



**WFCC**

FEDERAÇÃO MUNDIAL  
DE COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS

**INFORME MUNDIAL**  
**Nº 2 – 2023**  
**VERSÃO ABREVIADA**





## Coordenação do Relatório

Coordenador

Pablo Kurlander (Brasil)

Coordenadores Assistentes

Sérgio Di Paolo (Itália)

Oriol Esculies (Espanha)



# WFTC

WORLD FEDERATION  
OF THERAPEUTIC  
COMMUNITIES

## Consultores Internacionais

Augusto Nogueira (Macau RAE)

Garth Pople (Austrália)

Gerard Byrne (Austrália)

Jesus Mullor (Espanha)

Jorge Olivares (Chile)

José Manoel Bertolote (Brasil)

Phaedon Kaloterakis (Grécia)

Richard Steinberg (EUA)

Selva Careaga (Chile)

Sushma Taylor (EUA)

Wouter Vanderplasschen (Bélgica)

## Comunicação e Conhecimento Comité de Gestão

Ann Tucker (EUA)

Edward Carlson, Presidente (EUA)

Enrico Costa (Itália)

Lonnie Granier (EUA)

Lucía Goberna (Espanha)

Martin Infante (Filipinas)

Miguel Garibay (EUA)

Natalia Zachartzi (Grécia)

Quetzalli Manzano (México)

Robert Budsock (EUA)

Agradecimentos a

Sonja Phutachad Neef (Nova Zelândia)

Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas - WFTC

Relatório Mundial, n. 2 de dezembro de 2023



# WFTC

WORLD FEDERATION  
OF THERAPEUTIC  
COMMUNITIES

## SUMARIO

<b>SUMÁRIO EXECUTIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>MENSAGEM DO PRESIDENTE .....</b>	<b>7</b>
<b>1. ESTADO DO FENÔMENO MUNDIAL DAS DROGAS EM 2022.....</b>	<b>11</b>
<b>2. SOBRE A WFTC .....</b>	<b>14</b>
<b>3. ORGANIZAÇÃO DA WFTC .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Associação de Comunidades Terapêuticas da Australásia (ATCA).....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 A Federação Europeia de Comunidades Terapêuticas (EFTC).....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 A Federação das Comunidades Terapêuticas da Ásia (FTCA) .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4 A Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (FLACT)</b> <b>.....</b>	<b>21</b>
<b>3.5 Comunidades de Tratamento da América (TCA) .....</b>	<b>24</b>
<b>4. ESTE RELATÓRIO .....</b>	<b>28</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>5.1 Total de organizações respondentes.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2 Escopo do trabalho.....</b>	<b>34</b>
<b>5.3 Tipo de trabalho .....</b>	<b>35</b>
<b>5.4 Número de funcionários .....</b>	<b>37</b>
<b>5.5 Fonte de financiamento .....</b>	<b>38</b>
<b>5.6 Público-alvo .....</b>	<b>40</b>
<b>5.7 Género do público-alvo.....</b>	<b>42</b>
<b>5.8 Locais de tratamento .....</b>	<b>43</b>
<b>5.9 Tempo médio proposto para tratamento .....</b>	<b>46</b>
<b>5.10 Localização da CT .....</b>	<b>47</b>
<b>5.11 Religiosidade .....</b>	<b>48</b>
<b>5.12 Funcionários .....</b>	<b>49</b>
<b>5.13 Pessoas atendidas e alcançadas.....</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>54</b>



### SUMÁRIO EXECUTIVO

Esta segunda edição do Relatório Mundial da WFTC teve um aumento significativo de 153% nos países (26 em 2022 para 40 em 2023) e 290% nas organizações respondentes (132 em 2022 para 383 em 2023) e incluiu África, que não estava presente em a primeira edição.

A maioria das organizações respondentes foi da América Latina e o Caribe (n=238; 62,1%), seguida pela Europa (n=109; 28,5%). Estas regiões tiveram o aumento mais elevado de organizações respondentes, respectivamente 326,0% (n=165) e 681,3% (n=93).

#### Pessoas atendidas e alcançadas

Em 2022, as CTs da WFTC entrevistadas atenderam 339.156 pessoas e alcançaram 1.431.639 pessoas, o que combinado representou um grande aumento de 302,3% (n=1.184.965) em pessoas atendidas e alcançadas, em comparação com 2022.

Mais de 90% (n=311.780; 91,9%) das pessoas atendidas estavam em CTs com unidades femininas e masculinas. Apenas 7,9% (n=26.781) estavam em CTs exclusivamente masculinas, e um total não representativo de 0,1% (n=505) estavam em serviços exclusivamente femininos.

Quase metade da população (n=148.726; 43,9%) foi atendida em instalações apenas rurais, e a outra metade foi atendida igualmente em instalações urbanas (n=97.744; 28,8%) e rurais e urbanas (n=95.566; 27,3%).

A grande maioria das pessoas atendidas (n=292.208; 86,2%) foi tratada em programas não religiosos.

A maior parte das pessoas foi atendida em programas de 6 a 12 meses de duração (n=227.715; 67,2%), e apenas 0,5% (n=1.584) foram atendidas em programas de menos de 3 meses de duração.

A maioria das pessoas (n=198.579; 58,6%) foi atendida em CTs com 8 profissionais diferentes em seus quadros.

### Escopo de trabalho

A maioria das organizações tinha escopo de trabalho nacional (n=182; 60,5%), mas na América do Norte a maioria das organizações tinha escopo de trabalho local (n=14; 73,7%). Apenas 4,0% (n=12) das organizações tinham escopo internacional de atuação.

### Tipo de trabalho

O tipo de trabalho apenas de Base foi o mais prevalente (n=217; 72,1%), especialmente na América Latina e o Caribe (n=185; 82,2%). Apenas 3,0% (n=9) das organizações possuíam atuação apenas do tipo Advocacy, estando estas apenas na Europa, América do Norte e América Latina e o Caribe. O trabalho de Base e Advocacy foram mais prevalentes na Ásia (n=8; 66,7%) e na América do Norte (n=10; 52,6%).

### Número de funcionários

Na América do Norte (n=18; 94,7%) e a Ásia (n=7; 58,3%) a maioria das organizações eram maiores, com mais de 50 funcionários. A América Latina e o Caribe teve a maioria das organizações menores (n=108; 48%), com menos de 10 funcionários.

### Fonte de financiamento

Quase 30% do total (n=89; 29,6%) teve apenas uma única fonte de financiamento, 18,3% (n=55) teve duas e 25,6% (n=77) teve três fontes de financiamento. Isso significa que 3/4 das CTs (n=177; 73,4%) tiveram poucas fontes de financiamento.

### Público-alvo

Os adultos foram o público-alvo mais referido (n=291; 96,7%). Os outros públicos-alvo mais frequentes foram os Adolescentes (n=115; 38,2%) e as Pessoas em situação de rua (n=126; 41,9%).

Os serviços para crianças foram apenas 13,6% (n=41), tendo apenas um público-alvo abaixo (Refugiados: n=27; 9,0%). As regiões com a maior taxa de serviços para crianças foi a Ásia (n=7; 58,3%) e a América do Norte (n=8; 42,1%).

Os serviços para adolescentes tiveram taxas maiores na Ásia (n=10; 83,3%), América do Norte (n=10; 52,6%) e Europa (n=21; 52,5%). LGBTQIA+ tiveram atendimento em 28,2% (n=85) das CTs entrevistadas, o que é um número promissor, considerando que se trata de uma nova população específica para CTs.

### **Gênero do público-alvo**

Exceto na América Latina e o Caribe (n=89; 39,6%), em todas as regiões a grande maioria das CTs oferecia tratamento masculino e feminino. Os serviços apenas femininos não foram representativos (n=8; 2,7%) sendo oferecidos apenas na Europa e na América Latina e o Caribe.

### **Locais de tratamento**

No total, 89,4% (n=269) ofereceram locais de Tratamento Residencial, 56,5% (n=170) locais de Tratamento ambulatorial, 22,9% (n=69) locais de oferta de serviços de redução de danos e 27,2% (n=82) locais de oferta de serviços de moradia.

O tratamento ambulatorial foi mais comum na América do Norte (73,7%; n=14) e na Europa (62,5%; n=25). Os locais de oferta de serviços de moradia foram mais comuns na América do Norte (57,9%; n=11).

### **Tempo médio proposto para tratamento**

A maioria das CTs contou com programas de tratamento de 6 a 12 meses (n=152; 51,0%), sendo esse tempo proposto mais frequente na América Latina e o Caribe (n=125; 56,1%) e na América do Norte (n= 10; 52,6%).

Programas mais longos (mais de 12 meses) foram mais frequentes na Europa (n=22; 56,4%) e na Ásia (n=5; 41,7%). Programas mais curtos (menos de 3 meses) apareceram apenas na América Latina e o Caribe, com apenas 2% (n=6) do total (2,7% na ALC).



### Localização da CT

Quase metade das CTs (n=142; 47,5%) referiu ter localização urbana e 17,1% (n=51) ambas, urbana e rural. Apenas 35,5% (n=106) das CTs respondentes relataram possuir apenas localidades rurais.

As CTs apenas urbanas foram mais comuns na América do Norte (n=15; 78,9%) e na Oceania (n=3; 75,0%). A Europa foi a única região com mais CTs rurais (n=19; 50,0%).

### Religiosidade

Mais da metade das CTs relataram ter programas não religiosos (n=173; 57,7%). As regiões com mais programas religiosos foram América Latina e o Caribe (n=116; 51,8%) e Ásia (n=6; 50,0%), considerando CTs com atividades obrigatórias e não obrigatórias.

Na Oceania não houve CTs com programas religiosos, na Europa houve apenas 3 CTs (7,5%) e na América do Norte apenas uma (5,3%), considerando CTs com atividades religiosas obrigatórias e não obrigatórias.

### Funcionários

Os profissionais mais presentes foram: Psicólogo (n=274; 91,0%); Administrativo/financeiro (n=261; 86,7%), Conselheiros (n=252; 83,7%) e Assistentes Sociais (n=247; 82,1%).

Os Psicólogos estiveram menos presentes na América do Norte (n=8; 42,1%) e na Oceania (n=2; 50,0%). Médicos e Psiquiatras estiveram mais presentes na América do Norte (n=18; 64,7% ambos) e na Ásia (n=10; 83,3%; n=9; 75,0%).

### MENSAGEM DO PRESIDENTE



Os problemas associados ao uso de drogas ilícitas impactam todos os aspectos da sociedade. A dependência de drogas não é apenas o uso crônico de uma substância, mas inclui uma perda de controle e uma compulsão para continuar a consumir apesar das consequências adversas. Essas consequências podem incluir prejuízos na saúde cognitiva, psicológica, física e emocional.

A ciência documentou o fato de que o uso prolongado de substâncias resulta em alterações na química cerebral de formas fundamentais e duradouras. Os neurotransmissores, que são essenciais para o funcionamento saudável das emoções, do pensamento, da percepção e do comportamento, são afetados pelo uso de substâncias.

Os aspectos biológicos e comportamentais da dependência são complementares e mutáveis. A dependência pode começar voluntariamente, mas o uso continuado leva à habituação e à cronicidade, que impactam negativamente os domínios cognitivo, comportamental, emocional, familiar, social, cultural e biofisiológico.

A demografia das pessoas com transtornos por uso de substâncias está em constante mudança. Os novos pacientes são complexos e enfrentam múltiplos problemas, incluindo falta de moradia, pobreza, desnutrição e sofrimento mental agudo. São indivíduos que buscam medicamentos para alívio de seus sintomas e também aqueles que apresentam comprometimento psicológico devido ao excesso de medicação.

As organizações membros da Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas têm-se empenhado com sucesso no desenvolvimento de modelos de programas eficazes para tratar o Transtorno por Uso de Substâncias há mais de 63 anos. Os nossos serviços baseiam-se numa perspectiva fundamental de que a



dependência ocorre num quadro mais amplo, que inclui a vulnerabilidade económica, social e moral.

As Comunidades Terapêuticas têm sido descritas como construtos, como uma abordagem específica, um movimento, uma estratégia e uma filosofia. Todas essas características são fundamentais dentro do modelo de Comunidade Terapêutica.

As primeiras Comunidades Terapêuticas desenvolveram um sistema de crenças sociológicas para sobreviver e prosperar. Fundamental para cada um era a crença de que cada membro do grupo ou comunidade era valorizado e, por sua vez, era responsável pelo bem-estar do grupo. O grupo foi visto como uma força de cura, que proporcionou a cada membro oportunidades, desafios, modelos, incentivo, esperança e estrutura num esforço para promover a mudança individual.

Ao longo dos anos, as Comunidades Terapêuticas mantiveram os pressupostos básicos que foram as forças causais subjacentes ao seu desenvolvimento. No entanto, ajustaram-se para se adaptarem aos padrões e desafios atuais. A eficácia da Comunidade Terapêutica foi abordada em numerosos estudos de eficácia.

Os programas da Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas abordam os domínios que são críticos para o tratamento. Estes incluem: educação, família, lazer, serviços médicos, mudança comportamental, desenvolvimento vocacional, saúde mental, moradia estável, emprego e responsabilidade social.

Nossos programas oferecem uma gama abrangente de serviços que incluem promoção do bem-estar, serviços de saúde, serviços educacionais, sociais e vocacionais, moradia, aconselhamento em saúde mental e reabilitação psicossocial abrangente. Nossos programas atendem pessoas em situação de rua, vítimas de abuso e violência doméstica, jovens delinquentes e dependentes, jovens fugitivos, mães com filhos dependentes, mulheres grávidas, filhos de pais encarcerados, veteranos militares, indivíduos com doenças mentais e aqueles que estão envolvidos com o sistema penitenciário e de justiça criminal.

Nossos programas oferecem aconselhamento, educação, apoio vocacional e treinamento profissional. Ensinamos valores pró-sociais. Incentivamos a responsabilidade cívica e pessoal.

Operamos programas e prestamos serviços em centros comunitárias, centros residenciais, prisões, abrigos para pessoas em situação de rua, escolas, ambulatórios e centros de crise/triagem. As estruturas conceituais de nossa metodologia utilizam intervenções cognitivas, comportamentais e clínicas destinadas a promover a responsabilidade pró-social enquanto novos valores, atitudes e comportamentos são internalizados. O tratamento e a recuperação são vistos como um processo de desenvolvimento.

A percepção do que as Comunidades Terapêuticas fazem entre aqueles que não olharam mais de perto permanece desatualizada e incompleta. Talvez isto se deva à natureza flutuante do nosso campo e ao desafio de rever, ajustar e refinar os nossos serviços. Enfrentamos este desafio de frente. Quando confrontados com drogas novas e mais tóxicas – nós respondemos.

A tendência de encarcerar em vez de reabilitar foi respondida com a criação de programas de tratamento em prisões. O número crescente de jovens nos sistemas de assistência social, de bem-estar infantil e de justiça juvenil foi outro desafio que foi respondido pelos nossos membros. Nossos militares e veteranos do serviço ativo voltam para casa com fadiga física e psíquica. Temos orgulho em dizer que os nossos membros enfrentaram mais uma vez este desafio e oferecem serviços específicos para veteranos nas nossas comunidades.

Continuamos a questionar, a procurar soluções, a aprender, a crescer, a adaptar-nos, a mudar e a ajustar-nos. Ajustar-nos às mudanças demográficas dos pacientes, às flutuações do apoio financeiro, às mudanças nas políticas públicas, às complexidades dos padrões de consumo e aos novos setores populacionais criados por fatores sociais, económicos, políticos e ambientais.

O curso da mudança social é limitado apenas pela nossa visão e pelo nosso compromisso de concretizar essa visão.



Os membros da Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas continuarão a esforçar-se para fazer a diferença.



Sushma D. Taylor, Ph.D.  
Presidente

### 1. ESTADO DO FENÔMENO MUNDIAL DAS DROGAS EM 2022

O uso de drogas continua a ser muito prevalente em todo o mundo. De acordo com o *Relatório Mundial sobre Drogas de 2022* ([clique aqui](#)) publicado pelo UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime)<sup>1</sup>, cerca de 296 milhões de pessoas em todo o mundo (5,8% da população global - 1 em cada 17 pessoas com idades entre 15 e 64 anos), usaram drogas pelo menos uma vez em 2021, um aumento de 23% em relação à década anterior (em parte devido ao crescimento populacional).

Destes, cerca de 39,5 milhões (cerca de 13%) sofrem de transtornos relacionados com o consumo de drogas. Os opiáceos continuam a ser a principal droga com impacto na carga global de doença, enquanto a Cannabis é referida por uma grande parte dos países como a droga que mais preocupa no que diz respeito aos transtornos relacionados com o consumo de drogas.

Existem, no entanto, diferenças regionais claras na droga principal comunicada pelas pessoas que iniciam o tratamento da dependência química. Na Europa e na maioria das sub-regiões asiáticas, a droga principal mais frequente entre as pessoas em tratamento são os opiáceos. Na América Latina, a droga principal mais frequente é a cocaína, enquanto em algumas partes de África é a Cannabis, e no Leste e Sudeste Asiático é a metanfetamina.

É evidente que os opiáceos continuam a ser a principal causa de mortes prematuras em overdoses fatais (500.000 em 2019 - aumento de 17,5% desde 2009) e um fator importante nos anos de vida “saudável” perdidos devido a incapacidade.

Apenas 1 em cada 5 pessoas com transtornos relacionados com o consumo de drogas recebeu tratamento em 2021. A lacuna no acesso a tratamento agravou-se devido à pandemia de Covid-19. Desde o início da pandemia, 40% dos países que

---

<sup>1</sup><https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analise/world-drug-report-2022.html>



reportam regularmente ao UNODC relataram uma diminuição no número de pessoas que procuram tratamento, número que diminuiu ainda mais em 2021.

Existem inúmeras barreiras no acesso ao tratamento e as mulheres são as mais afetadas. Apenas 1 em cada 4 pessoas em tratamento são mulheres.

As mulheres representam mais de 40 por cento das pessoas que utilizam drogas farmacêuticas para fins não médicos, e quase uma em cada duas pessoas que utilizam estimulantes do tipo anfetamina (ATS), mas apenas uma em cada cinco pessoas em tratamento para a ATS é mulher.

Os jovens também estão fortemente representados no que diz respeito ao consumo de drogas. Em 2021, 5,3% dos jovens entre 15 e 16 anos em todo o mundo (13,5 milhões de indivíduos) consumiram Cannabis no ano anterior.

Além disso, no último Relatório do Gabinete do Alto Comissariado sobre **“Desafios dos direitos humanos na abordagem e combate a todos os aspectos do problema mundial das drogas”**<sup>2</sup> ([clique aqui](#)) publicado em setembro de 2023, a ONU identificou a falta e a desigualdade de acesso a tratamento e à redução de danos como um dos principais desafios ([informações adicionais aqui](#)).

Ao mesmo tempo, é fundamental reduzir as desigualdades e as lacunas no acesso a tratamento e a serviços de saúde amplos e inclusivos para minimizar as consequências sociais do consumo de drogas, especialmente para as populações vulneráveis e marginalizadas. Além disso, é necessário que haja um foco significativo e um aumento nas políticas e programas de prevenção, especialmente para os jovens.

Os transtornos por uso de drogas e outras condições de saúde mental estão intimamente interligados: as condições de saúde mental aumentam o risco de desenvolver transtornos por uso de drogas, e as drogas representam o risco de agravar os problemas de saúde mental se forem tomadas fora da supervisão médica.

---

<sup>2</sup><https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2023/10/A-HRC-54-53-EN.pdf>

Com uma estimativa de uma em cada oito pessoas a nível mundial a viver com uma condição de saúde mental diagnosticada, a necessidade de abordar questões de saúde mental na prevenção e tratamento do consumo de drogas tornou-se cada vez mais uma prioridade ( [informações adicionais aqui](#) ).



## 2. SOBRE A WFTC

A Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas (WFTC) é uma associação não governamental internacional que se envolve na construção de coalizões colaborativas e redes de sistemas sociais, educacionais e terapêuticos que apoiam o modelo de cuidado da Comunidade Terapêutica.

A WFTC é uma ampla associação global baseada em membros que defende e promove a compreensão dos princípios e metodologias que regem a metodologia da Comunidade Terapêutica.

A WFTC procura estabelecer iniciativas de aprendizagem social, fóruns interpaíses, colaboração intercultural e redes regionais. Além disso, a WFTC promove a troca de informações, dados, pesquisas, tendências clínicas e estratégias inovadoras emergentes.

A WFTC promove padrões de atendimento para a prática, qualidade de programas e profissionais, ao mesmo tempo em que faz interface com outras disciplinas profissionais e fornece informações sobre o modelo de tratamento e recuperação da Comunidade Terapêutica.

### 3. ORGANIZAÇÃO DA WFTC

A Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas está dividida em 5 grandes áreas geográficas e opera através de 4 Comitês operacionais.

#### ÁREAS GEOGRÁFICAS

1. Associação de Comunidades Terapêuticas da Australásia (ATCA)
2. Federação Europeia de Comunidades Terapêuticas (EFTC)
3. Federação das Comunidades Terapêuticas da Ásia (FTCA)
4. Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (FLACT)
5. Comunidades de Tratamento da América (TCA)

#### COMITÊS OPERACIONAIS

1. Comitê de Comunicações
2. Comitê de Relações Internacionais
3. Comitê de Membros
4. Comitê de Padrões

Para ver os países onde operam as Comunidades Terapêuticas, visite o link:  
[wftc.org](http://wftc.org) → OFFICERS & MEMBERS



### 3.1 Associação de Comunidades Terapêuticas da Australásia (ATCA)



Presidente: Gerard Byrne (Austrália)

Site: [atca.com.au](http://atca.com.au)

A Associação de Comunidades Terapêuticas da Australásia (ATCA) foi formada em 1986 para representar as opiniões e interesses coletivos de organizações sem fins lucrativos que fornecem tratamento de álcool e outras drogas utilizando o Modelo de Comunidade Terapêutica na Austrália e na Nova Zelândia. A ATCA tem 32 organizações membros que prestam 61 Comunidades Terapêuticas (CTs) e serviços de Tratamento Residencial.

Em 2022 a ATCA realizou alguns eventos promocionais para aproximar nossos associados. O Simpósio ATCA foi realizado em 23 de novembro de 2022 em Brisbane. Os tópicos da apresentação incluíram a construção de Capital de Recuperação baseado na comunidade e o Treinamento ATCA para CTs. Em maio de 2022, o Conselho da ATCA também se reuniu pessoalmente com membros de Brisbane e potenciais membros para discutir o trabalho da ATCA.

A ATCA continua a concentrar-se na formação, que os nossos membros continuam a identificar como vital para o desenvolvimento da força de trabalho. O Treinamento ATCA para CTs contribui para fortalecer a força de trabalho do AOD, permitindo que os participantes ampliem suas habilidades e conhecimentos na teoria de CT e na prática baseada em evidências. Este ano, 111 pessoas concluíram o curso de Treinamento ATCA para CTs com equipes de 11 CTs concluindo o curso. Isso eleva o número total de pessoas que participaram do Treinamento ATCA para CTs para 548.

O tema da 34ª Conferência da ATCA em 2023 em Sydney foi *Inclusão. Inovação. Impacto. Sustentabilidade*. A conferência proporcionou aos participantes a oportunidade de ouvirem líderes nas áreas de pesquisa, prática clínica, Advocacy e comissionamento. As visitas aos membros locais e regionais ocorreram no dia 31 de outubro, com a Conferência realizada nos dias 1 e 2 de novembro no Mercure Sydney. Detalhes podem ser encontrados em nosso site em: <https://atca.com.au/event/atca-conference-2023/>.

### 3.2 A Federação Europeia de Comunidades Terapêuticas (EFTC)

**Presidente:** Phaedon Kaloterakis (Grécia)

**Local na rede Internet:** [eftc.ngo](http://eftc.ngo)



A EFTC foi fundada em 1981 em Dusseldorf, Alemanha.

A sua missão inclui apoiar e desenvolver a abordagem psicopedagógica para ajudar os dependentes químicos e as suas famílias a recuperar uma vida livre de drogas, sempre que possível. Os membros estão empenhados em ajudar e permitir que cada comunidade ou participante do projeto se torne membro contribuinte da sociedade e modelo para as comunidades locais, independentemente do ambiente social e político em que residam.

Maximizar o envolvimento e a participação de cada pessoa na sua recuperação do consumo problemático de substâncias. Esta abordagem de autoajuda e comunidade como método aumenta o respeito próprio e a dignidade de todos os clientes.

Todos os membros da federação em toda a Europa oferecem oportunidades iguais a serviços de tratamento, que são: não políticos, não racistas, não exploradores e não violentos. A integridade de cada membro do programa é valorizada nesta comunidade europeia alargada e nos Padrões e Código de Ética da EFTC. Recentemente, em 2022, a EFTC recebeu Status Consultivo Especial junto do Conselho Económico e Social das Nações Unidas.

A Comunidade Terapêutica é um dos modelos mais eficazes no tratamento de dependências. Nas últimas décadas e através de pesquisas rigorosas, surgiram evidências crescentes que comprovam esse ponto. Parte da eficácia das Comunidades Terapêuticas pode ser atribuída à sua capacidade de adaptação a diferentes contextos culturais e de resposta às necessidades das populações vulneráveis.

O Relatório WFTC de 2023 manifesta estas verdades fundamentais de uma forma profunda e metódica.



Por último, convido todos vocês a participar da 19ª Conferência Europeia de Comunidades Terapêuticas que será realizada na incrível cidade de Gdansk, na Polônia, em setembro de 2024, organizada pela Federação Polonesa de Comunidades Terapêuticas e pela EFTC.

### 3.3 A Federação das Comunidades Terapêuticas da Ásia (FTCA)

**Presidente:** Martin Infante (Filipinas)

**Site:** [ftca.info](http://ftca.info)



Ao longo dos três anos de pandemia, a FTCA conseguiu cumprir na região asiática a sua missão de “Ajudar uns aos outros a ajudar os outros”, realizando um total de seis encontros online via Zoom. Os três últimos foram chamados de “Tempo de Consultoria”.

Perguntas sobre os desafios na execução de programas de CT foram solicitadas aos membros e um painel de especialistas respondeu. As sessões foram presididas pelo Presidente da FTCA, Martin Infante, e moderadas pelo conselheiro da FTCA, Phaedon Kaloterakis.

#### Série de Tempo de Consultoria da FTCA

- 1ª Hora de Consulta – Práticas TC | 30 de outubro de 2021

A edição de estreia abordou dúvidas sobre as práticas da CT. Apresentava um discurso gravado em vídeo pelo Dr. George De Leon.

- 2ª Hora de Consulta – Programa de CT e as Famílias | 12 de fevereiro de 2022

O segundo da série aborda questões sobre as modificações nos instrumentos da CT, bem como o papel das famílias na recuperação dos acolhidos.

- 3ª Hora de Consulta – Duplo Diagnóstico na CT | 23 de julho de 2022

O terceiro abordou dúvidas sobre pacientes com diagnóstico duplo de problemas de saúde mental. Psiquiatras com amplo envolvimento na CT discutiram as condições, enquanto alguns graduados da CT com comorbidades compartilharam sua jornada de recuperação.



### **2ª Conferência FTCA**

A FTCA planeja realizar sua 2ª Conferência Internacional em fevereiro de 2024 em Manila, Filipinas. O anúncio desta conferência é esperado nos próximos meses.

### 3.4 A Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (FLACT)



**Presidente: Jorge Olivares Calderón (Chile)**

**Site:** [federacionlatinoamericanaCT](http://federacionlatinoamericanaCT)

A Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas, conhecida como FLACT pela sigla, é uma fundação de interesse privado, sem fins lucrativos, criada em 1987 em Campinas-Brasil.

Os seguintes objetivos são declarados:

- Reunir as Federações Nacionais de Comunidades Terapêuticas (CTs) dos países membros que aderem aos códigos e padrões de ética do WFTC e do modelo CT.
- Colaborar com as federações filiadas na consolidação e expansão dos seus programas, prestando-lhes assistência quando necessário e de acordo com os meios disponíveis e promovendo sempre a troca de experiências entre os seus membros.
- Incentivar a formação de recursos humanos a todos os níveis, através da formação e formação de profissionais, não profissionais e voluntários.
- Promover e/ou estimular a realização de eventos de diversas naturezas tais como: congressos, conferências, simpósios, encontros, encontros científicos e outros, com o objetivo de divulgar, partilhar e aprofundar as suas experiências relacionadas à prática do modelo de CT.
- Incentivar e fortalecer a pesquisa sobre problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, divulgando informações relevantes entre seus associados.



- Gerir os recursos financeiros de forma a cumprir os seus objetivos e promover a ideia de autogestão em cada um dos seus membros.
- Colaborar com organizações internacionais, governamentais e/ou individuais em programas e políticas abrangentes de prevenção, reabilitação e reintegração social relacionadas ao uso e abuso de substâncias psicoativas e transtornos relacionados.
- Influenciar o estudo e as propostas de políticas nacionais e internacionais relacionadas com a prevenção e tratamento da dependência química em todas as populações afetadas e especialmente no que se refere às crianças e ao seu meio social.

Atualmente conta com 12 países membros ativos que, através de suas federações, reúnem mais de 500 Comunidades Terapêuticas. O estudo denominado “Mapeamento e diagnóstico da atual situação técnica e recursos das Comunidades Terapêuticas filiadas à Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (FLACT, 2023)” conta com a participação de 12 países e 444 CTs associadas. Além disso, é importante ressaltar que a FLACT está prestando apoio para que os países inativos da América Latina possam formar e/ou reativar suas federações nacionais.

A Diretoria 2022-2024, no seu enquadramento estratégico e de forma a responder às necessidades atuais, propõe:

- Validar o modelo CT, através do estabelecimento de processos de gestão da qualidade nos tratamentos.
- Fortalecer e apoiar os processos de acreditação das CT nos respectivos países.
- Garantir o respeito pelos direitos humanos em cada uma das CT afiliadas.

E enfrentar os desafios de:

- Elaborar, traduzir e divulgar o “Guia de normas de boas práticas para serviços de tratamento da dependência química no modelo de CT”.
- Elaborar e divulgar o estudo “Mapeamento e diagnóstico da atual situação técnica e recursos das CTs afiliadas à FLACT”.
- Fortalecer o networking com a Associação Proyecto Hombre e outras organizações.
- Realizar o Congresso Mundial de CTs no Brasil em 2024.



### 3.5 Comunidades de Tratamento da América (TCA)



**Presidente:** Edward C. Carlson (EUA)

**Site:** [treatmentcommunitiesofamerica.org](https://treatmentcommunitiesofamerica.org)

O TCA é um consórcio de mais de 600 locais de tratamento que fornecem uma variedade de serviços integrados que incluem cuidados primários e preventivos, ações de rua, educação, avaliação, encaminhamento e acompanhamento; desintoxicação e gestão de crises; tratamento residencial com apoio pós-tratamento; serviços ambulatoriais; terapia familiar; serviços de saúde mental; assistência profissional e colocação profissional; habitação de emergência, transitória e permanente com serviços de apoio.

#### **Advocacy Federal da TCA: Financiamento e Política para Tratamento de Transtornos por Uso de Substâncias**

Em 2022, a TCA trabalhou para instruir os legisladores sobre a necessidade e urgência de expandir o acesso a serviços de tratamento para Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) abrangentes e baseados em evidências, e a locais de tratamento complementares que se baseiem na continuidade de cuidados completos.

A TCA continuou a defender investimentos significativos no Block Grant dos Serviços de Prevenção, Tratamento e Recuperação do Uso de Substâncias (SUPTRS), uma vez que os Estados Unidos registaram níveis recorde de mortes por overdose de opiáceos e uma nova onda de mortes relacionadas com a proliferação de fentanil ilícito.

A TCA continuou construindo a sua reputação como um recurso confiável e conhecedor do tratamento e da política de TUS no Capitólio, especialmente relacionado com a proliferação de fentanil e estimulantes nos Estados Unidos, o que aumenta a urgência de fornecer e expandir o acesso aos cuidados. A TCA também continua a organizar uma reunião mensal de Políticas Públicas que permite aos

membros obter atualizações em tempo real sobre as atividades e legislação do Capitólio e da Administração.

### **TCA conduziu reuniões virtuais com Congressistas e equipe**

A TCA conduziu esforços robustos de divulgação e educação como parte de seu trabalho de defesa federal no Capitólio, realizando duas rodadas de visitas virtuais ao Capitólio durante quatro dias durante 2022, em junho e novembro.

Os Hill Days virtuais ofereceram aos programas TCA a oportunidade de se reunir com membros e funcionários para defender melhorias no Block Grant e consideração da Lei MIND e outras ajudas do Medicaid IMD Exclusion, fornecendo apoio para a força de trabalho de tratamento TUS e outras questões prioritárias.

### **TCA produz relatórios oficiais sobre telemedicina e força de trabalho em TUS**

A TCA formou dois novos grupos de trabalho para investigar, atualizar e apresentar documentos de opinião sobre duas questões que têm sido de alta prioridade, que também foram profundamente afetadas pela pandemia da COVID.

Os grupos de trabalho reuniram-se regularmente ao longo de 2022 e desenvolveram documentos técnicos sobre os seguintes temas: *Força de trabalho para tratamento de transtornos por uso de substâncias* e *uso de telemedicina no tratamento de TUS*.

O TCA explica o uso, as aplicações práticas e as melhores práticas da telemedicina no campo do Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) até o momento e explora direções futuras para a política de telemedicina, incluindo os desafios enfrentados pelo seu uso expandido, o impacto no atendimento ao cliente e os efeitos no sistema de saúde dos EUA.

### **Membro do Congresso homenageado com o Prêmio Charlie Devlin no evento TCA apresentado pelo Diretor Nacional de Política de Drogas**

Em setembro de 2022, os membros do TCA se reuniram para uma recepção virtual para comemorar décadas de defesa federal em apoio às pessoas que superaram os Transtornos por Uso de Substâncias, bem como para homenagear um legislador merecedor com o Prêmio Charlie Devlin de Excelência, um prêmio concedido todos os anos a um legislador que exemplificou o que significa servir e contribuir para o campo do TUS.

Este prêmio leva o nome do ex-presidente da TCA, Charlie Devlin, que teve mais de 50 anos de recuperação e trabalhou incansavelmente em nome de milhões de indivíduos e familiares cujas vidas foram afetadas pelo consumo de álcool e outras drogas. O deputado David Trone, de Maryland, recebeu o prêmio por todo seu trabalho árduo e liderança na promoção do campo do TUS, e o Dr. Rahul Gupta, Diretor do Escritório de Política Nacional de Controle de Drogas, foi o orador principal.

### **TCA homenageia legado de Richard Pruss com bolsas de desenvolvimento de força de trabalho**

Como forma de apoiar a nossa força de trabalho e homenagear o excelente trabalho de Richard Pruss, em 2019, a TCA estabeleceu o Bolsa de Desenvolvimento Profissional Richard Pruss.

Todos os anos, a bolsa é concedida a até 5 indivíduos que trabalham na área do TUS, o que a TCA acredita que fará uma diferença profunda e apoiará o desenvolvimento profissional de indivíduos talentosos que trabalham para avançar em suas carreiras na área de tratamento do TUS.

As bolsas foram anunciadas e apresentadas durante a Recepção Legislativa de Outono em setembro de 2022, onde os membros do TCA ouviram dos beneficiários sobre o impacto da bolsa em ajudá-los a progredir em suas profissões.



### **Membros do TCA presentes na conferência WFTC em Nova Délhi, Índia**

Em dezembro de 2022, vários membros do TCA, incluindo o presidente e o diretor executivo do TCA, participaram da 28ª Conferência Mundial de Comunidades Terapêuticas: Uma Visão para o Futuro, da Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas (WFTC).

Vários membros do TCA, incluindo Amity Foundation, Centerpoint, Integrity House, Odyssey House Louisiana, Odyssey House New York e Stay'N Out/NYTC também fizeram apresentações na conferência sobre o modelo de CT.

#### 4. ESTE RELATÓRIO

O Comitê de Comunicações do WFTC tem pensado em maneiras de destacar o trabalho positivo de nossas federações e de todos os programas de nossos membros individuais, para que possamos mostrar o impacto que nossos programas têm em todo o mundo.

O “Relatório Mundial da WFTC” constitui uma indicação da nossa identidade e função, um esboço das nossas metas, fins e objetivos, um esclarecimento da nossa prestação de serviços, uma identificação de quem são os usuários desses serviços e uma apresentação dos resultados alcançados.

O Relatório Mundial da WFTC visa comunicar:

- **A nossa visão:** unir-nos numa associação mundial de partilha, compreensão e cooperação dentro do Movimento Global da CT.
- **O nosso objetivo:** ampliar o reconhecimento e a aceitação da abordagem de Comunidade Terapêutica entre as organizações de saúde e os sistemas de prestação de saúde de organismos internacionais e nacionais.
- **A nossa universalidade e inclusão:** representação dos 5 continentes e fornecimento de informações de um grande número de países e serviços.
- **Nossos princípios éticos.**
- **Nossa abordagem holística:** recorreremos a todas as disciplinas, incluindo serviços médicos, psiquiátricos e sociais, bem como prestadores de serviços profissionais treinados em CT.
- **Nossa confiabilidade profissional:** fornecimento de compartilhamento, compreensão, orientação e cooperação aos nossos membros e à sociedade em geral.

Este relatório é um trabalho que depende unicamente da inestimável contribuição e experiência recebida das Federações e dos seus membros que

trabalham incansavelmente para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas que enfrentam dependências.

Na Conferência Mundial do WFTC em Nova Délhi, Índia, em dezembro de 2022, lançamos a **primeira edição do Relatório Mundial da WFTC** ([clique aqui](#)), que podemos usar para fins informativos e promocionais.

Esta é a segunda edição do Relatório Mundial da WFTC, elaborado e implementado em parceria com as 5 Federações continentais que compõem a sua estrutura funcional.

Após a grande repercussão que o 1º Relatório teve mundialmente, planejamos realizar neste ano uma pesquisa mais abrangente e aprofundada, com o objetivo de nos aproximarmos do retrato real das CTs membros da WFTC.

A elaboração da nova pesquisa foi realizada em um esforço conjunto dos membros do Comitê de Comunicações do WFTC, visando abranger as especificidades de cada região, conforme pode ser visto no Anexo 1.

Alguns dos dados recolhidos foram comparados com o ano anterior, e muitos outros são dados inéditos a nível global, que poderão ser comparados com futuras edições deste Relatório.

A pesquisa foi realizada on-line, por meio de questionário de entrevista do Google Forms, para que o preenchimento dos dados fosse simples para os participantes. Este formulário, bem como todo o material promocional e explicativo, foi disponibilizado em três idiomas: inglês, espanhol e português.

Depois de divulgado, foi dado um prazo de 45 dias para que cada Federação regional divulgasse o formulário entre suas CTs membros, para que preenchessem os dados solicitados.

Decorrido o prazo, os dados de cada região foram enviados às respectivas Federações regionais, para validar se todas as CTs que responderam ao questionário pertenciam à rede regional, bem como para verificar possíveis erros de preenchimento, dados repetidos ou possíveis divergências qualitativas e quantitativas com a realidade conhecida pelos líderes regionais.



Após o processo de validação dos dados iniciais, as Federações regionais devolveram os dados corrigidos e comentados, com os quais foi elaborada a versão final da planilha de dados para análise.

Esses dados foram analisados descritivamente, como será visto a seguir, comparando os dados compatíveis com os do 1º Relatório, separando os dados por região e país.

Após finalizada a análise, os resultados preliminares foram apresentados em reunião do Comitê de Comunicações e enviados para validação a todos os membros da Diretoria e do Comitê de Comunicações. Esses dados também foram enviados a Consultores Internacionais, para validação técnica dos resultados obtidos.

Como podemos perceber, este Relatório é o resultado do esforço conjunto de muitos atores de vários países e regiões, que procuraram destacar o esforço monumental que as CTs de todo o mundo fazem diariamente em busca de um mundo melhor para aqueles que sofrem, direta ou indiretamente, pelo uso de drogas.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Total de organizações respondentes

Após um grande esforço de todas as Federações regionais e locais, tivemos um número muito expressivo de organizações respondentes. Foram **301 organizações**, de **40 países** e de **6 regiões** do mundo: Europa, América do Norte, América Latina e o Caribe (ALC), Ásia, Oceania e África.

Figura 1 - Total de organizações respondentes em todo o mundo



Comparando esta pesquisa com a última, na primeira edição deste Relatório tivemos 127 CTs de 26 países e 5 regiões, o que representa um **grande aumento** de 228% para CTs e 153,8% para países, como podemos ver na tabela abaixo.

Tabela 1 - Total de organizações respondentes por Região (2023-2022)

Região	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
ALC	225	74,8%	73	55,3%	152	308,2%
Europa	40	13,3%	16	12,1%	24	250,0%
América do Norte	19	6,3%	21	15,9%	-2	-9,5%
Ásia	12	4,0%	17	12,9%	-5	-29,4%
Oceania	4	1,3%	5	3,8%	-1	-20,0%
África	1	0,3%	0	0,0%	1	-
<b>Total</b>	<b>301</b>	<b>100%</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>	<b>169</b>	<b>228%</b>

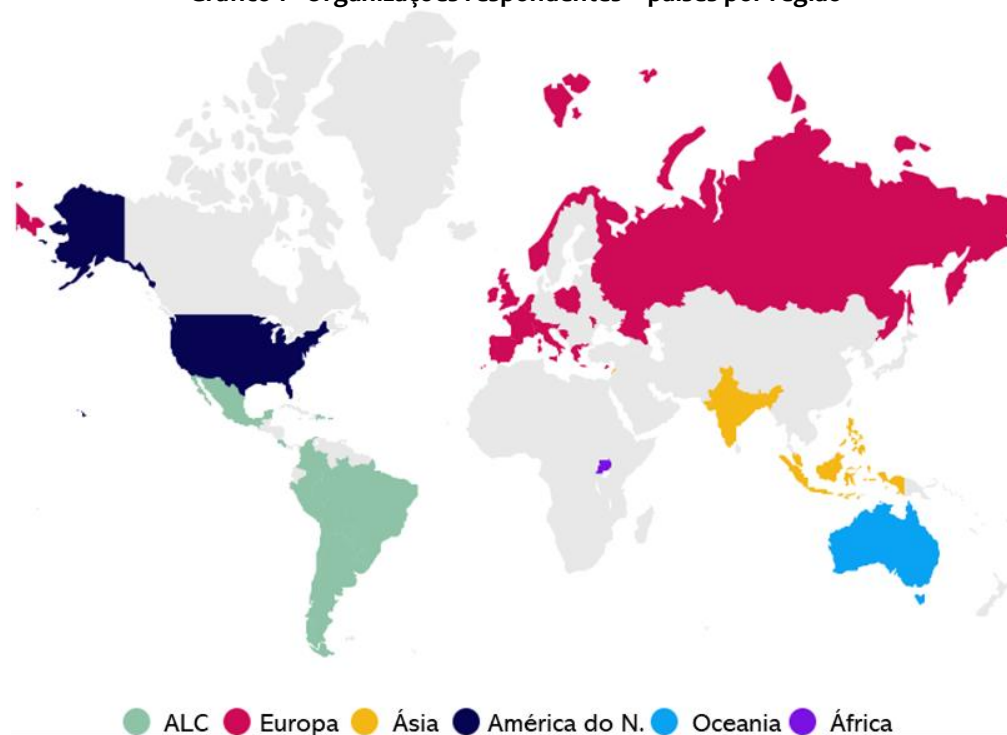
As regiões com aumentos mais expressivos foram América Latina e o Caribe (308%) e Europa (250%). Na primeira edição a África não participou e nesta edição a África teve apenas uma CT respondente. É um pontapé inicial para o continente africano e tentaremos difundir ainda mais nas regiões com menor representatividade no próximo ano.

Em relação ao total de países por região, o maior aumento foi na Europa (188,9%) e na América Latina e o Caribe (171,4%), como podemos verificar na tabela abaixo.

Tabela 2 - Total de países por região (2023-2022)

Região	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Europa	17	42,5%	9	34,6%	8	188,9%
ALC	12	30,0%	7	26,9%	5	171,4%
Ásia	8	20,0%	8	30,8%	0	0,0%
América do Norte	1	2,5%	1	3,8%	0	0,0%
Oceania	1	2,5%	1	3,8%	0	0,0%
África	1	2,5%	0	0,0%	1	-
Total	40	100%	26	100%	14	153,8%

Gráfico 1 - Organizações respondentes – países por região





No gráfico abaixo podemos ver o total de CTs por país. Quanto mais escuro o país, mais CTs ele teve.

Gráfico 2 - Total de organizações respondentes por país



Como algumas organizações que tinham mais do que um único serviço específico de CT, responderam como uma só, pedimos-lhes que informassem o número total de serviços de CT, para que pudéssemos mostrar uma imagem real de todos os serviços de CT por região.

A **Asociación Proyecto Hombre** da Espanha informou 28 serviços, a **Federação Italiana de CTs (FICT)** relatou 43 serviços e algumas CTs do **Brasil** relataram um total de 13 serviços extras.

Após esta atualização tivemos um total de **383 CTs**, o que representa um expressivo aumento de **290%**, considerando que nossa primeira expectativa era um aumento de 25% de organizações. Em toda a próxima análise descritiva utilizamos o primeiro número de 301 CTs como total.

Tabela 3 - Total de CTs por Região (2023-2022) após atualização

Região	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
ALC	238	62,1%	73	55,3%	165	326,0%
Europa	109	28,5%	16	12,1%	93	681,3%
América do Norte	19	5,0%	21	15,9%	-2	-9,5%
Ásia	12	3,1%	17	12,9%	-5	-29,4%
Oceania	4	1,0%	5	3,8%	-1	-20,0%
África	1	0,3%	0	0,0%	1	-
<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>100%</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>	<b>251</b>	<b>290,2%</b>

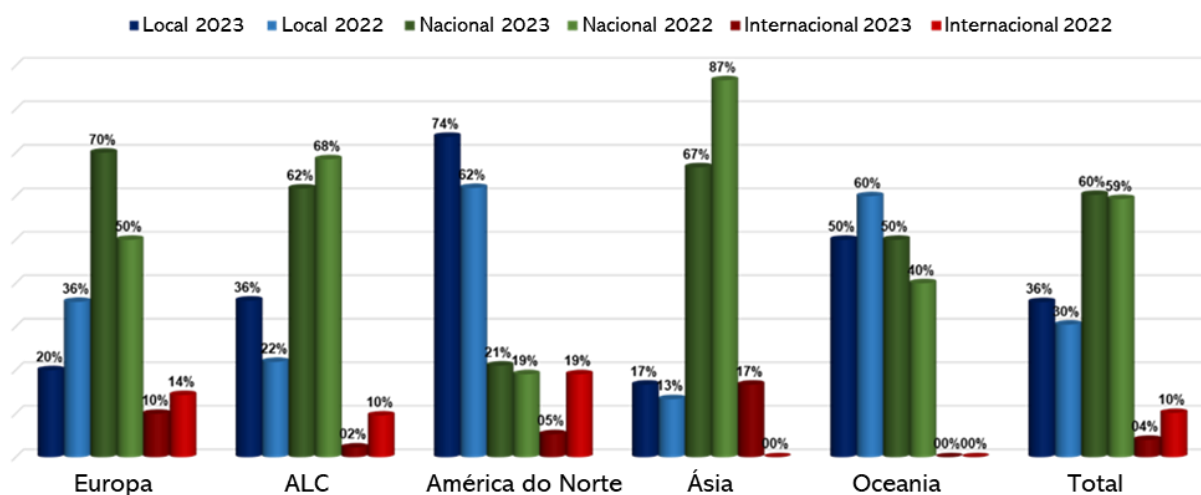
### 5.2 Escopo do trabalho

O escopo do trabalho foi dividido em três categorias: local, nacional e internacional. Estes dados também foram recolhidos no primeiro estudo, pelo que foi possível comparar os dados de 2022 com os atuais.

Esta informação pode estar relacionada com o tamanho da organização, considerando que organizações maiores têm maior probabilidade de realizar trabalhos nacionais e internacionais.

A maioria das organizações teve escopo de trabalho nacional (n=182; 60,5%) e apenas 4% (n=12) teve escopo de trabalho internacional.

Gráfico 3 - Escopo de atuação por região (2023-2022)



### 5.3 Tipo de trabalho

Nesta questão as organizações tiveram que escolher entre três categorias:

- **Base:** a organização mantém e opera instalações ou serviços que fornecem educação, prevenção, tratamento e cuidados de apoio que melhoram a dependência química, a pobreza, a falta de moradia, o desemprego e a exclusão social.
- **Advocacy:** a organização mantém relacionamento com formuladores de políticas, governos nacionais e internacionais e outras organizações da área, representa outras organizações no contexto regional e internacional.
- **Base e Advocacy**

Estes dados também foram recolhidos na primeira pesquisa, pelo que foi possível comparar os dados de 2022 com os atuais.

A maioria das CTs (n=217; 72,1%) relatou trabalho de Base, especialmente na América Latina e o Caribe (n=185; 82,2%). A região com mais trabalho de Advocacy foi a América do Norte (n=2; 10,5%), seguida pela Europa (n=3; 7,5%).

Estes dados mostram a necessidade de um maior envolvimento político por parte das CTs em todo o mundo, focando-se no aumento da participação e da voz de todo o movimento mundial de CTs.

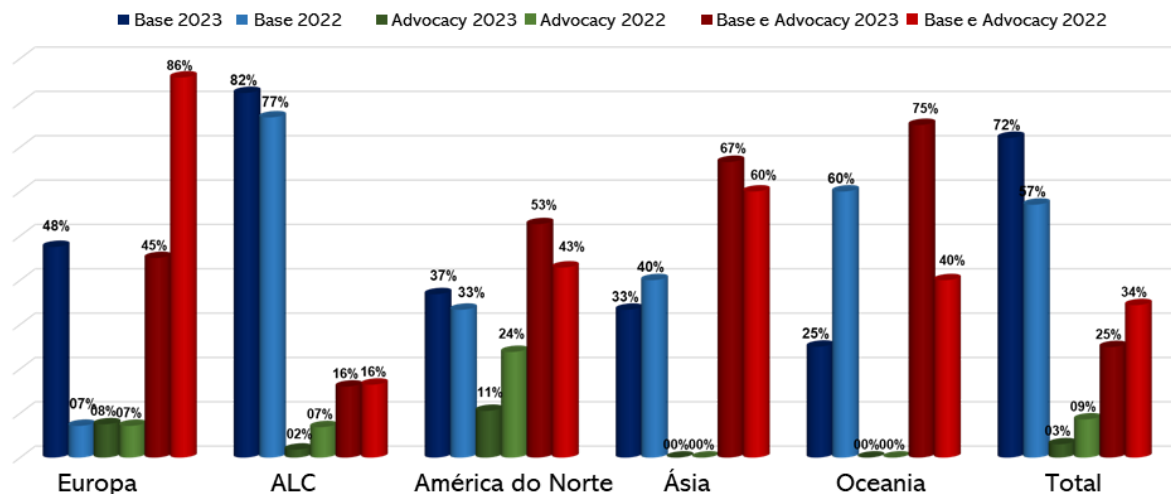
Tabela 4 - Tipo de trabalho por região (2023)

Região	Base		Advocacy		Base e Advocacy	
	n	%	n	%	n	%
Europa	19	47,5%	3	7,5%	18	45,0%
ALC	185	82,2%	4	1,8%	36	16,0%
América do Norte	7	36,8%	2	10,5%	10	52,6%
Ásia	4	33,3%	0	0,0%	8	66,7%
Oceania	1	25,0%	0	0,0%	3	75,0%
África	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	217	72,1%	9	3,0%	75	24,9%



Nesta comparação de dados, a África não foi incluída porque não participou da primeira pesquisa.

Gráfico 4 - Tipo de trabalho por região (2023-2022)



### 5.4 Número de funcionários

Neste item, as organizações tiveram que escolher entre três categorias:

- <10
- 10 a 50
- >50

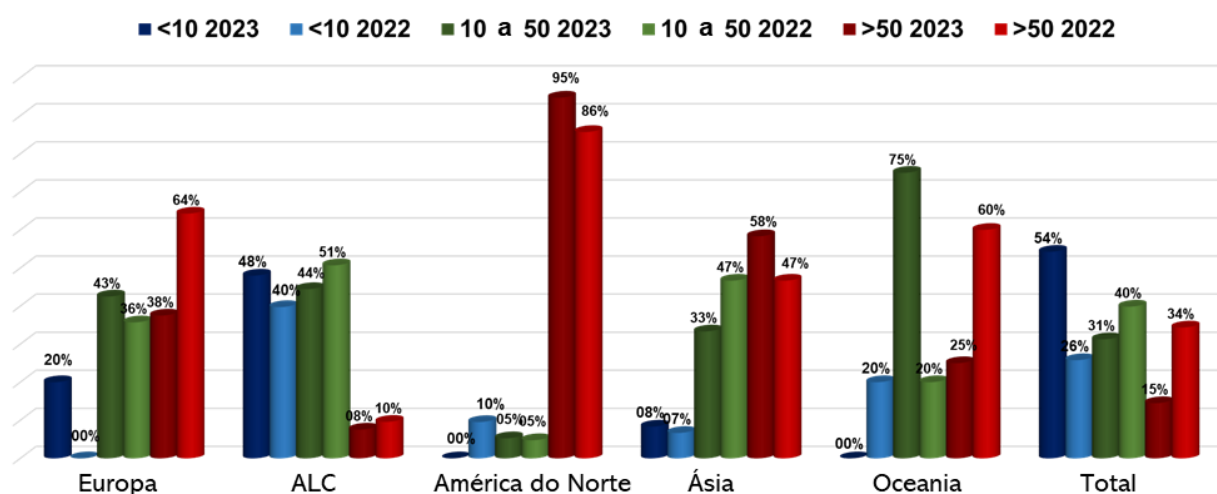
A América do Norte (n=18; 94,7%) e a Ásia (n=7; 58,3%) tiveram a maioria das organizações maiores, com mais de 50 funcionários. A América Latina e o Caribe tiveram a maioria das organizações menores (n=108; 48%), com menos de 10 funcionários.

Esses dados mostram algo que já apareceu na última pesquisa, que é que a ALC possui organizações menos desenvolvidas. Na seção 5.3, pudemos ver que a ALC tinha mais trabalho de Base (n=185; 82,2%), o que também poderia explicar isso.

Na comparação entre os dados de 2022 e 2023, pudemos observar um aumento de CTs maiores na América do Norte (86% para 95%) e na Ásia (47% para 58%), mas pode ser devido à diminuição de organizações respondentes nessas regiões.

É evidente que houve menos organizações de maior dimensão no Total (34% a 15%), na Europa (64% a 38%) e na Oceania (60% a 25%) nesta pesquisa. Na América Latina e o Caribe, as taxas de todas as categorias foram mantidas.

Gráfico 5 - Número de funcionários por região (2023-2022)



### 5.5 Fonte de financiamento

Nesta questão, as organizações tiveram que selecionar uma ou mais destas sete categorias:

- Financiamento privado solidário (empresas, fundações, ONGs, etc.)
- Financiamento público (financiamento Municipal e/ou Estadual)
- Financiamento público (financiamento Federal)
- Financiamento internacional
- Planos de saúde
- Doadores individuais
- Financiados pela família do acolhido ou pelo próprio acolhido

O objetivo desta questão é saber como as CTs em todo o mundo conseguem recursos para financiar o seu trabalho, uma vez que os problemas financeiros são uma das ameaças e contratempos mais comuns que tornam o trabalho muito desafiador e, em alguns casos, inviável.

No gráfico abaixo podemos observar quantas fontes de financiamento, das sete acima, as CTs selecionaram.

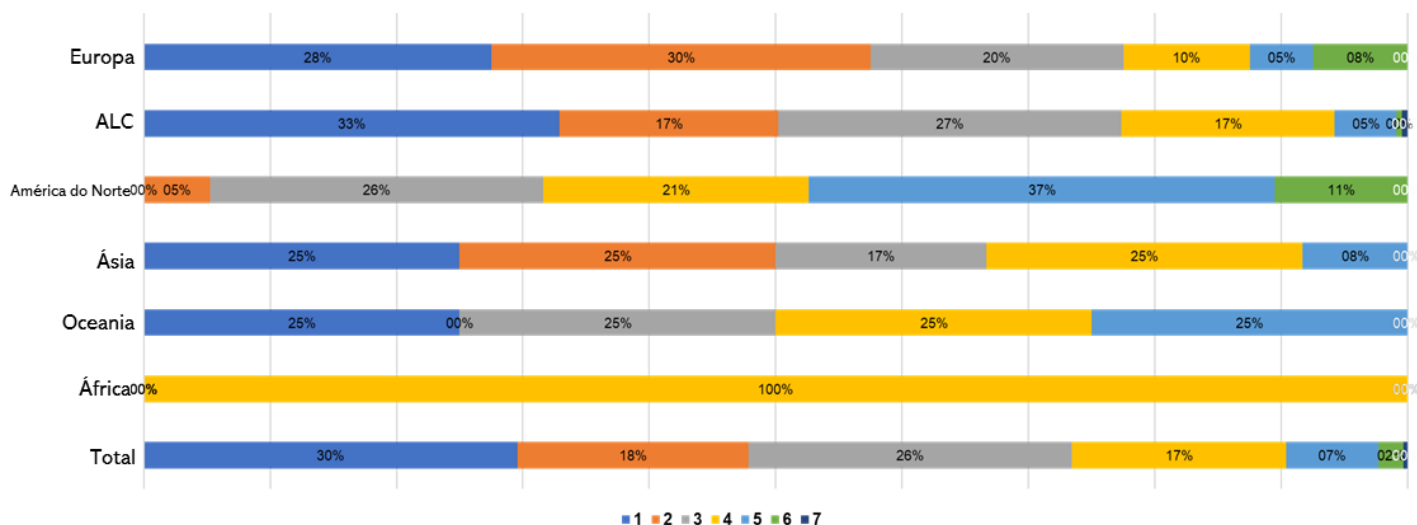
Quase 30% do total (n=89; 29,6%) tinham apenas uma fonte de financiamento, 18,3% (n=55) tinham duas e 25,6% (n=77) tinham três fontes de financiamento. Isso significa que 3/4 das CTs (n=177; 73,4%) tinham poucas fontes de financiamento.

É claro que menos fontes de financiamento levam a maiores probabilidades de problemas financeiros que a CT pode vir a ter. Se a CT perder uma destas fontes, não contará com muitas outras formas de financiamento, tornando o trabalho inseguro, instável e insustentável, especialmente para projetos de longo prazo.

A região que apresentou maiores quantidades de fontes de financiamento foi a América do Norte, onde nenhuma CT tinha apenas uma fonte de financiamento e 48% tinha 4 ou 5 fontes de financiamento.



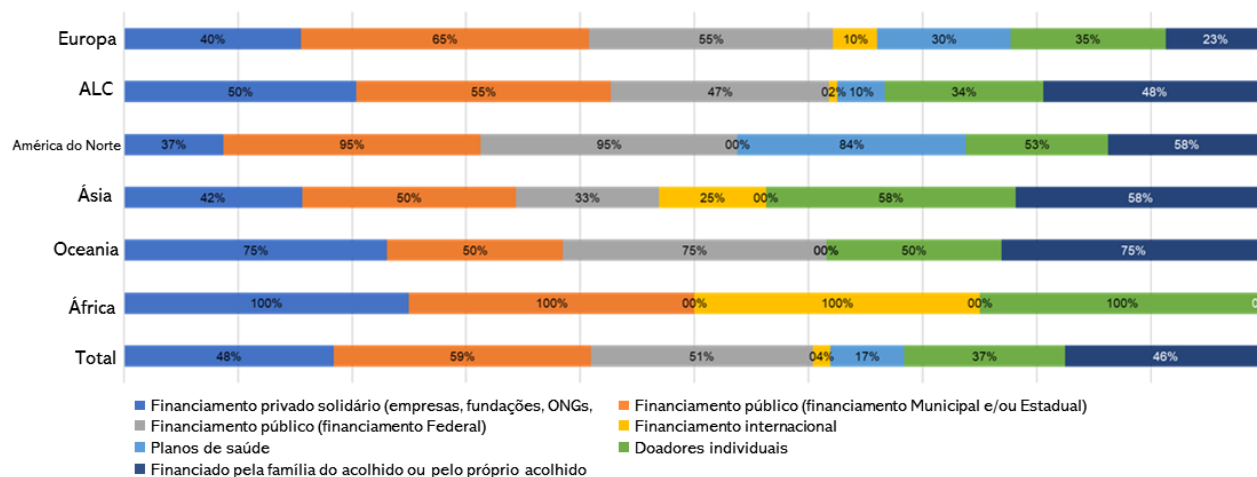
Gráfico 6 - Número de fontes de financiamento por região



Como podemos ver no gráfico e na tabela acima, apenas uma CT nesta pesquisa relatou ter todas as 7 fontes de financiamento (na ALC), e menos de 10% do total (n=29; 9,6%) relatou 5 ou mais fontes de financiamento.

Sobre as fontes específicas de financiamento, no gráfico abaixo podemos verificar que as principais fontes foram: Financiamento público (financiamento Municipal e/ou Estadual) (n=177; 58,8%); Financiamento público (financiamento Federal) (n=153; 50,8%); Financiamento privado solidário (empresas, fundações, ONGs, etc.) (n=145; 48,2%) e Financiado pela família do acolhido ou pelo próprio acolhido (n=138; 45,8%). A fonte de financiamento dos Planos de saúde foi mais comum na América do Norte (n=16; 84,2%) e na Europa (n=12; 30,0%).

Gráfico 7 - Fontes de financiamento por região



### 5.6 Público-alvo

Neste item as organizações tiveram que selecionar uma ou mais destas dez categorias, considerando o público-alvo atingido pelos seus programas:

- Crianças
- Adolescentes
- Adultos
- Idosos
- HIV-AIDS
- Na prisão
- Pessoas em situação de rua
- Imigrantes
- Refugiados
- LGBTQIA+

É importante saber onde e como as minorias e populações específicas podem obter cuidados e tratamento adequados. Historicamente, era mais comum que as CTs oferecessem tratamento apenas para adultos do sexo masculino.

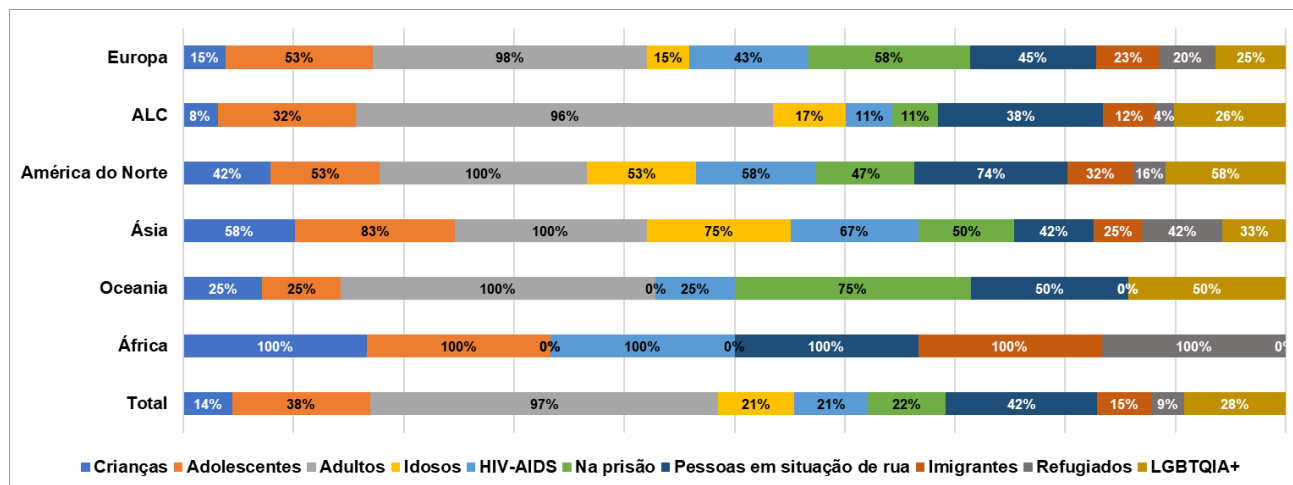
Como podemos observar no gráfico abaixo, no total, os adultos foram o público-alvo mais referido (n=291; 96,7%). Os outros públicos-alvo mais frequentes foram os Adolescentes (n=115; 38,2%) e as Pessoas em situação de rua (n=126; 41,9%).

Os serviços para crianças foram apenas 13,6% (n=41), tendo apenas um público-alvo abaixo (Refugiados: n=27; 9,0%). As regiões com a maior taxa de serviços para crianças foram a Ásia (n=7; 58,3%) e a América do Norte (n=8; 42,1%).

Os serviços para adolescentes tiveram taxas maiores na Ásia (n=10; 83,3%), América do Norte (n=10; 52,6%) e Europa (n=21; 52,5%).

LGBTQIA+ puderam receber atendimento em 28,2% (n=85) das CTs entrevistadas, o que é um número promissor, considerando que se trata de uma nova população específica para as CTs. Isto mostra o progresso do movimento mundial das CTs no sentido de chegar a populações específicas em resposta às mudanças rápidas e à evolução do cenário dos problemas relacionados com as drogas.

Gráfico 8 - Público-alvo por região

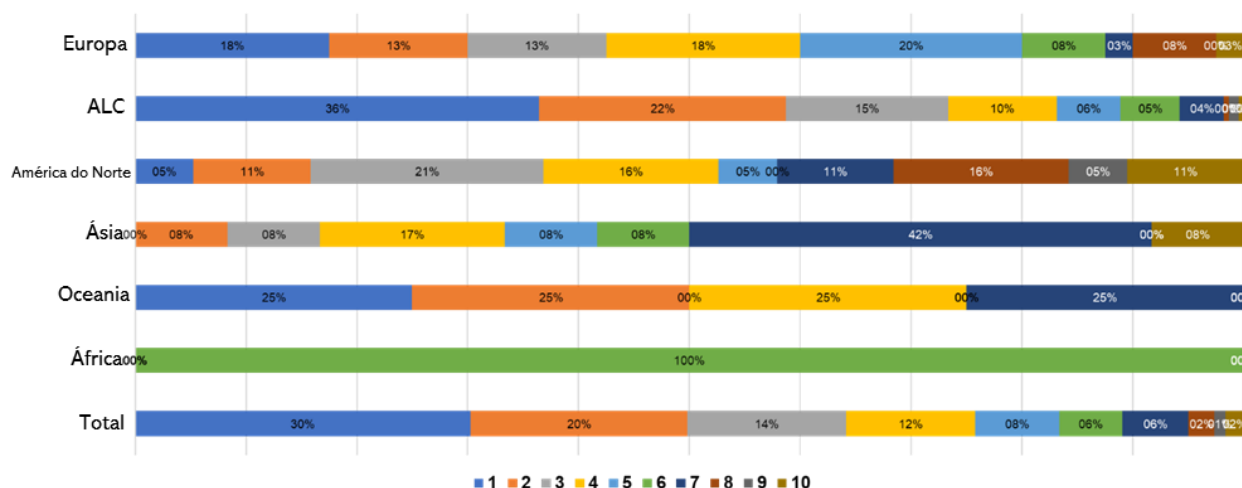


Como cada CT poderia selecionar mais de um público-alvo atendido por seus serviços, pudemos observar que metade das CT respondentes relataram ter apenas um (n=91; 30,2%) ou dois (n=59; 19,6%) públicos-alvo.

A América do Norte, a Ásia e a Europa apresentaram taxas de número de públicos-alvo mais bem distribuídas. Na Ásia nenhuma CT teve apenas um público-alvo, na América do Norte apenas 5,3% (n=1) e na Europa 17,5% (n=7).

Apenas 5 CTs (1,7%) relataram ter todos os 10 públicos-alvo.

Gráfico 9 - Número de públicos-alvo por região





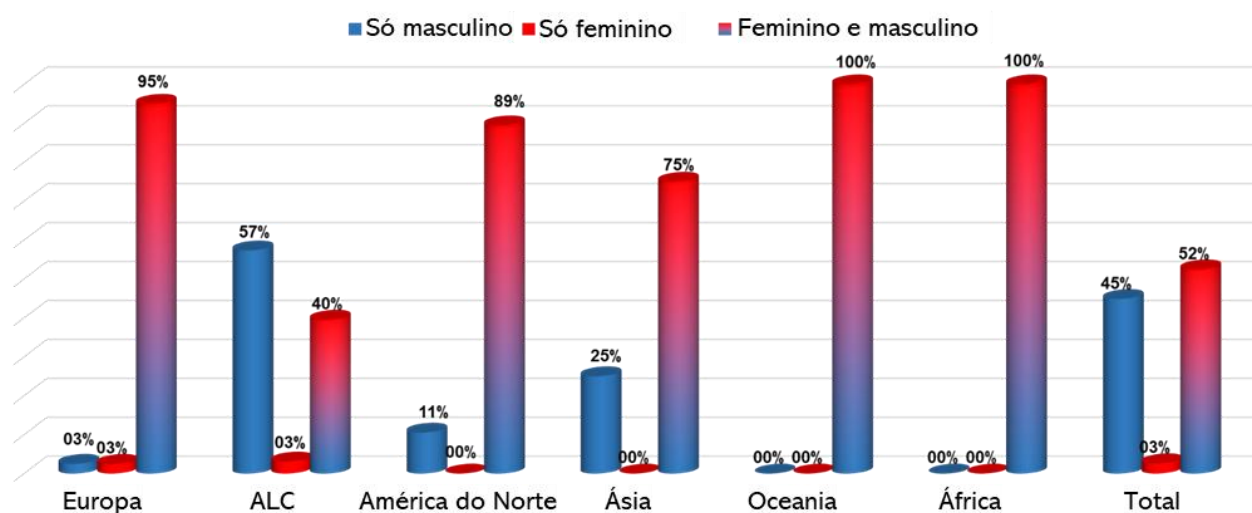
### 5.7 Gênero do público-alvo

Nesta questão, as organizações tiveram que responder se possuem unidades de tratamento apenas masculinas, apenas femininas ou ambas. No caso de ambas, isso não significa que a mesma unidade ofereça tratamento para homens e mulheres. Pelo contrário, significa que a organização tem instalações diferentes para cada gênero.

Como podemos ver no gráfico e na tabela abaixo, exceto na América Latina e o Caribe, em todas as regiões a grande maioria das CTs oferece tratamento masculino e feminino. Embora, como já destacamos na Seção 1, o Relatório Mundial sobre Drogas de 2022 do UNODC tenha mostrado que quase não existem serviços femininos, em comparação com os masculinos.

Os serviços apenas femininos não foram representativos (n=8; 2,7%) e foram oferecidos apenas na Europa e na América Latina e o Caribe.

Gráfico 10 - Gênero do público-alvo por região



### 5.8 Locais de tratamento

Nesta questão, as organizações tiveram que selecionar uma ou mais destas quatro categorias:

- Locais de Tratamento Residencial (CT)
- Locais de Tratamento ambulatorial (CT e outros)
- Locais de oferta de serviços de redução de danos
- Locais de oferta de serviços de moradia (Repúblicas, Casas de Passagem, Moradias Assistidas, etc.)

Numa fase inicial, as CT originais ofereciam apenas tratamento residencial, na maioria dos países onde estavam presentes. Porém, nas últimas décadas, foram surgindo CT modificadas, com diferentes programas e tempos de tratamento variados.

Nesse processo de modificação, as CTs passaram a oferecer outros tipos de atendimento, como programas ambulatoriais, programas de redução de danos e programas de moradia.

É por isso que nesta questão perguntamos sobre esses outros tipos de locais de tratamento. É importante esclarecer que neste item a questão é ter locais específicos para cada tipo de programa. Por exemplo, se a organização oferece cuidados de redução de danos em programas de rua, mas não possui instalações específicas para isso, a organização não poderá selecionar o Local de tratamento de redução de danos nesta questão.

No total, 89,4% (n=269) ofereceram locais de tratamento residenciais, 56,5% (n=170) locais de tratamento ambulatoriais, 22,9% (n=69) locais de oferta de serviços de redução de danos e 27,2% (n=82) locais de oferta de serviços de moradia.

É importante sublinhar que **quase um quarto das CT pesquisadas relatou contar com instalações específicas de redução de danos**. Estes dados mostram que os serviços globais de CTs estão evoluindo para serem cada vez mais centrados na pessoa e se adaptar às suas necessidades, numa lógica de cuidados contínuos.

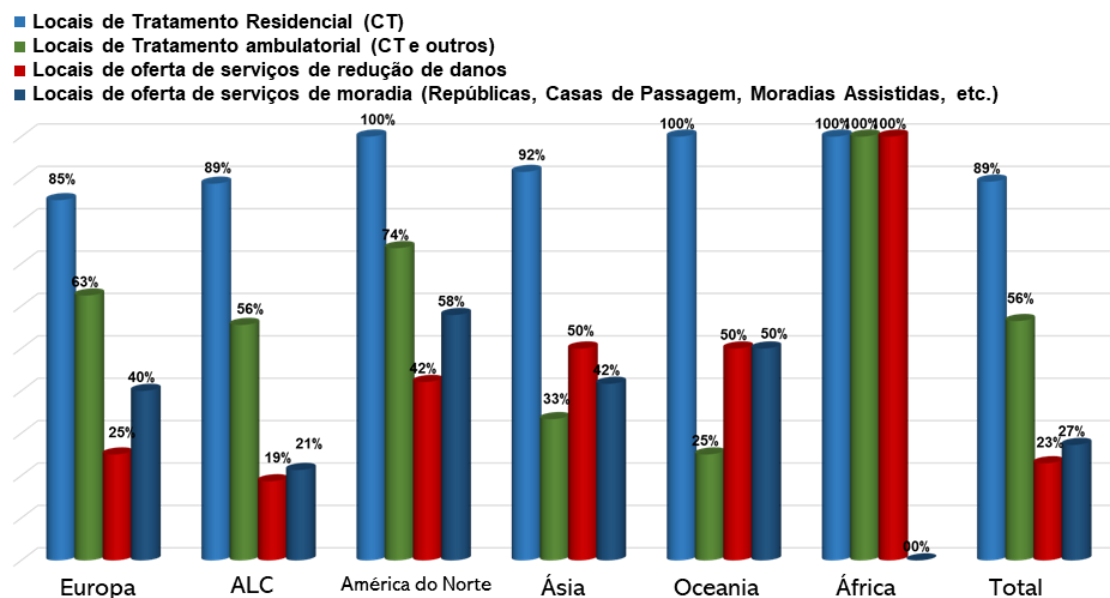
Devido a isso, as CTs vêm desenvolvendo os seus programas de forma a se adaptar às necessidades mais urgentes dos seus públicos-alvo, para além das fronteiras ideológicas e políticas.

Os locais de oferta de serviços de redução de danos estiveram mais presentes na Ásia (50,0%; n=6) e na América do Norte (42,1%; n=8). Mesmo com taxas mais baixas na América Latina e o Caribe (18,7%), pudemos encontrar um grande número de 42 CTs com locais de oferta de serviços de redução de danos, mesmo em uma região menos desenvolvida, e mesmo a principal droga consumida não sendo a heroína, que é a droga mais associada a programas de redução de danos.

Os locais de Tratamento ambulatorial foram mais presentes na América do Norte (73,7%; n=14) e na Europa (62,5%; n=25).

Os locais de oferta de serviços de moradia foram mais frequentes na América do Norte (57,9%; n=11).

Gráfico 11 - Locais de tratamento por região

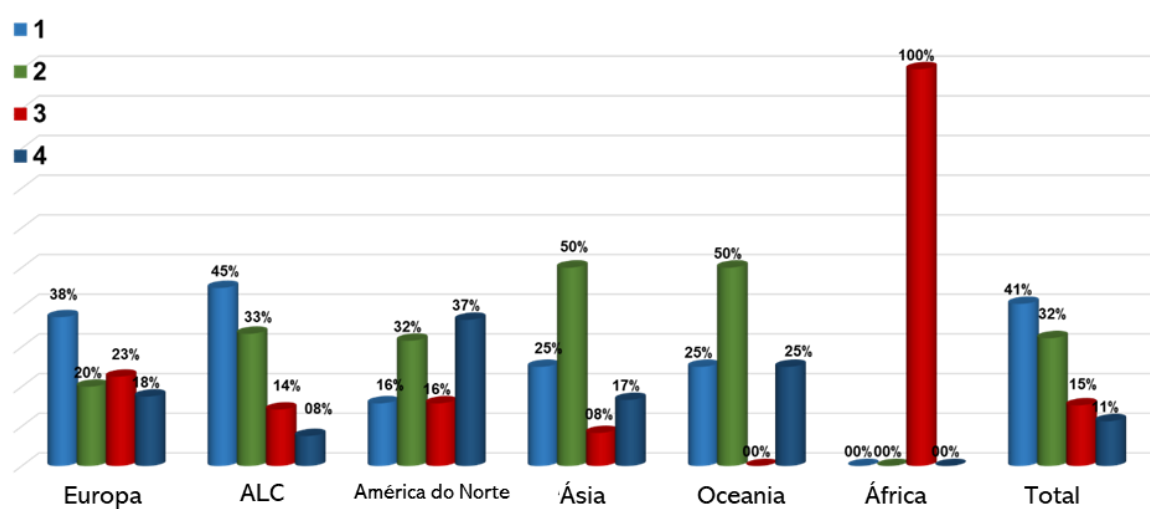




Como cada CT podia selecionar mais de um local de tratamento, pudemos saber com quantos locais de tratamento diferentes a organização respondente contava.

A maioria das organizações contava com apenas um local de tratamento (n=123; 40,9%), 32,2% (n=97) contavam com dois, 15,3% (n=46) contavam com três e apenas 11,3% (n=34) contavam com os quatro locais de tratamento propostos.

Gráfico 12 - Número de locais de tratamento por região



### 5.9 Tempo médio proposto para tratamento

Nesta questão, as organizações tiveram que selecionar uma destas quatro categorias:

- < 3 meses
- 3 a 6 meses
- 6 a 12 meses
- > 12 meses

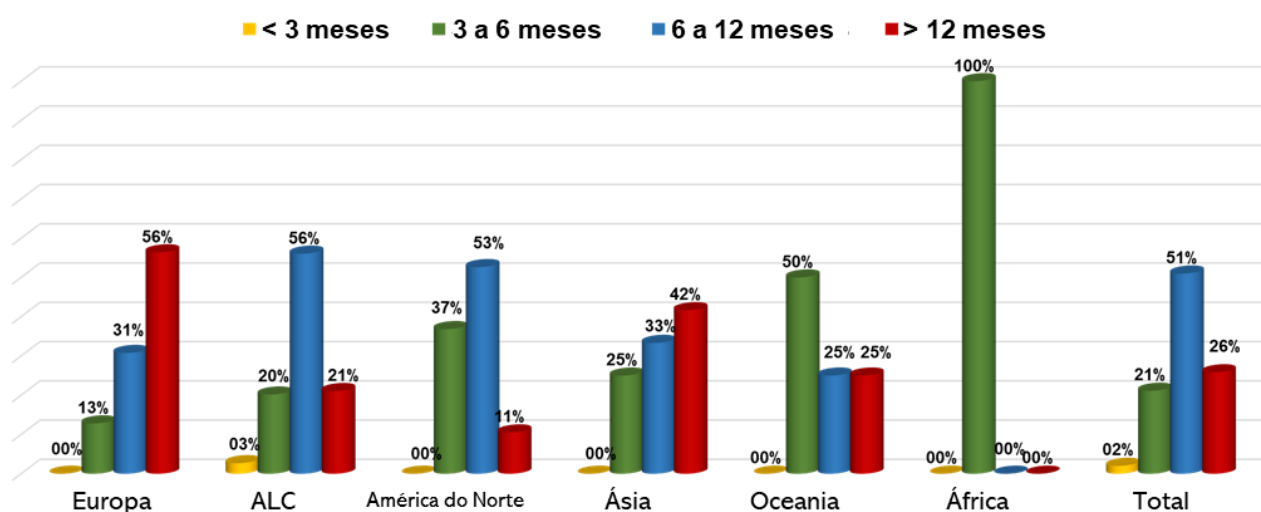
Nesta questão queremos saber quantas CTs em cada região adaptaram seus programas a esta nova tendência.

Como podemos observar no gráfico abaixo, a maior parte das CTs tinham programas de tratamento de 6 a 12 meses (n=152; 51,0%), sendo esse tempo proposto mais prevalente na América Latina e o Caribe (n=125; 56,1%) e na América do Norte (n=10; 52,6%).

Programas mais longos (mais de 12 meses) foram mais prevalentes na Europa (n=22; 56,4%) e na Ásia (n=5; 41,7%). É importante destacar que programas mais longos não implicam necessariamente internações mais longas, pois um programa poderia oferecer tratamento residencial e também ambulatorial, dependendo da fase.

Programas mais curtos (menos de 3 meses) apareceram apenas na América Latina e o Caribe, com apenas 2% (n=6) do total (2,7% na ALC).

Gráfico 13 - Tempo médio proposto para tratamento por região



### 5.10 Localização da CT

Nesta questão, as organizações tiveram que selecionar uma destas três categorias:

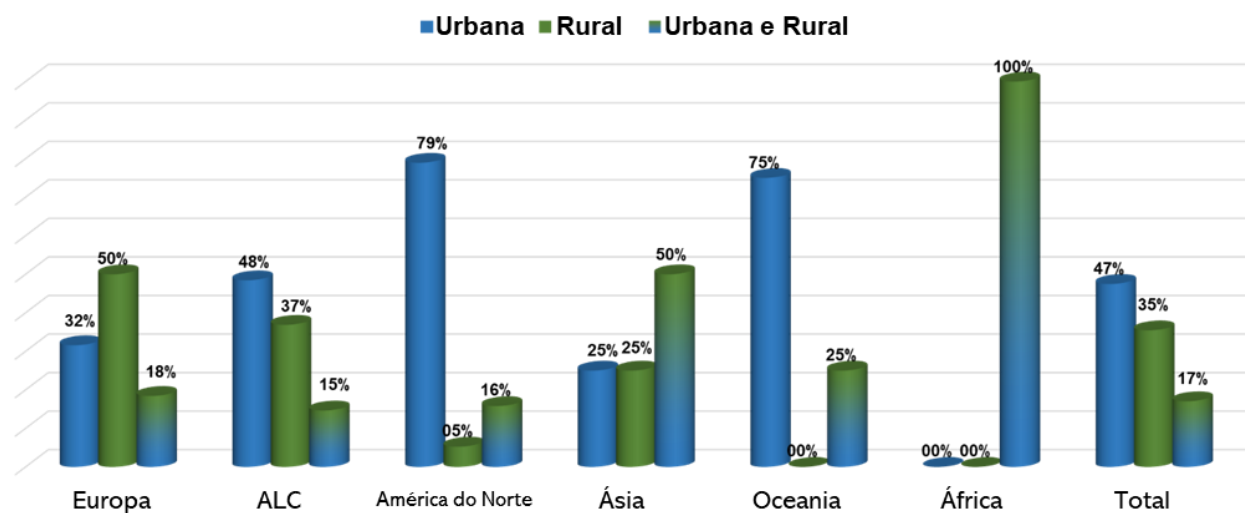
- Urbana
- Rural
- Urbana e rural

Nesta questão, tivemos um resultado expressivo em que quase metade das CTs (n=142; 47,5%) informaram ter localização urbana e 17,1% (n=51) ambas. Apenas 35,5% (n=106) das CTs respondentes relataram contar apenas com localidades rurais.

Localizações apenas urbanas foram mais prevalentes na América do Norte (n=15; 78,9%) e na Oceania (n=3; 75,0%).

A Europa foi a única região com mais localizações rurais (n=19; 50,0%).

Gráfico 14 - Localização da CT por região





### 5.11 Religiosidade

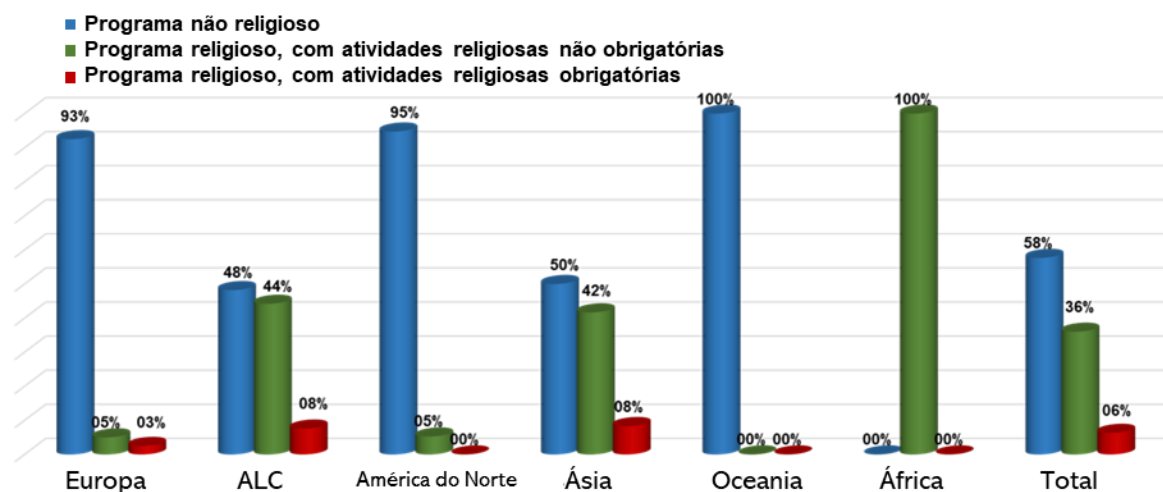
Nesta questão, as organizações tiveram que selecionar uma destas três categorias:

- Programa não religioso
- Programa religioso, com atividades religiosas não obrigatórias
- Programa religioso, com atividades religiosas obrigatórias

Mais da metade das CTs relataram ter programas não religiosos (n=173; 57,7%). As regiões com mais programas religiosos foram América Latina e o Caribe (n=116; 51,8%) e Ásia (n=6; 50,0%), considerando CTs com atividades religiosas obrigatórias e não obrigatórias.

Na Oceania não houveram CTs com programas religiosos, na Europa houveram apenas 3 CTs (7,5%) e na América do Norte apenas uma (5,3%), considerando CTs com atividades religiosas obrigatórias e não obrigatórias.

Gráfico 15 - Religiosidade por região



### 5.12 Funcionários

Nesta questão, as organizações tiveram que selecionar um ou mais destes nove funcionários:

- Psicólogo
- Assistente social
- Conselheiros (dependentes em recuperação)
- Médico (Geral)
- Psiquiatra
- Enfermeira
- Educador Físico
- Administrativo/financeiro
- Outros

Durante o desenvolvimento das CTs, principalmente nas duas últimas décadas, diferentes e mais variados profissionais passaram a fazer parte do trabalho e das atividades diárias, potencializando assim os programas das CTs modernas.

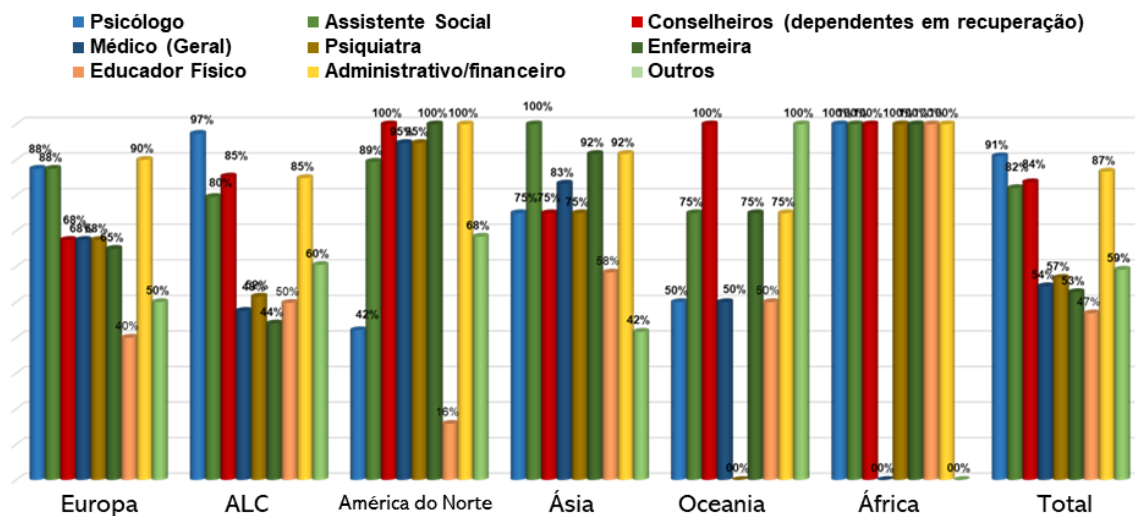
Para simplificar o preenchimento do formulário, não perguntamos com quantos profissionais de cada tipo as CTs contavam, então aqui eles só tiveram que selecionar se contavam ou não com esses profissionais.

Como podemos observar no gráfico abaixo, os profissionais mais presentes foram: Psicólogo (n=274; 91,0%); Administrativo/financeiro (n=261; 86,7%), Conselheiros (n=252; 83,7%) e Assistentes Sociais (n=247; 82,1%).

Os Psicólogos estiveram menos presentes na América do Norte (n=8; 42,1%) e na Oceania (n=2; 50,0%).

Médicos e Psiquiatras estiveram mais presentes na América do Norte (n=18; 64,7% ambos) e na Ásia (n=10; 83,3%; n=9; 75,0%).

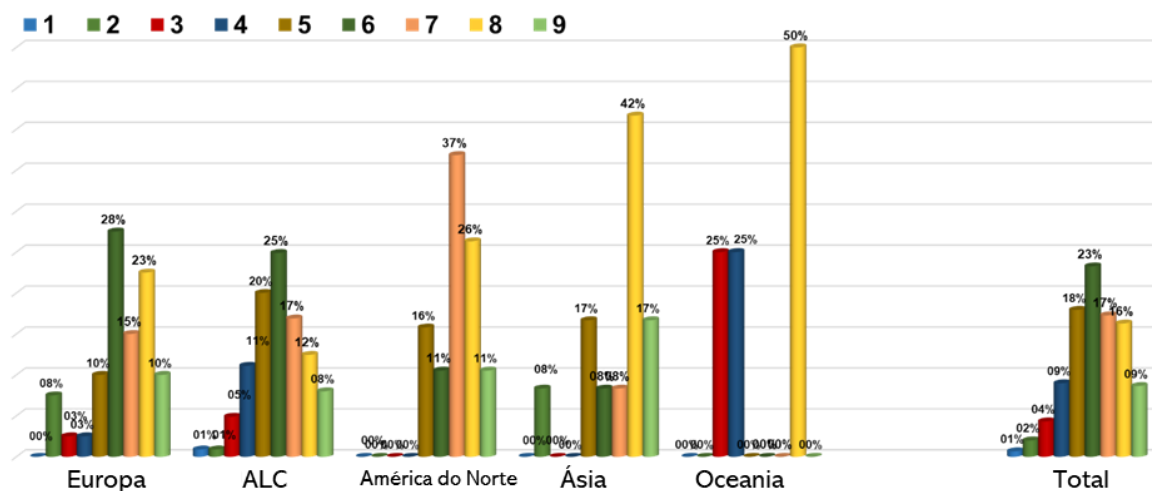
Gráfico 16 - Funcionários por região



Como cada CT poderia selecionar mais de um tipo de funcionário, pudemos coletar informações sobre o número de diferentes profissionais com que as CTs contavam. Mais de 80% das CTs relataram ter 5 ou mais profissionais diferentes em seu quadro funcional.

Isto é realmente importante, considerando que até recentemente, e ainda hoje, as CT são, muitas vezes, vistas como modelos tratamento não profissionais por muitos grupos associados às políticas de drogas e aos serviços de saúde.

Gráfico 17 - Número de funcionários por região





### 5.13 Pessoas atendidas e alcançadas

Nesta última seção apresentamos o resultado mais importante, que é o número de pessoas atendidas e alcançadas. Para obter esse número perguntamos às CTs sobre dois resultados diferentes:

**a. Número de indivíduos que receberam atendimento em CT por sua organização em 2022.**

O número que recebeu serviços inclui indivíduos atendidos diretamente por sua organização em serviços de CT.

**b. Número de indivíduos alcançados por sua organização em 2022.**

O número de indivíduos alcançados deve incluir o número atendido junto com os indivíduos que foram “tocados” por sua organização. Isso pode incluir programas de prevenção, atendimento de rua, familiares, atividades educativas e aqueles que tiveram contato para receber comida, abrigo e roupas, por exemplo. No entanto, não incluiu as pessoas alcançadas através de ações de comunicação (redes sociais, campanhas de sensibilização, etc.), pois estes números podem alterar o número total e desfocar os dados que gostaríamos de mostrar.

Na primeira pesquisa, perguntamos sobre as pessoas atendidas e alcançadas em uma pergunta única. Nesta pesquisa tivemos duas questões distintas, de forma a separar o trabalho direto da CT (questão a = atendidos) e o trabalho complementar (questão b = alcançados).

No total tivemos mais de 300 mil pessoas atendidas, e quase um milhão e meio de pessoas alcançadas, totalizando mais de 1.700.000 pessoas atendidas e alcançadas pelas CTs da WFTC em todo o mundo.

Figura 2 - Total de pessoas atendidas e alcançadas



Como podemos ver na tabela abaixo, a América Latina e o Caribe foi a região com mais pessoas atendidas, representando mais de 60% do total (n=212.342; 62,6%). A Europa foi a região com mais pessoas alcançadas, representando quase metade do total (n=657.894; 46,0%).

**Tabela 5 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por região**

Região	Total de indivíduos que receberam serviços		Total de indivíduos alcançados	
	n	%	n	%
ALC	212.342	62,6%	280.049	19,6%
América do Norte	72.601	21,4%	366.968	25,6%
Europa	34.276	10,1%	657.894	46,0%
Ásia	17.893	5,3%	121.916	8,5%
Oceania	1.844	0,5%	2.812	0,2%
África	200	0,1%	2.000	0,1%
<b>Total</b>	<b>339.156</b>	<b>100%</b>	<b>1.431.639</b>	<b>100%</b>

Comparamos estes resultados com os da última pesquisa, somando ambos os resultados e comparando-os com os daquela, e encontramos resultados promissores e positivos neste aumento nas pessoas alcançadas e assistidas.

O aumento mais notável foi na Europa, com um aumento de 612.960 pessoas atendidas e alcançadas (aumento de 873,8%), seguida pela América Latina e o Caribe, com um aumento de 379.328 pessoas atendidas e alcançadas (aumento de 435,5%).

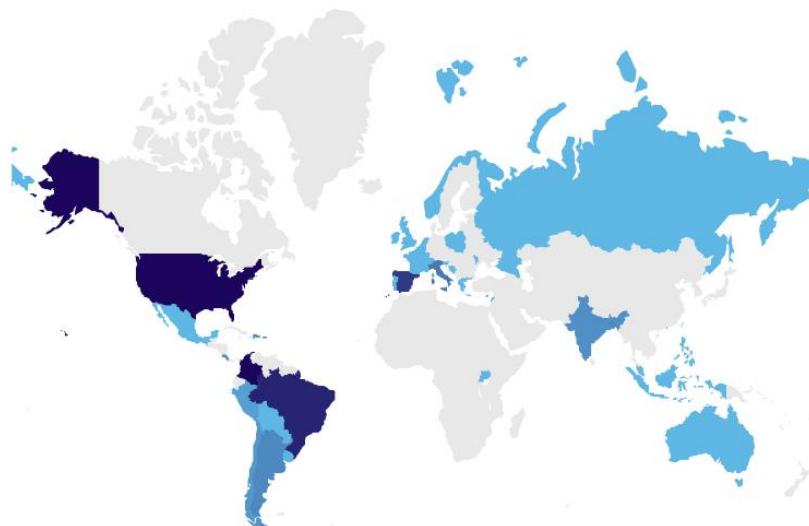
No total tivemos um aumento de 1.184.965 pessoas atendidas e alcançadas, o que significa um expressivo aumento de 302,3%.

**Tabela 6 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por região (2023-2022)**

Região	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Europa	692.170	39,1%	79.210	13,5%	612.960	873,8%
ALC	492.391	27,8%	113.063	19,3%	379.328	435,5%
América do Norte	439.569	24,8%	276.795	47,2%	162.774	158,8%
Ásia	139.809	7,9%	88.532	15,1%	51.277	157,9%
Oceania	4.656	0,3%	28.230	4,8%	-23.574	-83,5%
África	2.200	0,1%	0	0,0%	2.200	-
<b>Total</b>	<b>1.770.795</b>	<b>100%</b>	<b>585.830</b>	<b>100%</b>	<b>1.184.965</b>	<b>302,3%</b>

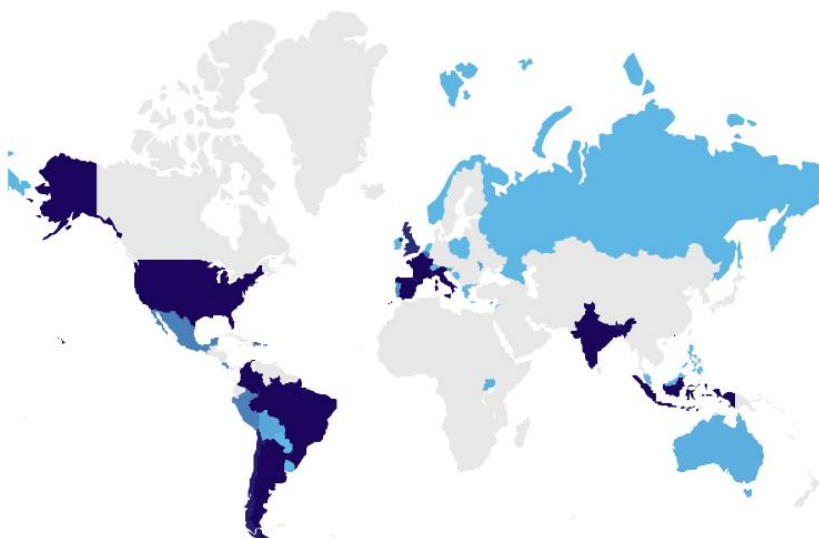
Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver o gráfico sobre o total de indivíduos que receberam serviços (pessoas atendidas), no qual quanto mais escuro o país, mais pessoas atendidas.

Gráfico 18 - Total de pessoas atendidas por país



Abaixo podemos ver o gráfico do total de indivíduos alcançados pelas organizações. Quanto mais escuro o país, mais pessoas alcançadas.

Gráfico 19 - Total de indivíduos alcançados por país





### CONCLUSÕES

Esta segunda edição do Relatório Mundial da WFTC teve um aumento significativo de 153% nos países e 290% nas organizações respondentes e incluiu África, que não estava presente na primeira edição. No total, tivemos 383 participantes de 40 países das seis regiões do mundo. No entanto, ainda precisamos fazer circular e divulgar ainda mais este trabalho para difundir esta pesquisa de forma mais ampla nos próximos anos.

Em 2022, as CTs entrevistadas pela WFTC atenderam mais de 300.000 pessoas e alcançaram quase um milhão e meio, o que foi uma afirmação encorajadora da relevância do movimento de CTs em todo o mundo.

Como vimos no primeiro relatório, existem organizações maiores na América do Norte e na Europa, mas a maioria das organizações respondentes estava sediada na América Latina e o Caribe.

Estas organizações, majoritariamente situadas em países economicamente menos desenvolvidos, podem ter menos influência no cenário político, uma vez que tende a haver menos trabalho de Advocacy e colaboração entre organizações não governamentais e governamentais. É uma questão urgente apoiar estas organizações na obtenção de mais influência política nos seus países e regiões.

O financiamento é outro ponto crítico neste campo e constitui um desafio significativo enfrentado por muitas CTs em países economicamente menos desenvolvidos. O trabalho de Advocacy poderia melhorar os programas de financiamento e ajudar a garantir a continuação, melhoria e sustentabilidade da eficácia dos programas.

Os programas para crianças ainda são raros e as mulheres continuam sub-representadas na distribuição dos programas por gênero. Este é um ponto crítico, pelo qual apelamos ao movimento mundial de CTs para melhorar a disponibilidade de programas exclusivos para mulheres, para assim ter uma rede de serviços mais abrangente.

É promissor que quase um quarto das CT pesquisadas contava com instalações de redução de danos, o que mostra que as CTs estão cada vez mais desenvolvendo

seus programas para se adaptar às necessidades mais urgentes de seu público-alvo, para além das fronteiras ideológicas e políticas.

Outro sinal encorajador é a presença contundente e multidisciplinar de diferentes profissionais na maioria das equipes das CTs, o que mostra que as CTs contemporâneas estão tornando-se serviços cada vez mais profissionalmente orientados.

Para concluir, esta segunda edição do Relatório Mundial de CTs destaca os esforços contínuos e monumentais que as CTs em todo o mundo fazem para trabalhar na criação de um mundo melhor, para apoiar aqueles que vivenciam, direta ou indiretamente, os problemas causados pelo uso de drogas.

Não somos a única solução. No entanto, estamos confiantes de que as CTs estão fazendo a diferença para centenas de milhares de pessoas em todo o mundo, e continuaremos a adaptar e a melhorar os nossos serviços para que possamos continuar o nosso trabalho de apoio às pessoas no futuro.