



WFCC

FEDERAÇÃO MUNDIAL
DE COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS

RELATÓRIO MUNDIAL
Nº 2 - 2023



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

SUMARIO

SUMÁRIO EXECUTIVO	7
MENSAGEM DO PRESIDENTE	11
1. ESTADO DO FENÔMENO MUNDIAL DAS DROGAS EM 2022.....	15
2. SOBRE A WFTC	18
3. ORGANIZAÇÃO DA WFTC	19
3.1 Associação de Comunidades Terapêuticas da Australásia (ATCA)	20
3.2 A Federação Europeia de Comunidades Terapêuticas (EFTC).....	21
3.3 A Federação das Comunidades Terapêuticas da Ásia (FTCA)	23
3.4 A Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (FLACT)	25
3.5 Comunidades de Tratamento da América (TCA)	28
4. ESTE RELATÓRIO	32
5. RESULTADOS.....	35
5.1 Total de organizações respondentes.....	35
5.2 Escopo do trabalho.....	41
5.3 Tipo de trabalho	44
5.4 Número de funcionários	48
5.5 Fonte de financiamento	52
5.6 Público-alvo	57
5.7 Gênero do público-alvo.....	63
5.8 Locais de tratamento	66
5.9 Tempo médio proposto para tratamento	73
5.10 Localização da CT	77
5.11 Religiosidade	81
5.12 Funcionários	85
5.13 Pessoas atendidas e alcançadas.....	91
5.13.1 Pessoas atendidas por gênero do público-alvo	100
5.13.2 Pessoas atendidas por localização da CT	103
5.13.3 Pessoas atendidas por religiosidade	106
5.13.4 Pessoas atendidas por tempo médio proposto para tratamento	109
5.13.5 Pessoas atendidas por número de funcionários.....	112
CONCLUSÕES	115
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO	117
SEÇÃO 1 – DADOS INSTITUCIONAIS.....	117
SEÇÃO 2 – DADOS DO SERVIÇO	118
SEÇÃO 3 – APENAS PARA CTs	119
ANEXO 2 – LISTA DE CTs ENTREVISTADAS	120
Europa.....	120
América Latina e o Caribe.....	121
Ásia.....	127
América do Norte	127
Oceania.....	128
África	128

SUMARIO DE TABELAS

Tabela 1 - Total de organizações respondentes por Região (2023-2022)	35
Tabela 2 - Total de países por região (2023-2022)	36
Tabela 3 - Total de CTs por Região (2023-2022) após atualização	38
Tabela 4 - Total de CTs por país na América Latina e o Caribe (2023-2022) após atualização.....	38
Tabela 5 - Total de CTs por país na Europa (2023-2022) após atualização ...	39
Tabela 6 - Total de CTs por país na Ásia (2023-2022)	40
Tabela 7 - Escopo de trabalho por região (2023)	41
Tabela 8 - Escopo de trabalho por país na América Latina e o Caribe	41
Tabela 9 - Escopo de trabalho por país na Europa	42
Tabela 10 - Escopo de trabalho por país na Ásia.....	42
Tabela 11 - Escopo de trabalho por região (2023-2022)	43
Tabela 12 - Tipo de trabalho por região (2023).....	44
Tabela 13 - Tipo de trabalho por país na América Latina e o Caribe	45
Tabela 14 - Tipo de trabalho por país na Europa	45
Tabela 15 - Tipo de trabalho por país na Ásia	46
Tabela 16 - Tipo de trabalho por região (2023-2022).....	47
Tabela 17 - Número de colaboradores por região (2023)	48
Tabela 18 - Número de funcionários por país na América Latina e o Caribe .	49
Tabela 19 - Número de funcionários por país na Europa	49
Tabela 20 - Número de funcionários por país na Ásia	50
Tabela 21 - Número de funcionários por região (2023-2022).....	51
Tabela 22 - Número de fontes de financiamento por região	53
Tabela 23 - Fontes de financiamento por região	54
Tabela 24 - Público-alvo por região.....	58
Tabela 25 - Número de públicos-alvo por região	59
Tabela 26 - Género do público-alvo por região	64
Tabela 27 - Género da público-alvo por país na América Latina e o Caribe ..	64
Tabela 28 - Género do público-alvo por país na Europa	65
Tabela 29 - Género do público-alvo por país na Ásia.....	65
Tabela 30 - Locais de tratamento por região.....	68
Tabela 31 - Locais de tratamento por país na América Latina e o Caribe	68
Tabela 32 - Locais de tratamento por país na Europa.....	69
Tabela 33 - Locais de tratamento por país na Ásia	69
Tabela 34 - Número de locais de tratamento por região	70
Tabela 35 - Número de locais de tratamento por país na América Latina e o Caribe.....	71
Tabela 36 - Número de locais de tratamento por país na Europa	71
Tabela 37 - Número de locais de tratamento por país na Ásia	72
Tabela 38 - Tempo médio proposto para tratamento por região.....	74
Tabela 39 - Tempo médio proposto para tratamento por país na América Latina e o Caribe	75
Tabela 40 - Tempo médio proposto para tratamento por país na Europa	75
Tabela 41 - Tempo médio proposto para tratamento por país na Ásia	76
Tabela 42 - Localização da CT por região.....	78
Tabela 43 - Localização da CT por país na América Latina e o Caribe	79
Tabela 44 - Localização das CT por país na Europa	79

Tabela 45 - Localização da CT por país na Ásia	80
Tabela 46 - Religiosidade por região.....	82
Tabela 47 - Religiosidade por país na América Latina e o Caribe	83
Tabela 48 - Religiosidade por país na Europa.....	83
Tabela 49 - Religiosidade por país na Ásia	84
Tabela 50 - Funcionários por região.....	86
Tabela 51 - Número de funcionários por região.....	87
Tabela 52 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por região	92
Tabela 53 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por região (2023-2022)	92
Tabela 54 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na América Latina e o Caribe	94
Tabela 55 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na América Latina e o Caribe (2023-2022)	94
Tabela 56 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na Europa ...	96
Tabela 57 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na Europa (2023-2022)	96
Tabela 58 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na Ásia.....	98
Tabela 59 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na Ásia (2023- 2022)	98
Tabela 60 - Total de assistidos por região e gênero do público-alvo.....	101
Tabela 61 - Total de pessoas assistidas por gênero da público-alvo na América Latina e o Caribe.....	101
Tabela 62 - Total de pessoas assistidas por género do público-alvo na Europa	102
Tabela 63 - Total de pessoas assistidas por género do público-alvo na Ásia	102
Tabela 64 - Total de atendidos por região e localização da CT	104
Tabela 65 - Total de pessoas atendidas por localização da CT na América Latina e o Caribe	104
Tabela 66 - Total de pessoas atendidas por localização da CT na Europa..	105
Tabela 67 - Total de pessoas atendidas por localização da CT na Ásia	105
Tabela 68 - Total de atendidos por região e religiosidade	107
Tabela 69 - Total de pessoas atendidas por religiosidade na América Latina e o Caribe.....	107
Tabela 70 - Total de pessoas atendidas por religiosidade na Europa.....	108
Tabela 71 - Total de pessoas atendidas por religiosidade na Ásia	108
Tabela 72 - Total de atendidos por região e tempo médio proposto para tratamento	110
Tabela 73 - Total de pessoas atendidas por tempo médio proposto para tratamento na América Latina e o Caribe.....	110
Tabela 74 - Total de pessoas atendidas por tempo médio proposto para tratamento na Europa.....	111
Tabela 75 - Total de pessoas atendidas por tempo médio proposto para tratamento na Ásia.....	111
Tabela 76 - Total de atendidos por região e número de funcionários.....	113
Tabela 77 - CTs entrevistadas da Europa	120
Tabela 78 - CTs entrevistadas da América Latina e o Caribe	121
Tabela 79 - CTs entrevistadas da Ásia.....	127

Tabela 80 - CTs entrevistadas da América do Norte	127
Tabela 81 - CTs entrevistadas da Oceania	128
Tabela 82 - CTs entrevistadas da África	128

SUMARIO DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Organizações respondentes – países por região	36
Gráfico 2 - Total de organizações respondentes por país	37
Gráfico 3 - Escopo de atuação por região (2023-2022).....	43
Gráfico 4 - Tipo de trabalho por região (2023-2022)	46
Gráfico 5 - Número de funcionários por região (2023-2022).....	50
Gráfico 6 - Número de fontes de financiamento por região.....	53
Gráfico 7 - Fontes de financiamento por região	54
Gráfico 8 - Fonte de financiamento por país na América Latina e o Caribe ..	55
Gráfico 9 - Número de fontes de financiamento por país na América Latina e o Caribe.....	55
Gráfico 10 - Fonte de financiamento por país na Europa	55
Gráfico 11 - Número de fontes de financiamento por país na Europa.....	56
Gráfico 12 - Fonte de financiamento por país na Ásia.....	56
Gráfico 13 - Número de fontes de financiamento por país na Ásia	56
Gráfico 14 - Público-alvo por região	58
Gráfico 15 - Número de públicos-alvo por região.....	59
Gráfico 16 - Público-alvo por região e país na América Latina e o Caribe	60
Gráfico 17 - Número de públicos-alvo por região e país na América Latina e o Caribe.....	60
Gráfico 18 - Público-alvo por região e país na Europa	61
Gráfico 19 - Número de públicos-alvo por região e país na Europa	61
Gráfico 20 - Público-alvo por região e país na Ásia	61
Gráfico 21 - Número de públicos-alvo por região e país na Ásia	62
Gráfico 22 - Gênero do público-alvo por região	63
Gráfico 23 - Locais de tratamento por região	67
Gráfico 24 - Número de locais de tratamento por região	70
Gráfico 25 - Tempo médio proposto para tratamento por região	74
Gráfico 26 - Localização da CT por região	78
Gráfico 27 - Religiosidade por região	82
Gráfico 28 - Funcionários por região.....	86
Gráfico 29 - Número de funcionários por região	87
Gráfico 30 - Funcionários por país na América Latina e o Caribe	88
Gráfico 31 - Número de funcionários por país na América Latina e o Caribe	88
Gráfico 32 - Funcionários por país na Europa	89
Gráfico 33 - Número de funcionários por país na Europa	89
Gráfico 34 - Funcionários por país na Ásia	90
Gráfico 35 - Número de funcionários por país na Ásia	90
Gráfico 36 - Total de pessoas atendidas por país	93
Gráfico 37 - Total de indivíduos alcançados por país.....	93
Gráfico 38 - Total de pessoas atendidas por país na América Latina e o Caribe.....	95

Gráfico 39 - Total de pessoas alcançadas por país na América Latina e o Caribe.....	95
Gráfico 40 - Total de pessoas atendidas por país na Europa	97
Gráfico 41 - Total de pessoas alcançadas por país na Europa	97
Gráfico 42 - Total de pessoas atendidas por país na Ásia	99
Gráfico 43 - Total de pessoas alcançadas por país na Ásia.....	99
Gráfico 44 - Total de pessoas atendidas por gênero do público-alvo	101
Gráfico 45 - Total de atendidos por localização da CT.....	103
Gráfico 46 - Total de atendidos por religiosidade.....	106
Gráfico 47 - Total de atendidos por tempo médio proposto para tratamento	109
Gráfico 48 - Total de atendidos por número de funcionários	112
Gráfico 49 - Total de pessoas atendidas por região e número de funcionários na América Latina e o Caribe.....	113
Gráfico 50 - Total de pessoas atendidas por região e número de funcionários na Europa.....	114
Gráfico 51 - Total de pessoas atendidas por região e número de funcionários na Ásia	114

SUMARIO DE FIGURAS

Figura 1 - Total de organizações respondentes em todo o mundo.....	35
Figura 2 - Total de pessoas atendidas e alcançadas	91



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)¹, 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

¹<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-análise/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”**² ([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.

²<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 → OFFICERS & MEMBERS

3.1 Associação de Comunidades Terapêuticas da Australásia (ATCA)



Presidente: Gerard Byrne (Austrália)

Site: 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



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



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

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

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	-
Total	301	100%	132	100%	169	228%

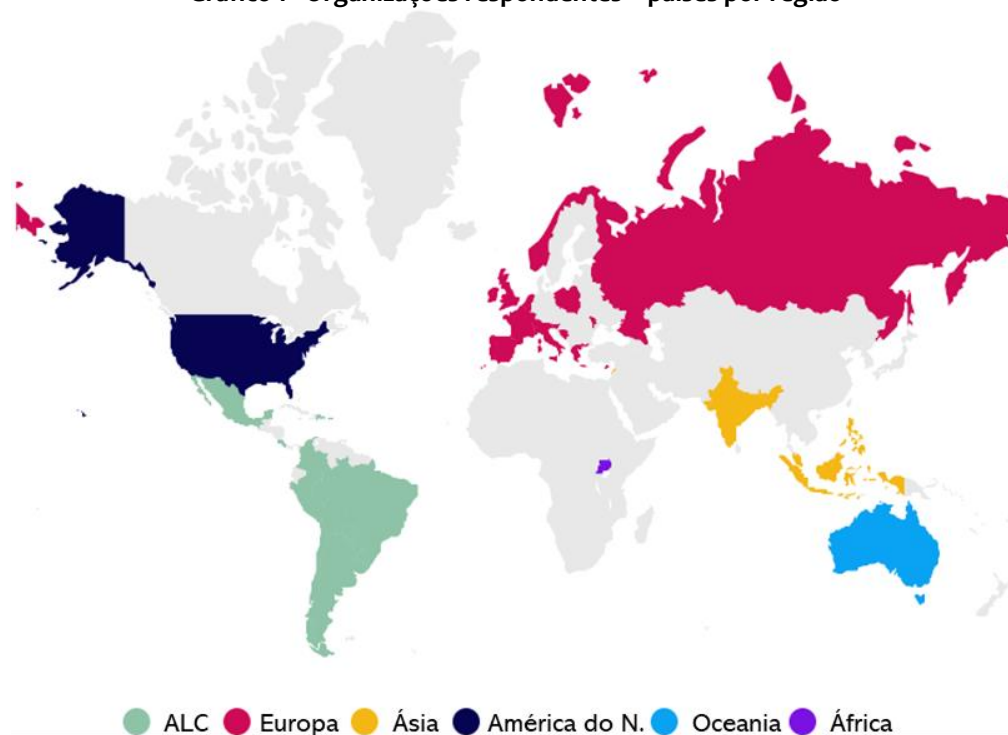
As regiões com aumentos mais expressivos foram América Latina e o Caribe (308%) e Europa (250%). Na primeira edição a África não participou e nesta edição a África teve apenas uma CT respondente. É um pontapé inicial para o continente africano e tentaremos difundir ainda mais nas regiões com menor representatividade 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)

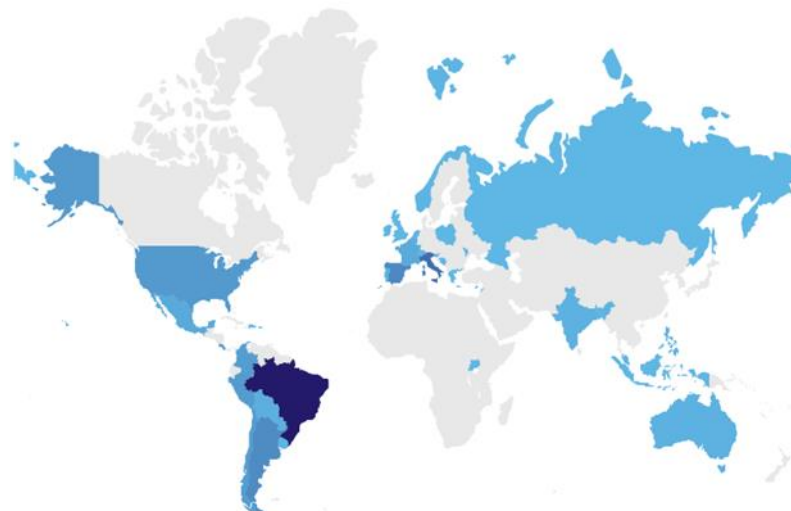
Região	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Europa	17	42,5%	9	34,6%	8	188,9%
ALC	12	30,0%	7	26,9%	5	171,4%
Ásia	8	20,0%	8	30,8%	0	0,0%
América do Norte	1	2,5%	1	3,8%	0	0,0%
Oceania	1	2,5%	1	3,8%	0	0,0%
África	1	2,5%	0	0,0%	1	-
Total	40	100%	26	100%	14	153,8%

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	-
Total	383	100%	132	100%	251	290,2%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição por região e país.

Na ALC, após atualizações de dados, o Brasil lidera a lista, com mais de 110 CTs respondentes (quase 50% do total na ALC), e com um aumento de mais de 300%.

Os maiores aumentos ocorreram no Chile (850%) e no Peru (450%).

No total, a ALC teve um grande aumento de CTs entrevistados, de 326%.

A diferença no total de países de 2022 (total 73, não 72) se deve ao fato de que em 2022 o Equador teve 1 CT respondente, e nenhum em 2023, por isso não foi incluído na tabela abaixo.

Tabela 4 - Total de CTs por país na América Latina e o Caribe (2023-2022) após atualização

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	113	47,5%	36	49,3%	77	313,9%
Argentina	28	11,8%	19	26,0%	9	147,4%
Chile	17	7,1%	2	2,7%	15	850,0%
Costa Rica	18	7,6%	0	0,0%	18	-
Peru	18	7,6%	4	5,5%	14	450,0%
Colômbia	17	7,1%	11	15,1%	6	154,5%
México	9	3,8%	0	0,0%	9	-
Bolívia	6	2,5%	0	0,0%	6	-
Paraguai	5	2,1%	0	0,0%	5	-
Porto Rico	3	1,3%	0	0,0%	3	-
República Dominicana	2	0,8%	0	0,0%	2	-
Uruguai	2	0,8%	0	0,0%	2	-
Total	238	100%	73	100%	165	326,0%

Na Europa, após a atualização, os países com mais CTs respondentes foram Itália (n=47; 44,3%) e Espanha (n=30; 28,3%), com grandes aumentos para ambos (Itália 1.567%; Espanha 1.500%). No total, a Europa teve um expressivo aumento de 681%.

A diferença no total de países de 2022 (total 16, não 15) deve-se ao fato de que em 2022 a República Checa teve 1 CT respondente, e nenhuma em 2023, por isso não está incluída na tabela abaixo.

Tabela 5 - Total de CTs por país na Europa (2023-2022) após atualização

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Itália	47	43,1%	3	18,8%	44	1566,7%
Espanha	30	27,5%	2	12,5%	28	1.500,0%
França	8	7,3%	0	0,0%	8	-
Bélgica	6	5,5%	2	12,5%	4	300,0%
Portugal	3	2,8%	3	18,8%	0	0%
Noruega	2	1,8%	0	0,0%	2	-
Holanda	2	1,8%	0	0,0%	2	-
Eslovênia	2	1,8%	1	6,3%	1	200,0%
Bósnia e Herzegovina	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Chipre	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Grécia	1	0,9%	2	12,5%	-1	-50,0%
Irlanda	1	0,9%	1	6,3%	0	0%
Polônia	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Moldávia	1	0,9%	1	6,3%	0	0%
Suíça	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Reino Unido	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Rússia	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Total	109	100%	16	100%	93	681,3%

Na Ásia, houve uma diminuição de 29% no total de CTs respondentes, devido a dificuldades na comunicação com as CTs da região, que não conseguiram preencher o formulário antes do prazo.

A Índia teve mais CTs respondentes (n=4; 33,3%), com um aumento de 133%.

Tabela 6 - Total de CTs por país na Ásia (2023-2022)

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Índia	4	33,3%	3	17,6%	1	133,3%
Bangladesh	2	16,7%	3	17,6%	-1	-33,3%
Hong Kong RAE	1	8,3%	0	0,0%	1	-
Filipinas	1	33,3%	4	17,6%	1	33,3%
Indonésia	1	8,3%	2	11,8%	-1	-50,0%
Malásia	1	8,3%	2	11,8%	-1	-50,0%
Líbano	1	8,3%	1	5,9%	0	0,0%
Macau RAE	1	8,3%	0	0,0%	1	-
Total	12	100%	17	100%	-5	-29,4%

Na América do Norte, Oceania e África houve apenas um país para cada região (EUA, Austrália, Uganda), por isso não há tabelas para exibir.

Os EUA tiveram uma diminuição de CTs respondentes de 9,5% (19 em 2023; 21 em 2022). A Austrália teve uma diminuição de 20% (4 em 2023; 5 em 2022). Uganda não participou da pesquisa de 2022.

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.

Tabela 7 - Escopo de trabalho por região (2023)

Região	Local		Nacional		Internacional	
	n	%	n	%	n	%
Europa	8	20,0%	28	70,0%	4	10,0%
ALC	81	36,0%	139	61,8%	5	2,2%
América do Norte	14	73,7%	4	21,1%	1	5,3%
Ásia	2	16,7%	8	66,7%	2	16,7%
Oceania	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%
África	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	107	35,5%	182	60,5%	12	4,0%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição do escopo de trabalho por região e país.

Tabela 8 - Escopo de trabalho por país na América Latina e o Caribe

País	Local		Nacional		Internacional	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	4	14,3%	22	78,6%	2	7,1%
Bolívia	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%
Brasil	49	49,0%	51	51,0%	0	0,0%
Chile	12	70,6%	5	29,4%	0	0,0%
Colômbia	5	29,4%	11	64,7%	1	5,9%
Costa Rica	0	0,0%	18	100,0%	0	0,0%
México	3	33,3%	5	55,6%	1	11,1%
Paraguai	0	0,0%	5	100%	0	0,0%
Peru	4	22,2%	14	77,8%	0	0,0%
Porto Rico	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%

República Dominicana	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Uruguai	0	0,0%	2	100%	0	0,0%
Total	81	36,0%	139	61,8%	5	2,2%

Tabela 9 - Escopo de trabalho por país na Europa

País	Local		Nacional		Internacional	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Eslovênia	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Espanha	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%
França	1	12,5%	7	87,5%	0	0,0%
Grécia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	0	0,0%	2	100%	0	0,0%
Irlanda	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Itália	2	40,0%	2	40,0%	1	20,0%
Moldávia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	2	100%	0	0,0%
Polônia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Portugal	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%
Reino Unido	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Rússia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Suíça	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	8	20,0%	28	70,0%	4	10,0%

Tabela 10 - Escopo de trabalho por país na Ásia

País	Local		Nacional		Internacional	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Índia	0	0,0%	4	100%	0	0,0%
Indonésia	1	100%	1	100%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Macau RAE	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Malásia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	3	23,1%	9	69,2%	1	7,7%

Na comparação entre os dados de 2022 e 2023, pudemos observar um aumento de trabalhos nacionais na Europa (50% para 70%) e na Oceania (40% para 50%), um aumento maior de trabalhos locais na ALC (22% para 36%) e América do Norte (52% para 74%), e uma diminuição visível de obras internacionais na ALC (10% para 2%) e América do Norte (19% para 5%).

Nestes dados de comparação, África não foi incluída porque não houve participantes na primeira pesquisa.

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

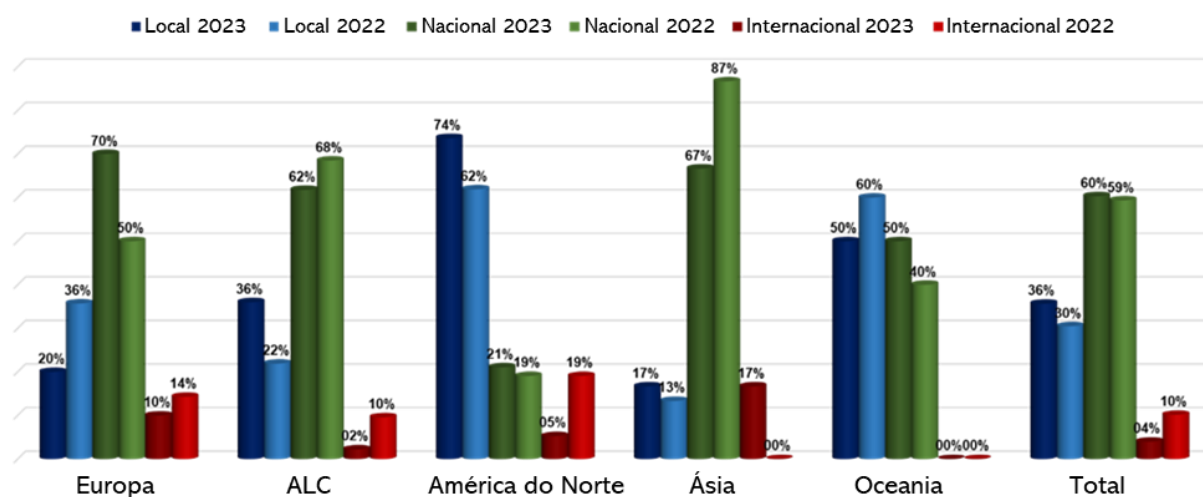


Tabela 11 - Escopo de trabalho por região (2023-2022)

Região	Local				Nacional				Internacional			
	2023		2022		2023		2022		2023		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	8	20,0%	5	35,7%	28	70,0%	7	50,0%	4	10,0%	2	14,3%
ALC	81	36,0%	16	21,9%	139	61,8%	50	68,5%	5	2,2%	7	9,6%
América do Norte	14	73,7%	13	61,9%	4	21,1%	4	19,0%	1	5,3%	4	19,0%
Ásia	2	16,7%	2	13,3%	8	66,7%	13	86,7%	2	16,7%	0	0,0%
Oceania	2	50,0%	3	60,0%	2	50,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	107	35,7%	39	30,5%	181	60,3%	76	59,4%	12	4,0%	13	10,2%

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 12 - 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%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição do tipo de trabalho por região e país.

Tabela 13 - Tipo de trabalho por país na América Latina e o Caribe

País	Base		Advocacy		Base e Advocacy	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	23	82,1%	0	0,0%	5	17,9%
Bolívia	6	100%	0	0,0%	0	0,0%
Brasil	88	88,0%	3	3,0%	9	9,0%
Chile	16	94,1%	0	0,0%	1	5,9%
Colômbia	13	76,5%	1	5,9%	3	17,6%
Costa Rica	2	11,1%	0	0,0%	16	88,9%
México	8	88,9%	0	0,0%	1	11,1%
Paraguai	5	100%	0	0,0%	0	0,0%
Peru	18	100%	0	0,0%	0	0,0%
Porto Rico	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%
República Dominicana	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguai	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	185	82,2%	4	1,8%	36	16,0%

Tabela 14 - Tipo de trabalho por país na Europa

País	Base		Advocacy		Base e Advocacy	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	1	16,7%	1	16,7%	4	66,7%
Bósnia e Herzegovina	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Eslovênia	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Espanha	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%
França	6	75,0%	0	0,0%	2	25,0%
Grécia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Itália	1	20,0%	1	20,0%	3	60,0%
Moldávia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Noruega	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Polônia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Rússia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suíça	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	19	47,5%	3	7,5%	18	45,0%

Tabela 15 - Tipo de trabalho por país na Ásia

País	Base		Advocacy		Base e Advocacy	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Índia	1	25,0%	0	0,0%	3	75,0%
Indonésia	1	100%	0	0,0%	1	100%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Macau RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Malásia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	4	30,8%	0	0,0%	9	69,2%

Na comparação entre os dados de 2022 e 2023, pudemos observar um aumento de trabalhos de Base no Total (57% para 72%), na Europa (07% para 48%) e na ALC (77% para 82%).

Houve uma diminuição maior dos trabalhos de Base e Advocacy na Europa (86% para 45%), enquanto houve um aumento na América do Norte (43% para 53%), Ásia (60% para 67%) e Oceania (40% para 75%). %).

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

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

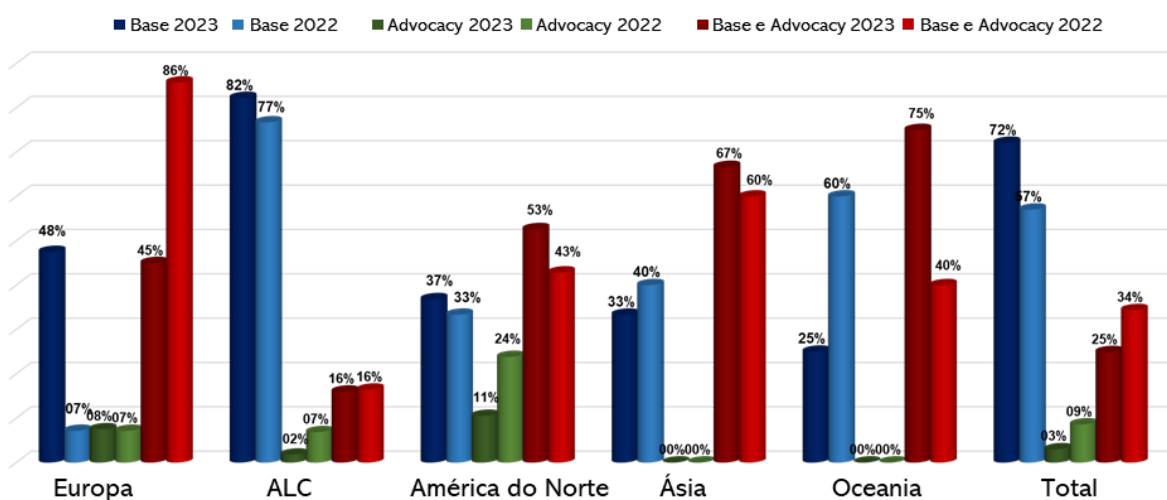


Tabela 16 - Tipo de trabalho por região (2023-2022)

Região	Base				Advocacy				Base e Advocacy			
	2023		2022		2023		2022		2023		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	19	47,5%	1	7,1%	3	7,5%	1	7,1%	18	45,0%	12	85,7%
ALC	185	82,2%	56	76,7%	4	1,8%	5	6,8%	36	16,0%	12	16,4%
América do Norte	7	36,8%	7	33,3%	2	10,5%	5	23,8%	10	52,6%	9	42,9%
Ásia	4	33,3%	6	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	66,7%	9	60,0%
Oceania	1	25,0%	3	60,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	75,0%	2	40,0%
Total	217	72,1%	73	57,0%	9	3,0%	11	8,6%	75	24,9%	44	34,4%

5.4 Número de funcionários

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

- <10
- 10 a 50
- >50

Assim como a questão sobre o escopo do trabalho, esta informação está relacionada ao tamanho da organização, considerando que organizações maiores contam com mais funcionários.

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.

Considerando que a ALC contou com quase a metade das CTs desta pesquisa, é importante ressaltar a relevância da região no cenário mundial das CTs. Portanto, o investimento humano e financeiro nas CTs da ALC por parte dos governos, organizações internacionais e organismos internacionais é um passo urgente para avançar.

Tabela 17 - Número de colaboradores por região (2023)

Região	<10		10 a 50		>50	
	n	%	n	%	n	%
Europa	8	20,0%	17	42,5%	15	37,5%
ALC	108	48,0%	100	44,4%	17	7,6%
América do Norte	0	0,0%	1	5,3%	18	94,7%
Ásia	1	8,3%	4	33,3%	7	58,3%
Oceania	0	0,0%	3	75,0%	1	25,0%
África	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	217	72,1%	9	3,0%	75	24,9%

Em relação aos países das organizações respondentes, a seguir podemos ver a distribuição do número de funcionários por região e país.

Tabela 18 - Número de funcionários por país na América Latina e o Caribe

País	<10		10 a 50		>50	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	4	14,3%	20	71,4%	4	14,3%
Bolívia	5	83,3%	1	16,7%	0	0,0%
Brasil	53	53,0%	43	43,0%	4	4,0%
Chile	8	47,1%	6	35,3%	3	17,6%
Colômbia	7	41,2%	7	41,2%	3	17,6%
Costa Rica	10	55,6%	8	44,4%	0	0,0%
México	7	77,8%	2	22,2%	0	0,0%
Paraguai	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%
Peru	9	50,0%	9	50,0%	0	0,0%
Porto Rico	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
República Dominicana	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Uruguai	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Total	108	49,8%	100	46,1%	17	7,8%

Tabela 19 - Número de funcionários por país na Europa

País	<10		10 a 50		>50	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	1	16,7%	3	50,0%	2	33,3%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Eslovênia	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Espanha	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
França	0	0,0%	4	50,0%	4	50,0%
Grécia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Holanda	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Itália	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%
Moldávia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	2	100%	0	0,0%
Polônia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Rússia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suíça	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	8	20,0%	17	42,5%	15	37,5%

Tabela 20 - Número de funcionários por país na Ásia

País	<10		10 a 50		>50	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Índia	0	0,0%	2	50,0%	2	50,0%
Indonésia	0	0,0%	1	100%	1	100%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Macau RAE	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Malásia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	1	7,7%	5	38,5%	7	53,8%

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)

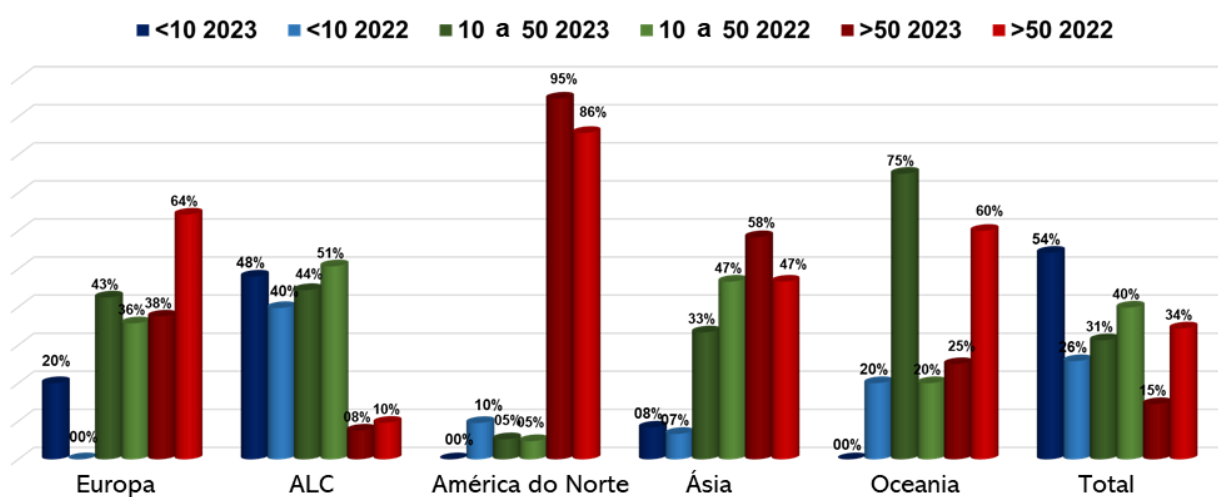


Tabela 21 - Número de funcionários por região (2023-2022)

Região	<10				10 a 50				>50			
	2023		2022		2023		2022		2023		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	8	20,0%	0	0,0%	17	42,5%	5	35,7%	15	37,5%	9	64,3%
ALC	108	48,0%	29	39,7%	100	44,4%	37	50,7%	17	7,6%	7	9,6%
América do Norte	0	0,0%	2	9,5%	1	5,3%	1	4,8%	18	94,7%	18	85,7%
Ásia	1	8,3%	1	6,7%	4	33,3%	7	46,7%	7	58,3%	7	46,7%
Oceania	0	0,0%	1	20,0%	3	75,0%	1	20,0%	1	25,0%	3	60,0%
Total	217	54,3%	33	25,8%	125	31,3%	51	39,8%	58	14,5%	44	34,4%

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

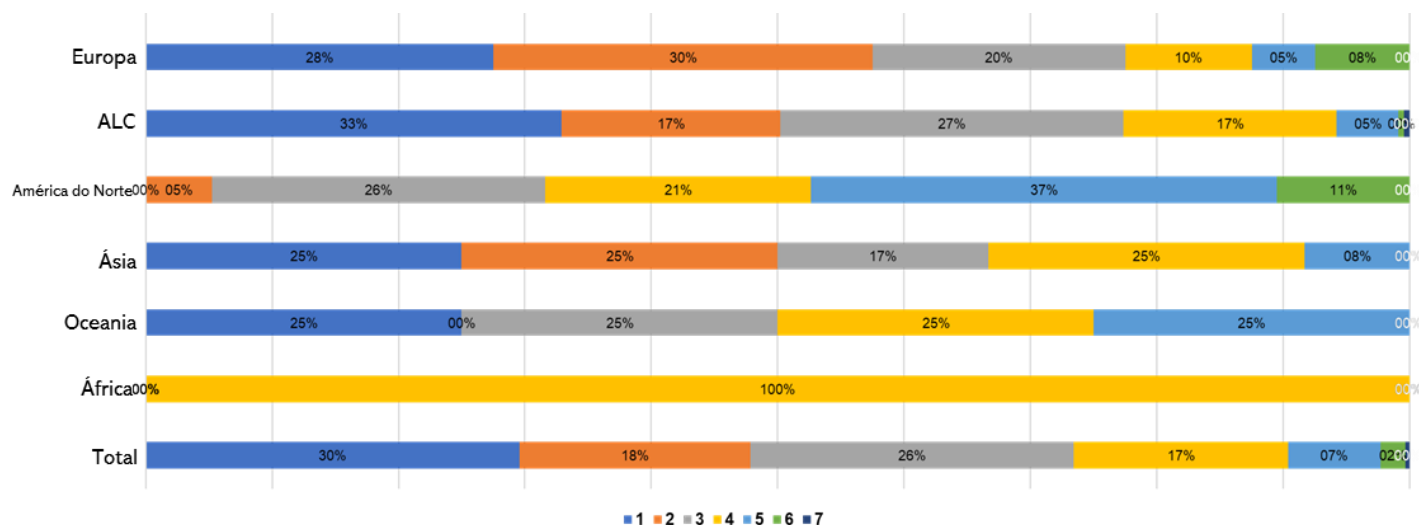


Tabela 22 - Número de fontes de financiamento por região

Região	1		2		3		4		5		6		7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	11	27,5%	12	30,0%	8	20,0%	4	10,0%	2	5,0%	3	7,5%	0	0,0%
ALC	74	32,9%	39	17,3%	61	27,1%	38	16,9%	11	4,9%	1	0,4%	1	0,4%
América do Norte	0	0,0%	1	5,3%	5	26,3%	4	21,1%	7	36,8%	2	10,5%	0	0,0%
Ásia	3	25,0%	3	25,0%	2	16,7%	3	25,0%	1	8,3%	0	0,0%	0	0,0%
Oceania	1	25,0%	0	0,0%	1	25,0%	1	25,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	89	29,6%	55	18,3%	77	25,6%	51	16,9%	22	7,3%	6	2,0%	1	0,3%

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

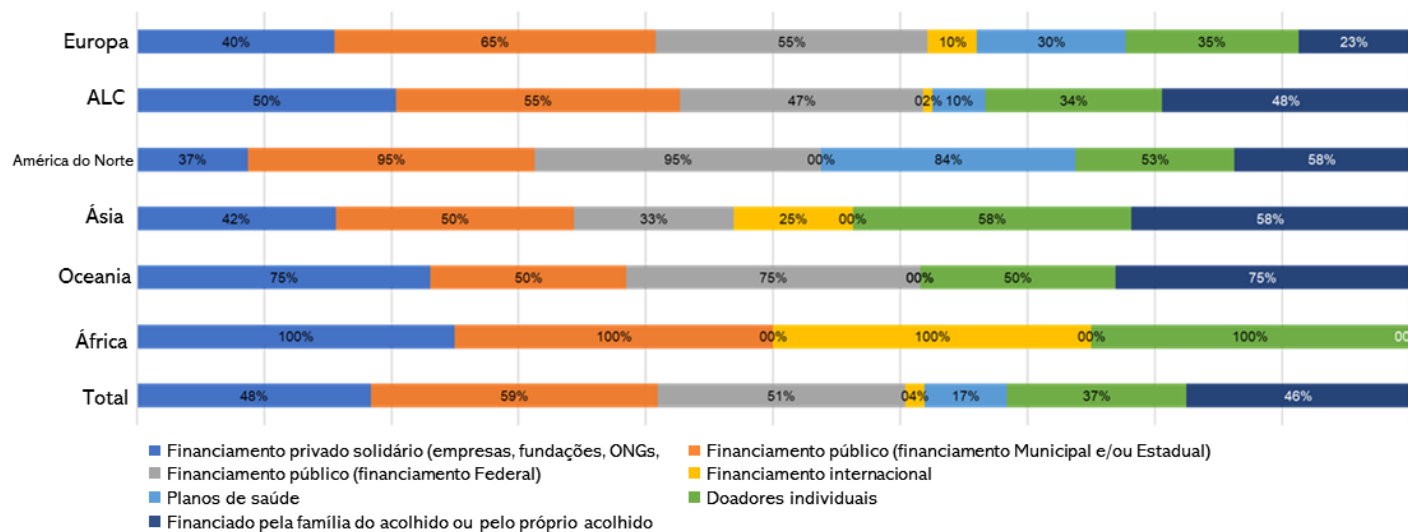


Tabela 23 - Fontes de financiamento por região

Região	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		Financiado pela família do acolhido ou pelo próprio acolhido	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	16	40,0%	26	65,0%	22	55,0%	4	10,0%	12	30,0%	14	35,0%	9	22,5%
ALC	113	50,2%	124	55,1%	106	47,1%	4	1,8%	23	10,2%	77	34,2%	108	48,0%
América do Norte	7	36,8%	18	94,7%	18	94,7%	0	0,0%	16	84,2%	10	52,6%	11	57,9%
Ásia	5	41,7%	6	50,0%	4	33,3%	3	25,0%	0	0,0%	7	58,3%	7	58,3%
Oceania	3	75,0%	2	50,0%	3	75,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%	3	75,0%
Total	145	48,2%	177	58,8%	153	50,8%	12	4,0%	51	16,9%	111	36,9%	138	45,8%

Em relação aos países das organizações respondentes, na tabela abaixo podemos ver a distribuição da fonte de financiamento e do número de fontes de financiamento por região e país.

Gráfico 8 - Fonte de financiamento por país na América Latina e o Caribe

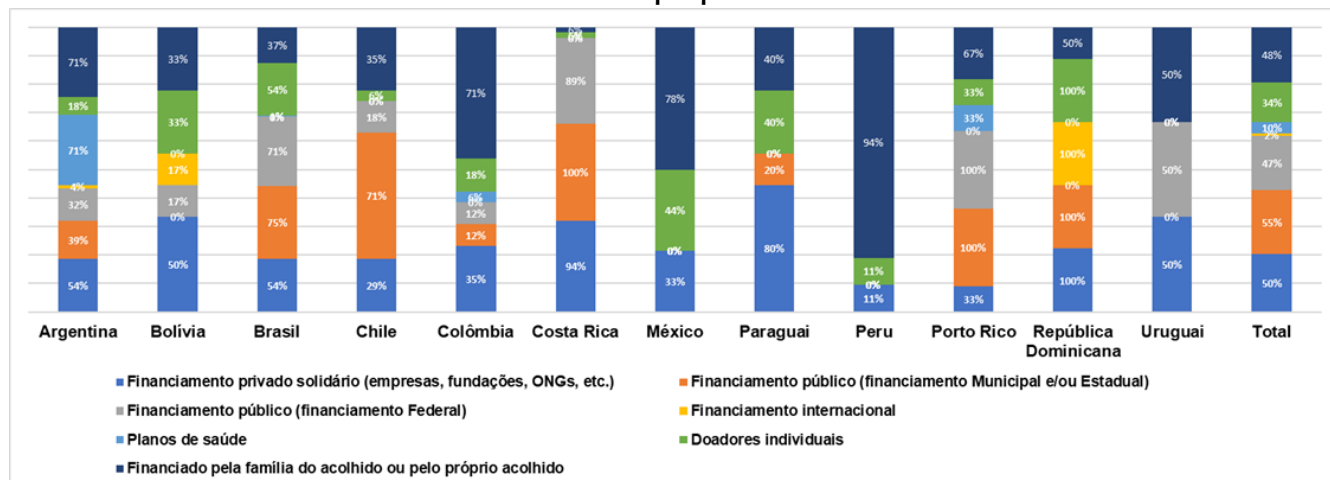


Gráfico 9 - Número de fontes de financiamento por país na América Latina e o Caribe

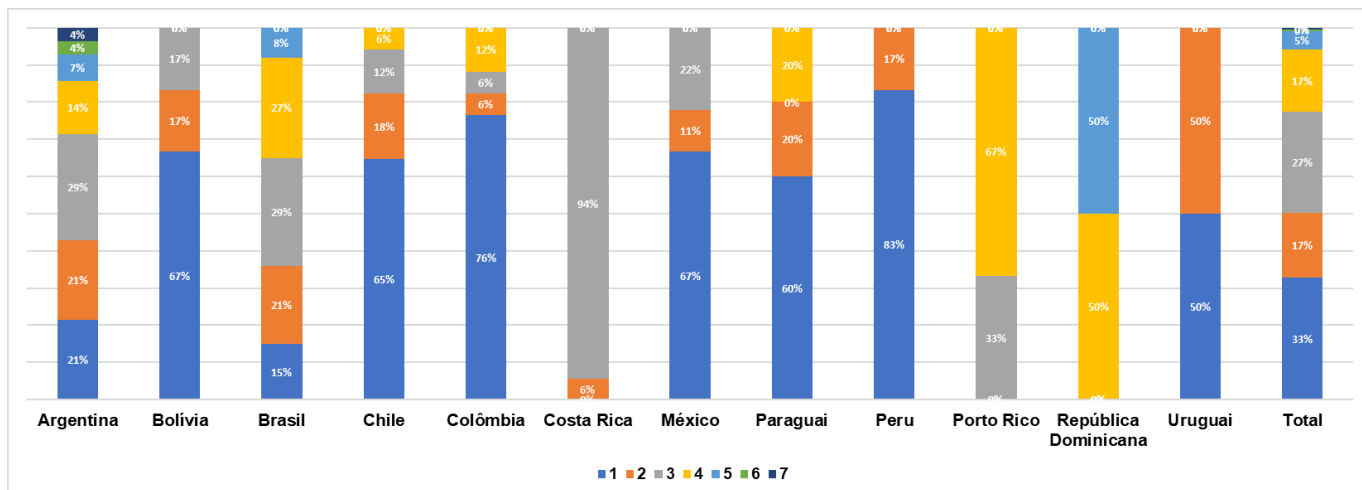


Gráfico 10 - Fonte de financiamento por país na Europa

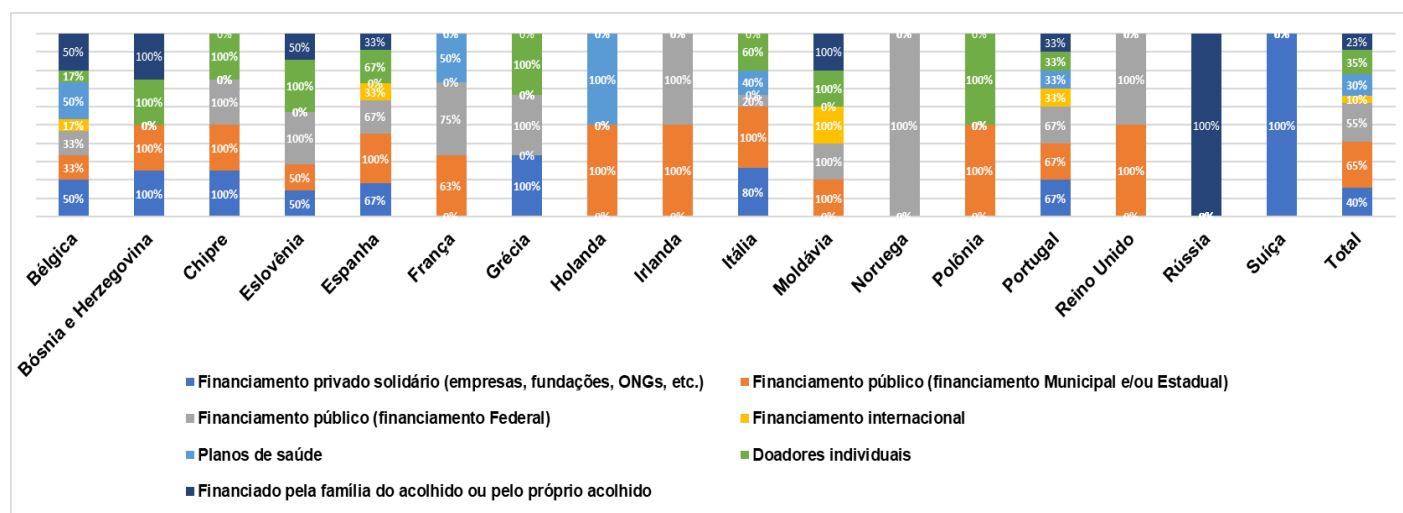


Gráfico 11 - Número de fontes de financiamento por país na Europa

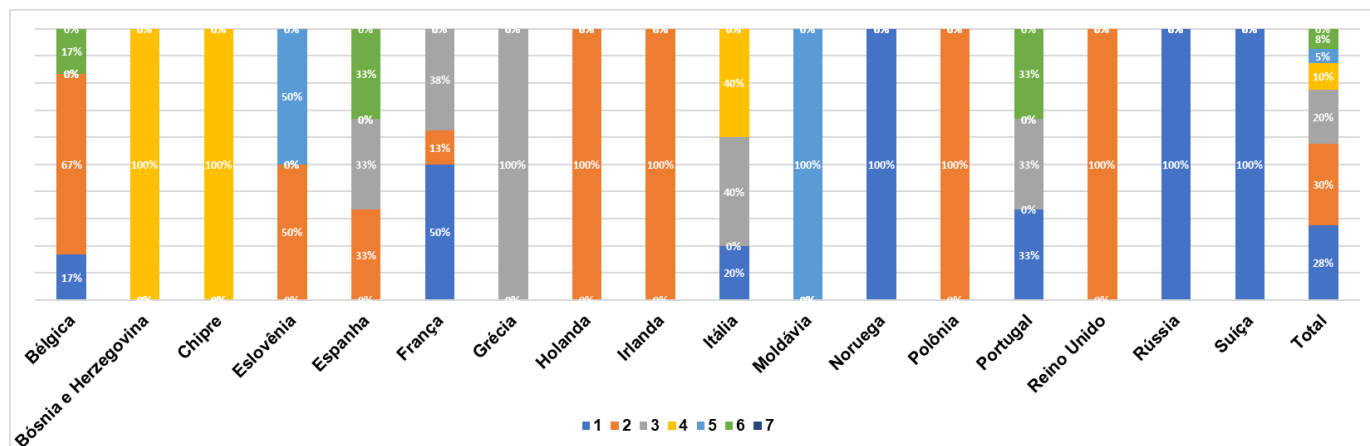


Gráfico 12 - Fonte de financiamento por país na Ásia

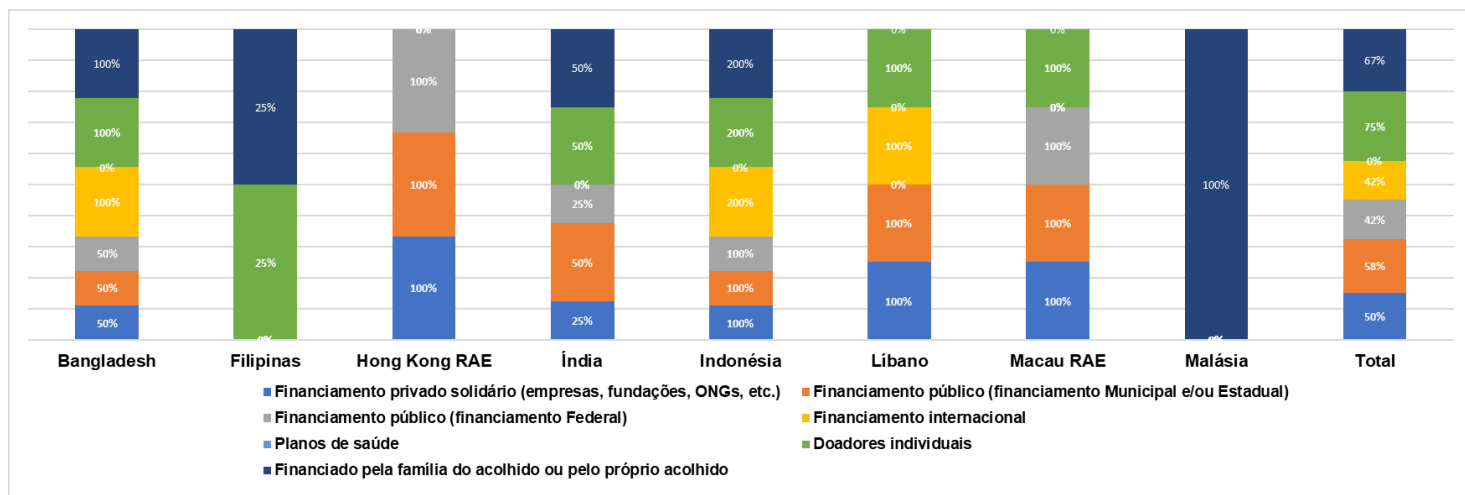
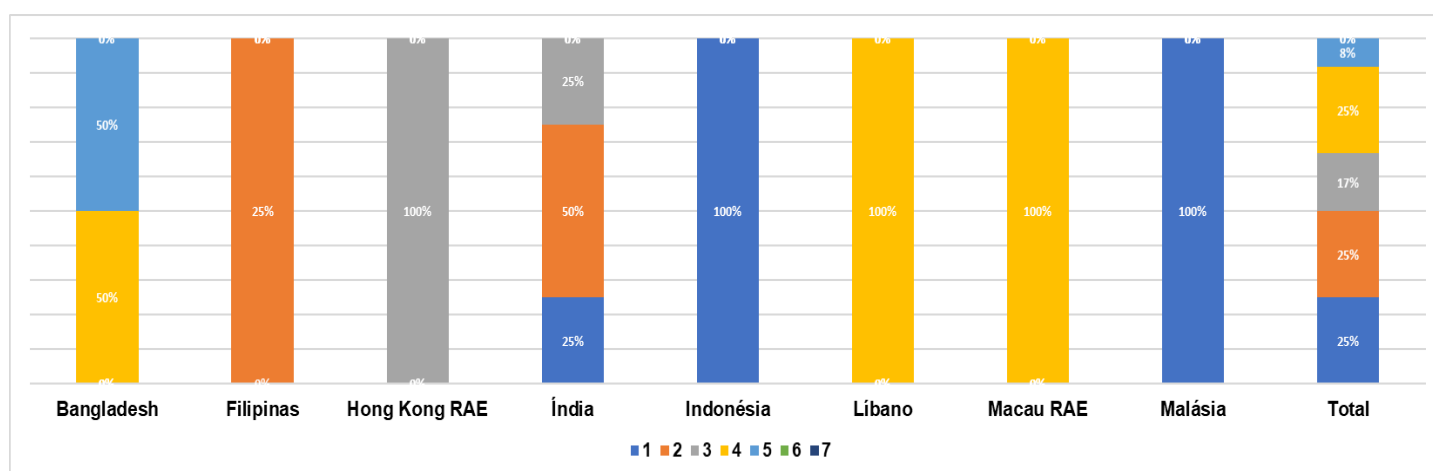


Gráfico 13 - Número de fontes de financiamento por país na Ásia



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 e tabela 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 14 - Público-alvo por região

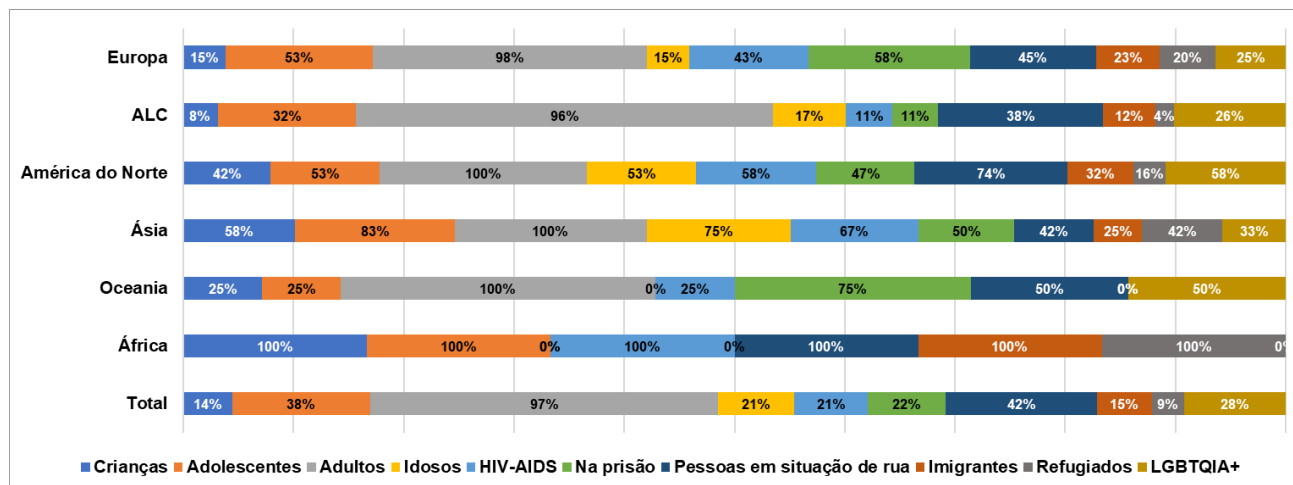


Tabela 24 - Público-alvo por região

Público-alvo		Região						Total
		Europa	ALC	América do Norte	Ásia	Oceania	África	
Crianças	n	6	18	8	7	1	1	41
	%	15,0%	8,0%	42,1%	58,3%	25,0%	100%	13,6%
Adolescentes	n	21	72	10	10	1	1	115
	%	52,5%	32,0%	52,6%	83,3%	25,0%	100%	38,2%
Adultos	n	39	217	19	12	4	0	291
	%	97,5%	96,4%	100%	100%	100%	0,0%	96,7%
Idoso	n	6	38	10	9	0	0	63
	%	15,0%	16,9%	52,6%	75,0%	0,0%	0,0%	20,9%
VIH-SIDA	n	17	24	11	8	1	1	62
	%	42,5%	10,7%	57,9%	66,7%	25,0%	100%	20,6%
Na prisão	n	23	24	9	6	3	0	65
	%	57,5%	10,7%	47,4%	50,0%	75,0%	0,0%	21,6%
Morador de rua	n	18	86	14	5	2	1	126
	%	45,0%	38,2%	73,7%	41,7%	50,0%	100%	41,9%
Imigrantes	n	9	27	6	3	0	1	46
	%	22,5%	12,0%	31,6%	25,0%	0,0%	100%	15,3%
Refugiados	n	8	10	3	5	0	1	27
	%	20,0%	4,4%	15,8%	41,7%	0,0%	100%	9,0%
LGBTQIA+	n	10	58	11	4	2	0	85
	%	25,0%	25,8%	57,9%	33,3%	50,0%	0,0%	28,2%

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 15 - Número de públicos-alvo por região

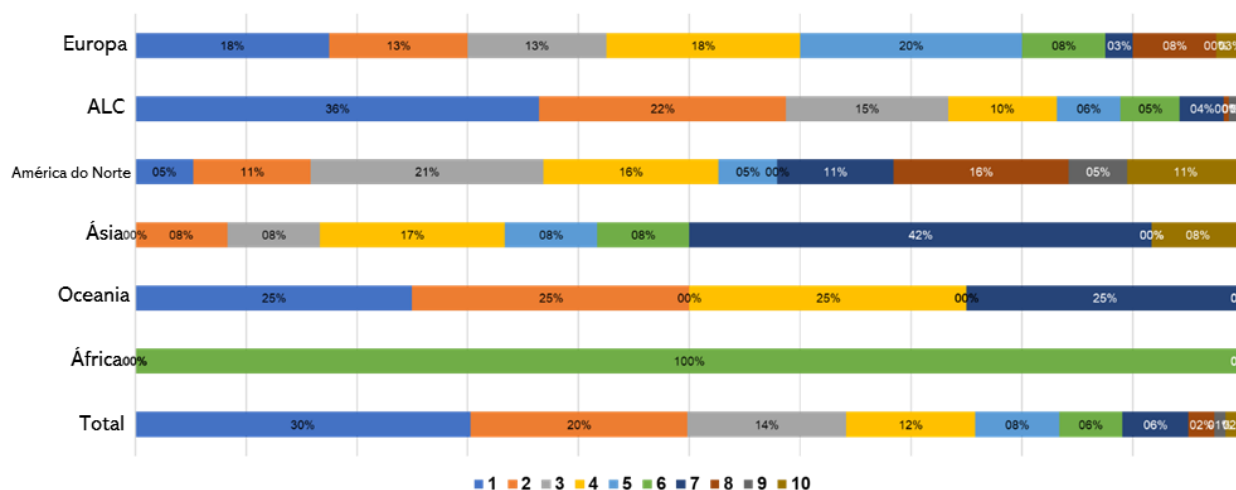


Tabela 25 - Número de públicos-alvo por região

Nº de públicos-alvo	Região							Total
	Europa	ALC	América do Norte	Ásia	Oceania	África		
1	n	7	82	1	0	1	0	91
	%	17,5%	36,4%	5,3%	0,0%	25,0%	0,0%	30,2%
2	n	5	50	2	1	1	0	59
	%	12,5%	22,2%	10,5%	8,3%	25,0%	0,0%	19,6%
3	n	5	33	4	1	0	0	43
	%	12,5%	14,7%	21,1%	8,3%	0,0%	0,0%	14,3%
4	n	7	22	3	2	1	0	35
	%	17,5%	9,8%	15,8%	16,7%	25,0%	0,0%	11,6%
5	n	8	13	1	1	0	0	23
	%	20,0%	5,8%	5,3%	8,3%	0,0%	0,0%	7,6%
6	n	3	12	0	1	0	1	17
	%	7,5%	5,3%	0,0%	8,3%	0,0%	100%	5,6%
7	n	1	9	2	5	1	0	18
	%	2,5%	4,0%	10,5%	41,7%	25,0%	0,0%	6,0%

8	n	3	1	3	0	0	0	7
	%	7,5%	0,4%	15,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%
9	n	0	2	1	0	0	0	3
	%	0,0%	0,9%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
10	n	1	1	2	1	0	0	5
	%	2,5%	0,4%	10,5%	8,3%	0,0%	0,0%	1,7%

Em relação aos países entrevistados, abaixo podemos ver a distribuição do público-alvo e do número de públicos-alvo por região e país.

Gráfico 16 - Público-alvo por região e país na América Latina e o Caribe

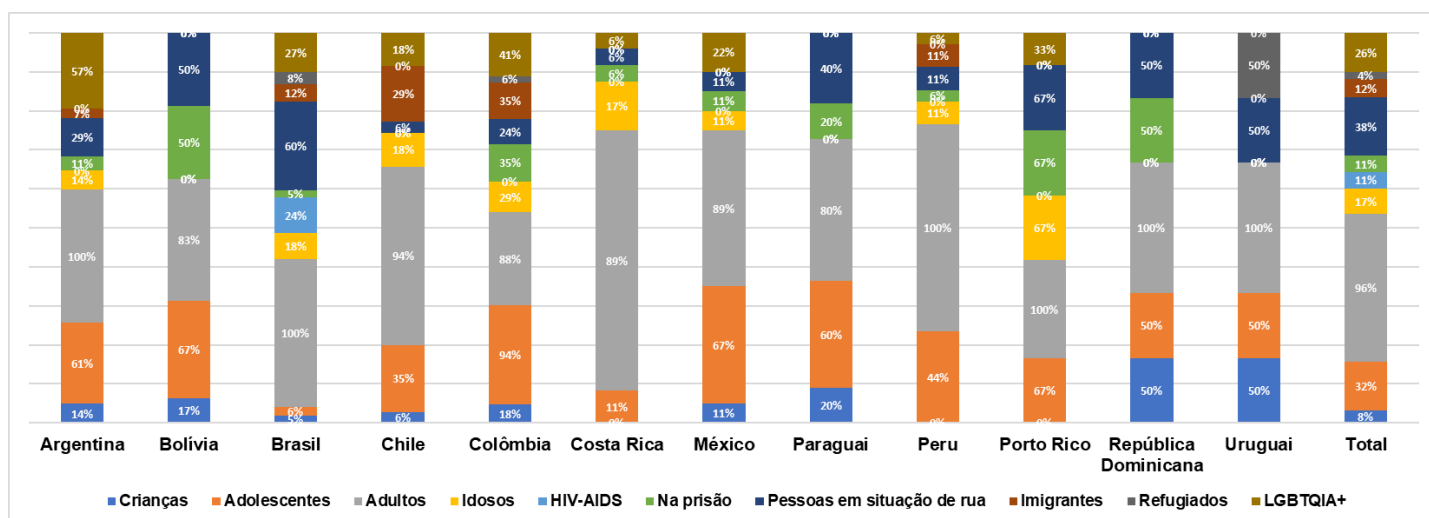


Gráfico 17 - Número de públicos-alvo por região e país na América Latina e o Caribe

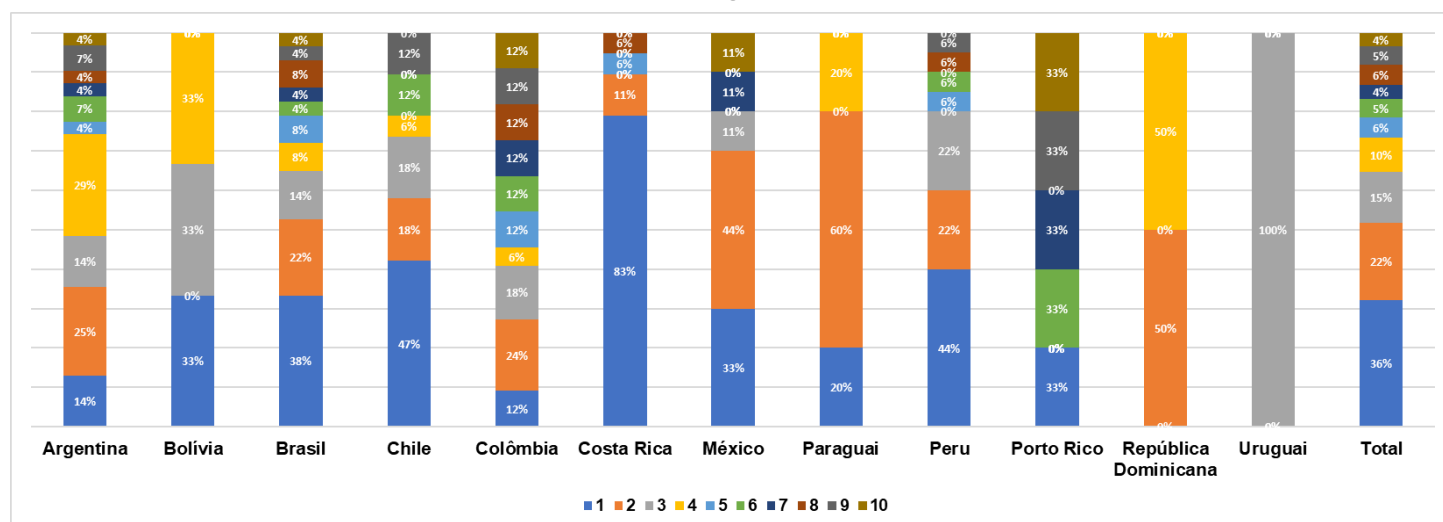


Gráfico 18 - Público-alvo por região e país na Europa

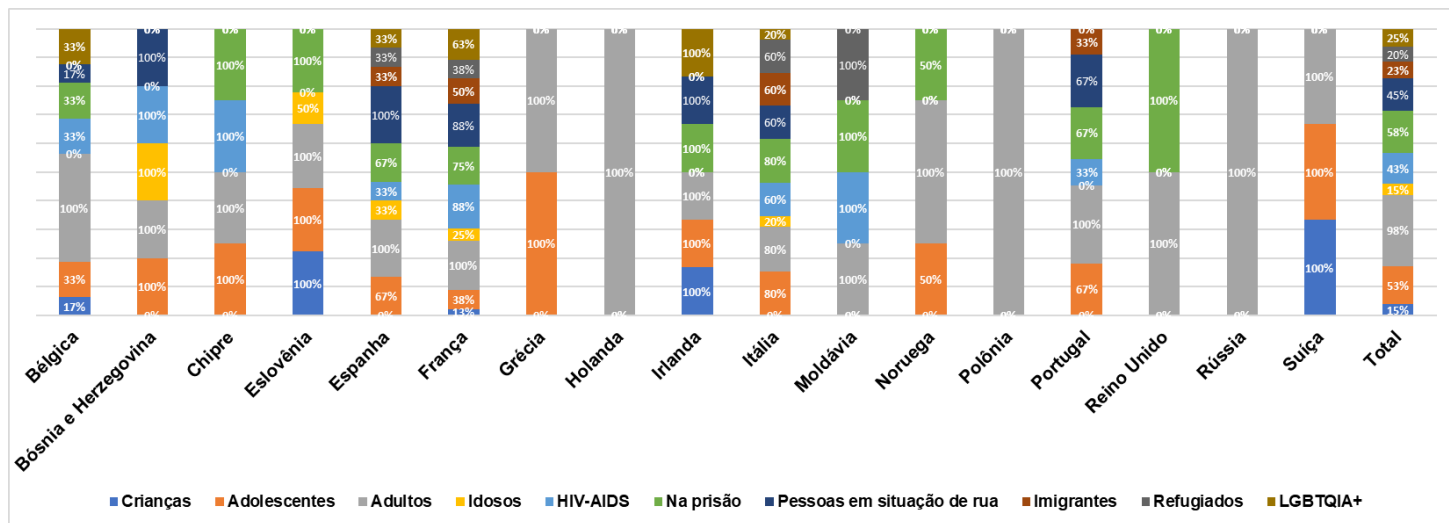


Gráfico 19 - Número de públicos-alvo por região e país na Europa

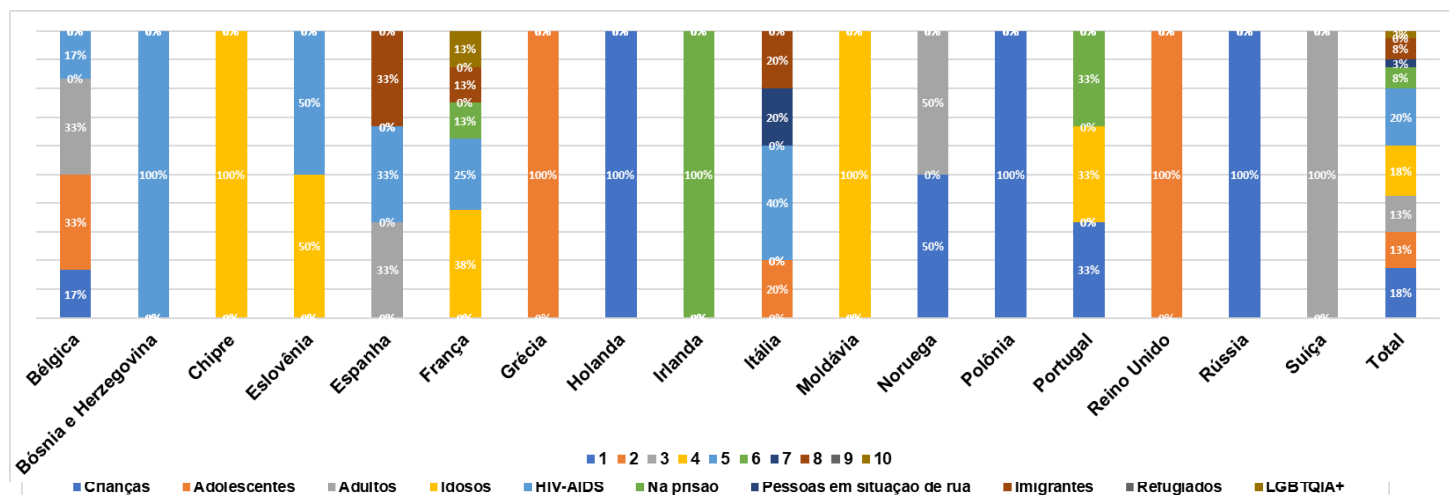


Gráfico 20 - Público-alvo por região e país na Ásia

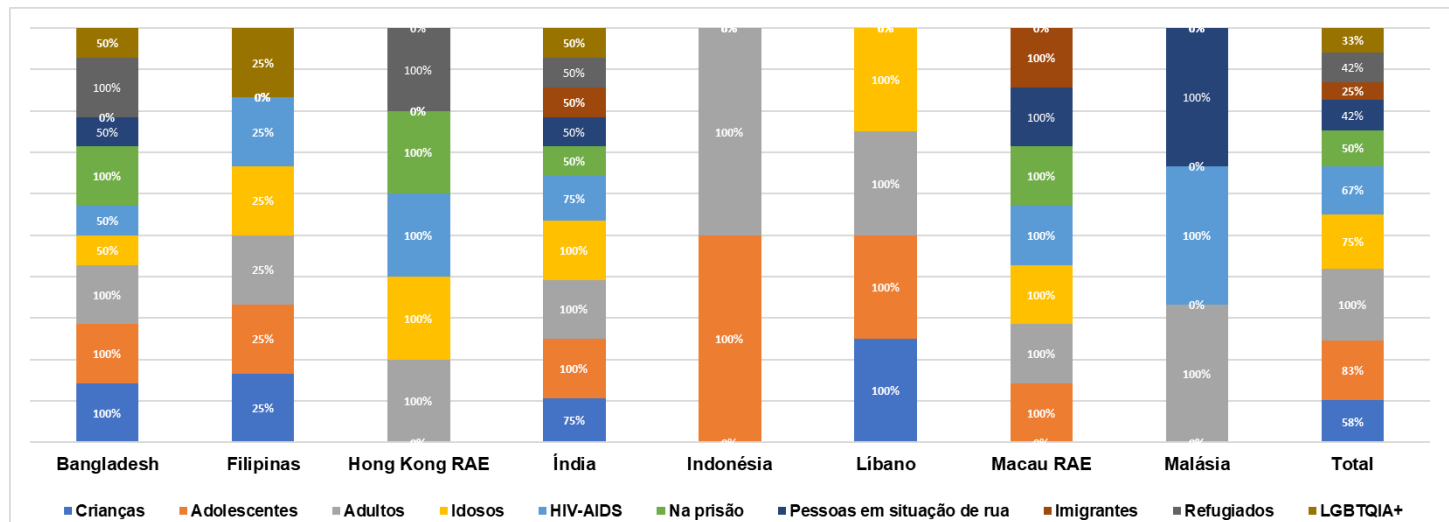
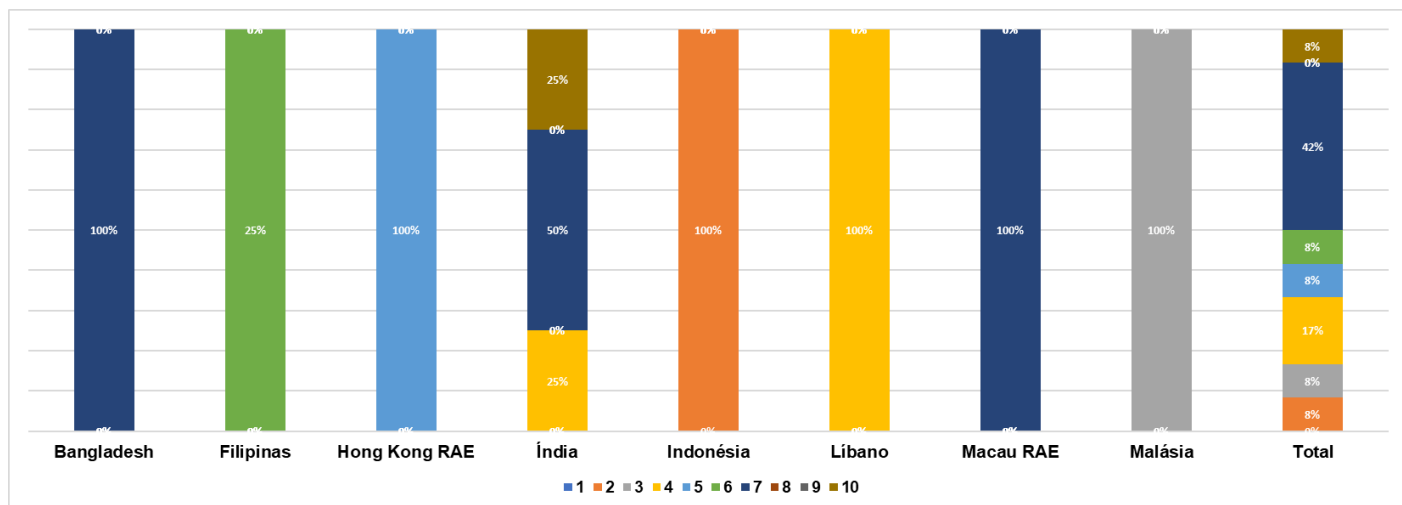


Gráfico 21 - Número de públicos-alvo por região e país na Ásia



5.7 Género 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 género.

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 22 - Género do público-alvo por região

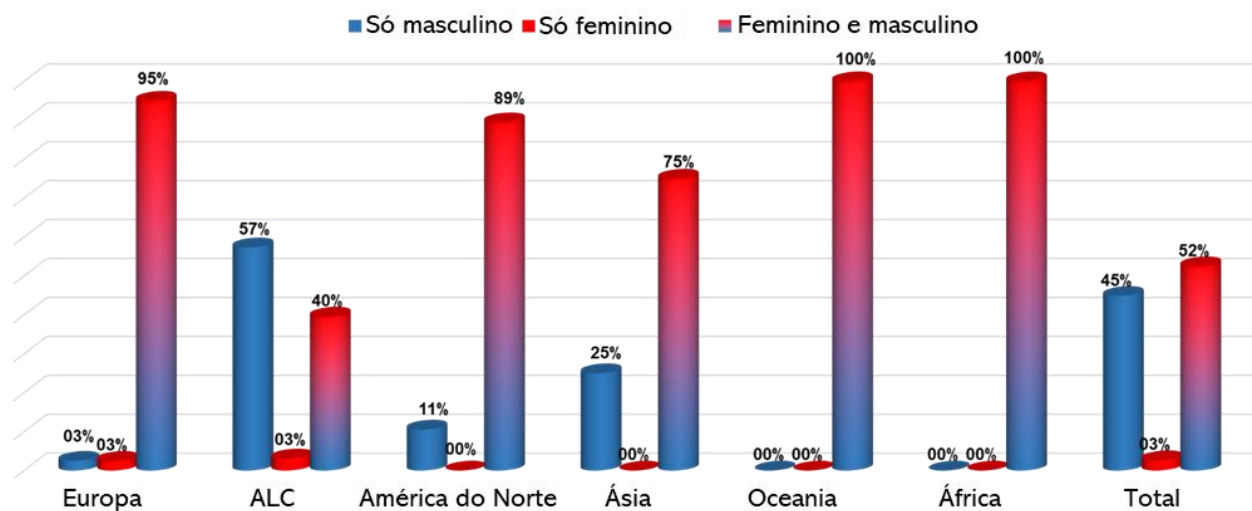


Tabela 26 - Gênero do público-alvo por região

Região	Só masculino		Só feminino		Feminino e masculino	
	n	%	n	%	n	%
Europa	1	2,5%	1	2,5%	38	95,0%
ALC	129	57,3%	7	3,1%	89	39,6%
América do Norte	2	10,5%	0	0,0%	17	89,5%
Ásia	3	25,0%	0	0,0%	9	75,0%
Oceania	0	0,0%	0	0,0%	4	100%
África	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	135	44,9%	8	2,7%	158	52,5%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição do gênero do público-alvo por região e país.

Tabela 27 - Gênero da público-alvo por país na América Latina e o Caribe

País	Só masculino		Só feminino		Feminino e masculino	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	4	14,3%	0	0,0%	24	85,7%
Bolívia	1	16,7%	0	0,0%	5	83,3%
Brasil	70	70,0%	7	7,0%	23	23,0%
Chile	7	41,2%	0	0,0%	10	58,8%
Colômbia	6	35,3%	0	0,0%	11	64,7%
Costa Rica	9	50,0%	0	0,0%	9	50,0%
México	8	88,9%	0	0,0%	1	11,1%
Paraguai	4	80,0%	0	0,0%	1	20,0%
Peru	17	94,4%	0	0,0%	1	5,6%
Porto Rico	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%
República Dominicana	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Uruguai	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Total	108	49,8%	100	46,1%	17	7,8%

Tabela 28 - Género do público-alvo por país na Europa

País	Só masculino		Só feminino		Feminino e masculino	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	0	0,0%	0	0,0%	6	100%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Eslovênia	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Espanha	0	0,0%	0	0,0%	3	100%
França	0	0,0%	0	0,0%	8	100%
Grécia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Holanda	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Itália	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%
Moldávia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Noruega	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Polónia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Portugal	0	0,0%	0	0,0%	3	100%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Rússia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Suíça	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	1	2,5%	1	2,5%	38	95,0%

Tabela 29 - Género do público-alvo por país na Ásia

País	Só masculino		Só feminino		Feminino e masculino	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Índia	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%
Indonésia	0	0,0%	0	0,0%	2	200,0%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Macau RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Malásia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	3	23,1%	0	0,0%	10	76,9%

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 23 - Locais de tratamento por região

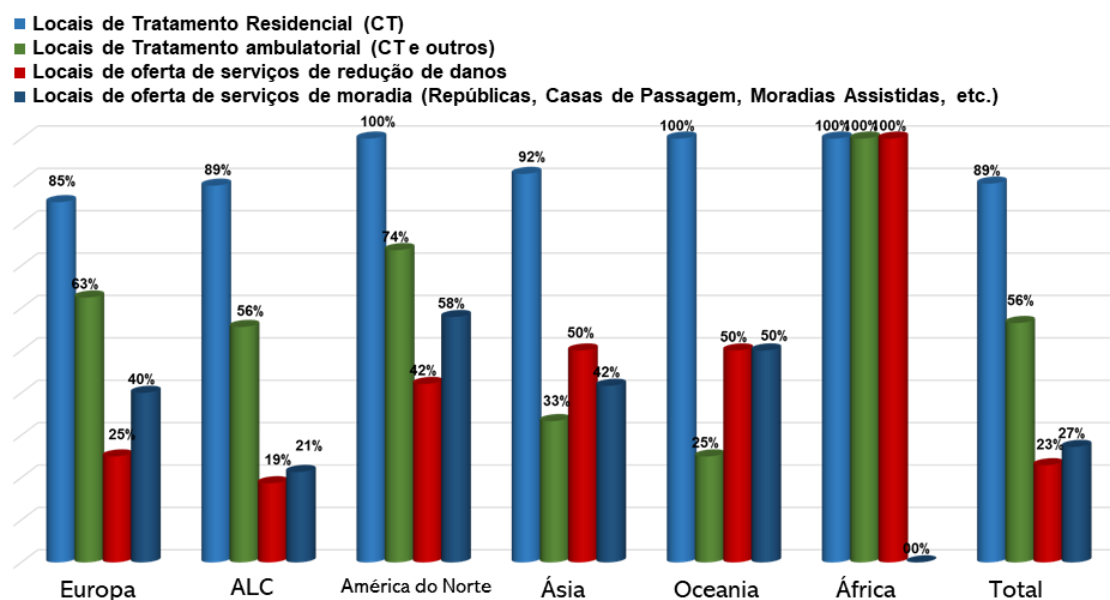


Tabela 30 - Locais de tratamento por região

Região	Locais de Tratamento Residencial		Locais de Tratamento ambulatorial		Locais de oferta de serviços de redução de danos		Locais de oferta de serviços de moradia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	34	85,0%	25	62,5%	10	25,0%	16	40,0%
ALC	200	88,9%	125	55,6%	42	18,7%	48	21,3%
América do Norte	19	100%	14	73,7%	8	42,1%	11	57,9%
Ásia	11	91,7%	4	33,3%	6	50,0%	5	41,7%
Oceania	4	100%	1	25,0%	2	50,0%	2	50,0%
África	1	100%	1	100%	1	100%	0	0,0%
Total	269	89,4%	170	56,5%	69	22,9%	82	27,2%

Em relação aos países entrevistados, abaixo podemos ver a distribuição dos locais de tratamento por região e país.

Tabela 31 - Locais de tratamento por país na América Latina e o Caribe

País	Locais de Tratamento Residencial		Locais de Tratamento ambulatorial		Locais de oferta de serviços de redução de danos		Locais de oferta de serviços de moradia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Argentina	25	89,3%	27	96,4%	15	53,6%	8	28,6%
Bolívia	5	83,3%	4	66,7%	1	16,7%	2	33,3%
Brasil	92	92,0%	25	25,0%	7	7,0%	19	19,0%
Chile	12	70,6%	12	70,6%	0	0,0%	0	0,0%
Colômbia	15	88,2%	14	82,4%	9	52,9%	7	41,2%
Costa Rica	17	94,4%	15	83,3%	1	5,6%	1	5,6%
México	8	88,9%	4	44,4%	2	22,2%	2	22,2%
Paraguai	3	60,0%	5	100%	2	40,0%	0	0,0%
Peru	17	94,4%	15	83,3%	2	11,1%	6	33,3%
Porto Rico	3	100%	2	66,7%	2	66,7%	1	33,3%
República Dominicana	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100%
Uruguai	2	100%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Total	200	88,9%	125	55,6%	42	18,7%	48	21,3%

Tabela 32 - Locais de tratamento por país na Europa

País	Locais de Tratamento Residencial		Locais de Tratamento ambulatorial		Locais de oferta de serviços de redução de danos		Locais de oferta de serviços de moradia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bélgica	4	66,7%	6	100%	0	0,0%	2	33,3%
Bósnia e Herzegovina	1	100%	1	100%	0	0,0%	1	100%
Chipre	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Eslovênia	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
Espanha	3	100%	3	100%	1	33,3%	2	66,7%
França	8	100%	3	37,5%	3	37,5%	3	37,5%
Grécia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	2	100%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Irlanda	1	100%	1	100%	1	100%	0	0,0%
Itália	4	80,0%	3	60,0%	1	20,0%	3	60,0%
Moldávia	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Noruega	2	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%
Polônia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	3	100%	3	100%	2	66,7%	1	33,3%
Reino Unido	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Rússia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Suíça	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	34	85,0%	25	62,5%	10	25,0%	16	40,0%

Tabela 33 - Locais de tratamento por país na Ásia

País	Locais de Tratamento Residencial		Locais de Tratamento ambulatorial		Locais de oferta de serviços de redução de danos		Locais de oferta de serviços de moradia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	1	50,0%	0	0,0%	2	100%	1	50,0%
Filipinas	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
Hong Kong RAE	1	100%	1	100%	1	100%	0	0,0%
Índia	4	100%	2	50,0%	2	50,0%	2	50,0%
Indonésia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Líbano	1	100%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Macau RAE	1	100%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Malásia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	11	91,7%	4	33,3%	6	50,0%	5	41,7%

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 24 - Número de locais de tratamento por região

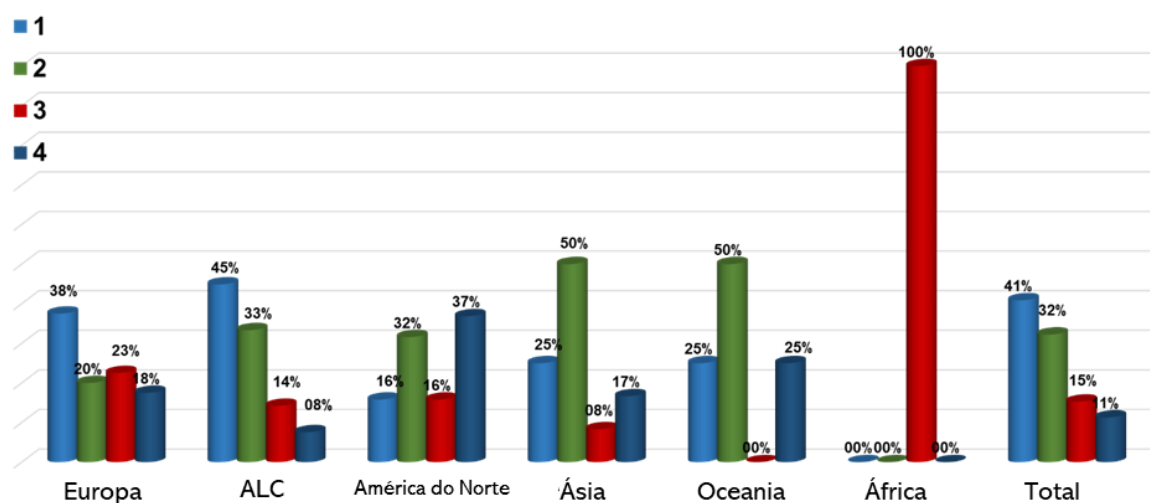


Tabela 34 - Número de locais de tratamento por região

Região	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	15	37,5%	8	20,0%	9	22,5%	7	17,5%
ALC	101	44,9%	75	33,3%	32	14,2%	17	7,6%
América do Norte	3	15,8%	6	31,6%	3	15,8%	7	36,8%
Ásia	3	25,0%	6	50,0%	1	8,3%	2	16,7%
Oceania	1	25,0%	2	50,0%	0	0,0%	1	25,0%
África	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	123	40,9%	97	32,2%	46	15,3%	34	11,3%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição do número de locais de tratamento por região e país.

Tabela 35 - Número de locais de tratamento por país na América Latina e o Caribe

País	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Argentina	2	7,1%	9	32,1%	13	46,4%	4	14,3%
Bolívia	3	50,0%	1	16,7%	1	16,7%	1	16,7%
Brasil	70	70,0%	21	21,0%	5	5,0%	4	4,0%
Chile	10	58,8%	7	41,2%	0	0,0%	0	0,0%
Colômbia	3	17,6%	5	29,4%	4	23,5%	5	29,4%
Costa Rica	3	16,7%	14	77,8%	1	5,6%	0	0,0%
México	5	55,6%	2	22,2%	1	11,1%	1	11,1%
Paraguai	0	0,0%	5	100%	0	0,0%	0	0,0%
Peru	3	16,7%	9	50,0%	5	27,8%	1	5,6%
Porto Rico	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%
República Dominicana	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguai	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%
Total	101	44,9%	75	33,3%	32	14,2%	17	7,6%

Tabela 36 - Número de locais de tratamento por país na Europa

País	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bélgica	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%	0	0,0%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Eslovênia	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
Espanha	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
França	4	50,0%	1	12,5%	1	12,5%	2	25,0%
Grécia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Itália	2	40,0%	1	20,0%	1	20,0%	1	20,0%
Moldávia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Noruega	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
Polônia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Rússia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Suíça	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	15	38,5%	8	20,5%	9	23,1%	7	17,9%

Tabela 37 - Número de locais de tratamento por país na Ásia

País	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Índia	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%
Indonésia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Macau RAE	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Malásia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	3	25,0%	6	50,0%	1	8,3%	2	16,7%

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

As CTs originais costumavam ter programas de longo prazo, com períodos em torno de um a dois anos. Contudo, durante as últimas décadas, enfrentando novos desafios, novas drogas, novas tecnologias e um público diferente, as CT necessitaram se adaptar a estas mudanças, o que levou à introdução de programas mais curtos.

Esta adaptação foi chamada de “CT modificada”, e algumas pesquisas mostram que programas mais curtos têm melhor adesão e menos abandono dos pacientes, o que é um dado muito útil e significativo a considerar.

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

Como podemos observar no gráfico e tabela 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 25 - Tempo médio proposto para tratamento por região

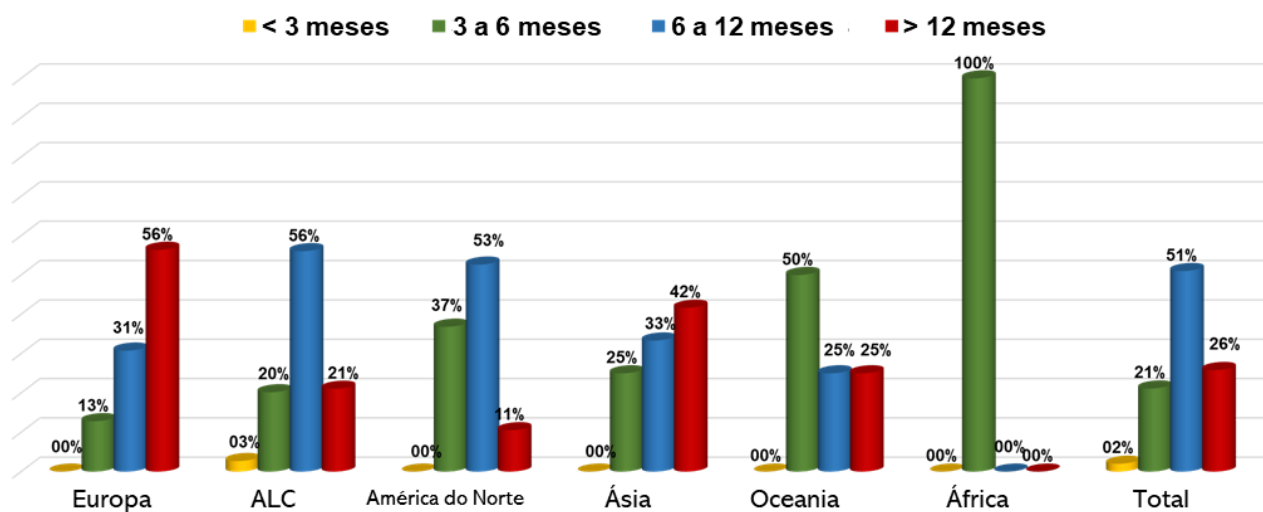


Tabela 38 - Tempo médio proposto para tratamento por região

Região	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	0	0,0%	5	12,8%	12	30,8%	22	56,4%
ALC	6	2,7%	45	20,2%	125	56,1%	47	21,1%
América do Norte	0	0,0%	7	36,8%	10	52,6%	2	10,5%
Ásia	0	0,0%	3	25,0%	4	33,3%	5	41,7%
Oceania	0	0,0%	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%
África	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	6	2,0%	63	21,1%	152	51,0%	77	25,8%

Há uma diferença na tabela acima no total de CTs na Europa e na América Latina e o Caribe, devido ao fato de que nem todas as CTs preencherem essas informações na pesquisa.

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos observar a distribuição do tempo médio proposto para tratamento por região e país.

Tabela 39 - Tempo médio proposto para tratamento por país na América Latina e o Caribe

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Argentina	0	0,0%	5	17,9%	18	64,3%	4	14,3%
Bolívia	0	0,0%	1	16,7%	3	50,0%	2	33,3%
Brasil	0	0,0%	29	29,0%	65	65,0%	6	6,0%
Chile	0	0,0%	0	0,0%	10	58,8%	7	41,2%
Colômbia	1	5,9%	3	17,6%	7	41,2%	6	35,3%
Costa Rica	5	27,8%	4	22,2%	5	27,8%	3	16,7%
México	0	0,0%	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%
Paraguai	0	0,0%	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%
Peru	0	0,0%	0	0,0%	4	22,2%	14	77,8%
Porto Rico	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
República Dominicana	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Uruguai	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Total	6	2,7%	45	20,2%	125	56,1%	47	21,1%

Tabela 40 - Tempo médio proposto para tratamento por país na Europa

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bélgica	0	0,0%	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Eslovênia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Espanha	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%
França	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	100%
Grécia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Holanda	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Irlanda	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Itália	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	100%
Moldávia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Polônia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Portugal	0	0,0%	0	0,0%	3	100%	0	0,0%
Reino Unido	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Rússia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suíça	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	0	0,0%	5	12,8%	12	30,8%	22	56,4%

Tabela 41 - Tempo médio proposto para tratamento por país na Ásia

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Índia	0	0,0%	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%
Indonésia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Macau RAE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Malásia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	0	0,0%	3	25,0%	4	33,3%	5	41,7%

5.10 Localização da CT

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

- Urbana
- Rural
- Urbana e rural

Originalmente, muitas CTs costumavam estar localizadas principalmente em ambientes rurais, no entanto, após a modificação das CTs, um número crescente de CTs começou a preferir locais urbanos ou, em muitos casos, tanto urbanos como rurais.

Aqui, queremos saber quantas CTs seguem a tendência de preferir locais urbanos ou, pelo menos, ter os dois locais para melhor atender seu público.

Em ambientes rurais é possível desenvolver algumas atividades específicas, como agricultura, hortas, granjas, etc. Porém, o acesso dos funcionários é mais difícil, muitas outras atividades profissionais podem ser prejudicadas e ser mais desafiadoras devido a isso. Nas zonas rurais, o acesso à rede de cuidados de saúde também é mais difícil, o que é outra razão pela qual as CTs têm preferido cada vez mais as localizações urbanas nas últimas décadas.

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 26 - Localização da CT por região

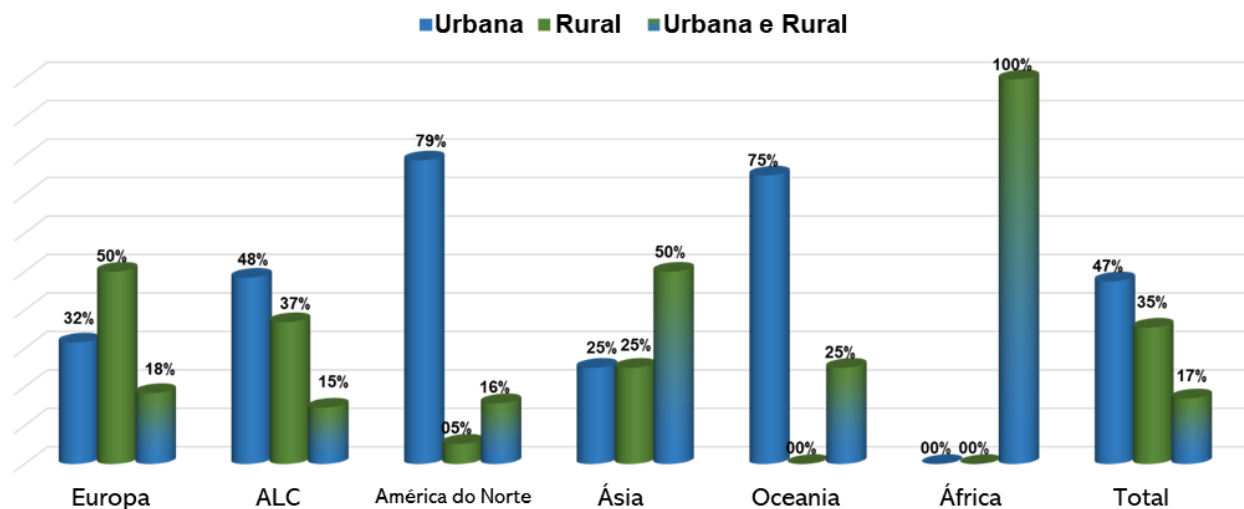


Tabela 42 - Localização da CT por região

Região	Urbana		Rural		Urbana e rural	
	n	%	n	%	n	%
Europa	12	31,6%	19	50,0%	7	18,4%
ALC	109	48,4%	83	36,9%	33	14,7%
América do Norte	15	78,9%	1	5,3%	3	15,8%
Ásia	3	25,0%	3	25,0%	6	50,0%
Oceania	3	75,0%	0	0,0%	1	25,0%
África	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	6	2,0%	63	21,1%	152	51,0%

Na tabela acima há uma diferença no total de CTs na Europa, devido ao fato de nem todas as CTs terem preenchido esta informação na pesquisa.

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição da localização da CT por região e país.

Tabela 43 - Localização da CT por país na América Latina e o Caribe

País	Urbana		Rural		Urbana e rural	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	21	75,0%	4	14,3%	3	10,7%
Bolívia	3	50,0%	0	0,0%	3	50,0%
Brasil	28	28,0%	58	58,0%	14	14,0%
Chile	11	64,7%	3	17,6%	3	17,6%
Colômbia	6	35,3%	8	47,1%	3	17,6%
Costa Rica	16	88,9%	1	5,6%	1	5,6%
México	8	88,9%	1	11,1%	0	0,0%
Paraguai	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%
Peru	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%
Porto Rico	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
República Dominicana	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguai	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Total	109	48,4%	83	36,9%	33	14,7%

Tabela 44 - Localização das CT por país na Europa

País	Urbana		Rural		Urbana e rural	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Eslovênia	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Espanha	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
França	2	25,0%	6	75,0%	0	0,0%
Grécia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Itália	1	20,0%	2	40,0%	2	40,0%
Moldávia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	2	100%	0	0,0%
Polônia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Portugal	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Rússia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Suíça	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	12	31,6%	19	50,0%	7	18,4%

Tabela 45 - Localização da CT por país na Ásia

País	Urbana		Rural		Urbana e rural	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Filipinas	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Índia	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%
Indonésia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Macau RAE	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Malásia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	3	25,0%	3	25,0%	6	50,0%

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

O uso de práticas religiosas e/ou espirituais nas CTs é uma questão delicada no movimento mundial das CTs, uma vez que em algumas regiões, como a América Latina e o Caribe e a Ásia, a maioria das CTs foi fundada e é mantida por grupos religiosos.

As práticas religiosas e espirituais estão relacionadas com melhores resultados em muitos tipos de tratamento, não apenas nos transtornos por uso de substâncias, por isso aqui, neste relatório, não estamos discutindo se essas práticas são recomendadas ou não.

A preocupação em relação a esta questão é o uso errado destes conceitos ou práticas, que podem assemelhar-se a proselitismo religioso e levar a violação de direitos humanos.

Por isso decidimos incluir essas três categorias, considerando que existem CTs que não desenvolvem atividades religiosas, e outras com atividades religiosas, que podem ser realizadas de forma obrigatória ou não obrigatória.

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 27 - Religiosidade por região



Tabela 46 - Religiosidade por região

Região	Programa não religioso		Programa religioso, com atividades religiosas não obrigatórias		Programa religioso, com atividades religiosas obrigatórias	
	n	%	n	%	n	%
Europa	37	92,5%	2	5,0%	1	2,5%
ALC	108	48,2%	99	44,2%	17	7,6%
América do Norte	18	94,7%	1	5,3%	0	0,0%
Ásia	6	50,0%	5	41,7%	1	8,3%
Oceania	4	100%	0	0,0%	0	0,0%
África	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	173	57,7%	108	36,0%	19	6,3%

Na tabela acima há uma diferença no total de CTs da América Latina e o Caribe, devido ao fato de que nem todas as CTs preencheram essa informação na pesquisa.

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição da religiosidade por região e país.

Tabela 47 - Religiosidade por país na América Latina e o Caribe

País	Programa não religioso		Programa religioso, com atividades religiosas não obrigatórias		Programa religioso, com atividades religiosas obrigatórias	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	24	88,9%	3	11,1%	0	0,0%
Bolívia	3	50,0%	3	50,0%	0	0,0%
Brasil	31	31,0%	62	62,0%	7	7,0%
Chile	14	82,4%	3	17,6%	0	0,0%
Colômbia	9	52,9%	8	47,1%	0	0,0%
Costa Rica	10	55,6%	2	11,1%	6	33,3%
México	4	44,4%	3	33,3%	2	22,2%
Paraguai	0	0,0%	4	80,0%	1	20,0%
Peru	8	44,4%	9	50,0%	1	5,6%
Porto Rico	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%
República Dominicana	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguai	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Total	109	48,4%	83	36,9%	33	14,7%

Tabela 48 - Religiosidade por país na Europa

País	Programa não religioso		Programa religioso, com atividades religiosas não obrigatórias		Programa religioso, com atividades religiosas obrigatórias	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	6	100%	0	0,0%	0	0,0%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Chipre	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Eslovênia	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Espanha	3	100%	0	0,0%	0	0,0%
França	8	100%	0	0,0%	0	0,0%
Grécia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Irlanda	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Itália	5	100%	0	0,0%	0	0,0%
Moldávia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Noruega	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Polônia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	3	100%	0	0,0%	0	0,0%
Reino Unido	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Rússia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suíça	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	37	92,5%	2	5,0%	1	2,5%

Tabela 49 - Religiosidade por país na Ásia

País	Programa não religioso		Programa religioso, com atividades religiosas não obrigatórias		Programa religioso, com atividades religiosas obrigatórias	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
Hong Kong RAE	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Índia	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%
Indonésia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Macau RAE	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Malásia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	6	50,0%	5	41,7%	1	8,3%

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 e tabela 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 28 - Funcionários por região

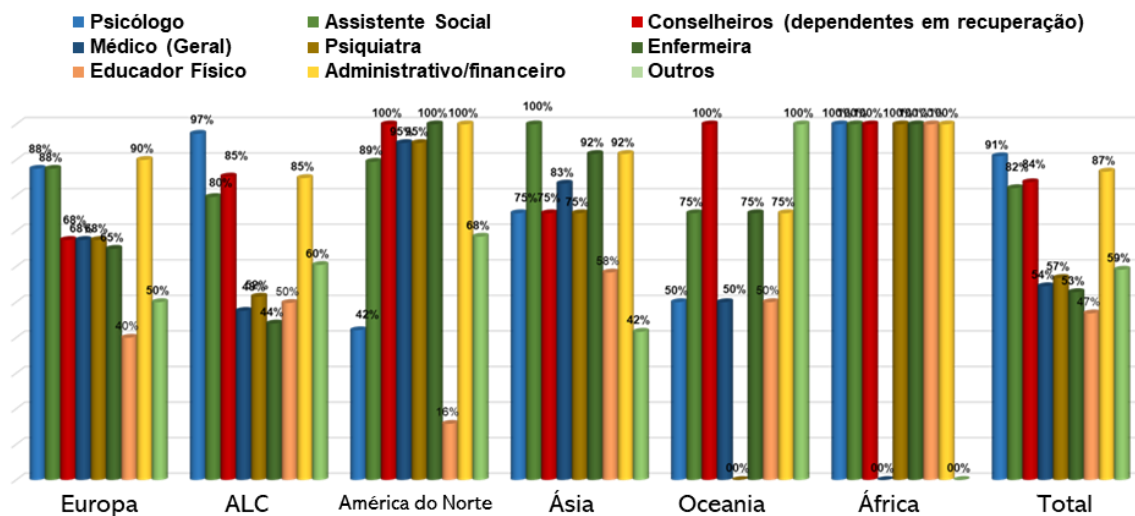


Tabela 50 - Funcionários por região

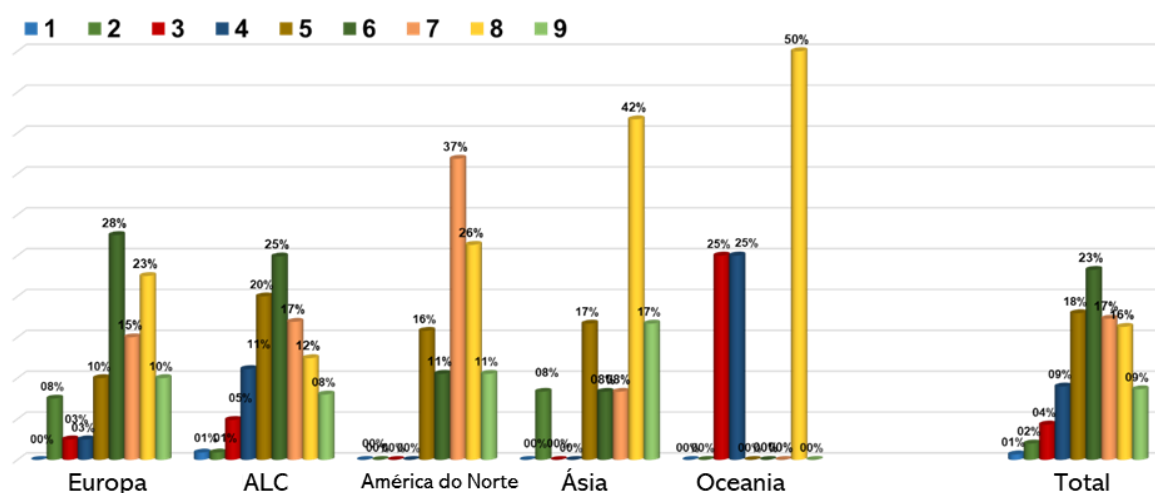
Funcionários		Região						Total
		Europa	ALC	América do Norte	Ásia	Oceania	África	
Psicólogo	n	35	219	8	9	2	1	274
	%	87,5%	97,3%	42,1%	75,0%	50,0%	100%	91,0%
Assistente social	n	35	179	17	12	3	1	247
	%	87,5%	79,6%	89,5%	100%	75,0%	100%	82,1%
Conselheiros (dependentes em recuperação)	n	27	192	19	9	4	1	252
	%	67,5%	85,3%	100%	75,0%	100%	100%	83,7%
Médico (Geral)	n	27	107	18	10	2	0	164
	%	67,5%	47,6%	94,7%	83,3%	50,0%	0,0%	54,5%
Psiquiatra	n	27	116	18	9	0	1	171
	%	67,5%	51,6%	94,7%	75,0%	0,0%	100%	56,8%
Enfermeira	n	26	99	19	11	3	1	159
	%	65,0%	44,0%	100%	91,7%	75,0%	100%	52,8%
Educador Físico	n	16	112	3	7	2	1	141
	%	40,0%	49,8%	15,8%	58,3%	50,0%	100%	46,8%
Administrativo/financeiro	n	36	191	19	11	3	1	261
	%	90,0%	84,9%	100%	91,7%	75,0%	100%	86,7%
Outros	n	20	136	13	5	4	0	178
	%	50,0%	60,4%	68,4%	41,7%	100%	0,0%	59,1%

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 29 - Número de funcionários por região



África não está neste gráfico para que possa ficar mais legível, mas os seus dados estão na tabela abaixo.

Tabela 51 - Número de funcionários por região

Nº de funcionários	Região							Total
	Europa	ALC	América do Norte	Ásia	Oceania	África		
1	n	0	2	0	0	0	0	2
	%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
2	n	3	2	0	1	0	0	6
	%	7,5%	0,9%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	2,0%
3	n	1	11	0	0	1	0	13
	%	2,5%	4,9%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	4,3%
4	n	1	25	0	0	1	0	27
	%	2,5%	11,1%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	9,0%
5	n	4	45	3	2	0	0	54
	%	10,0%	20,0%	15,8%	16,7%	0,0%	0,0%	17,9%
6	n	11	56	2	1	0	0	70
	%	27,5%	24,9%	10,5%	8,3%	0,0%	0,0%	23,3%

7	n	6	38	7	1	0	1	53
	%	15,0%	16,9%	36,8%	8,3%	0,0%	100%	17,6%
8	n	9	28	5	5	2	0	49
	%	22,5%	12,4%	26,3%	41,7%	50,0%	0,0%	16,3%
9	n	4	18	2	2	0	0	26
	%	10,0%	8,0%	10,5%	16,7%	0,0%	0,0%	8,6%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição dos funcionários e do número de funcionários por região e país.

Gráfico 30 - Funcionários por país na América Latina e o Caribe

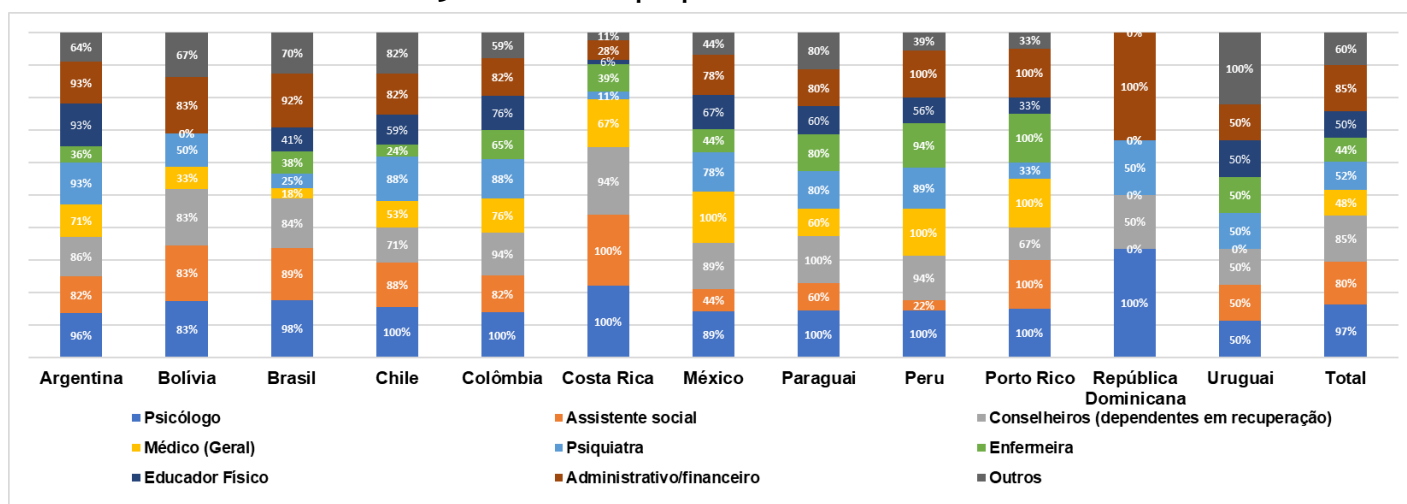


Gráfico 31 - Número de funcionários por país na América Latina e o Caribe

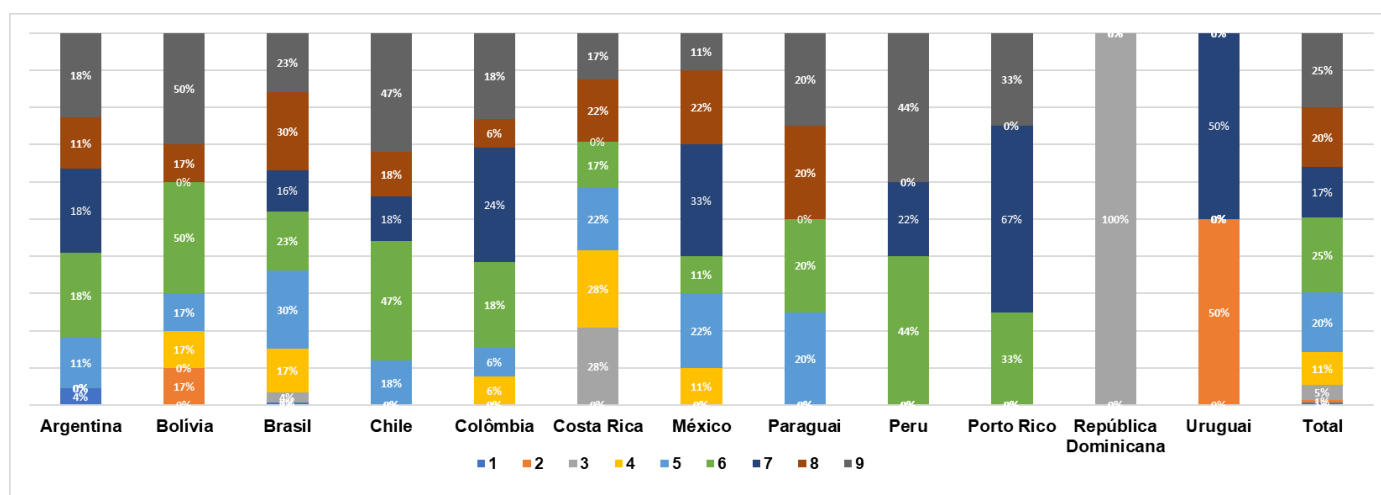


Gráfico 32 - Funcionários por país na Europa

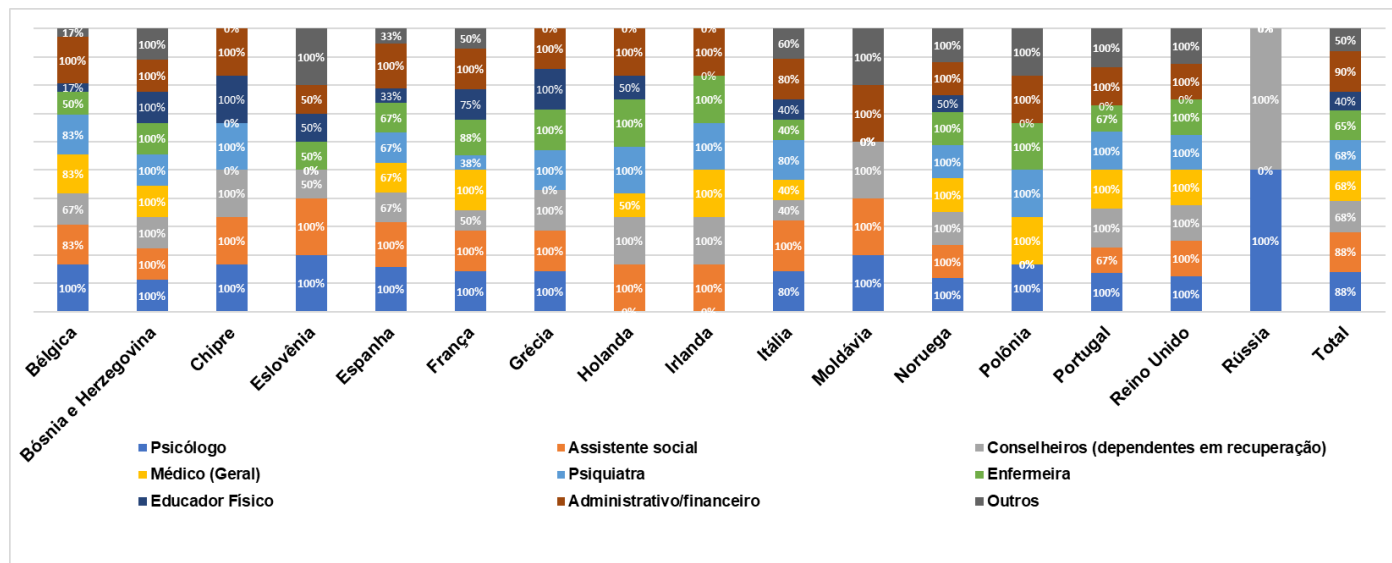
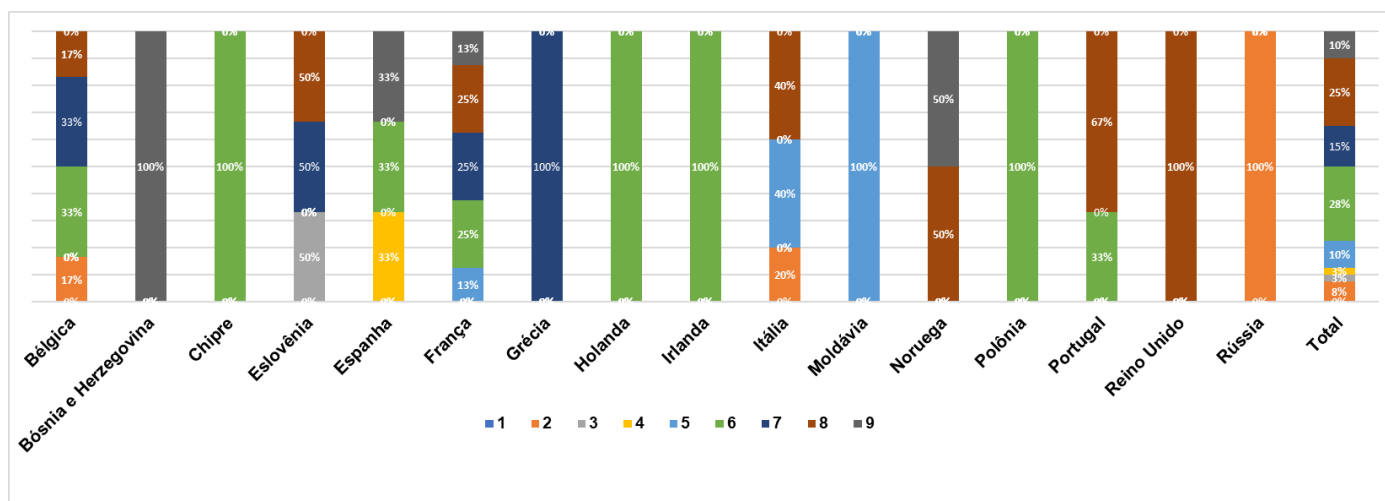


Gráfico 33 - Número de funcionários por país na Europa



A Suíça não está presente nestes gráficos porque não apresentou dados para esta questão.

Gráfico 34 - Funcionários por país na Ásia

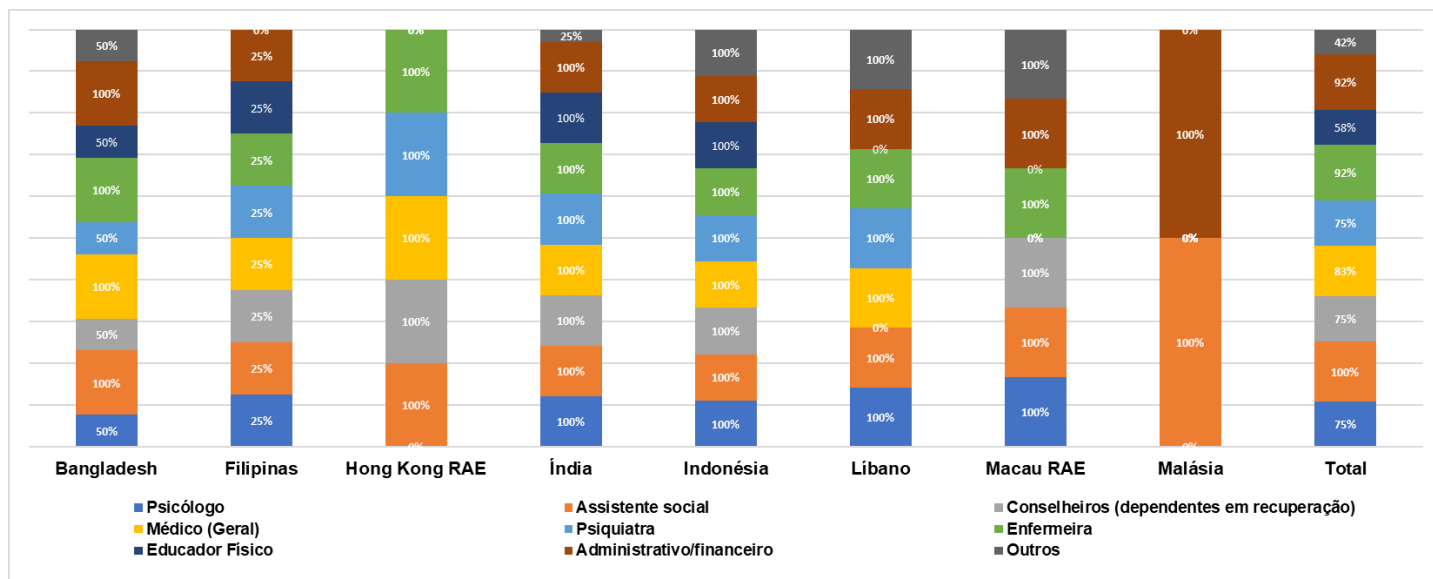
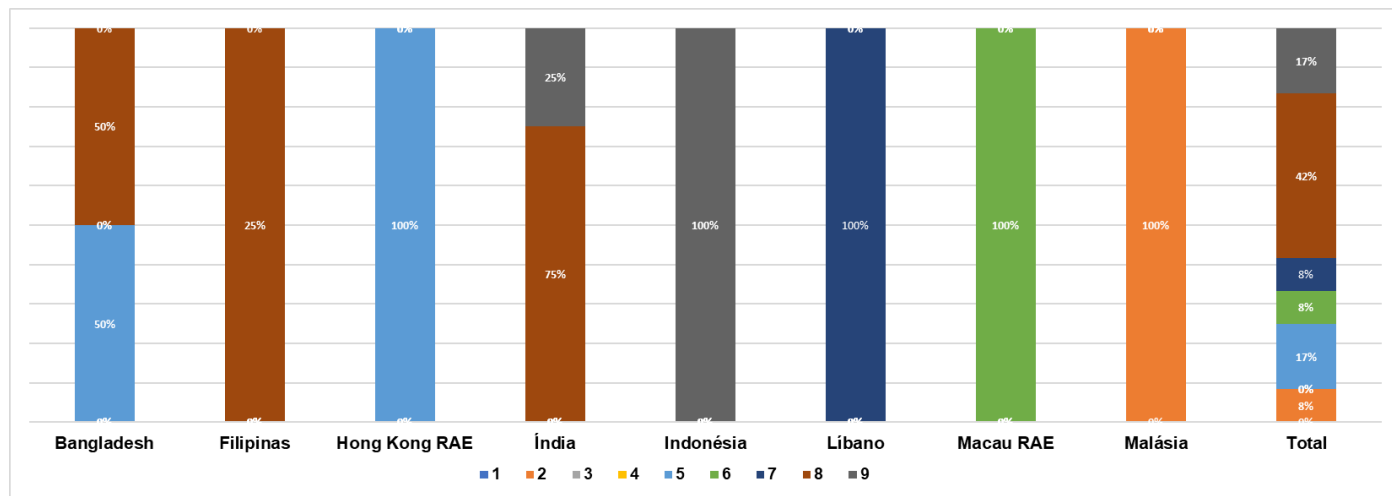


Gráfico 35 - Número de funcionários por país na Ásia



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 52 - 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%
Total	339.156	100%	1.431.639	100%

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%).

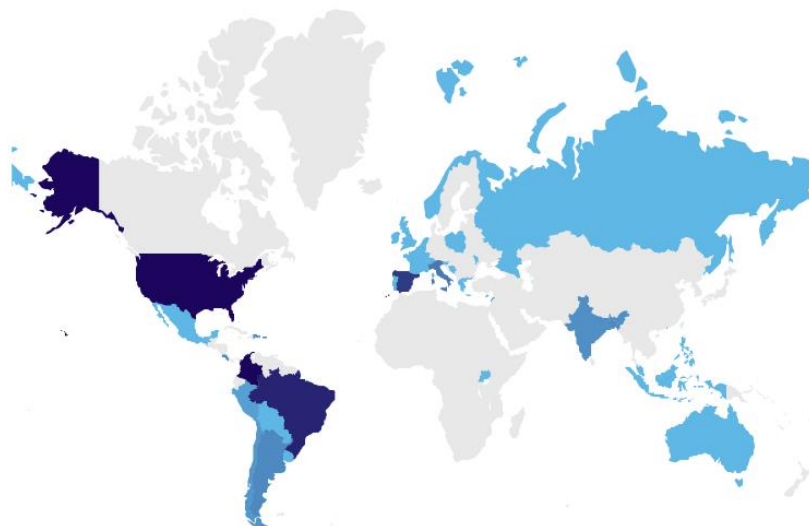
No total tivemos um aumento de 1.184.965 pessoas atendidas e alcançadas, o que significa um expressivo aumento de 302,3%.

Tabela 53 - 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	-
Total	1.770.795	100%	585.830	100%	1.184.965	302,3%

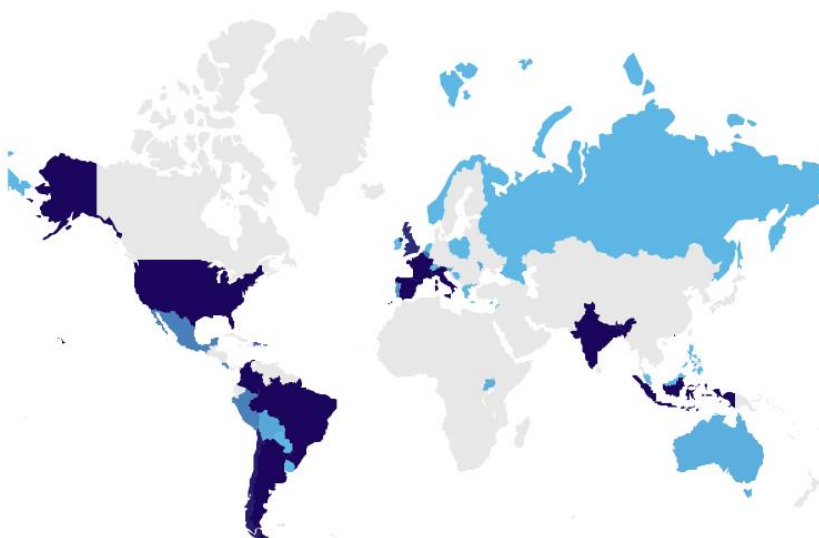
Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver o gráfico sobre o total de indivíduos que receberam serviços (pessoas atendidas), no qual quanto mais escuro o país, mais pessoas atendidas.

Gráfico 36 - 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 37 - Total de indivíduos alcançados por país



A seguir, podemos ver a distribuição das pessoas atendidas e alcançadas por região e país, e a comparação com a última pesquisa.

Tabela 54 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na América Latina e o Caribe

País	Total de indivíduos que receberam serviços		Total de indivíduos alcançados	
	n	%	n	%
Argentina	7.771	3,7%	40.060	14,3%
Bolívia	792	0,4%	3.866	1,4%
Brasil	20.600	9,7%	113.290	40,5%
Chile	5.841	2,8%	21.070	7,5%
Colômbia	144.783	68,2%	52.037	18,6%
Costa Rica	7.624	3,6%	7.856	2,8%
México	983	0,5%	8.760	3,1%
Paraguai	209	0,1%	960	0,3%
Peru	4.446	2,1%	8.951	3,2%
Porto Rico	10.207	4,8%	8.793	3,1%
República Dominicana	7.796	3,7%	12.470	4,5%
Uruguai	1.290	0,6%	1.936	0,7%
Total	212.342	100%	280.049	100%

Tabela 55 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na América Latina e o Caribe (2023-2022)

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	47.831	9,7%	36.850	32,6%	10.981	129,8%
Bolívia	4.658	0,9%	-	-	-	-
Brasil	133.890	27,2%	33.949	30,0%	99.941	394,4%
Chile	26.911	5,5%	5.882	5,2%	21.029	457,5%
Colômbia	196.820	40,0%	24.635	21,8%	172.185	798,9%
Costa Rica	15.480	3,1%	-	-	-	-
México	9.743	2,0%	-	-	-	-
Paraguai	1.169	0,2%	-	-	-	-
Peru	13.397	2,7%	4.885	4,3%	8.512	274,2%
Porto Rico	19.000	3,9%	-	-	-	-
República Dominicana	20.266	4,1%	-	-	-	-
Uruguai	3.226	0,7%	6.152	5,4%	-2.926	-47,6%
Total	492.391	100%	113.063*	100%	379.328	435,5%

*O Equador teve 710 pessoas atendidas e alcançadas na última pesquisa.

Gráfico 38 - Total de pessoas atendidas por país na América Latina e o Caribe

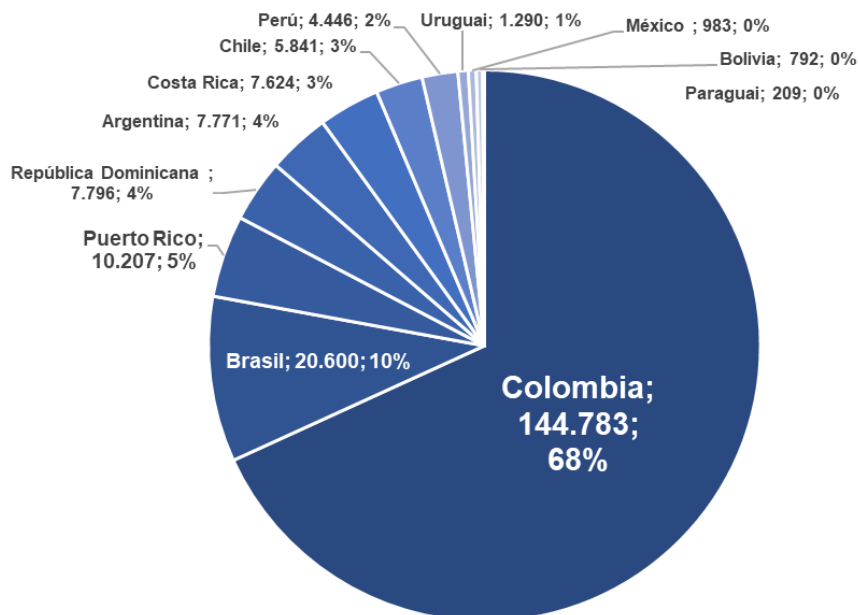


Gráfico 39 - Total de pessoas alcançadas por país na América Latina e o Caribe

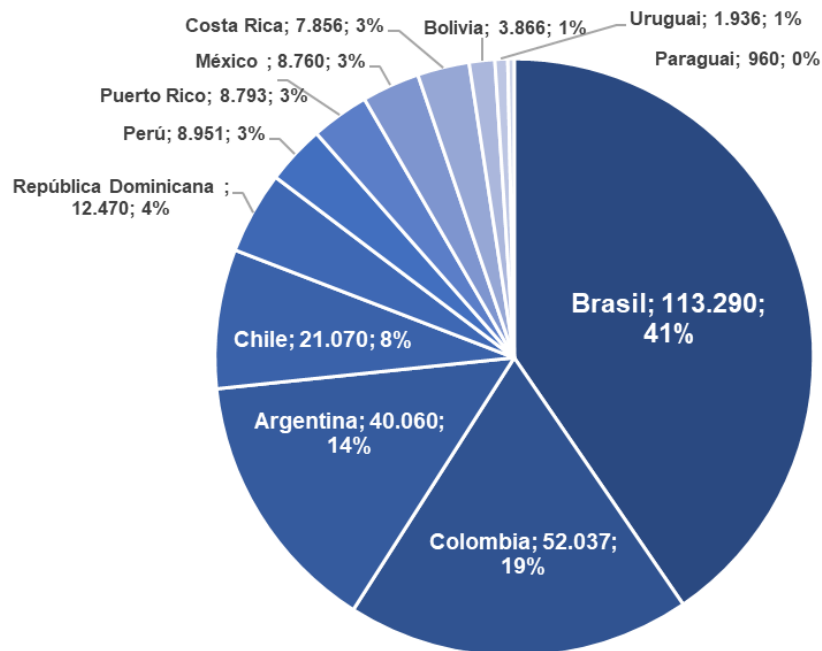


Tabela 56 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na Europa

País	Total de indivíduos que receberam serviços		Total de indivíduos alcançados	
	n	%	n	%
Bélgica	1.530	4,5%	10.266	1,56%
Bósnia e Herzegovina	96	0,3%	1.500	0,23%
Chipre	120	0,4%	150	0,02%
Eslovênia	711	2,1%	5.658	0,86%
Espanha	17.644	51,5%	149.831	22,77%
França	1.707	5,0%	334.408	50,83%
Grécia	306	0,9%	308	0,05%
Holanda	126	0,4%	131	0,02%
Irlanda	250	0,7%	1.850	0,28%
Itália	9.818	28,6%	124.042	18,85%
Moldávia	41	0,1%	4.000	0,61%
Noruega	65	0,2%	210	0,03%
Polônia	1.200	3,5%	1.000	0,15%
Portugal	272	0,8%	5.400	0,82%
Reino Unido	380	1,1%	19.000	2,89%
Rússia	10	0,0%	15	0,00%
Suíça	0	0,0%	125	0,02%
Total	34.276	100%	657.894	100%

Tabela 57 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na Europa (2023-2022)

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	11.796	1,7%	4.967	6,3%	6.829	237,5%
Bósnia e Herzegovina	1.596	0,2%	-	-	-	-
Chipre	270	0,0%	-	-	-	-
Eslovênia	6.369	0,9%	1.726	2,2%	4.643	369,0%
Espanha	167.475	24,2%	21.708	27,4%	145.767	771,5%
França	336.115	48,6%	-	-	-	-
Grécia	614	0,1%	22.665	28,6%	-22.051	-97,3%
Holanda	257	0,0%	-	-	-	-
Irlanda	2.100	0,3%	1.885	2,4%	215	111,4%
Itália	133.860	19,3%	12.398	15,7%	121.462	1.079,7%
Moldávia	4.041	0,6%	3.000	3,8%	1.041	134,7%
Noruega	275	0,0%	-	-	-	-
Polônia	2.200	0,3%	-	-	-	-
Portugal	5.672	0,8%	3.261	4,1%	2.411	173,9%
Reino Unido	19.380	2,8%	-	-	-	-
Rússia	25	0,0%	-	-	-	-

Suíça	125	0,0%	-	-	-	-
Total	692.170	100%	79.210*	100%	612.960	873,8%

*A República Tcheca teve 7.600 pessoas atendidas e alcançadas na última pesquisa.

Gráfico 40 - Total de pessoas atendidas por país na Europa

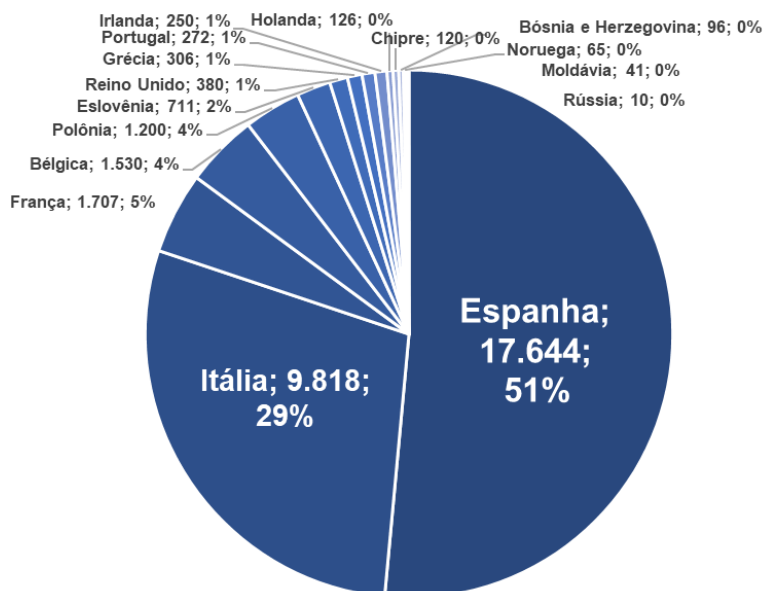


Gráfico 41 - Total de pessoas alcançadas por país na Europa

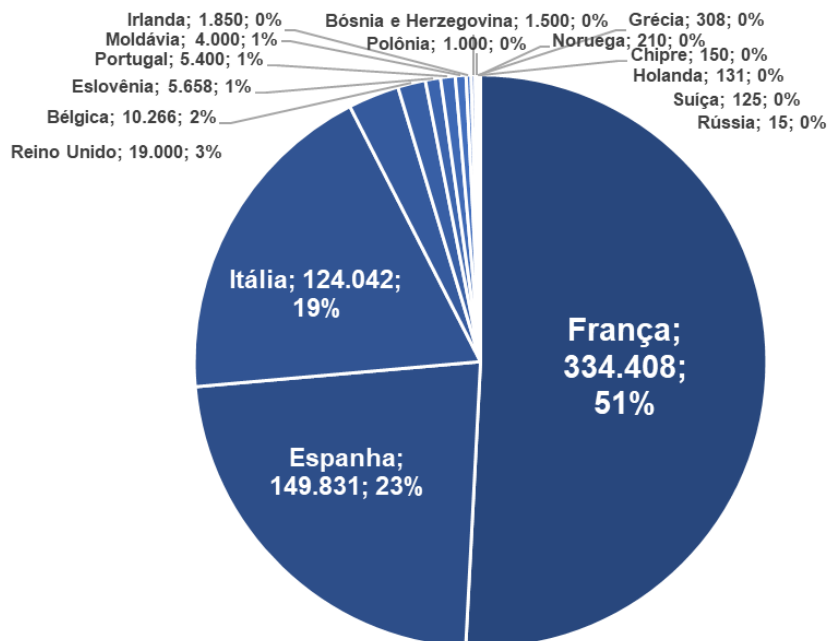


Tabela 58 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na Ásia

País	Total de indivíduos que receberam serviços		Total de indivíduos alcançados	
	n	%	n	%
Bangladesh	7.000	29,6%	51.200	31,6%
Filipinas	230	1,0%	200	0,1%
Hong Kong RAE	3.100	13,1%	30.000	18,5%
Índia	6.000	25,3%	26.359	16,3%
Indonésia	238	1,0%	51.200	31,6%
Líbano	7.000	29,6%	2.500	1,5%
Macau RAE	40	0,2%	407	0,3%
Malásia	75	0,3%	250	0,2%
Total	23.683	100%	162.116	100%

Tabela 59 - Total de pessoas atendidas e alcançadas por país na Ásia (2023-2022)

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	52.410	30,1%	10.419	11,8%	41.991	503,0%
Filipinas	2.730	1,6%	530	0,6%	2.200	515,1%
Hong Kong RAE	33.100	19,0%	-	-	-	-
Índia	32.359	18,6%	28.410	32,1%	3.949	113,9%
Indonésia	645	0,4%	950	1,1%	-305	-32,1%
Líbano	52.410	30,1%	21.338	11,8%	41.991	403,0%
Macau RAE	240	0,1%	-	-	-	-
Malásia	325	0,2%	950	1,1%	-625	-65,8%
Total	174.219	100%	88.532*	100%	85.687	196,8%

* O Nepal teve 500 pessoas atendidas e alcançadas e o Paquistão 25.435 na última pesquisa.

Gráfico 42 - Total de pessoas atendidas por país na Ásia

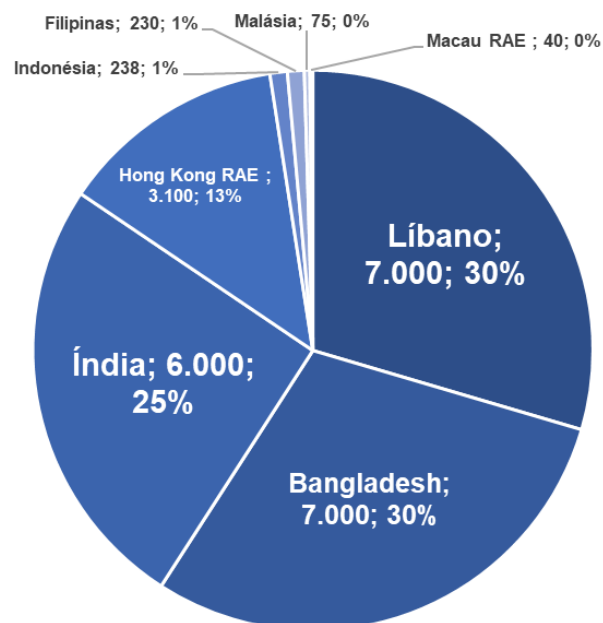
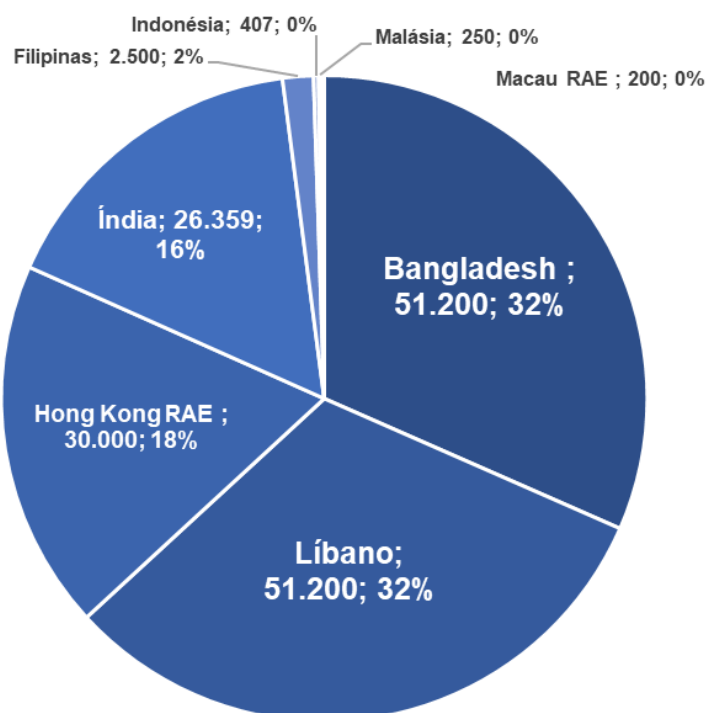


Gráfico 43 - Total de pessoas alcançadas por país na Ásia



5.13.1 Pessoas atendidas por gênero do público-alvo

Conhecer a distribuição das pessoas assistidas por gênero é importante para perceber se o número equilibrado de CT femininas e masculinas no mundo significa um número equilibrado de mulheres e homens atendidos.

Historicamente, os serviços femininos são menos comuns e as mulheres têm menos acesso ao tratamento em comparação com os homens. Além disso, em geral, as CT femininas são menores que as CT masculinas, portanto, mesmo com um número equilibrado, é altamente provável que as mulheres ainda tenham menos acesso ao tratamento do que os homens.

Como vimos na secção 5.7, nesta pesquisa perguntamos se as organizações tinham instalações de tratamento apenas para homens, apenas para mulheres, ou ambos. No caso de ambos, isso não significa que a mesma unidade ofereça tratamento para homens e mulheres. Significa que a organização possui instalações diferentes para cada gênero.

No caso de a CT ter os dois tipos de local, não separamos o total de pessoas atendidas para cada gênero, pelo que não podemos saber com exatidão, nestes casos, como os serviços femininos estão representados no total.

Como podemos observar no gráfico e tabela abaixo, mais de 90% (n=311.780; 91,9%) das pessoas atendidas estavam em CTs com ambas as instalações. 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.

Gráfico 44 - Total de pessoas atendidas por gênero do público-alvo

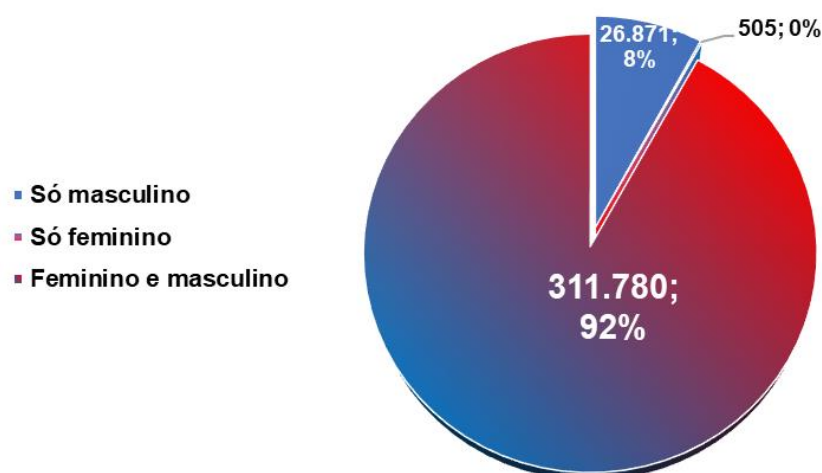


Tabela 60 - Total de assistidos por região e gênero do público-alvo

Região	Só masculino		Só feminino		Feminino e masculino	
	n	%	n	%	n	%
Europa	1	0,0%	96	0,3%	34.179	99,7%
ALC	23.570	11,1%	409	0,2%	188.363	88,7%
América do Norte	225	0,3%	0	0,0%	72.376	99,7%
Ásia	3.075	17,2%	0	0,0%	14.818	82,8%
Oceania	0	0,0%	0	0,0%	1.844	100%
África	0	0,0%	0	0,0%	200	100%
Total	26.871	7,9%	505	0,1%	311.780	91,9%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição do total de pessoas atendidas por gênero do público-alvo, região e país.

Tabela 61 - Total de pessoas assistidas por gênero do público-alvo na América Latina e o Caribe

País	Só masculino		Só feminino		Feminino e masculino	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	410	5,3%	0	0,0%	7.361	94,7%
Bolívia	70	8,8%	0	0,0%	722	91,2%
Brasil	13.726	66,6%	409	2,0%	6.465	31,4%
Chile	361	6,2%	0	0,0%	5.480	93,8%
Colômbia	1.399	1,0%	0	0,0%	143.384	99,0%
Costa Rica	2.289	30,0%	0	0,0%	5.335	70,0%
México	683	69,5%	0	0,0%	300	30,5%
Paraguai	159	76,1%	0	0,0%	50	23,9%
Peru	4.346	97,8%	0	0,0%	100	2,2%

Porto Rico	78	0,8%	0	0,0%	10.129	99,2%
República Dominicana	49	0,6%	0	0,0%	7.747	99,4%
Uruguai	0	0,0%	0	0,0%	1.290	100%
Total	23.570	11,1%	409	0,2%	188.363	88,7%

Tabela 62 - Total de pessoas assistidas por género do público-alvo na Europa

País	Só masculino		Só feminino		Feminino e masculino	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	0	0,0%	0	0,0%	1.530	100%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	96	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	120	100%
Eslovênia	0	0,0%	0	0,0%	711	100%
Espanha	0	0,0%	0	0,0%	17.644	100%
França	0	0,0%	0	0,0%	1.707	100%
Grécia	0	0,0%	0	0,0%	306	100%
Holanda	0	0,0%	0	0,0%	126	100%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	250	100%
Itália	1	0,0%	0	0,0%	9.817	100%
Moldávia	0	0,0%	0	0,0%	41	100%
Noruega	0	0,0%	0	0,0%	65	100%
Polónia	0	0,0%	0	0,0%	1.200	100%
Portugal	0	0,0%	0	0,0%	272	100%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	380	100%
Rússia	0	0,0%	0	0,0%	10	100%
Suíça	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	1	0,0%	96	0,3%	34.179	99,7%

Tabela 63 - Total de pessoas assistidas por género do público-alvo na Ásia

País	Só masculino		Só feminino		Feminino e masculino	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	0	0,0%	1.210	100%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	230	100%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	3.100	100%
Índia	3.000	50,0%	0	0,0%	3.000	50,0%
Indonésia	0	0,0%	0	0,0%	238	100%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	7.000	100%
Macau RAE	0	0,0%	0	0,0%	40	100%
Malásia	75	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	3.075	9,0%	0	0,0%	14.818	43,2%

5.13.2 Pessoas atendidas por localização da CT

Como dissemos na secção 5.10, as localizações urbanas são predominantes nas CT modernas, com maior acesso à rede de cuidados de saúde, sendo muito importante especialmente em casos mais graves.

No caso da CT selecionar localização urbana e rural, não perguntamos quantas pessoas foram atendidas em cada uma, portanto, nestes casos, não sabemos exatamente o número de pessoas atendidas em locais rurais e urbanos.

No total, quase metade da população ($n= 148.726$; 43,9%) foi atendida em instalações 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%).

Se considerarmos que apenas 35,5% das CTs entrevistadas relataram ter apenas instalações rurais, e 43,9% foram atendidas em equipamentos rurais, podemos concluir que os equipamentos rurais são maiores que os urbanos. Esta característica das instalações urbanas (menos pessoas) poderia sugerir que os tratamentos urbanos poderiam ser mais individualizados do que os rurais.

Gráfico 45 - Total de atendidos por localização da CT

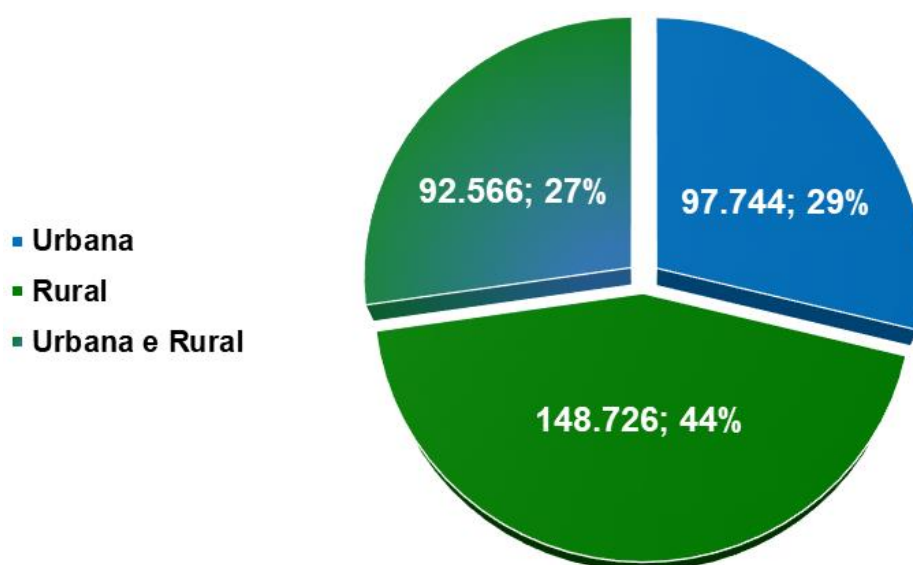


Tabela 64 - Total de atendidos por região e localização da CT

Região	Urbana		Rural		Urbana e rural	
	n	%	n	%	n	%
Europa	6.885	20,2%	4.251	12,4%	23.020	67,4%
ALC	32.003	15,1%	143.953	67,8%	36.386	17,1%
América do Norte	55.274	76,1%	177	0,2%	17.150	23,6%
Ásia	3.238	18,1%	345	1,9%	14.310	80,0%
Oceania	344	18,7%	0	0,0%	1.500	81,3%
África	0	0,0%	0	0,0%	200	100%
Total	97.744	28,8%	148.726	43,9%	92.566	27,3%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos observar a distribuição do total de pessoas atendidas por localidade, região e país.

Tabela 65 - Total de pessoas atendidas por localização da CT na América Latina e o Caribe

País	Urbana		Rural		Urbana e rural	
	n	%	N	%	n	%
Argentina	4.037	51,9%	445	5,7%	3.289	42,3%
Bolívia	250	31,6%	0	0,0%	542	68,4%
Brasil	4.863	23,6%	10.571	51,3%	5.166	25,1%
Chile	3.735	63,9%	180	3,1%	1.926	33,0%
Colômbia	1.252	0,9%	131.928	91,1%	11.603	8,0%
Costa Rica	5.303	69,6%	200	2,6%	2.121	27,8%
México	893	90,8%	90	9,2%	0	0,0%
Paraguai	124	59,3%	85	40,7%	0	0,0%
Peru	3.750	84,3%	376	8,5%	320	7,2%
Porto Rico	0	0,0%	78	0,8%	10.129	99,2%
República Dominicana	7.796	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguai	0	0,0%	0	0,0%	1.290	100%
Total	32.003	15,1%	143.953	67,8%	36.386	17,1%

Tabela 66 - Total de pessoas atendidas por localização da CT na Europa

País	Urbana		Rural		Urbana e rural	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	1.190	84,4%	220	15,6%	0	0,0%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	96	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	120	100%
Eslovênia	657	92,4%	54	7,6%	0	0,0%
Espanha	273	1,5%	400	2,3%	16.971	96,2%
França	402	23,6%	1.305	76,4%	0	0,0%
Grécia	306	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	126	100%	0	0,0%	0	0,0%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	250	100%
Itália	3.778	38,5%	801	8,2%	5.239	53,4%
Moldávia	0	0,0%	41	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	65	100%	0	0,0%
Polônia	0	0,0%	1.200	100%	0	0,0%
Portugal	153	56,3%	59	21,7%	60	22,1%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	380	100%
Rússia	0	0,0%	10	100%	0	0,0%
Suíça	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	6.885	20,2%	4.251	12,4%	23.020	67,4%

Tabela 67 - Total de pessoas atendidas por localização da CT na Ásia

País	Urbana		Rural		Urbana e rural	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	0	0,0%	1.210	100%
Filipinas	0	0,0%	230	100%	0	0,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	3.100	100%
Índia	3.000	50,0%	0	0,0%	3.000	50,0%
Indonésia	238	100%	0	0,0%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	7.000	100%
Macau RAE	0	0,0%	40	100%	0	0,0%
Malásia	0	0,0%	75	100%	0	0,0%
Total	3.238	18,1%	345	1,9%	14.310	80,0%

5.13.3 Pessoas atendidas por religiosidade

Como vimos na secção 5.11, a religiosidade é um ponto sensível no movimento mundial das CTs, por isso poderia ser interessante saber quantas pessoas foram tratadas em programas religiosos e não religiosos.

Como podemos observar no gráfico e tabela abaixo, a grande maioria das pessoas atendidas (n=292.208; 86,2%) foi tratada em programas não religiosos. Esta informação contraria a ideia comum de que as CTs estão apenas associadas a locais e práticas religiosas, nas quais não há tratamento técnico.

Apenas na Ásia houve mais pessoas atendidas em programas religiosos (n=9.973; 55,7%), mas o fato de terem atividades religiosas não significa que não haja pessoal técnico e atividades de orientação técnica.

Gráfico 46 - Total de atendidos por religiosidade

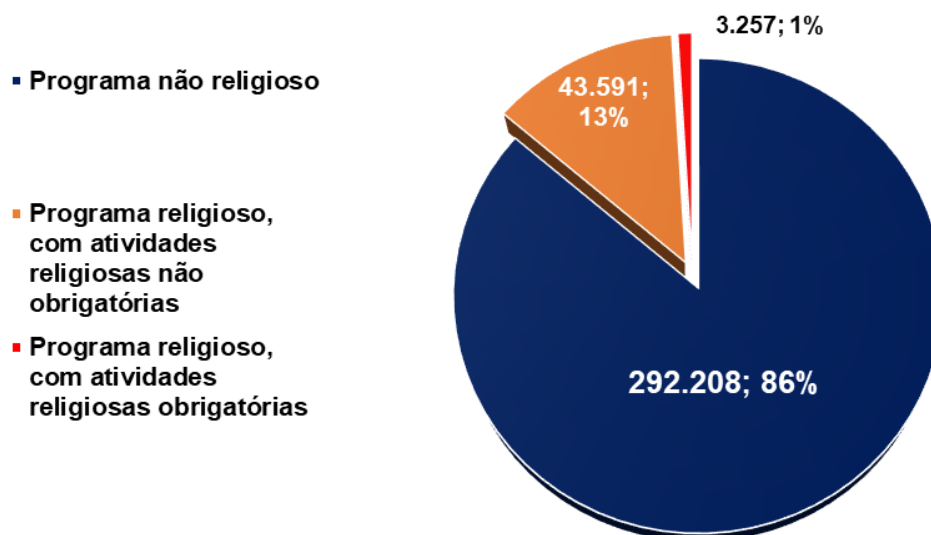


Tabela 68 - Total de atendidos por região e religião

Região	Programa não religioso		Programa religioso, com atividades religiosas não obrigatórias		Programa religioso, com atividades religiosas obrigatórias	
	n	%	n	%	n	%
Europa	34.019	99,3%	161	0,5%	96	0,3%
ALC	176.066	83,0%	33.090	15,6%	3.086	1,5%
América do Norte	72.359	99,7%	242	0,3%	0	0,0%
Ásia	7.920	44,3%	9.898	55,3%	75	0,4%
Oceania	1.844	100%	0	0,0%	0	0,0%
África	0	0,0%	200	10,8%	0	0,0%
Total	292.208	86,2%	43.591	12,9%	3.257	1,0%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição do total de pessoas atendidas por religião, região e país.

Tabela 69 - Total de pessoas atendidas por religião na América Latina e o Caribe

País	Programa não religioso		Programa religioso, com atividades religiosas não obrigatórias		Programa religioso, com atividades religiosas obrigatórias	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	7.301	95,2%	370	4,8%	0	0,0%
Bolívia	525	66,3%	267	33,7%	0	0,0%
Brasil	7.390	35,9%	12.212	59,3%	998	4,8%
Chile	2.239	38,3%	3.602	61,7%	0	0,0%
Colômbia	142.024	98,1%	2.759	1,9%	0	0,0%
Costa Rica	5.450	71,5%	392	5,1%	1.782	23,4%
México	607	61,7%	200	20,3%	176	17,9%
Paraguai	0	0,0%	135	64,6%	74	35,4%
Peru	1.220	27,4%	3.170	71,3%	56	1,3%
Porto Rico	224	2,2%	9.983	97,8%	0	0,0%
República Dominicana	7.796	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguai	1.290	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	176.066	83,0%	33.090	15,6%	3.086	1,5%

Tabela 70 - Total de pessoas atendidas por religiosidade na Europa

País	Programa não religioso		Programa religioso, com atividades religiosas não obrigatórias		Programa religioso, com atividades religiosas obrigatórias	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	1.530	100%	0	0,0%	0	0,0%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	0	0,0%	96	0,0%
Chipre	0	0,0%	120	100%	0	0,0%
Eslovênia	711	100%	0	0,0%	0	0,0%
Espanha	17.644	100%	0	0,0%	0	0,0%
França	1.707	100%	0	0,0%	0	0,0%
Grécia	306	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	126	100%	0	0,0%	0	0,0%
Irlanda	250	100%	0	0,0%	0	0,0%
Itália	9.818	100%	0	0,0%	0	0,0%
Moldávia	0	0,0%	41	100%	0	0,0%
Noruega	65	100%	0	0,0%	0	0,0%
Polônia	1.200	100%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	272	100%	0	0,0%	0	0,0%
Reino Unido	380	100%	0	0,0%	0	0,0%
Rússia	10	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suíça	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	15.274	98,3%	161	1,0%	96	0,6%

Tabela 71 - Total de pessoas atendidas por religiosidade na Ásia

País	Programa não religioso		Programa religioso, com atividades religiosas não obrigatórias		Programa religioso, com atividades religiosas obrigatórias	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	780	64,5%	430	35,5%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	230	100%	0	0,0%
Hong Kong RAE	3.100	100%	0	0,0%	0	0,0%
Índia	4.000	66,7%	2.000	33,3%	0	0,0%
Indonésia	0	0,0%	238	100%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	7.000	100%	0	0,0%
Macau RAE	40	100%	0	0,0%	0	0,0%
Malásia	0	0,0%	0	0,0%	75	100%
Total	7.920	44,3%	9.898	55,3%	75	0,4%

5.13.4 Pessoas atendidas por tempo médio proposto para tratamento

Na seção 5.9 vimos que as “CT modificadas” passaram a desenvolver programas mais curtos, o que poderia levar a uma melhor adesão e a menos desistências.

No gráfico e tabela abaixo, podemos observar que a maior parte das pessoas foram atendidas em programas de 6 a 12 meses (n=227.715; 67,2%), e apenas 0,5% (n=1.584) foram atendidas em programas de menos de 3 meses.

Apenas na Ásia houve mais pessoas atendidas em programas mais longos, com duração superior a 12 meses (n=11.370; 63,5%), e na Europa 39,9% (n=13.684) das pessoas atendidas estiveram nestes programas mais longos.

Conforme mencionado, programas mais longos não implicam necessariamente internações mais longas, pois um programa pode oferecer tratamentos residenciais e ambulatoriais, dependendo da fase.

Gráfico 47 - Total de atendidos por tempo médio proposto para tratamento

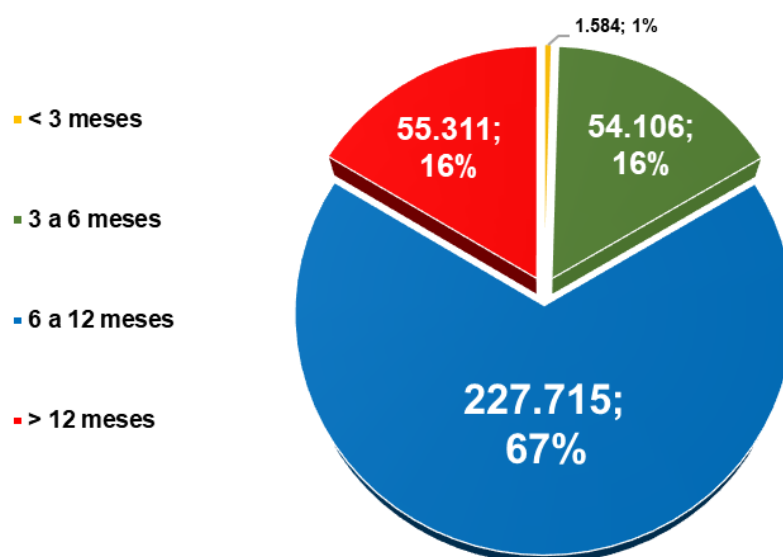


Tabela 72 - Total de atendidos por região e tempo médio proposto para tratamento

Região	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	0	0,0%	880	2,6%	19.712	57,5%	13.684	39,9%
ALC	1.584	0,7%	11.849	5,6%	168.612	79,6%	29.857	14,1%
América do Norte	0	0,0%	37.897	52,2%	34.454	47,5%	250	0,3%
Ásia	0	0,0%	1.710	9,6%	4.813	26,9%	11.370	63,5%
Oceania	0	0,0%	1.570	85,1%	124	6,7%	150	8,1%
África	0	0,0%	200	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	1.584	0,5%	54.106	16,0%	227.715	67,2%	55.311	16,3%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos observar a distribuição do total de pessoas atendidas por tempo médio proposto para tratamento, região e país.

Tabela 73 - Total de pessoas atendidas por tempo médio proposto para tratamento na América Latina e o Caribe

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Argentina	0	0,0%	1.050	13,9%	6.186	81,7%	335	4,4%
Bolívia	0	0,0%	150	18,9%	525	66,3%	117	14,8%
Brasil	0	0,0%	4.889	23,7%	14.619	71,0%	1.092	5,3%
Chile	0	0,0%	0	0,0%	3.585	61,4%	2.256	38,6%
Colômbia	50	0,0%	1.570	1,1%	132.303	91,4%	10.860	7,5%
Costa Rica	1.534	20,8%	3.958	53,6%	1.275	17,3%	617	8,4%
México	0	0,0%	80	8,1%	603	61,3%	300	30,5%
Paraguai	0	0,0%	74	35,4%	85	40,7%	50	23,9%
Peru	0	0,0%	0	0,0%	248	5,6%	4.198	94,4%
Porto Rico	0	0,0%	78	0,8%	146	1,4%	9.983	97,8%
República Dominicana	0	0,0%	0	0,0%	7.747	99,4%	49	0,6%
Uruguai	0	0,0%	0	0,0%	1.290	100%	0	0,0%
Total	1.584	0,7%	11.849	5,6%	168.612	79,6%	29.857	14,1%

Tabela 74 - Total de pessoas atendidas por tempo médio proposto para tratamento na Europa

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bélgica	0	0,0%	240	15,7%	401	26,2%	889	58,1%
Bósnia e Herzegovina	0	0,0%	0	0,0%	96	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	120	100%
Eslovênia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	711	100%
Espanha	0	0,0%	0	0,0%	17.371	98,5%	273	1,5%
França	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1.707	100%
Grécia	0	0,0%	0	0,0%	306	100%	0	0,0%
Holanda	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	126	100%
Irlanda	0	0,0%	250	100%	0	0,0%	0	0,0%
Itália	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9.818	100%
Moldávia	0	0,0%	0	0,0%	41	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	0	0,0%	25	38,5%	40	61,5%
Polônia	0	0,0%	0	0,0%	1.200	100%	0	0,0%
Portugal	0	0,0%	0	0,0%	272	100%	0	0,0%
Reino Unido	0	0,0%	380	100%	0	0,0%	0	0,0%
Rússia	0	0,0%	10	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suíça	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	0	0,0%	880	2,6%	19.712	57,5%	13.684	39,9%

Tabela 75 - Total de pessoas atendidas por tempo médio proposto para tratamento na Ásia

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	1.210	100%	0	0,0%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	230	100%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3.100	100%
Índia	0	0,0%	500	8,3%	4.500	75,0%	1.000	16,7%
Indonésia	0	0,0%	0	0,0%	238	100%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7.000	100%
Macau RAE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	40	100%
Malásia	0	0,0%	0	0,0%	75	100%	0	0,0%
Total	0	0,0%	1.710	9,6%	4.813	26,9%	11.370	63,5%

5.13.5 Pessoas atendidas por número de funcionários

Vimos na seção 5.12 que mais de 80% das CTs relataram ter 5 ou mais profissionais diferentes em seu quadro de funcionários. Agora podemos ver quantas pessoas foram atendidas de acordo com a quantidade de profissionais diferentes com que as CTs contavam.

Como podemos observar no gráfico e tabela abaixo, a maioria das pessoas (n=198.579; 58,6%) foi atendida em CTs com 8 profissionais diferentes em sua equipe.

Chama a atenção o índice de 95,6% (n=324.076) para pessoas atendidas em CTs com 5 ou mais profissionais diferentes em suas equipes.

Gráfico 48 - Total de atendidos por número de funcionários

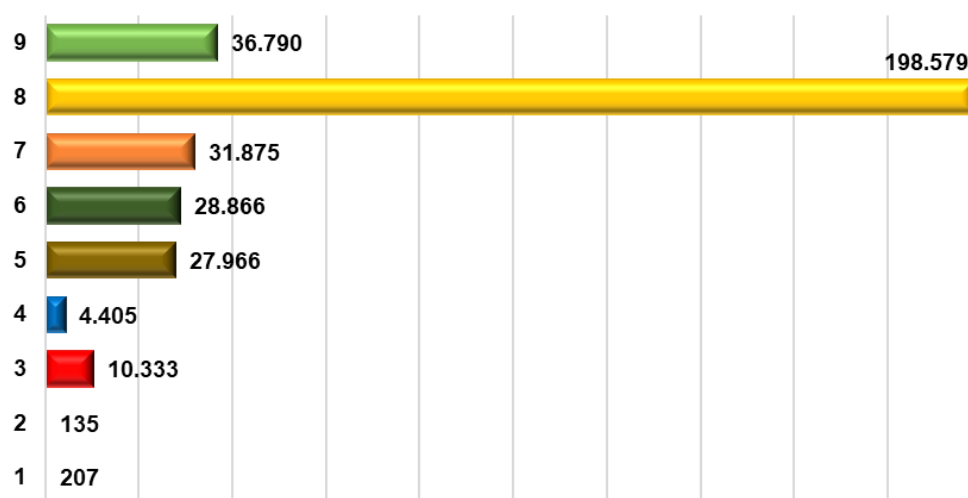


Tabela 76 - Total de atendidos por região e número de funcionários

Nº de funcionários		Região						Total
		Europa	ALC	América do Norte	Ásia	Oceania	África	
1	n	0	207	0	0	0	0	207
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
2	n	50	10	0	75	0	0	135
	%	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
3	n	657	9.606	0	0	70	0	10.333
	%	1,9%	4,5%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	3,0%
4	n	273	3.982	0	0	150	0	4.405
	%	0,8%	1,9%	0,0%	0,0%	8,1%	0,0%	1,3%
5	n	8.743	8.243	7.100	3.880	0	0	27.966
	%	25,5%	3,9%	9,8%	21,7%	0,0%	0,0%	8,2%
6	n	2.539	26.012	275	40	0	0	28.866
	%	7,4%	12,3%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	8,5%
7	n	1.213	17.430	6.032	7.000	0	200	31.875
	%	3,5%	8,2%	8,3%	39,1%	0,0%	100%	9,4%
8	n	3.639	138.139	51.017	4.160	1.624	0	198.579
	%	10,6%	65,1%	70,3%	23,2%	88,1%	0,0%	58,6%
9	n	17.162	8.713	8.177	2.738	0	0	36.790
	%	50,1%	4,1%	11,3%	15,3%	0,0%	0,0%	10,8%

Em relação aos países das organizações respondentes, abaixo podemos ver a distribuição do total de pessoas atendidas por número de funcionários, região e país.

Gráfico 49 - Total de pessoas atendidas por região e número de funcionários na América Latina e o Caribe

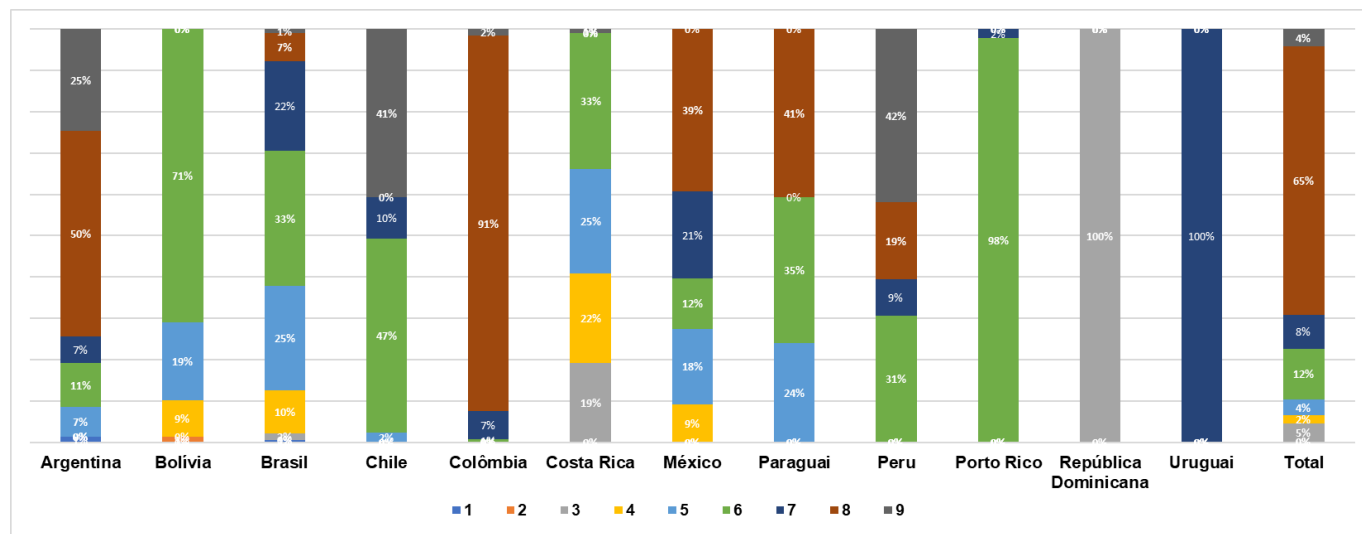


Gráfico 50 - Total de pessoas atendidas por região e número de funcionários na Europa

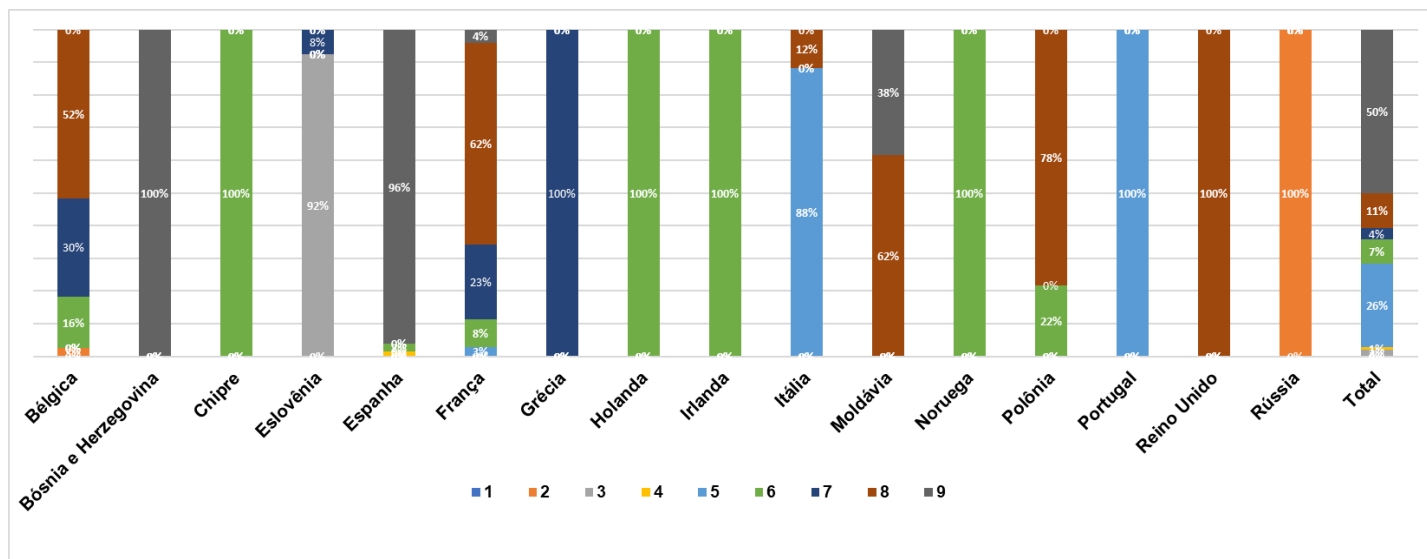
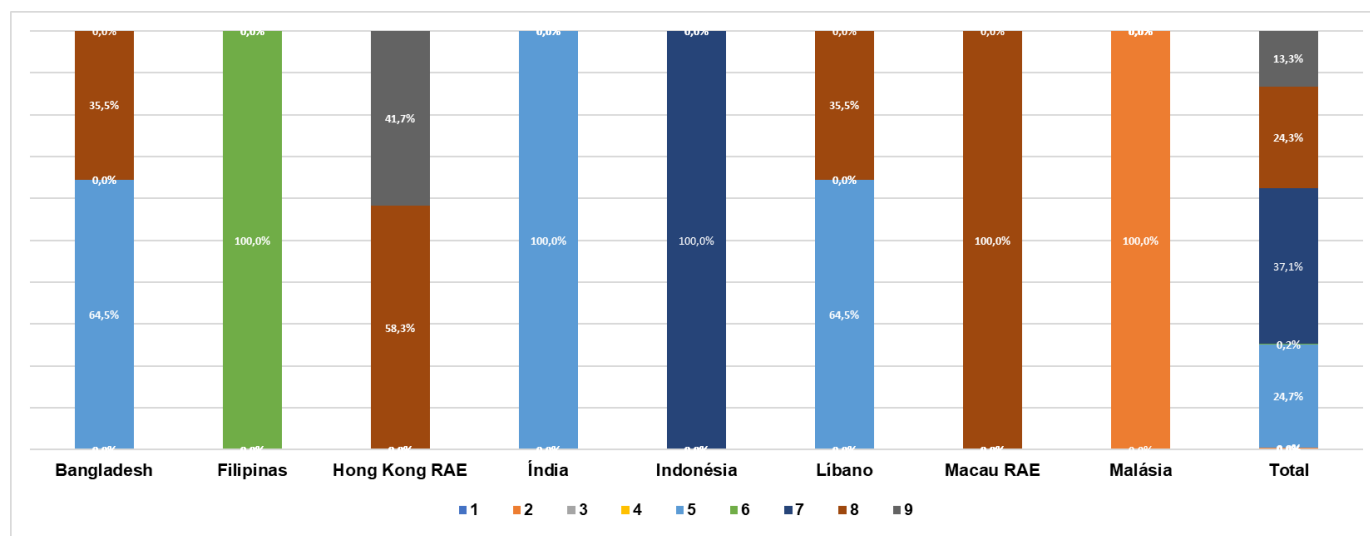


Gráfico 51 - Total de pessoas atendidas por região e número de funcionários na Ásia



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.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

SEÇÃO 1 – DADOS INSTITUCIONAIS

1. Nome da pessoa que está enviando as informações

2. Nome da Organização

3. País Base

4. Filiação Institucional (múltiplas opções)

- Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas (WFTC)
- Associação de Comunidades Terapêuticas da Australásia (ATCA)
- Federação Europeia de Comunidades Terapêuticas (EFTC)
- Federação de Comunidades Terapêuticas na Ásia (FTCA)
- Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (FLACT)
- Comunidades de Tratamento da América (TCA)
- Outros: (Federações locais)

5. Escopo do trabalho (resposta única)

- Local
- Nacional
- Internacional
 - Se internacional: em quais outros países a Organização mantém serviços de CT?

6. Tipo de trabalho (resposta única)

- **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**

7. Número de funcionários (resposta única)

- <10
- 10-50
- >50

8. Fonte de financiamento (múltiplas opções)

- 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

SEÇÃO 2 – DADOS DO SERVIÇO

9. Público-alvo (múltiplas opções)

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

10. Gênero do público-alvo (resposta única)

- Só feminino
- Só masculino
- Feminino e masculino

11. 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.

12. 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.

13. Locais de tratamento (múltiplas opções)

- 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.)

SEÇÃO 3 – APENAS PARA CTs

14. Tempo médio proposto para tratamento (resposta única)

- < 3 meses
- 3 - 6 meses
- 6 – 12 meses
- > 12 meses

15. Localização da CT (múltiplas opções)

- Urbana
- Rural

15. Religiosidade (resposta única)

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

17. Funcionários (múltiplas opções)

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

ANEXO 2 – LISTA DE CTs ENTREVISTADAS

Europa

Tabela 77 - CTs entrevistadas da Europa

País	Nome da Organização
Bélgica	De Kiem
	De Sleutel vzw Organisatie Brothers of Charity
	Phoenix House Bulgaria
	Solidarnost ARAP Association
	Trempline ASBL
	Vassilev
Bósnia e Herzegovina	Public Institution Center for rehabilitation addicts of psychoactive substances
Chipre	Therapeutic Community "Agia Skepi"
Eslovenia	Društvo Projekt Človek
	UP Society Slovenia
Espanha	AAT Associació d'Accollida i Acció Terapèutica
	Association Proyecto Hombre
	Dianova España
França	Association Montjoie Communauté Thérapeutique
	Association RIMBAUD
	CEID-Addictions
	Fédération Addiction
	SATO Picardie
	Sauvegarde du nord
	Association Montjoie Communauté Thérapeutique
	Association RIMBAUD
Grécia	ARGO Alternative Therapeutic Program for Drug Addicted Individuals
Holanda	Stichting De Stam
	TC De Stam
Irlanda	Coolmine Therapeutic Community
Itália	CEIS Genova
	Comunità San Patrignano
	Dianova Cooperativa Sociale ARL
	Federazione Italiana Comunità Terapeutiche F.I.C.T.
	Lycos
Moldávia	Iniciativa Pozitiva (Positive Initiative)
Noruega	Stiftelsen Phoenix
	Stiftelsen Renåvangen
Polónia	Polish Federation of Therapeutic Communities

Portugal	Ares do Pinhal
	Associação Dianova Portugal
	Centro de Solidariedade de Braga / Projecto Homem
Reino Unido	Phoenix Futures
Rússia	Clinic of Dr.Isaev
Suíça	Dianova International

América Latina e o Caribe

Tabela 78 - CTs entrevistadas da América Latina e o Caribe

País	Nome da Organização
Argentina	ACIAR - El Reparó
	ANANKE
	asoc PROGRAMAANDRES
	Asociación civil Del Prado
	Asociación Civil Programa Guadalupe
	Asociacion Modelo Minnesota
	Asociación Rumen
	Asociación SEDRO
	Cades
	Centro Shoc
	CETRAQ
	El Palomar
	Fundación Aprendiendo a Vivir
	Fundación Aylén
	Fundación Creando la Libertad
	Fundacion Creer es Crear
	Fundación Luz de Vida
	Fundacion Nocka Munayki (yo te quiero)
	Fundacion Viviré
	grupo del Oeste salud mental y adicciones
	La Libertad
	La Misión
	La Urdimbre asoc civil
	Los Naranjos Comunidad Terapeutica
	Posada del Inti
	Programa Delta
	Proyecto U.N.O Asociación Civil
Segunda Oportunidad	

Bolívia	Centro Boliviano de Solidaridad Vida
	Centro de reintegracion para Teenagers con responsabilidad penal
	E.D.I.T.O. Espacio de Diagnóstico e Intervención Terapéutica Oportuna
	El alto sin alcohol y drogas
	Fundación Enda El Alto
Brasil	ARAD - Associação de Recuperação e Prevenção do Alcoolismo e Outras Drogas
	Associação Acolher
	Associação Amor Exigente de Torres (Comunidade Terapêutica Renovar)
	Associação Beneficente Novo Amanhã
	Associação Bom Samaritano
	Associação Cearense de Inclusão e Assistência Social
	Associação Comunitária de Recuperação Novo Caminho
	Associação Crença
	Associação de Assistência aos dependentes Químicos-toxicológicos - Casa do Amor Fraterno
	Associação de Promoção Humana - Grupo AMA
	Associação fazenda do Senhor Jesus
	Associação Mãe Admirável
	Associação Missionária Para Vidas
	Associação Nova Vida
	Associação Padre Leonardo Nunes
	Associação Promocional Sol Nascente
	Associação Promocional Vida Nova
	Associação Prudentina para Prevenção dos Vícios e Recuperação de Vidas - Esquadrão da Vida
	Associação Reeducação Social Jaboque
	Associação Resgate a vida de Mogi Mirim
	Associação Terapêutica Novo Amanhecer - ATENA
	Associação Terra Santa / Astes
	Associação TESHUVA / Comunidade Terapêutica TESHUVA/Nossa Senhora de Guadalupe
	Associação Vida Plena Amor Exigente /AVIPAE
	Caritas Projeto Mãe que Acolhe
	Casa de Apoio Pe. Aloísio Boeing
	Casa de Reintegração Social Nova Vida
	Casa do Sol Azul
	CAUDEQ
	Centro de Atenção Urbana a Dependência Química
	Centro de Apoio e recup. de toxic. e alcoolat de Rio Pardo

Brasil

Centro Terapêutico Cristão Salva Vidas
Centro Terapêutico São Francisco
Comunidade Bethania
Comunidade Só Por Hoje
Comunidade Solidariedade SOL
Comunidade Terapêutica Acolhedora Filhos da Luz
Comunidade Terapêutica Amigos da Vida
Comunidade Terapêutica Atos
Comunidade Terapêutica Beth Hayotser
Comunidade Terapêutica Bom Pastor
Comunidade Terapêutica Cáritas
Nossa Senhora do Perpétuo Socorro
Comunidade terapêutica Casa Marta e Maria
Comunidade terapêutica conquista
Comunidade Terapêutica do Maranhão- CTM
Comunidade Terapêutica Ebenezer
Comunidade Terapêutica Emanuel - Coterem
Comunidade Terapêutica Esquadrão Resgate
Comunidade Terapêutica Essência de Vida
Comunidade Terapêutica Fazenda Padre Réus
Comunidade Terapêutica Fazenda Renascer
Comunidade Terapêutica Fazenda Santo Expedito
Comunidade Terapêutica Fazenda Senhor Jesus Cristo Rei
Comunidade Terapêutica Feminina Florescer
Comunidade Terapêutica Kairos
Comunidade terapêutica Maranata
Comunidade Terapêutica Nova Jerusalem
Comunidade Terapêutica Nova Jornada
Comunidade Terapêutica para Dependentes Químicos e de Álcool - Associação Santana
Comunidade Terapêutica Peniel
Comunidade Terapêutica Renascer
Comunidade Terapêutica Rosa de Saron
Comunidade Terapêutica Santa Mãe da Providência
Comunidade Terapêutica Sao Francisco
Comunidade Terapêutica Vida Nova
Comunidade Terapêutica Viver
Comunidade Terapêutica Andradinense Recanto do Senhor Jesus
CRAVI - Casa de Recuperação Água da Vida
CRER Comunidade Terapêutica Fazenda São Francisco
Desafio Jovem de Santo André
Fundação de Ribeirão Preto Apoiando a Recuperação de Vidas - RAREV

Brasil	Fundação Padre Gabriel Correr
	G. T. Goiás sem Drogas
	GRAAUS - Grupo de Recuperação de Alcoólicos Augusto Silva
	Grupo Nova Aurora Feminino e Masculino de Atenção à Dependência Química
	Instituição Padre Haroldo Rahm
	Instituto Amor e Vida
	Instituto Bambu
	Instituto El Shaddai
	Instituto Redenção
	Instituto Ruach CT DEJOB
	Instituto Social Beneficente Ebenézer
	Instituto vale viver
	IVVI- Instituto Valorização da Vida de Ituverava
	Missão Desafio Peniel
	Missão Resgate da Paz
	NAREV
	Obras Sociais Água Viva
	Obras Sociais da Diocese de Goiás
	Obras Sociais da Diocese de Uruaçu
	OSC Projeto WIDA - CT Nossa Senhora de Fátima
	PACTO N/B
	PATNA - Pastoral de Apoio ao Toxicômano Nova Aurora
	PATRE - Associação Amor Exigente de Antônio Prado
	Pia união das irmãs da Copiosa Redenção
	PROVITA - Projeto Vida Itapema
	Recanto “Rogério de Souza”
	Servos - Sociedade no Empenho na Recuperação de Vidas
SOPROH Sociedade de Promoção Humana	
Terra da Sobriedade - Associação de Atenção à Dependência Química	
Chile	CEPAS
	Comunidad TABOR
	Comunidad Terapéutica PEULLA
	Comunidad Terapéutica Colina
	Comunidad Terapéutica Joven Levántate
	Comunidad Terapéutica Liwen
	Comunidad Terapéutica Manquehue
	Comunidad Terapéutica Renovación
	CREA
	CT El Ruco
	CT INTA
	CT La Roca
	Dianova Chile

Chile	Fundación Despertar
	Fundación Hogar Volver a Nacer
	Org. de tratamiento y prevención de drogas "OTPD"
Colômbia	PAI Licanantay
	Alma cad
	Alma Cad Cali
	Casa Fenix, Tú Oportunidad de Renacer
	Corporación creando vida
	Corporacion Gestora de Paz Kairós
	Corporación nueva vida
	Corporación Raíces, Alas y Sentido
	Fundación criar
	Fundacion Familiar Faro
	Fundación Hogares Claret
	Fundacion La Luz IPS
	Fundación Revivir con Cristo que me fortalece
	Fundación Semillas de Amor
	Fundación Vive La Vida IPS
Costa Rica	Valle de Guerreros
	Fundación Kañir
	Albergue Adulto Mayor
	Clinia patricio Perez
	Hogar Limon Salvando al Adicto
	Adepea
	Hogar CREA
	Hogar Salvando Alcohólico Guadalupe
	CLINICA nueva vida
	Proyecto Equilibrio
	Hogar salvando Alcohólico
	Asociación Minesterio Casa de Paz Sucot Shalon
	Hogar San José
	Centro Restauración Vigias de Amor
	Hogar Zoe
	Residencia Terapéutica Eliasit
	Rostro de Jesus
Centro de restauración para hombres famacodependientes	
Asociación R.E.N.A.C.ER.	

México	Arca de Noé A.C
	Casa de la Esperanza Comunidad Terapéutica
	Comunidad de restauración familiar semilla
	Comunidad Terapéutica en Adicciones para Mujeres A.C. (SECUOYA)
	Comunidad Terapéutica Guerreros de San Miguel
	Comunidad terapéutica in lak ech a c
	FEMEXCOT
	Fundación México Me Necesita A. C.
	Tu decides como vivir
Paraguay	Centro Terapeutico El Nazareno
	Comunidad Terapéutica "TALLER DEL MAESTRO"
	Comunidad Terapéutica Mahanaim
	Con Pasion
	Padres Unidos en el Amor y la Fe. PUAFE
Perú	Asociación A.T.A.
	Asociacion Comunidad Terapéutica Fuente de Agua Viva
	Asociacion Vereda Libre
	ATP VIDA (Asociación Terapéutica profesional Vida)
	C.T. Lugar de Restauración LIFE
	Centro de Desarrollo Humano y Rehabilitacion Psicosocial Amarse
	Centro Takiwasi Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación de Medicinas Tradicionales.
	Comunidad Terapéutica Ayuda en Acción
	Comunidad Terapéutica Cristiana Divino Salvador
	Comunidad Terapéutica Cristiana Enséñame el Camino
	Comunidad Terapéutica Programa San José
	CT Talita Kumi
	CT Villa Angela
	De Nuevo A La Vida
	Esperanza de vida
	Novo World
	Programa Terapéutico Ayudémonos
Solidaridad Vida	
Puerto Rico	APCT, Inc.
	Guara Bi, Inc.
	Hogar Santísima Trinidad, Inc.
República Dominicana	Asociación Casa Abierta
	Guarabi inc
Uruguay	Comunidad terapéutica Diente de león
	Fundación Dianova Uruguay

Ásia

Tabela 79 - CTs entrevistadas da Ásia

País	Nome da Organização
Bangladesh	Dhaka Ahsania Mission
	KOTHOWAIN (Vulnerable Peoples Development Organization)
Filipinas	Self Enhancement for Life Foundation, Inc.
Hong Kong RAE	SARDA
Índia	Angels in the Field
	Sabrr Foundation
	Shafa Home
	SPYM
Indonésia	Kasih Mulia Foundation
Líbano	CDLL
Macau RAE	ARTM
Malásia	Rumah Hijrah

América do Norte

Tabela 80 - CTs entrevistadas da América do Norte

País	Nome da Organização
EUA	Acacia Network, Inc.
	Bridges International
	Camelot of Staten Island
	Center Point, Inc.
	Center Point, Inc.
	Dynamic Youth Community Inc.
	Gateway Foundation, Inc.
	Hospitality House TC, inc.
	Integrity House
	NOVA Treatment Community
	NYTC - Stay'n Out
	Odyssey House Louisiana, Inc.
	Odyssey House of Utah
	Outreach Development Corporation
	Samaritan Daytop Village
	Tarzana Treatment Centers
	Treatment Trends, Inc
VIP Community Services	
WestCare Foundation, Inc.	

Oceania

Tabela 81 - CTs entrevistadas da Oceania

País	Nome da Organização
Austrália	DASA
	Goldbridge Rehabilitation Services
	Karralika Programs
	WHOS (We Help Ourselves)

África

Tabela 82 - CTs entrevistadas da África

País	Nome da Organização
Uganda	Uganda Youth Development Link (UYDEL)