Boletim Goiano de Geografia. ISSN: 1984-8501. Doi: 10.5216/bgg.v46i1.85420

Território usado e a privatização da saúde mental da região metropolitana de Natal: uma análise das comunidades terapêuticas

Territory used and the privatization of mental health in the metropolitan region of natal: na analysis of therapeutic communities

Territorio usado y la privatización de la salud mental en la región metropolitana de natal: un análisis de las comunidades terapéuticas

Rodolfo Noberto de Macedo[1*]; Jane Roberta de Assis Barbosa[1]

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

* Autor correspondente: rodolfonoberto49@gmail.com

Resumo: O artigo analisa os usos do território associados ao financiamento público das Comunidades Terapêuticas (CTs) na Região Metropolitana de Natal (RN), tomando como referência a categoria analítica território usado. A pesquisa parte da problematização da inserção das CTs na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da hipótese de que essas instituições, embora financiadas pelo Estado, não atuam de forma complementar aos serviços públicos, mas estabelecem relações de concorrência institucional pelo fundo público. Metodologicamente, o estudo adota uma abordagem qualitativa e quantitativa, pautada no método dialético e na análise técnica de sistemas. Foram realizados levantamentos documentais, análise de dados do Portal da Transparência (CGU) e mapeamento da distribuição espacial de CAPS e CTs entre 2011 e 2024. Os resultados evidenciam que as CTs financiadas, que receberam montantes superiores a R$ 12 milhões, concentram-se em municípios que já dispõem de serviços públicos de saúde mental, como Extremoz e São Gonçalo do Amarante. Tal dinâmica reforça a centralização territorial da assistência e desvia recursos que poderiam fortalecer a rede pública de saúde mental. Conclui-se que essa configuração revela a consolidação das CTs como um mecanismo de privatização indireta, expressando usos seletivos do território coerentes com a racionalidade neoliberal de gestão das políticas sociais.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; território; políticas públicas; Neoliberalismo.

Abstract: The article analyzes the uses of territory associated with public funding of Therapeutic Communities (CTs) in the Metropolitan Region of Natal (RN), taking as a reference the analytical category of used territory. The research is grounded in the problematization of the inclusion of CTs in the Psychosocial Care Network (RAPS) and in the hypothesis that these institutions, although funded by the State, do not act in a complementary way to public services, but rather establish relationships of institutional competition for public funds. Methodologically, the study adopts a qualitative and quantitative approach, guided by dialectical reasoning and technical systems analysis. Documentary research was conducted, data from the Transparency Portal (CGU) as well as the mapping of the spatial distribution of CAPS and CTs between 2011 and 2024. The results indicate that the funded CTs, which received amounts exceeding R$ 12 million, are

Recebido: 09 de março, 2026.
Aceito: 03 de julho, 2026.
Publicado: 13 de julho, 2026.

concentrated in municipalities that already have public mental health services, such as Extremoz and São Gonçalo do Amarante. These dynamics reinforce the territorial centralization of care and divert resources that could otherwise strengthen the public mental health care network. Therefore, it follows that this configuration reveals the consolidation of CTs as a mechanism of indirect privatization, expressing selective uses of territory consistent with the neoliberal rationality guiding the management of social policies.

Keywords: Therapeutic Communities; territory; public policies; Neoliberalism.

Resúmen: El artículo analiza los usos del territorio asociados al financiamiento público de las Comunidades Terapéuticas (CTs) en la Región Metropolitana de Natal (RN), tomando como referencia la categoría analítica del territorio usado. La investigación parte de la problemática de la inserción de las CTs en la Red de Atención Psicosocial (RAPS) y de la hipótesis de que estas instituciones, aunque financiadas por el Estado, no actúan de forma complementaria a los servicios públicos, sino que establecen relaciones de competencia institucional por los fondos públicos. Metodológicamente, el estudio adopta un enfoque cualitativo y cuantitativo, basado en el método dialéctico y en el análisis técnico de sistemas. Se realizaron estudios documentales, análisis de datos del Portal de Transparencia (CGU) y mapeo de la distribución espacial de CAPS y CTs entre 2011 y 2024. Los resultados evidencian que las CTs financiadas, que recibieron cantidades superiores a 12 millones de reales, se concentran en municipios que ya disponen de servicios públicos de salud mental, como Extremoz y São Gonçalo do Amarante. Tal dinámica refuerza la centralización territorial de la asistencia y desvía recursos que podrían fortalecer la red pública de salud mental. Se concluye que esta configuración revela la consolidación de las CTs como un mecanismo de privatización indirecta, expresando usos selectivos del territorio coherentes con la racionalidad neoliberal de gestión de las políticas sociales.

Palabras clave: Comunidades terapéuticas; territorio; políticas públicas; neoliberalismo.

Introdução

A política de saúde mental no Brasil, historicamente pautada pela lógica manicomial e segregadora, passou por uma reestruturação profunda a partir da Reforma Psiquiátrica, que instituiu o cuidado em liberdade e a base territorial como pilares do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante desse cenário, o objetivo deste artigo é analisar como o financiamento público das Comunidades Terapêuticas (CTs) na Região Metropolitana de Natal (RMN) produz um uso seletivo do território, reconfigurando a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A

pesquisa parte da hipótese de que as CTs, embora financiadas pelo Estado, não atuam de forma complementar aos serviços públicos de saúde mental, mas estabelecem relações do que vamos chamar de "concorrência institucional", que seria uma disputa pelo fundo público em que o Estado opta por financiar modelos de isolamento social e abstinência em detrimento do fortalecimento das modalidades de cuidado em liberdade, especialmente com um dos componentes da RAPS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ou seja, há uma disputa dialética entre a rede pública substitutiva e o setor privado financiado.

A área de estudo, a RMN (instituída pela Lei Complementar Estadual nº 152/1997), configura-se como um espaço de intensas articulações territoriais composto por 15 municípios[1]. Caracteriza-se por uma forte centralidade exercida pela capital na oferta de serviços (Maia et al., 2023). Essa dinâmica é marcada por movimentos pendulares diários entre Natal e cidades polarizadoras, como Macaíba, Extremoz, São Gonçalo do Amarante e Parnamirim, evidenciando um território de conurbação e integração funcional (Maia et al., 2023,).

A configuração metropolitana atua como um facilitador para a dispersão seletiva das CTs. A "interiorização" desses serviços para alguns municípios responde a uma lógica de aproveitamento da infraestrutura urbana e do menor custo da terra nas periferias. Tal mancha urbana permite que as CTs se instalem em áreas menos densas condizentes com seu modelo de isolamento e "convivência em ambiente restritivo" sem perder a conexão com os fluxos financeiros e com polo de gestão da capital potiguar (Clementino, 2019).

[1] Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Macaíba, Extremoz, Ceará-Mirim, São José de Mipibu, Nísia Floresta, Monte Alegre, Goianinha, Vera Cruz, Maxaranguape, Ielmo Marinho, Bom Jesus e Arês. Todos municípios do Rio Grande do Norte.

Dessa forma, segundo Clementino (2019), podemos afirmar que o território usado pelas CTs na RMN expressa uma centralidade técnica em Natal e uma periferização da assistência nos outros municípios. Nesse sentido, observou-se que a localização dessas instituições financiadas revela uma sobreposição espacial com municípios que já dispõem de CAPS, o que tensiona o discurso oficial de complementaridade. Na prática, o financiamento público é deslocado para as bordas metropolitanas, desviando recursos que deveriam e poderiam fortalecer a rede pública em áreas verdadeiramente desassistidas.

Embora inseridas na Rede de Atenção Psicossocial, pela Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011), as CTs, descritas por Santos (2014) como organizações de acolhimento para usuários de Substâncias Psicoativas (SPA)[2] , enfrentam desafios estruturais para se alinharem às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentadas na Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), a qual prioriza o cuidado em liberdade, a atenção de base comunitária e a estratégia de Redução de Danos, respeitando a autonomia do usuário e não impõe a abstinência como condição única de tratamento (Resende, 2021). Enquanto a rede pública destaca a atenção integral e a redução de danos, as CTs operam majoritariamente sob um modelo centrado na abstinência e no tripé disciplina, trabalho e espiritualidade (Santos, 2018). Esse choque de modelos, somado à seletividade espacial do investimento, reforça a necessidade de compreender as CTs como atores concorrentes no território da saúde mental.

[2] Segundo o Ministério da Saúde, as chamadas substâncias psicoativas ou drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, na percepção, no comportamento e em estados da consciência. (BRASIL, 2024).

O surgimento das CTs no Brasil ocorreu na década de 1960, e desde então, essas instituições têm experimentado um crescimento contínuo. Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revela que, em 2017, existiam aproximadamente 2 mil Comunidades Terapêuticas em operação.

No Rio Grande do Norte, existem aproximadamente 41 CTs em funcionamento, conforme dados da Subcoordenadoria da Vigilância Sanitária (SUVISA/RN). Nessa pesquisa, considerou-se, especificamente, a Região Metropolitana de Natal, onde foram identificadas cinco dessas instituições, em três municípios diferentes. Conforme relatório da Frente da Saúde Mental (2024), essas CTs estão devidamente regulamentadas e contratualizadas. Entre os municípios da RMN, Extremoz concentra três CTs: a CT Desafio Jovem Ebenezer, unidade de Genipabu, a CT Desafio Jovem Ebenezer, unidade de Extremoz, e a CT Manancial de Vidas; São Gonçalo do Amarante, por sua vez, possui a CT Renovando Vidas; e Nísia Floresta, a CT Nova Aliança do RN. Para visualização espacial detalhada, consulte o Quadro 1.

A pesquisa justifica-se pela necessidade de problematizar o papel das CTs na RAPS sob a ótica da seletividade territorial. Argumenta-se que, para além da questão assistencial, as CTs configuram-se como atores que promovem uma “concorrência institucional” pelo fundo público. Do ponto de vista geográfico, a concentração desses investimentos em áreas que já possuem equipamentos públicos não apenas ignora os vazios assistenciais, como reitera a centralização do território usado e a fragmentação da política de saúde mental sob a racionalidade neoliberal.

Quadro 1: Lista das CTs da RMN que receberam financiamento público.

Nome da Instituição	Nome das CTs	Cidade Sede
Comunidade Terapêutica Manancial de Vida	Manancial de Vida	Extremoz
Comunidade Desafio Jovem Ebenezer	Unidade de Genipabu	Extremoz
Comunidade Desafio Jovem Ebenezer	Unidade de Extremoz	Extremoz
Comunidade Terapêutica Renovando Vidas	Renovando Vidas	São Gonçalo do Amarante
Instituto Terapêutico Nova Aliança do Rn	Nova Aliança do Rio Grande do Norte	Nísia Floresta

Fonte: Relatório da Frente da Saúde Mental (2024).

A presente pesquisa adota o método dialético como orientação analítica, pois compreende que as políticas públicas de saúde mental e suas materializações espaciais são atravessadas por contradições estruturais que se expressam no território. Assim, ela parte-se da contradição central entre dois modelos de cuidado em saúde mental: o cuidado em liberdade, territorializado e de base comunitária, operacionalizado pelos Centros de Atenção Psicossocial e alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e o modelo de isolamento institucional, predominante nas CTs e ancorado na abstinência, na disciplina e na segregação socioespacial. Essa contradição se materializa no território por meio de mediações históricas, políticas e técnicas que orientam a alocação de recursos públicos e a organização da Rede de Atenção Psicossocial.

A investigação possui natureza descritiva e exploratória, estruturando-se a partir da categoria analítica de território usado, conforme formulada por Santos (2006), o que possibilita compreender o espaço não apenas como suporte físico, mas como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, no qual se inscrevem escolhas políticas, normativas e financeiras. Nesse sentido, o

território constitui uma mediação fundamental para apreender como o financiamento público das CTs se materializa espacialmente, produzindo usos seletivos e reforçando desigualdades no acesso ao cuidado em saúde mental.

O percurso metodológico estruturou-se em três frentes complementares: inicialmente, realizou-se um levantamento documental do arcabouço normativo e relatórios técnicos para confrontar as diretrizes da RAPS com a execução política territorial. Na sequência, coletaram-se dados secundários (2011–2024) sobre a tipologia dos CAPS (SESAP/RN) e sobre o financiamento público das CTs via Portal da Transparência (CGU) e IPEA. Por fim, a análise espacial e o cruzamento cartográfico permitiram identificar padrões de sobreposição e vazios assistenciais, operacionalizando a noção de "concorrência institucional". Essa articulação entre financiamento, território e normativas possibilitou compreender o investimento nas CTs como um mecanismo de privatização indireta e de reconfiguração seletiva do território sob a racionalidade neoliberal.

O contexto das políticas de saúde mental e a configuração da Raps

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990), estabelece o direito à saúde como um dos pilares da seguridade social, vinculando-o à cidadania. No contexto da saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, reflete os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com o objetivo de criar, ampliar e articular pontos de atenção destinados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais, sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011)

A RAPS é estruturada a partir de diferentes componentes articulados, que abrangem desde a atenção básica até a reabilitação psicossocial (ver Quadro 2). Para os fins deste trabalho, a análise recairá sobre o componente de Atenção Psicossocial Especializada, materializado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Quadro 2: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Componente da RAPS	Exemplos / Serviços
Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes de atenção básica para populações específicas e centros de convivência.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU, salas de estabilização, UPAs 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de acolhimento e serviços residenciais.
Atenção Hospitalar	Enfermarias especializadas, serviços hospitalares para transtornos mentais e usuários de substâncias.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos e Comunidades Terapêuticas.
Reabilitação Psicossocial	Programas e ações de reintegração social e laboral.
Comunidades Terapêuticas (CTs)	Atenção residencial de caráter transitório.

Fonte: Adaptado de Brasil (2011).

Estes dispositivos são organizados em distintas modalidades: CAPS I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e infantil (CAPS i), definidas conforme a abrangência populacional e a especificidade do atendimento[3].

Os CAPS constituem serviços comunitários de caráter aberto, responsáveis pelo acolhimento de pessoas com transtornos mentais

[3] Os CAPS são dimensionados de acordo com a porta populacional dos municípios: **CAPS I**: municípios com 20.000 a 50.000 habitantes; **CAPS II**: municípios com mais de 70.000 habitantes; **CAPS III**: municípios com mais de 200.000 habitantes; **CAPS i**: atendimento especializado para crianças e adolescentes em municípios com mais de 150.000 habitantes; e **CAPS AD**: atendimento a usuários de álcool e outras drogas, previstos para municípios com mais de 70.000 habitantes (BRASIL, 2011).

graves e persistentes, bem como de usuários de SPA, oferecendo cuidado integral por meio de equipes multiprofissionais e estratégias de reabilitação psicossocial.

A organização da RAPS no território brasileiro revela profundas desigualdades espaciais que comprometem o princípio da universalidade do acesso. Essa distribuição desigual evidencia os limites estruturais da política pública de saúde mental quando analisada em escalas locais e regionais. É nesse cenário de vazios assistenciais que se expande a atuação das CTs (instituições privadas). Seu modelo de funcionamento, contudo, fundamenta-se em práticas de abstinência, disciplina e espiritualidade, o que estabelece um distanciamento crítico em relação às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e à política de redução de danos preconizada pelo SUS (Santos, 2018).

A inserção das CTs na política pública é marcada por intensas contestações. Especialistas e movimentos sociais apontam que as grandes transferências de recursos para essas instituições validam práticas que, frequentemente, violam direitos humanos, como o isolamento social compulsório, a imposição dogmática de preceitos religiosos e o uso da laborterapia (frequentemente associada à exploração do trabalho sob o pretexto de tratamento). Relatórios técnicos do Conselho Federal de Psicologia (2018) reforçam a urgência de uma fiscalização rigorosa pelas vigilâncias sanitárias e pelo Ministério Público, visando garantir que o cuidado seja integral e baseado em evidências científicas, em conformidade com os princípios da RAPS.

O território usado e a racionalidade neoliberal na gestão da saúde mental

Para compreender a dinâmica da saúde mental na RMN, é preciso transcender a noção de espaço como mero receptáculo de serviços e analisá-lo enquanto território usado. De acordo com Santos (2006), o território usado deve ser compreendido como o espaço socialmente qualificado pelo uso, uma categoria analítica que funde os sistemas de objetos (as infraestruturas físicas, como CAPS e CTs) aos sistemas de ações (as escolhas políticas, normas e o financiamento que lhes dão vida). No contexto dessa pesquisa, o território usado revela a materialização do que Brown (2018) define como racionalidade neoliberal, que reconfigura a assistência psicossocial segundo a lógica do mercado.

Nesse sentido, a gestão da saúde mental na RMN expressa o que Santos (2006) define como a primazia das verticalidades sobre as horizontalidades. As horizontalidades representam a rede de proximidade e o cotidiano, que, na saúde mental, deveriam ser fortalecidos pelos CAPS e pelo cuidado territorializado, promovendo a integração comunitária.

Por outro lado, as verticalidades manifestam-se por meio de fluxos de poder e de recursos que vêm “de fora” e “de cima”, no caso, o financiamento federal via Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social (MDS) direcionado às CTs. Essa verticalidade técnica e financeira ignora as necessidades locais e desarticula a rede de cuidado em liberdade, impondo uma lógica de isolamento que atende a interesses externos ao território, fragmentando a coesão das políticas públicas de base sanitária.

Dessa forma, a análise do território usado permite identificar que o poder, embora envolva relações de força como sugerido por Raffestin (1993), manifesta-se, prioritariamente, na capacidade de certas

instituições capturarem o orçamento público para instituir normas de controle social à margem da Reforma Psiquiátrica. O resultado é a consolidação de um uso do território que não visa a universalidade, mas sim a eficácia de modelos privados. Essa imposição de verticalidades sobre a saúde mental não ocorre de forma isolada, mas é o reflexo espacial de uma lógica macroestrutural que redefine o papel do Estado, o que Harvey (2008) caracteriza como o projeto político-econômico do neoliberalismo.

O uso seletivo do território, que privilegia o financiamento de objetos privados (CTs) em detrimento da rede pública, funciona como a engrenagem material dessa racionalidade. Nesse contexto, o território deixa de ser o espaço da cidadania e da saúde universal para se tornar um recurso estratégico para a expansão de modelos de mercado, em que a gestão do sofrimento psíquico é capturada pela lógica da eficácia financeira. Como aponta Harvey (2008), o neoliberalismo promove a abertura de novos mercados para o capital privado através do suporte estatal, transformando direitos sociais em campos de acumulação.

Na RMN, essa dinâmica se materializa no que denominamos concorrência institucional: o Estado utiliza o fundo público para financiar objetos (CTs) que concorrem diretamente com os serviços públicos (CAPS) pela gestão da saúde mental. Essa doutrina, que advoga pela limitação do papel do Estado na execução direta e pela supremacia do mercado, justifica o enfraquecimento dos sistemas de proteção social em favor de entes privados (Brown, 2018).

Portanto, as CTs inserem-se em uma lógica territorial na qual a saúde mental é progressivamente incorporada por instituições que surgem como “soluções” para lacunas aprofundadas pelo próprio desmonte das políticas públicas. Ao articular o conceito de território usado com a lógica neoliberal, essa pesquisa busca revelar as contradições

impostas por essa privatização indireta do cuidado no Rio Grande do Norte, evidenciando como o fundo público é mobilizado para sustentar um modelo de assistência que opera em desobediência à estrutura sanitária oficial. Essa dinâmica institucionaliza uma rede paralela que, ao capturar o orçamento público, desarticula a coesão da RAPS e aprofunda a seletividade espacial nos municípios periféricos da mancha metropolitana. Tal cenário reitera que o uso do território pelo capital privado é legitimado pela omissão estatal, transformando o direito à saúde em um campo de acumulação e de controle social.

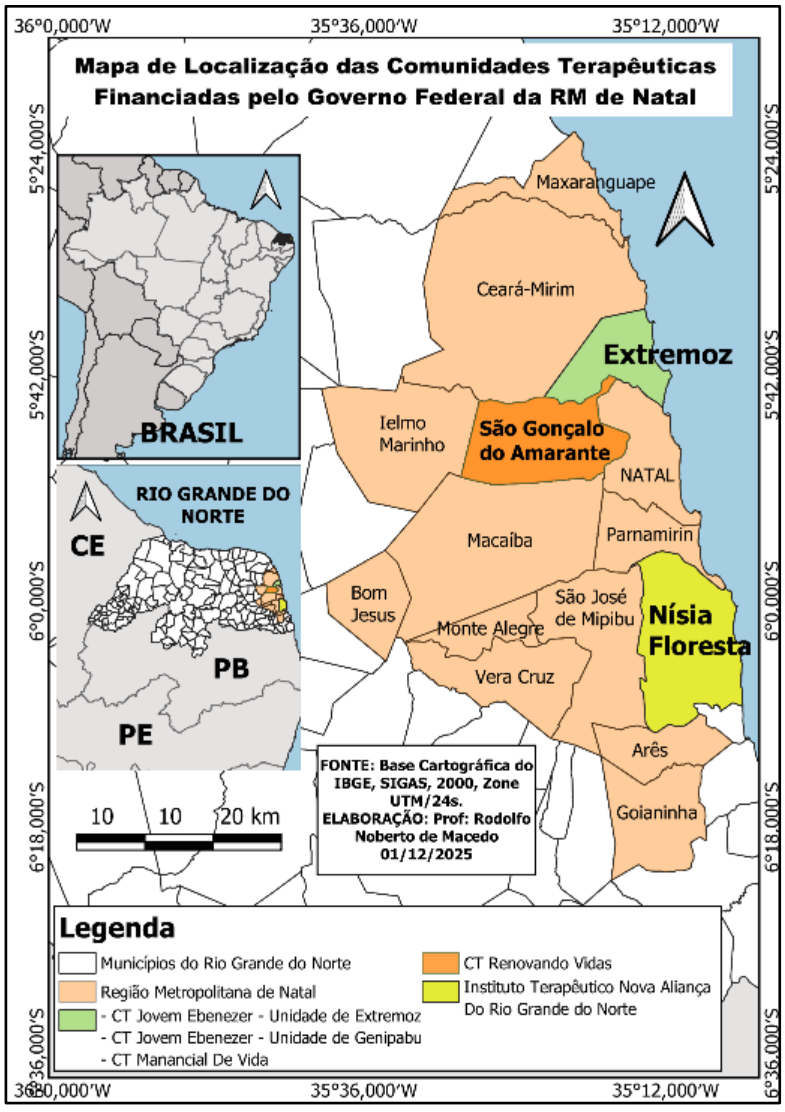
O território usado pelas CTs na RMN: concorrência institucional e seletividade espacial

A análise da distribuição espacial das CTs na RMN, quando confrontada com a rede de Centros de Atenção Psicossocial, revela o que Santos (2006) define como a indissociabilidade entre os sistemas de objetos e os sistemas de ações. No caso em questão, o "objeto" (as instituições físicas) é ativado por uma "ação" política e financeira que privilegia o setor privado em comparação à universalidade do SUS. Essa dinâmica revela que o território não é apenas um suporte físico, mas também um campo de forças onde a instalação de novos pontos de assistência responde a uma lógica de seletividade que favorece modelos segregadores, aprofundando a fragmentação da rede sanitária oficial e comprometendo a integralidade do cuidado.

O sistemático investimento de recursos públicos nas CTs da RMN supera a expressiva marca de R$ 12 milhões desde o ano de 2011 (conforme detalhado no Quadro 4), materializando uma nítida seletividade territorial. Esse fluxo financeiro, operado majoritariamente por instâncias como o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social,

consolida um mecanismo de privatização indireta da saúde mental sob o suporte da racionalidade neoliberal, em que o fundo público é estrategicamente desviado para instituições de caráter asilar e confessional. Tal processo não apenas subverte a lógica da Reforma Psiquiátrica, como também utiliza o território como recurso para a expansão de um mercado da assistência que prospera à medida que os dispositivos públicos universais, como os CAPS, enfrentam processos de dificuldades institucionais.

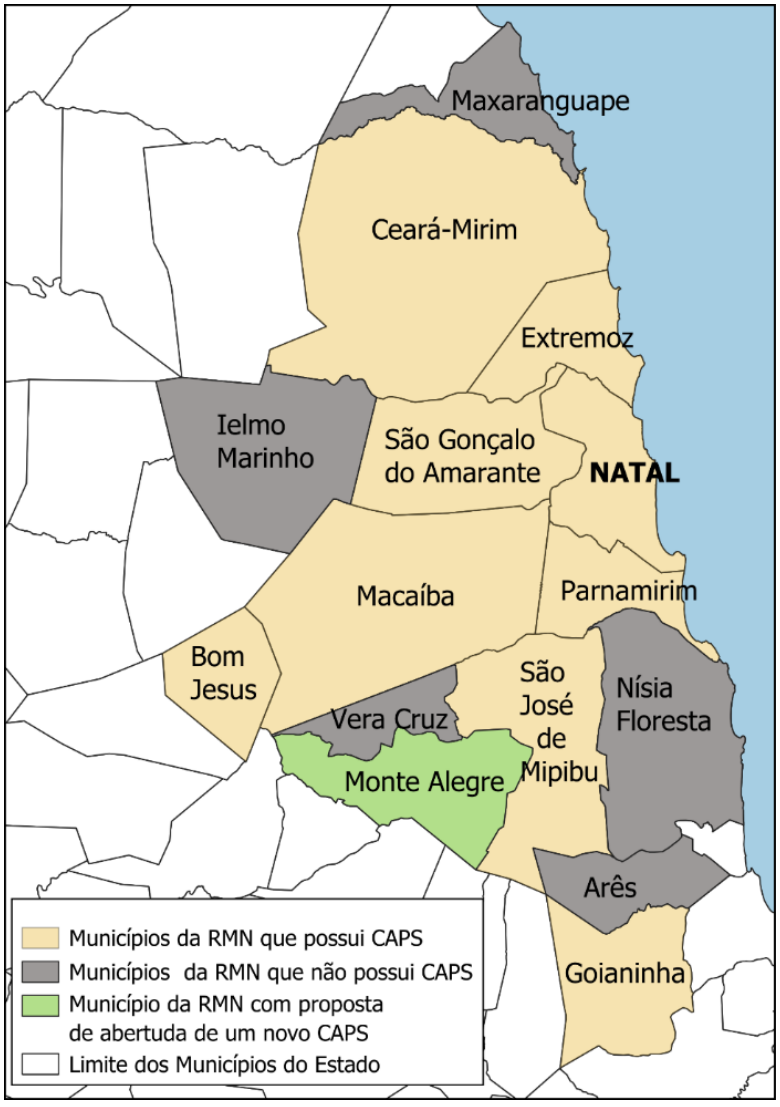
Figura 1: Localização das CTs na RMN financiadas pelo Governo Federal



Fonte: Relatório da Frente da Saúde Mental (2024)

Conforme atestam a Figura 1 e a Figura 2, esse fluxo financeiro, impulsionado por programas Federal, não se orientou para a redução dos vazios assistenciais da região, pelo contrário, observa-se uma sobreposição de ofertas em municípios, como Extremoz e São Gonçalo do Amarante, que já possuem CAPS em funcionamento.

Figura 2: Cobertura dos CAPS nos Municípios da Região Metropolitana de Natal.



Fonte: SESAP/RN (2017). Adaptado pelo autor (2025).

Essa dinâmica aponta a premissa do IPEA (2017) de que tais instituições se converteram, a partir de 2019, na principal estratégia de investimento estatal no enfrentamento ao uso de substâncias psicoativas,

capturando grandes recursos que poderiam ser aplicados na expansão e qualificação da rede pública de saúde (RAPS).

A tabela 1 mostra a distribuição dos CAPS por tipo na RMN, permitindo uma análise qualificada sobre como esses equipamentos estão capilarizados no território metropolitano. Nota-se que a maioria dos municípios da região não possui nenhum dispositivo da rede substitutiva, como é o caso de Nísia Floresta, Ceará-Mirim, Vera Cruz, Monte Alegre, Arês, Bom Jesus, Ielmo Marinho e Maxaranguape.

Essa ausência institucional indica uma distribuição espacial profundamente desigual, que acaba por concentrar a oferta de serviços psicossociais em poucos centros urbanos, sobrecarregando a capital e as cidades-polo. Tal cenário revela a existência de extensos vazios assistenciais, onde a população local fica desamparada de cuidados especializados em liberdade, forçando deslocamentos pendulares exaustivos em busca de tratamento.

Tabela 1: Distribuição de CAPS por tipo na Região Metropolitana de Natal

Regiões de Saúde	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS Ad	CAPS AD III	CAPS i	Total
Natal	1	1	1	1	1	1	**6**
Parnamirin	1	1	x	x	1	x	**3**
São G. do Amarante	x	1	x	x	1	x	**2**
Macaíba	x	1	x	1	x	x	**2**
Extremoz	1	x	x	x	x	x	**1**
São J. de Mipibu	1	x	x	x	x	x	**1**
Goianinha	1	x	x	x	x	x	**1**
Ceara-Mirim	x	x	x	x	x	x	**0**
Vera Cruz	x	x	x	x	x	x	**0**
Monte Alegre	x	x	x	x	x	x	**0**
Arês	x	x	x	x	x	x	**0**
Bom Jesus	x	x	x	x	x	x	**0**
Ielmo Marinho	x	x	x	x	x	x	**0**
Maxaranguape	x	x	x	x	x	x	**0**
Nísia Floresta	x	x	x	x	x	x	**0**

Fonte: Secretaria de estado da saúde do Rio Grande do Norte, 2017

Essa carência de 'objetos' da rede pública no território acaba por criar o ambiente propício para que as Comunidades Terapêuticas se apresentem como a única alternativa de acolhimento nessas áreas negligenciadas pelo Estado.

Municípios como Natal e Parnamirim são os que apresentam maior diversidade de CAPS, incluindo modalidades mais complexas como CAPS III, CAPS AD III e CAPS i. Isso sugere que a atenção à saúde mental de maior complexidade está centralizada nesses municípios, o que pode dificultar o acesso para a população de outras localidades que necessitam desses serviços.

Essa distribuição apresenta questões sobre a efetividade da RAPS como um todo na RMN. Para que a RAPS funcione plenamente, é crucial que seus componentes, como os CAPS ou até mesmo as CTs, estejam acessíveis em todo o território, garantindo a integralidade e a continuidade do cuidado. A atual configuração espacial mostra lacunas que precisam ser preenchidas para assegurar o direito à saúde mental de forma equitativa.

Essa concorrência impacta diretamente a dinâmica e a efetividade da assistência em saúde mental. Em vez de fortalecer a rede pública e ampliar o acesso em regiões desassistidas, o financiamento público de CTs pode encobrir o subfinanciamento da rede pública, desviando recursos que poderiam ser investidos na expansão e na qualificação dos próprios CAPS ou na criação de novos serviços públicos onde eles são mais necessários. Entre 2017 e 2020, o governo federal destinou R$ 300 milhões para CTs em todo território nacional, enquanto estados e municípios repassaram R$ 560 milhões (CEBRAP-CONECTAS, 2022).

Nesse cenário, o território usado reflete a racionalidade neoliberal descrita por Harvey (2008), na qual o Estado atua como facilitador para a abertura de novos mercados para o capital privado. A tabela 2 detalha esse fluxo financeiro, revelando que instituições como a CT Extremoz e a CT Nova Aliança receberam, individualmente, montantes que ultrapassam R$ 2,6 milhões e R$ 3,5 milhões, respectivamente.

A distribuição espacial dessas Instituições, conforme demonstrado na Figura 1 e no cruzamento de dados da Controladoria-Geral da União (CGU) e da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP/RN), revela que o financiamento não seguiu a lógica da necessidade social ou da carência territorial. Se o objetivo fosse a complementaridade, os recursos seriam priorizados para áreas onde o Estado é ausente. Contudo, a concentração de CTs financiadas em municípios que já possuem CAPS (Extremoz e São Gonçalo do Amarante) prova que o dinheiro público está financiando uma rede paralela que disputa o mesmo público-alvo e o mesmo orçamento que deveriam fortalecer a rede pública substitutiva e territorializada.

Tabela 2: Valores recebido pelas CTs por meio de contratos

Nome das Comunidades Terapêuticas	Ano dos Contratos	Recursos do Governo Federal	Órgão Responsável
CT Nova Aliança do RN	2021 a 2025	R$ 2.688.496,16	MDS
CT Genipabu	2014 a 2023	R$2.321.961,80	MDS
CT Extremoz	2018 a 2025	R$ 3.503.345,50	MDS
CT Renovando Vidas	2022 a 2025	R$1.169.261,04	MDS
CT Manuncial de Vida	2021 a 2025	R$ 2.348.606,46	MDS
TOTAL	**2014 a 2025**	**R$ 12.031.670,96**	**MDS**

Fonte: Portal da Transparência. Controladoria Geral da União

Os dados comprovam que as CTs da RMN não atuam para preencher lacunas, mas sim para capturar investimentos que poderiam e deveriam ser aplicados na expansão e na qualificação dos CAPS. Em vez de um sistema equitativo, impõe-se ao usuário um "território de exclusão", no qual a seletividade define não apenas a localização do serviço, mas também a própria natureza do cuidado oferecido.

Ao aportar recursos consideráveis para o setor privado enquanto alguns municípios permanecem desassistidos de serviços públicos, o poder público reforça a fragmentação do território. Essa dinâmica estabelece o que denominamos de “concorrência institucional”.

Conclui-se que o financiamento das CTs na RMN atua como um motor de desigualdade espacial. A opção política por esse modelo de gestão desvia recursos que poderiam ser investidos no SUS e, ao mesmo tempo, desestimula a criação de novas modalidades de CAPS em municípios da RMN que permanecem em um vazio assistencial. A Geografia, ao lançar luz sobre esses fluxos financeiros e suas materializações espaciais, revela que a política de saúde mental na RMN atravessa uma crise de identidade, onde o território é usado para favorecer grupos privados e religiosos sob o manto de uma retórica filantropia que legitima a apropriação do fundo público.

Portanto, o uso do território observada na RMN ratifica a tese da concorrência institucional, na qual a autonomia do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social na gestão desses grandes recursos estabelece uma rede paralela e dissociada da estrutura sanitária oficial. Esse arranjo institucional-orçamentário e financeira fragmenta o território da saúde mental, e institui uma privatização indireta que desvirtua a Reforma Psiquiátrica Brasileira. O resultado é a consolidação de um território de exclusão, em que o financiamento público, ao invés de

romper barreiras de acesso, acaba por institucionalizar a segregação e a seletividade como pilares da política pública.

Considerações Finais

A investigação sobre os usos do território e o financiamento público das CTs da RMN permitiu confirmar a tese central dessa pesquisa: as CTs não operam como mecanismos "complementares" à Rede de Atenção Psicossocial, mas sim como agentes de uma "concorrência institucional" que aprofunda a seletividade espacial e a fragmentação do cuidado. Ao confrontar o sistema de objetos (CAPS e CTs) com o sistema de ações (as políticas de financiamento), ficou evidente que a lógica de "complementaridade" evocada pelo Estado é desmentida pela materialidade do território. Os dados demonstram que o aporte de mais de R$ 9 milhões não foi direcionado para sanar vazios assistenciais, mas concentrou-se em municípios como Extremoz e São Gonçalo do Amarante, onde a rede pública já estava estabelecida, caracterizando uma sobreposição estratégica e intencional.

Assim, conclui-se que o financiamento das CTs na RMN, operado majoritariamente pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social (MDS), diferente do fundo do SUS (Ministério da Saúde), estabelece uma engenharia orçamentária que sustenta a privatização indireta da saúde mental. Essa escolha política, fundamentada no que Harvey (2008) chama de uma "racionalidade neoliberal", prioriza o isolamento social e a lógica asilar-religiosa, enquanto a rede pública de CAPS padece com o financiamento em declínio. O território usado pelas CTs configura-se, portanto, como um "território de exclusão" legitimado pelo Estado, onde a seletividade territorial define que o investimento público deve circular

em redes privadas e confessionais, à margem da estrutura sanitária oficial e dos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O objetivo proposto no início desse artigo foi atendido, uma vez que a RMN, além de ser um suporte administrativo, constitui um campo de forças onde o fundo público é disputado. A análise espacial provou que, ao financiar as CTs na mancha metropolitana, o Estado não promove a descentralização do cuidado, mas sim a periferização da assistência e o fortalecimento de modelos de controle social. Espera-se que os resultados aqui apresentados sirvam de alerta para a necessidade urgente de redirecionar os recursos públicos para o fortalecimento da RAPS, garantindo que o território seja, de fato, um espaço de cuidado em liberdade, fundamentado na universalidade do acesso e no respeito à dignidade humana.

Referências

BRASIL. Lei nº 8.080, 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**. Diário Oficial da união, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 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**. Diário Oficial da União. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 5 jun. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 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 álcool e outras drogas.** Diário Oficial da União. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Substâncias psicoativas**. Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/substancias-psicoativas. Acesso em: 05 jun. 2024.

BROWN, W. (2018). O Frankenstein do neoliberalismo: liberdade autoritária nas "democracias" do século XXI. In: Albino, C; Oliveira, J; Melo, M. **Neoliberalismo, neoconservadorismo e crise em tempos sombrios**. Recife-Seriguela, 2021. p.91-15.

CEBRAP-CONECTAS, **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. CEBRAP-CONECTAS, 33p. Disponível em:<https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>, acesso em 02 de abril de 2025.

CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda (Org.). **Duas décadas da Região Metropolitana de Natal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**; Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasília, DF: CFP, 2018. 172 p. ISBN 978-85-89208-79-6. Disponível em: http://www.cfp.org.br/. Acesso em: 5 maio 2024.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **Portal da Transparência**. Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: https://portaldatransparencia.gov.br/. Acesso em: 02 mai. 2025

FRENTE DA SAÚDE MENTAL. **Raio-X das comunidades terapêuticas**. [S.l.], 2024. Disponível em: https://frentedasaudemental.com.br/raio-x-das-comunidades-terapeuticas/ . Acesso em: 26 jul. 2024.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília, DF: IPEA, 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em: 20 jun. 2025

MAIA, Claudio Machado et al. **A Região Metropolitana de Natal/RN: reconfiguração da rede urbana, cidades de pequeno porte e as articulações territoriais no espaço metropolitano**. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR, 20., 2023, Belém. **Anais [...]** Belém: ANPUR, 2023. p. 1–20.

RAFFESTIN, Claude. **Por Uma Geografia do Poder**. Tradução Maria Cecília França. Fernando Paixão. São Paulo: Ática, 1993.

RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. In: RUI, Taniele; FIORE, Maurício (org.). **Working paper series: comunidades terapêuticas no Brasil.** Brooklyn: Social Science Research Council, 2021.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte 2020–2023**. Natal: SESAP/RN, 2020. 334 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Plano-Estadual-Sau%CC%81de_RN_2020_2023-1.pdf. Acesso em: 10 abr. 2024.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades Terapêuticas no Brasil: contornos, funções e objetivos. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, DF: IPEA, v. 6, p. 5–14, 2014.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos (Org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006

Publisher

Universidade Federal de Goiás. Instituto de Estudos Socioambientais. Programa de Pós-graduação em Geografia. Publicação no Portal de Periódicos UFG.
As ideias expressadas neste artigo são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores ou da universidade.

Contribuição dos autores

Todos os autores ofereceram substanciais contribuições científicas e intelectuais ao estudo. As tarefas de concepção e design do estudo, preparação e redação do manuscrito, bem como, revisão crítica foram desenvolvidas em grupo. O primeiro autor, Rodolfo Noberto de Macedo ficou especialmente responsável pelo desenvolvimento teórico-conceitual, pela aquisição de dados e suas interpretações, pelos procedimentos técnicos e tradução do resumo e análises incorporados no artigo. A segunda autora, Jane Roberta de Assis Barbosa_pela orientação da pesquisa, contribuições teórico-conceituais e no fortalecimento da redação do artigo, contribuindo ativamente para dar mais robustez às ideias. Declaramos ainda ciência das Diretrizes Gerais do BGG.

Rodolfo Noberto de Macedo. Mestrando em Geografia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e licenciado em Geografia pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras. Desenvolve pesquisas nas áreas de Geografia Humana, com ênfase relacionadas ao Território, Estado, Planejamento e Políticas Públicas.

Jane Roberta de Assis Barbosa. Graduação em Geografia (bacharelado e licenciatura) e mestrado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutora em Geografia (Geografia Humana) pela Universidade de São Paulo com doutorado sanduíche na Universidade Paris I, Panthéon-Sorbonne. É Professora do Departamento de Geografia, professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Estudos Urbanos e Regionais e professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.