e especial de média complexidade, dentre os quais:
  - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
  - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
  - Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas;
  - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Indivíduos e Famílias (PAEFI);
  - Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias no domicílio ou na modalidade Centro-Dia.

- Investimento em possibilidades de acolhimento institucional provisórias e inseridas no território, como exemplo:
  - Prorrogação da medida de acolhimento institucional em serviços para crianças e adolescentes, até os 21 anos para jovens que atingirem a maioridade nesses serviços;
  - Implantação de serviços de acolhimento em República.
  
- Fomento a políticas municipais de transferência de renda e benefícios emergenciais, que contemplem pessoas com deficiência e/ou com transtornos mentais e seus familiares entre os beneficiários. *(Exemplos e experiências locais nessa perspectiva podem ser detalhados pelas equipes do Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial (NAT) em cada região.)*
  
- Garantia do acesso do público em questão ao Benefício de Prestação Continuada – BPC, benefício que se figura como uma possibilidade de transferência de renda à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família, previsto pela Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993.



## No âmbito do SUS

- Priorização da organização da atenção básica à saúde em acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo-se o investimento em propostas de apoio matricial por profissionais/equipes de saúde mental;
- Implantação do serviço de atenção domiciliar;
- Investimento e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em seus diferentes pontos de atenção, em especial aqueles inseridos nas Estratégias de **Reabilitação** Psicossocial, a saber:
  - Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
  - Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.
- Investimento e fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, em seus diferentes componentes, particularmente os Centros Especializados em Reabilitação (CER)

*Reabilitação é uma intervenção chave para a conquista da autonomia, tendo por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas” (Lei Brasileira de Inclusão). No caso da reabilitação social, mais que uma estratégia de minimização dos efeitos “desabilitantes” devido à cronificação da doença, intenta-se possibilitar aos sujeitos fazerem parte do processo de trocas sociais. Elevando-se como particularmente importante para aquelas pessoas que passaram por um longo período de institucionalização e afastamento do convívio com a comunidade.*

### No âmbito da educação

- Oferta da educação inclusiva em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem (Baseado no artigo 27 da Lei Brasileira de Inclusão – LBI).

### No âmbito da cultura

- Oferta de atividades artísticas, intelectuais, culturais, esportivas e recreativas, com vistas a promoção do protagonismo (Baseado no artigo 43 da Lei Brasileira de Inclusão – LBI).

### IMPORTANTE!!

**O cuidado às demandas das pessoas com deficiência e/ou transtorno mental pode se mostrar possível e mais resolutivo através do estabelecimento de diálogo frequente com os profissionais da rede para levantamento das possibilidades de atendimento. Compreende-se que, para se pensar na efetivação de políticas públicas nessa esfera, é importante o planejamento de ações que permitam atender as demandas coletivas, abrangendo, assim, um público mais amplo. O desenvolvimento de ações na perspectiva descrita permite que os municípios estejam preparados para o atendimento dos casos apresentados, bem como dos casos futuros que possam surgir, se mostrando uma estratégia de atuação mais resolutiva. Por sua vez, o enfoque estrito às**

demandas individuais, especialmente quando atendidas por meio da judicialização, tendem a onerar e/ou concorrer com o investimento nos serviços e estratégias de âmbito coletivo, frequentemente acarretando encaminhamentos improvisados e fora da lógica de atenção e proteção preconizadas.

Destaca-se que, para municípios de pequeno porte, a implantação de serviços através da efetivação de consórcio intermunicipais pode se apresentar como uma estratégia para o atendimento da pessoa com deficiência e/ou transtorno mental em articulação com o território, priorizando-se a manutenção e o fortalecimento dos vínculos sociais e comunitários tecidos em suas trajetórias.

*Mais informações sobre as diferentes alternativas elencadas, como também o aprofundamento da análise e de reflexões a respeito de estratégias de proteção e enfrentamento à violação de direitos contra pessoas com deficiência e transtorno mental, contextualizadas às realidades locais, poderão ser obtidas com as equipes do Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial (NAT) em cada região.*

*Indica-se também para aprofundamento das reflexões e do conhecimento na temática o Webinar “Residências Inclusivas e Residências Terapêuticas”, promovido pelo Ministério Público do Estado de São Paulo em março de 2021, disponível no link [https://web.microsoftstream.com/video/440cdb67-fda2-42f2-8b82-d2fd0ae2eb1a?utm\\_source=akna&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=mural-da-ESMP-31-03](https://web.microsoftstream.com/video/440cdb67-fda2-42f2-8b82-d2fd0ae2eb1a?utm_source=akna&utm_medium=email&utm_campaign=mural-da-ESMP-31-03)*

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei no. 10.216, de 06 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. Disponível em: <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm) >. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações sobre o Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas – perguntas e respostas. 2014. Disponível em: <  
[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/cadern\\_o\\_residencias\\_inclusivas\\_perguntas\\_respostas\\_maio2016.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/cadern_o_residencias_inclusivas_perguntas_respostas_maio2016.pdf)>.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004/ Norma Operacional Básica - NOB/SUAS. 2005. Disponível em: <  
[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº3, de 28 de setembro de 2017. Disponível em:  
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>

GOFFMAN, E. (2013). Manicômios, prisões e conventos (8ª ed.). São Paulo: Perspectiva. (originalmente publicado em 1961).

MASSA, P.; MOREIRA, M. I. B. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, 2019; 23: e170950 doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.170950>

PAULON, S.; RESENDE, V.; KNIJINIK, C.; OLIVEIRA, E. S.; ABREU, M. C. Das múltiplas formas de habitar uma morada: a produção do cuidado em um serviço residencial terapêutico. *Vivência*. 2007; (32):119-37.

PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.

SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. In: \_\_\_\_\_. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001. p. 111-142.

WACHS, F.; PAULON, S.; RESENDE, V. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para os serviços residenciais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2010; 20(3):895-912.



**MPSP** | MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

