

Maria Paula Magalhães Tavares de Oliveira

**Validação da Escala *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*
em População Brasileira**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Doutor em Psicologia –
Área de concentração: Psicologia Experimental.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Teresa Araujo Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Dartiu Xavier da Silveira

São Paulo

2006

Maria Paula Magalhães Tavares de Oliveira

Validação da Escala *South Oaks Gambling Screen (SOGS)* em População Brasileira

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia – Área de concentração: Psicologia Experimental.

BANCA EXAMINADORA:

Nome e assinatura

Nome e assinatura

Nome e assinatura

Nome e assinatura

Nome e assinatura

Tese defendida e aprovada em: __/__/__

A Francisco

Gabriela, Pedro e Maria Isabel

|

|

3

Deleted: 1
2

Formatted: Font color: White

AGRADECIMENTOS

A toda equipe do Ambulatório de Jogo Patológico do PROAD/UNIFESP sem a qual esse trabalho não teria sido realizado.

Á Juliana Bizeto, Silvia T. Collakis e Simone Vilas Boas Carvalho, pelas entrevistas realizadas no Ambulatório de Jogo Patológico do PROAD e digitação dos dados, mas, principalmente, pelo entusiasmo e constante colaboração no trabalho com jogadores.

A Maria Bernadete Bezerra Bessa por toda coleta e digitação dos dados colhidos em São José dos Campos.

A Alexandre Aquino Lobato, André Cravo, Lucia Steigleder e Marcos Lanner de Moura, pelas entrevistas realizadas na estação metropolitana de trem e pela digitação dos dados.

A meu pai, José Carlos de Magalhães, pelo estímulo constante e pela cuidadosa revisão do texto.

Ao Dartiu Xavier da Silveira, por ter me incentivado e acompanhado durante todo o trabalho desenvolvido no Ambulatório de Jogo Patológico do PROAD/UNIFESP e, sobretudo, pela paciência e empenho em me ensinar estatística ao me orientar nesse trabalho.

Á Maria Teresa Araújo Silva por ter me apresentado à pesquisa e ao vasto universo das drogas, além de ter apostado no jogo com dedicação e amizade durante todos esses anos.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	i
LISTA DE FIGURAS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	viii
1. INTRODUÇÃO	01
1.1 Jogos de azar, jogo patológico, tipos de jogadores.....	01
1.2 Jogos de azar e saúde pública: custos sociais e econômicos.....	09
1.3 Jogos de azar no Brasil.....	16
1.4 Importância de instrumento validado para população brasileira.....	23
1.5 Escalas para avaliação de jogo patológico.....	28
1.6 Utilização da SOGS no Brasil.....	37
2. OBJETIVO	41
3. MÉTODO	42
3.1 Participantes.....	42
3.2 Instrumentos.....	43
3.3 Procedimento.....	46
3.4 Análise de dados.....	48
4. RESULTADOS	51
4.1 Amostra clínica: <i>Grupo Clínico</i>	51
4.1.1 Descrição da amostra	51
4.1.2 DSM IV e SOGS.....	54
4.1.3 Análise do desempenho da SOGS comparativamente aos critérios do DSM IV para jogo patológico no <i>Grupo Clínico</i>	57
4.2. Amostra não clínica: <i>Grupo Trem</i>	58

4.2.1 Descrição da amostra	58
4.2.2 DSM IV e SOGS.....	61
4.2.3 Análise do desempenho da SOGS comparativamente aos critérios do DSM IV para jogo patológico no <i>Grupo Trem</i>	63
4.3. Amostra não clínica auto-aplicada: <i>Grupo Bingo</i>	65
4.3.1 Descrição da amostra	65
4.3.2 DSM IV e SOGS	68
4.3.3 Análise do desempenho da SOGS comparativamente aos critérios do DSM IV para jogo patológico no <i>Grupo Bingo</i>	70
4.4 Análise do desempenho da SOGS comparativamente aos critérios do DSM IV para jogo patológico para o <i>Grupo Combinado</i> : “ <i>Grupo Clínico</i> ” + “ <i>Grupo Trem</i> ”	71
4.5 Análise da <i>Amostra Total</i> : “ <i>Grupo Clínico</i> ” + “ <i>Grupo Trem</i> ” + “ <i>Grupo Bingo</i> ”	72
4.5.1 Descrição da <i>Amostra Total</i>	73
4.5.2 DSM IV e SOGS: <i>Amostra Total</i> “ <i>Grupo Clínico</i> ” + “ <i>Grupo Trem</i> ” + “ <i>Grupo Bingo</i> ”	81
4.5.3 Análise do desempenho da SOGS comparativamente aos critérios do DSM IV para jogo patológico para a <i>Amostra Total</i> : “ <i>Grupo Clínico</i> ” + “ <i>Grupo Trem</i> ” + “ <i>Grupo Bingo</i> ”	84
5. DISCUSSÃO	88
6.CONCLUSÕES	106
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
6. ANEXOS	
Anexo1.....	117
Anexo 2.....	123
Anexo 3	126

|

|

Lista de Tabelas

Tabela 1. Frequência e porcentagem válida das variáveis: <i>estado civil, religião, escolaridade e trabalho do Grupo Clínico</i>	p.52
Tabela 2. Frequência e porcentagem de respostas positivas aos critérios do DSM IV para jogo patológico preenchidos pelos participantes do <i>Grupo Clínico</i>	p.55
Tabela 3. Frequência e porcentagem de respostas positivas às questões da SOGS <i>na vida e nos últimos 12 meses</i> para o <i>Grupo Clínico</i>	p.56
Tabela 4. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS para o <i>Grupo Clínico na vida</i>	p.57
Tabela 5. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS para o <i>Grupo Clínico</i> considerando os <i>últimos 12 meses</i>	p.58
Tabela 6. Frequência e porcentagem válida das variáveis: <i>estado civil, religião, escolaridade e trabalho do Grupo Trem</i>	p.59
Tabela 7. Frequência e porcentagem de respostas positivas aos critérios do DSM IV para jogo patológico preenchidos pelos participantes do <i>Grupo Trem</i>	p.62
Tabela 8. Frequência e porcentagem de respostas positivas às questões da escala SOGS <i>na vida e nos últimos 12 meses</i> para o <i>Grupo Trem</i>	p.63
Tabela 9. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS <i>na vida</i> para o <i>Grupo Trem</i>	p.64

Deleted: 1
2

Formatted: Font color: White

Tabela 10. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS para o <i>Grupo Trem</i> considerando os últimos 12 meses.....	p.65
Tabela 11. Frequência e porcentagem das variáveis: estado civil, religião, escolaridade e trabalho do <i>Grupo Bingo</i>	p.66
Tabela 12. Frequência e porcentagem dos critérios do DSM IV preenchidos pelos participantes do <i>Grupo Bingo</i>	p.69
Tabela 13. Frequência e porcentagem de respostas positivas às questões da escala SOGS na vida para o <i>Grupo Bingo</i>	p.70
Tabela 14. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS para o <i>Grupo Bingo</i>	p.71
Tabela 15. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS na vida para o <i>Grupo Combinado Clínico +Trem</i>	p.72
Tabela 16. Frequência e porcentagem das variáveis: estado civil, religião, escolaridade e trabalho da <i>Amostra Total: “Grupo Clínico” + “Grupo Trem” + “Grupo Bingo”</i>	p.74
Tabela 17. Frequência de jogos praticados pelo menos uma vez na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias pelos participantes da <i>Amostra Total</i> em função do gênero (masculino e feminino) e porcentagem de participantes em cada jogo sobre o total de respostas.....	p.76

|

|

Tabela 18. Frequência e porcentagem de jogos praticados pelo menos uma vez <i>na vida</i> pelos participantes da <i>Amostra Total: Grupo Clínico+ Grupo Trem + Grupo Bingo</i>	p.77
Tabela 19. Frequência e porcentagem de jogos praticados pelo menos uma vez <i>nos últimos 12 meses</i> pelos participantes da <i>Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo</i>	p.78
Tabela 20. Frequência e porcentagem de jogos praticados pelo menos uma vez <i>nos últimos 30 dias</i> pelos participantes da <i>Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo</i>	p.79
Tabela 21. Frequência e porcentagem referente à maior quantia gasta em um único dia pelos participantes da <i>Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo</i>	p.79
Tabela 22. . Frequência e porcentagem referente a excesso de jogo por parte de pais e familiares avaliado por participantes da <i>Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo</i>	p.80
Tabela 23 . Frequência e porcentagem referente a uso excessivo de álcool por parte de pais e familiares avaliado por participantes da <i>Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo</i>	p.81
Tabela 24. Frequência e porcentagem dos critérios do DSM IV preenchidos pelos participantes da <i>Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo</i>	p.82
Tabela 25. Frequência e porcentagem de respostas afirmativas às questões da SOGS pelos participantes da <i>Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo</i>	p.83

Tabela 26. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS <i>na vida</i> para a <i>Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo</i>	p.84
Tabela 27. Matriz de Cargas Fatoriais das questões da SOGS obtidas através da Analise dos Principais Componentes (APC) após rotação ortogonal dos fatores pelo método Varimax.....	p.87

|

|

Lista de figuras

- Figura 1. Valor máximo apostado em um único dia pelos participantes do *Grupo Clínico*.....p.53
- Figura 2. Tipos de jogos praticados *na vida* pelos participantes do *Grupo Clínico*, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias.....p.54
- Figura 3. Valor máximo apostado em um único dia pelos participantes do *Grupo Trem*.....p.60
- Figura 4. Tipos de jogos praticados *na vida*, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias pelos participantes do *Grupo Trem*.....p.61
- Figura 5. Tipos de jogos praticados *na vida*, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias pelos participantes do *Grupo Bingo*.....p.67
- Figura 6. Valor máximo apostado em um único dia pelos participantes do *Grupo Bingo*.....p.68
- Figura 7. Curva ROC avaliando os pontos de corte da escala SOGS considerando *Amostra Total*.....p.85

|

|

v

Deleted: 1
2

Formatted: Font color: White

Oliveira, M. P. M. T. (2006). *Validação da Escala South Oaks Gambling Screen (SOGS) em População Brasileira*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Resumo

Jogo patológico vem sendo considerado uma dependência comportamental com muitas semelhanças com dependência química. A escala *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) é o instrumento mais utilizado para rastrear esse transtorno. A SOGS investiga prática de jogos de azar e comportamentos associados a jogo. O indivíduo que responder afirmativamente a pelo menos 5 dentre as 20 questões nucleares é classificado como “provável jogador patológico”. O presente estudo visou verificar o desempenho da SOGS, comparado aos critérios diagnósticos do DSM IV para jogo patológico. A *Amostra Total* foi constituída por 54 jogadores patológicos que procuraram tratamento (*Grupo Clínico*), 71 representantes da população geral recrutados em estação de trem (*Grupo Trem*) e 116 freqüentadores de casa de bingo (*Grupo Bingo*). Analisaram-se propriedades psicométricas da SOGS (validade, sensibilidade, especificidade, valor preditivo e taxa de classificação incorreta), estrutura fatorial, consistência interna e correlação entre respostas nas duas escalas.

Na *Amostra Total* foi maior a proporção de mulheres mais velhas, separadas ou viúvas, que não trabalhavam; que voltaram para recuperar dinheiro perdido; tiveram mais discussões sobre dinheiro centradas no jogo; e que jogavam para escapar de problemas ou de aliviar disforia. Mulheres jogaram mais em bingo, enquanto homens diversificaram mais os tipos de jogos. Os jogos mais praticados *na vida* pela *amostra Total* foram, em ordem decrescente, bingo, loteria, esportes, cartas e jogos eletrônicos.

Bingo, loteria e jogos eletrônicos foram os jogos mais praticados no *último ano* e no

último mês. É discutida a prevalência do bingo e de jogo eletrônico entre jogadores patológicos.

Análise estatística mostrou diferença entre os grupos, atestando boa validade de construto: *Clínico* teve a maior pontuação para jogo patológico, *Bingo* foi intermediário; e *Trem* mostrou o menor índice de patologia. A correlação entre a pontuação na SOGS e DSM IV na *Amostra Total* foi alta ($r = 0,854$, $p < 0,01$) e a consistência interna da SOGS avaliada pelo alpha de Cronbach foi 0,75. A análise da estrutura da SOGS resultou em dois fatores, comportamento de jogar e fontes de dinheiro para jogo, responsáveis por 56,7% da variabilidade total. Consideradas as respostas na *Amostra Total* para jogo *na vida*, com ponto de corte 5, os índices de validade foram satisfatórios (sensibilidade=100, especificidade=74,7, valor preditivo positivo=60,7, valor preditivo negativo=100 e taxa de classificação incorreta=0,18. Ao aumentar o ponto de corte para 8, o número de falsos positivos diminuiu bastante (95,4, 89,8, 78,5, 98, 0,09, respectivamente). Chamou atenção a diferença entre SOGS e DSM IV na classificação de jogador patológico, pois a proporção desses jogadores segundo a SOGS, no ponto de corte 5, foi muito superior à do DSM IV no *Grupo Trem* (8,5% e 2,8%, respectivamente) e principalmente no *Grupo Bingo* (44% e 12%, respectivamente). Discute-se que essa diferença pode representar um artefato do ponto de corte utilizado e sugere-se que, em pesquisas populacionais, o ponto de corte seja aumentado para 8, ou que sejam utilizados os dados referentes aos últimos 12 meses. Se for utilizado o ponto de corte original (5), os resultados devem ser depois confirmados por meio de entrevista clínica.

Palavras chave: jogo patológico, rastreamento, escala, validade do teste, gênero, tipos de jogo, SOGS, DSM IV.

Oliveira, M. P. M. T. (2006). *Validação da Escala South Oaks Gambling Screen (SOGS) em População Brasileira*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Abstract

Pathological gambling is considered a behavioral addiction that shares similarities with drug addiction. The *South Oaks Gambling Screen* – SOGS is the most employed screening tool for pathological gambling. The SOGS investigates gambling games and behaviors associated to gambling. Answering at least 5 from 20 questions classifies the respondent as a probable pathological gambler. The aim of this study was to verify the performance of the SOGS in comparison to the DSM IV criteria for pathological gambling. The *Total Sample* comprised 54 gamblers under treatment at the Gamblers Treatment Unit of PROAD/UNIFESP (Clinical Group); 71 participants from the general population assessed in a metropolitan train station of the city of São Paulo (Train Group); and 116 subjects recruited in a bingo house (Bingo Group). Factorial structure, internal consistency and psychometric properties of SOGS (sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and misclassification rate) and correlation among both instruments were verified.

In the *Total Sample* women were older, divorced or widowed, did not work; they had chased, had had more discussions about money and had gambled to escape from problems or to relieve dysforic mood. Women bets were mostly concentrated in bingo whereas men bets were more diversified. The most frequent forms of gambling in lifetime were, in decreasing order: bingo, lotteries, sports, cards and electronic games. In the last year and last month timeframe, bingo, lotteries and electronic games were the most frequent games. The prevalence of bingo and electronic games among PG is discussed.

Differences in the SOGS scores among three groups were statistically significant, attesting good construct validity. The correlation between SOGS and DSM IV in the *Total Sample* was high ($r = 0,854$, $p < 0.01$) and the internal consistency measured by Cronbach's alpha was 0,75. Factor analysis resulted in a two-dimensional solution accounting for 56,7% of the total variance: a first factor composed by questions related to the gambling behavior of pathological gamblers and a second factor encompassing questions related to the sources of gambling money. Considering the *Total Sample*, validity measures were good: (sensitivity = 100, specificity = 74,7, positive predictive value = 60,7, negative predictive value = 100 e misclassification rate = 0,18). Elevating the cut score to 8 the number of false negatives is reduced (95,4, 89,8, 78,5, 98, 0.09, respectively). The difference between the classification of pathological gamblers by SOGS and DSM IV was striking, as the proportion of pathological gamblers evaluated by SOGS, at the cut score 5, was much higher than the proportion evaluated by DSM IV in the *Train Group* (8,5% e 2,8%, respectively) and in *Bingo Group* (44% e 12%, respectively). It is argued that this difference may be an artifact of the cut score used. Thus, a suggestion is made that either the cut score should be changed from 5 to 8 or that a 12-month timeframe be employed. If the cut score 5 is maintained, then the result should be confirmed by clinical interview.

Key words: pathological gambling, screening, scale, validity, gender, games of chance, SOGS, DSM IV.

|

|

ix

Deleted: 1
2

Formatted: Font color: White

1. INTRODUÇÃO

1.1 Jogos de azar, tipos de jogadores, jogo patológico

Alguns autores afirmam que o jogo é anterior à cultura. Caracterizado por ser uma atividade voluntária que possibilita uma evasão da vida "real" para uma esfera temporária de atividade de orientação própria, o jogo é um intervalo na vida quotidiana. Trata-se de função significativa que encerra um determinado sentido, que transcende a necessidade imediata da vida e confere sentido à ação. A tensão tem papel importante, chegando ao extremo nos jogos de azar e nas competições esportivas. As regras são imprescindíveis, determinando o que é permitido dentro desse "mundo temporário" que se desenrola em um espaço e tempo limitados (Huizinga, 1999).

O jogo tem importância fundamental no desenvolvimento humano, e o desafio e o prazer em jogar são inerentes a essa atividade. A aprendizagem é em grande parte pautada por brincadeiras e jogos. As brincadeiras das crianças vão ficando mais sofisticadas conforme crescem e o jogo informal passa a dar lugar ao regulado por regras claras. O desenvolvimento cognitivo e emocional pode ser facilitado por meio de jogos, pois possibilitam não só o exercício e o domínio de conteúdos cada vez mais complexos, mas também a interrelação entre os jogadores. O jogo é muitas vezes uma atividade sagrada que proporciona momentos excepcionais para a aprendizagem (Cotta, 1993). Jogar é desenvolver habilidades, competir, aprender a se relacionar, a ganhar e a perder. Existem diferentes tipos de jogos e, nos jogos de azar, o acaso tem papel fundamental que atrai muitos jogadores. Jogo de azar pode ser definido como aposta de qualquer tipo ou item de valor sobre um jogo ou um evento de resultado incerto, em que o resultado é determinado em vários graus pelo acaso (Bolen & Boyd, 1968). O desafio do risco, da incerteza, presente nos jogos de azar, provoca freqüentemente sensação de

medo e de prazer. Arriscar é preciso para crescer, se desenvolver, conquistar novos horizontes. Se tudo fosse conhecido e certo não haveria desenvolvimento, crescimento, novidade. O ser humano precisa de novidade. Se não fosse a sede de conhecimento, de desbravar terras desconhecidas, o homem provavelmente não teria sobrevivido. Não teria criado objetos, artefatos, instrumentos, nem desenvolvido a linguagem, pensamento abstrato, funções essenciais para sobrevivência humana. A aventura do descobrimento da América, nos idos do século XV e a atual exploração do espaço cósmico, recheado de incertezas, apesar da tecnologia – a explosão de ônibus espacial demonstra-o – é resultado desse comportamento que caracteriza o homem.

Presente em diversas culturas e nas diferentes épocas da história, jogos de azar parecem fascinar o ser humano. Dostoiévski (1987), retrata esse fascínio, descrevendo sensações físicas experimentadas pelos jogadores patológicos. No romance *O jogador*, um jovem acompanha uma velha senhora ao cassino. Ela aposta alto na roleta e ganha seguidas vezes e ele escreve: *“Eu era um jogador: senti-o naquele preciso instante. Tremiam-me os braços e as pernas, minha cabeça latejava. Certo, era raro que em dez jogadas desse zero três vezes; mas não havia nada de particularmente espantoso.”* (p.79).

Já no começo do século XX aparece uma teoria sobre jogo patológico. A partir do atendimento de jogadores, utilizando as ferramentas da psicanálise da época, Bergler (1957) desenvolveu a teoria de que o jogador patológico tem um desejo inconsciente de perder. Publicou pela primeira vez sua teoria em 1936, ampliando-a em 1943, e em 1957 publicou um livro sobre a psicologia do jogador, analisando casos clínicos. Bergler caracterizou os jogos em três tipos: jogos de azar puros; os que combinam sorte e raciocínio; e os de raciocínio puro. Descreveu seis características do jogador patológico exemplificando com casos clínicos:

1. o jogador patológico habitualmente se arrisca;
2. o jogo obscurece todos os outros interesses, pois toda energia do indivíduo é concentrada no jogo em detrimento de relações pessoais, *hobbies*, etc.;
3. é otimista e nunca aprende com a derrota;
4. nunca pára de jogar quando está ganhando;
5. apesar de certo controle inicial, arrisca mais do que pode;
6. há uma tensão “prazer/dor” e excitação durante o jogo.

Apenas em 1980 o jogo patológico foi incluído como categoria de transtorno impulsivo, segundo os Critérios Diagnósticos do DSM-III (Association, 1980), sendo relacionado a problemas conjugais, financeiros, emocionais e legais, entre outros. Nos Critérios Diagnósticos do DSM-IV (Association, 1994) o jogo patológico é caracterizado pela persistência e recorrência do comportamento de jogar, indicado pela presença de, pelo menos, cinco dos seguintes itens:

1. Preocupar-se com jogo (preocupação com experiências passadas, especulação do resultado ou planejamento de novas apostas, pensamento de como conseguir dinheiro para jogar);
2. ter necessidade de aumentar o tamanho das apostas para alcançar a excitação desejada;
3. esforçar-se repetidamente e sem sucesso para controlar, diminuir ou parar de jogar;
4. inquietar-se ou irritar-se quando diminui ou pára de jogar;
5. jogar como meio de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico (sentimentos de desamparo, de culpa, ansiedade, depressão);

6. depois de perder dinheiro no jogo, frequentemente retornar no dia seguinte para recuperar o que perdeu;

7. mentir para familiares, terapeuta ou outros para esconder a extensão do envolvimento com jogo;

8. cometer atos ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque para financiar o jogo;

9. perder ou arriscar-se a romper relacionamentos significativos, oportunidades de trabalho, educação ou carreira por causa do jogo;

10. contar com outros para prover dinheiro para aliviar situação financeira desesperadora por causa do jogo.

Jogo patológico é também considerado um transtorno de hábitos e impulsos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10). Sob o código F63.0, jogo patológico consiste de freqüentes e repetidos episódios de jogo, os quais dominam a vida do indivíduo em detrimento de valores e compromissos sociais, ocupacionais, materiais e familiares. O aspecto essencial do transtorno é jogar persistente e repetidamente, o que continua e frequentemente aumenta, a despeito de conseqüências sociais adversas, tais como empobrecimento, comprometimento das relações familiares e ruptura da vida familiar. Ressalta-se que jogo patológico deve ser distinguido do: (I) jogo e aposta (jogo freqüente por excitação ou em uma tentativa de ganhar dinheiro; pessoas nessa categoria provavelmente refreiam seu hábito quando confrontadas com perdas importantes ou outros efeitos adversos); (II) jogo excessivo em pacientes maníacos; (III) jogo em personalidades sociopáticas (nas quais há perturbação persistente e mais ampla do comportamento

social, demonstrada em atos agressivos, ou que, de outra maneira, mostrem falta de consideração marcante pelo bem estar e sentimentos de outras pessoas).

Procurando descrever o que acontece com o indivíduo, Custer (1984) caracterizou padrões uniformes e progressivos no jogo patológico, com complicações previsíveis. O jogo começa com pequenas apostas, normalmente na adolescência, apesar de poder começar em qualquer idade, sendo mais freqüente entre homens. O intervalo de tempo entre o começar a jogar e a perda de controle varia de 1 a 20 anos, sendo mais comum um período de 5 anos. É freqüente que as primeiras apostas tenham resultado em grande ganho.

Três fases do comportamento de jogar são identificadas por esse autor:

1) Fase da vitória - A sorte inicial é rapidamente substituída pela habilidade no jogo. As vitórias tornam-se cada vez mais excitantes e o indivíduo passa a jogar mais, com maior freqüência, acreditando que é um apostador excepcional. Um indivíduo que jogue apenas socialmente geralmente pára de jogar aí, antes de um grande ganho, que, geralmente, equivale ao salário anual do jogador. Quando há grande ganho o jogador patológico tende a continuar jogando ininterruptamente.

2) Fase da perda - Nessa fase é típica uma atitude de otimismo não realista que passa a ser característica do jogador patológico. O jogo não sai de sua cabeça e começa a deixar de ser social, uma vez que o indivíduo passa a jogar sozinho. Depois do grande ganho, a quantidade de dinheiro apostada aumenta consideravelmente na esperança de ganhos ainda maiores. A perda passa a ser difícil de ser tolerada. Como o jogador aposta cada vez mais alto, o dinheiro que ganhou no jogo é utilizado; em seguida, passa a usar salário, economias e seu dinheiro investido. Perder é intolerável, inaceitável: continua apostando na grande sorte.

3) Fase do desespero - Esse período é caracterizado pelo aumento de tempo e dinheiro gasto com o jogo e pelo afastamento da família, que percebe que o jogador não só não paga suas dívidas, como continua a jogar. Um estado de pânico aparece, uma vez que o jogador começa a se dar conta do tamanho de sua dívida, do seu desejo de pagá-la prontamente, do seu isolamento de familiares e amigos, da reputação negativa que passou a ter na comunidade, e, finalmente, de um desejo nostálgico de recuperar os primeiros dias de vitória. A percepção desses fatores pressiona o jogador e o comportamento de jogar aumenta ainda mais, na esperança de um ganho que possa resolver todos esses problemas. Alguns passam então a utilizar recursos ilegais para obter dinheiro, sendo frequentemente processados judicialmente. Nesta fase, é comum que o jogador esteja física e psicologicamente exausto, sendo freqüente a depressão e pensamentos suicidas. Quando a situação chega ao extremo, há suicídio, prisão, fuga ou procura de tratamento.

Além do jogador patológico, que é levado por um impulso incontrolável de jogar, deixando de lado os outros aspectos de sua vida, cinco tipos de jogadores são descritos por Custer & Milt (1985):

1. o profissional - que vive do jogo; trata-se de sua profissão: especializa-se e joga com grande habilidade.
2. o dotado de personalidade anti-social - pessoas que procuram ganhar dinheiro de forma ilegal, utilizando muitas vezes o jogo viciado (por exemplo, cartas marcadas), não se perturbando por prejudicar terceiros ou roubá-los.
3. o social ocasional - o que joga socialmente, de vez em quando, como forma de lazer.
4. o social sério - apesar de ser ainda uma atividade social, o jogo tem peso maior

se comparado a outras atividades de lazer.

5. o tipo alívio/fuga - jogo provê mais do que sociabilidade, recreação e sensação de bem-estar. É uma forma eficiente de diminuir tensão, depressão e ansiedade; outros aspectos da vida estão preservados.

Essas cinco categorias não representam um problema clínico considerável. O jogador patológico é o que realmente se prejudica pela atividade de apostar em jogos de azar. Blaszczynski & Nower (2002) propõem três subgrupos distintos de jogadores patológicos que apresentam falta de controle sobre seu comportamento. O primeiro grupo inclui jogadores onde o condicionamento comportamental é o fator preponderante; o segundo é formado por jogadores vulneráveis emocionalmente e o terceiro, por jogadores impulsivos e/ou de personalidade anti-social. Essa distinção traz contribuições para a abordagem terapêutica. Por exemplo, no primeiro grupo, é mais fácil obter jogo controlado ou abstinência como meta de tratamento. Já os jogadores do segundo grupo usam o jogo como forma de escapar de problemas, sendo comum apresentarem depressão. Nesses casos, é importante tratar a comorbidade e pesquisar as causas do jogo. Sugere-se abstinência, pois é mais difícil o jogo controlado. Os jogadores do terceiro grupo, por sua vez, geralmente começam a jogar mais cedo e apresentam frequentemente outros problemas de controle de impulso, além de dependência de substâncias, sendo também necessário tratar a comorbidade. Abstinência é recomendada e a resposta ao tratamento é geralmente baixa.

Jogo patológico vem sendo considerado uma dependência comportamental com semelhanças à dependência química (Holden, 2001). Sabe-se que o sistema mesolímbico de recompensa tem papel central no desenvolvimento e manutenção de dependência de substâncias (Reuter et al., 2005). A hipótese mais aceita é a de que

farmacodependentes apresentam uma deficiência no sistema de recompensa e que, com o uso da droga, procuram compensar essa deficiência (Blum et al., 2000). Por analogia à farmacodependência, especula-se que jogo patológico pode também estar relacionado a essa deficiência do sistema dopaminérgico mesolímbico de recompensa. Em pesquisa recente, Reuter et al. (2005) verificaram menor ativação do estriado ventral direito em jogadores patológicos do que em controles normais, achado característico de dependência de substâncias, além de apresentarem também menor ativação no córtex pré frontal ventro medial e ventro lateral (VMPFC), o que está relacionado com controle de impulso deficiente. Pesquisas recentes mostram que em usuários de cocaína a região do núcleo accumbens é ativado quando a droga é inalada. Além disso, quando esses usuários vêem imagens de pessoas usando drogas em vídeos, ou fotos de carreiras de cocaína, a amígdala e algumas áreas do córtex também são ativados. As mesmas regiões mostram ativação quando jogadores patológicos vêem imagens de caça-níqueis, sugerindo que a via área tegmental ventral (VTA) - accumbens também deve ter papel crítico em dependências comportamentais (Nestler & Malenka, 2004).

Assim como o uso de drogas, a atividade de jogar é prazerosa. A aposta valendo dinheiro, o risco e a esperança de ganhar produzem estimulação, excitação, bem estar, euforia, além de sensação de poder e sucesso (DeCaria, Hollander, Grossman, & Wong, 1996; Legg England et al., 1991). Já foi observada ativação cardiovascular durante a atividade de jogar (Anderson & Brown, 1984; Dickerson, Hinchey, England, Fabre, & Cunningham, 1992; Griffiths, 1993; Coventry & Norman, 1997), indicando que apostar provoca um estado de estresse agudo. Meyer et al. (2000) demonstraram que alterações nos hormônios de estresse acompanham a ativação cardiovascular que ocorre durante apostas em jogos de azar, especificamente aumentando o cortisol salivar. Há outros indícios da magnitude do impacto do jogo patológico sobre o indivíduo. Já foi descrita a

presença de sintomas de abstinência em jogadores patológicos (Rosenthal & Lesieur, 1992; Wray & Dickerson, 1981) e estudo recente relata que a fissura (*craving*) experimentada por jogadores patológicos na ausência de jogo pode ser mais severa do que a experimentada por dependentes de álcool (Tavares, Zilberman, Hodgins, & el-Guebaly, 2005).

1.2. Jogos de azar e saúde pública: custos sociais e econômicos

Apostas em jogos de azar já provocavam consequências graves antes do desenvolvimento de novas tecnologias que sofisticaram os jogos e agilizaram as apostas. Danos financeiros, legais, médicos e psicológicos relacionados ao jogo patológico estão documentados na literatura. Sabe-se que jogadores patológicos cometem atos ilegais para sustentar o jogo (Rosenthal & Lorenz, 1992), apresentam índices mais elevados de divórcio (Nichols, Stitt, & Giacopassi, 2004), sofrem de problemas cardíacos, gastrointestinais, perturbações de sono e de dores de cabeça (Bergh & Kuehlhorn, 1994), além de condições psiquiátricas associadas.

Abuso de álcool e outras drogas é bastante relatado na literatura associado a jogo patológico (Crockford & el-Guebaly, 1998; Cunningham-Williams, Cottler, Compton, & Spitznagel 1998; Cunningham-Williams, Cottler, Compton, Spitznagel, & Ben-Abdallah, 2000; Lesieur, Blume, & Zoppa, 1986; Ramirez, McCormick, Russo, & Taber, 1983; Bland, Newman, Orn, & Stebelsky, 1993). Comorbidade com transtorno de humor também é freqüente entre jogadores patológicos (Blaszczynski, 1999, 2000; Bland et al., 1993; Petry, Stinson, & Grant, 2005), havendo inclusive estudos que procuram identificar fatores genéticos comuns (Potenza, Xian, Shah, Scherrer, & Eisen, 2005). Depressão associada a jogo patológico é um achado comum, sendo alto o risco de suicídio (McCormick, Russo, Ramirez, & Taber, 1984). Ao reverem a literatura

sobre o assunto, Specker, Carlson, Edmonson, Johnson, & et al. (1996) encontraram estudos que relatavam entre 12 a 24% de tentativas de suicídio por parte de jogadores patológicos. Transtorno de ansiedade também é prevalente entre jogadores patológicos (Bland et al., 1993; Petry et al., 2005). Há, também, ocorrências de transtornos de personalidade, notadamente personalidade anti-social, citados como comorbidade importante com jogo patológico (Petry et al., 2005; Crockford & el-Guebaly, 1998).

Outros problemas de saúde em jogadores patológicos são relatados por Russo, Taber, McCormick, & Ramirez (1984) que estudaram 217 jogadores patológicos internados e verificaram que 39% apresentavam distúrbios cardiovasculares maiores, 26% alergia, 17% problemas respiratórios, 16% transtornos do sistema nervoso, 15% problemas de coluna, 43% problemas orais ou dentais e 30 % estavam obesos. Na Suécia, Bergh & Kuehlhorn (1994) investigaram sintomas em 41 jogadores patológicos e observaram cansaço crônico, gripes e resfriados, enxaquecas, dores gástricas e outros sintomas físicos.

No relatório que elaborou sobre o custo associado ao jogo patológico, Lesieur (1998) resume vários estudos e relata uma série de achados sobre as consequências do jogo patológico nos Estados Unidos. Dívidas relacionadas a jogo são importantes e têm impacto em diversas áreas. Lesieur cita como exemplo pesquisas realizadas com jogadores que freqüentavam a Associação dos Jogadores Anônimos (J.A.) em que se observou que, de 18% a 28% dos homens, e 8% das mulheres, foram à falência devido ao jogo. A extensão da dívida constatada em alguns estudos variou de US\$ 38.664 (média = US\$ 20.000), em Wisconsin, a US\$ 113.640 (média =US\$ 18.000), em Illinois. O autor ressalta que as consequências financeiras prejudicam toda família, uma vez que a inadimplência no pagamento de contas como água, luz, telefone, etc. repercutem em todos, não só no jogador. Por exemplo, entre esposas de jogadores

foram observadas insônia e uma série de distúrbios relacionados a estresse, como dor de cabeça severa, desordens intestinais, asma e depressão, além de ser e o índice de suicídio entre elas três vezes mais alto do que na população geral. Lesieur menciona ainda que a repercussão do jogo patológico sobre o trabalho pode se dar de inúmeras formas. Quanto menor o controle formal, maiores as consequências como atraso, absenteísmo e falta de concentração. Em diferentes estudos, observou-se que entre 21 e 36% dos jogadores patológicos que freqüentavam J.A. perderam emprego devido ao jogo. Dentre as atividades ilegais cometidas por esses jogadores, destacam-se, no relatório de Lesieur, empréstimos fraudulentos, falsificação de assinaturas, furto de dinheiro do trabalho, cheques forjados e outras atividades associadas a colarinho branco. É citado como exemplo pesquisa realizada em Illinois, com 184 membros do J.A., em que 56% admitiram ter roubado e a média do valor roubado foi de US\$ 60.700 (mediana foi US\$ 500) e em Wisconsin, em que, excluindo uma pessoa que roubou US\$ 8 milhões, a média de roubo foi de US\$ 5.738, sendo que 46% dos membros do J.A. admitiram roubo.

Diversos países legalizaram loterias e diferentes tipos de jogos de azar. Coincidentemente, pesquisas mostram o aumento simultâneo da prevalência de jogo patológico na população desses países (Volberg, 1994; Black, 1996; Miller, 1996; Pasternak & Fleming, 1999). Pesquisas na Austrália, Nova Zelândia e países europeus encontraram prevalências de 0,2 a 2,1% de jogo patológico e, em países asiáticos, a porcentagem variou de 1 a 2% (Petry et al., 2005). Em estudo de metanálise, Shaffer, Hall, & Vander Bilt (1999) verificaram que nos Estados Unidos e Canadá, a prevalência de problemas associados ao jogo é alta e modifica-se de acordo com o grupo estudado. Considerando jogo na vida, nos adultos verificou-se que 3,9% eram jogadores-problema e 1,6% jogadores patológicos, resultando em 5,5% com problemas

relacionados ao jogo. Entre adolescentes, 9,5% eram jogadores problema e 3,9% jogadores patológicos, resultando em 13,3% de adolescentes com problemas associados ao jogo. Entre estudantes universitários, as porcentagens são semelhantes (9,3% e 4,7% e 13,9%, respectivamente). Dependentes de drogas e população encarcerada apresentaram índices ainda mais altos de problemas associados ao jogo (15,01%) e de jogo patológico (14,23%).

A metanálise de Shaffer et al. (1999) não menciona uma população que merece atenção, a dos idosos. Nas casas de jogos, principalmente nos bingos, há diversos jogos eletrônicos. O ambiente é propício para o idoso sentir-se bem. Números e informações luminosas e coloridas nas paredes, cadeiras estofadas, confortáveis, chão coberto por tapetes, ambiente de refrigeração perfeita, água e café grátis, servidos por garçons educados e simpáticos. Tudo para que o idoso, que enfrenta dificuldades no cotidiano, devido às próprias limitações do processo de envelhecimento, em uma sociedade que não dispõe de serviços apropriados para essa população, sinta-se prestigiado. O ambiente agradável convida o jogador a se distrair e perder seus limites: de tempo, financeiros e até físicos. As máquinas fascinam, fazem esquecer a rotina e limitações do cotidiano, como exemplificado pela descrição de alguns jogadores idosos em tratamento: *“Aqui tem segurança e distração boa para a cabeça”*; *“Vou ao bingo porque me sinto muito sozinha, então vou lá para falar com as pessoas, eu acho”*; *“Com minha aposentadoria, não tinha nada para fazer”*; *“Me sinto em casa no bingo, o garçom me conhece pelo nome”* (Oliveira, 2005). O jogo computadorizado torna o jogo potencialmente mais arriscado, pois é tudo muito rápido e solitário.

A maioria dos idosos joga por diversão, lazer, para ocupar tempo ocioso. Uma pesquisa sobre frequência a cassinos com 1.420 adultos maiores de 60 anos constatou que, apesar de não ser a atividade favorita, jogo constitui ato social alternativo para essa

população e concluiu ser necessário investigar sua relação com saúde mental e outras opções de lazer (Zaranek & Chapleski, 2005). Outra pesquisa, desta vez com 2.417 adultos com objetivo de identificar correlação entre indicadores de saúde, bem estar e jogo recreativo, verificou que, depois de controlados fatores sociodemográficos, jogadores recreativos idosos que jogaram no ano anterior tinham maior probabilidade de uso de álcool nesse ano e melhor saúde que idosos não jogadores. A percepção de saúde geral boa ou ótima nos jogadores recreativos ocorreu no grupo mais velho, em que o jogo não foi associado a medidas negativas de saúde e bem estar (Desai, Maciejewski, Dausey, Caldarone, & Potenza, 2004). Estudo com 1016 idosos de 71 a 97 anos mostrou o jogo associado à idade menor, sexo masculino, menos anos de educação, menor índice de depressão, melhor auto-avaliação de saúde, uso de álcool no ano anterior e alto nível de funcionamento cognitivo. Os autores concluíram que o jogo pode oferecer fórum de suporte social para adultos que muitas vezes estariam isolados conforme envelhecem (Vander Bilt, Dodge, Pandav, Shaffer, & Ganguli, 2004).

No entanto, uma parcela desses idosos desenvolve padrão de jogo patológico, vindo a sofrer as conseqüências desse lazer aparentemente tão inofensivo. Segundo Fessler (1996), até 1996 não havia pesquisa sobre jogo patológico em idosos, apesar de cassinos realizarem eventos específicos para atrair essa população. Estudos regionais norte americanos encontraram de 5 a 10% de jogadores patológicos entre idosos, sendo que na Flórida essa porcentagem chegou a 16,8%. Em Wisconsin a população de jogadores patológicos que mais aumentou foi a de idosos. Fessler adverte que pesquisas com jogadores em tratamento no programa de Jogadores Anônimos (J.A.) subestimam os dados, pois idosos têm mais dificuldade em participar das reuniões, são mais isolados. Trata-se de uma população vulnerável, uma vez que preocupados com situação financeira vêem no jogo uma oportunidade de ganho financeiro. Além disso,

outros fatores comuns a essa população podem levar ao jogo patológico, como isolamento social, depressão, relação conjugal difícil e dependência química. Fessler ainda ressalta que médicos deveriam investigar jogo patológico em consultas rotineiras, pois têm acesso privilegiado a essa população. A família só descobre o problema quando os limites foram ultrapassados, pois o jogador patológico joga até a exaustão.

Pesquisas recentes confirmam esse dado. Estudo com 492 adultos maiores de 65 anos nos EUA em bingo (n = 132) e centro de terceira idade (n = 360) verificou que 12,9% dos entrevistados no bingo e 9,7% no centro de terceira idade apresentavam problemas com jogo ou preenchiam diagnóstico para jogo patológico. Trinta e nove por cento relataram apostar pelo menos duas vezes por mês no ano precedente e 33,7% apostou US\$ 50 ou mais nos dois meses anteriores à pesquisa. O estudo sugere que há um subgrupo de idosos que tem alto índice de participação em jogos de azar e apresenta problemas associados (Ladd, Molina, Kerins, & Petry, 2003). Em Las Vegas, pesquisa com membros da Associação de Jogadores Anônimos (J.A.), em 2002, relatou que 48,8% eram mulheres; 11,8% tinham entre 61 e 70 anos e 3,2% tinha mais de 70 anos (Schwer, 2003). Na Suécia, dos jogadores patológicos pesquisados 2,1% tinham entre 65-74 anos e dos jogadores sociais, 12,2% eram dessa faixa etária (Volberg, Abbott, Ronnberg, & Munck, 2001).

Dentre os jogadores mais velhos, a parcela de mulheres chama atenção. Petry (2002), em pesquisa com jogadores em tratamento nos EUA, dividiu a população em *jovens* (18-35 anos), *adultos* (36 a 55 anos) e *mais velhos* (acima de 55 anos), e aplicou a Addiction Severity Index (ASI) e perguntas sobre jogo. Os grupos *adultos* e *mais velhos* apresentavam mais mulheres (45% e 55%) que os *jovens*. As mulheres começaram a jogar depois dos 55 anos e haviam apostado maiores quantias no mês anterior. Petry aponta para a necessidade de estratégias específicas para jogadores mais

velhos, principalmente para mulheres. Nesse sentido, estudo realizado com pessoas que procuravam ajuda através de telefone (*Gambling Helpline*) sugeriu que as mulheres poderiam desenvolver problemas relacionados ao jogo de maneira mais rápida que os homens (Potenza et al., 2001). Estudo em São Paulo também encontrou diferenças de gênero. Constatou-se rápido progresso de jogo patológico em mulheres, o *efeito telescópio* (Tavares et al., 2003), e que mulheres jogadoras patológicas haviam feito mais tentativas de suicídio do que homens (Martins, Tavares, Lobo, Galetti, & Gentil, 2004).

Outra área recente em que a prevalência de jogo patológico merece alerta é o jogo pela internet. Em pesquisa com adultos em sala de espera de clínicas médicas ou de dentistas, Petry (2006) observou que 6,9% dos entrevistados já haviam apostado pela internet e que 2,8% eram apostadores freqüentes. Dos apostadores regulares, 65% preenchiam critério para jogo patológico. Mitka (2001) mostra que jovens vêm jogando cada vez mais pela internet e lembra a criação de um serviço de aconselhamento para apostadores na internet pelo governo norte americano. Apostas na internet vêm crescendo e a Associação Americana de Psiquiatria (APA) alerta que jovens estão especialmente em risco para problemas associados ao jogo e deveriam ser advertidos para o fato. Em 1997 havia 6,9 milhões de jogadores gerando renda de 300 milhões em jogos *online*. Um ano depois havia 14,5 milhões de jogadores na internet (www.ngisc.gov/reports/fullrpt.html). Em 2001 esperava-se renda de US\$2,3 bilhões. A própria indústria norte-americana de jogo preocupa-se com perda de receita devido ao crescimento do jogo via internet e prepara-se para explorar esse mercado de apostas fora dos Estados Unidos ("Gambling goes global: all bets are on," 2004). A empresa *Partygaming*, que abriu seu capital na bolsa de valores de Londres, é exemplo desse crescimento, sendo o maior conglomerado de cassinos *online* do mundo. Conta com

sites como *Partypoker.com*, *Partybingo.com* e *Starluckcasino.com*. Em março de 2005 a empresa tinha um milhão de jogadores registrados, dos quais 400 mil ativos. O grupo declarou ter ganho em 2004 US\$ 600 milhões, ante US\$ 153 milhões no ano anterior (Pereira, 2005). Outro *site* de jogo que expande seus negócios rapidamente é o *Pokerpulse.com*, um *site* de pôquer que, em 2002, contava com 800 apostadores simultâneos e passou a contar atualmente com 80.000 jogadores em horário de pico. No *site* *Pokerpulse.com* há a afirmação de que 1,8 milhões de jogadores movimentam 200 milhões de dólares diariamente, doze vezes mais que há dois anos atrás. Em 2003 foi criado um campeonato mundial de pôquer (World Poker Tour, WPT), televisionado pelo *Travel Channel* nos EUA, atraindo telespectadores do mundo todo e popularizando o jogo (Dorf, 2005). Em agosto de 2004 a empresa WPT Enterprises teve grande sucesso no mercado de ações NASDAQ ("Gambling goes global: all bets are on," 2004). A expansão do jogo pela internet vem alarmando autoridades em diferentes países. Estima-se que foram feitas cerca de 12 milhões de apostas em 2005, sendo metade por parte de norte-americanos. O congresso americano proibiu recentemente as companhias de cartão de crédito de pagar companhias de cassino *online*. A Inglaterra, por sua vez, pretende legalizar o cassino *online* de maneira a poder cobrar impostos dessa atividade ("Online Gambling: Busted flush," 2006).

1.3 Jogos de azar no Brasil

No Brasil, muito se tem discutido sobre a legalização dos jogos de azar. A primeira loteria foi instituída por D. João VI, em 1809, logo após, portanto, sua chegada ao país. Os recursos dela advindos destinavam-se à construção do teatro de Salvador. Em 1837 idealizou-se a organização das loterias, destinando-se 8% do valor recolhido das apostas para amortizar a emissão de papel moeda. Em 1871, a Lei do Ventre Livre

estabeleceu o percentual de 10% do fundo das loterias para custear a emancipação dos escravos. O jogo do bicho, por sua vez, também teve origem legal, criado como mecanismo para arrecadar recursos para o Jardim Zoológico do Rio de Janeiro (Sarney, 1993). Salvo loterias e turfe, os jogos de azar foram proibidos em 1946, por Decreto Lei do Presidente Dutra. Em 1993, a “Lei Zico” e, posteriormente, em 1988, a “Lei Pelé”, revogaram o artigo 50 da Lei das Contravenções Penais no que tange ao enquadramento do bingo como contravenção, vinculando o funcionamento de bingos a clubes esportivos. Uma porcentagem do dinheiro arrecadado no jogo deveria financiar o esporte. Jornais da época afirmam que “o jogo adquiriu charme, sofisticação e vira atração nos jardins” (Coelho, 1994) e panfletos divulgam: “tem suspense, emoção, alegria, vibração e amor. E não é novela. É o Bingo Club de Moema”. No ano de 2000, a Lei no. 9.981, conhecida como Lei Maguito, proibiu a abertura de casas de bingo. Entretanto, apoiados em sentenças judiciais, algumas em caráter liminar, bingos continuaram funcionando e expandiram seus negócios, sob a inspiração de cassinos temáticos de Las Vegas (Fernandes & Rolli, 2005). Em 2004, o presidente Lula decretou a proibição do funcionamento de bingos e caça niqueis, mas, três meses depois, o Senado derrubou a medida provisória do presidente e essas casas voltaram a funcionar. Nessa época, os meios de comunicação passaram a veicular propaganda de bingos em *outdoors*, encartes de jornais e também na televisão, com atores consagrados defendendo a atividade. Salientava-se seu caráter social e de lazer, enfatizando benefícios decorrentes da legalização do jogo, como oferta de empregos diretos e indiretos (Oliveira, 2004). A Associação Brasileira dos Bingos (ABRABIN) financia regularmente publicações enaltecendo a atividade, como a revista *Games Magazine*, de distribuição gratuita.

Não é recente a discussão no Congresso Nacional sobre a legalização de cassinos como forma de atrair desenvolvimento de algumas regiões. Tramita no Congresso Nacional desde 1996 o projeto de Lei n. 91, da Câmara dos Deputados, para autorizar a União, Estados e Municípios a administrar jogos de azar diretamente, ou repassar o negócio a terceiros, mediante licitação. Em 1998, a Câmara dos Deputados e uma Comissão do Senado tentaram aprovar a volta do cassino, mas não se chegou à aprovação definitiva, que dependia de sanção do Presidente da República (Marin, 1998). O governo federal criou, em 2003, um grupo de trabalho para propor a regulamentação do jogo, visando arrecadar fundos para prover a pasta do Ministério de Esportes, além de financiar projetos sociais com renda proveniente do jogo. Falava-se em estatizar o bingo, como forma de centralizar e de impedir contravenções, como a lavagem de dinheiro. Empresários do setor de seis Estados organizaram o Movimento Pró-bingo com o propósito de auxiliar as autoridades do país na tarefa de regulamentar a atividade (Fernandes & Rolli, 2005). Periodicamente esse tema volta a agitar o Congresso Nacional.

Não é por acaso que muitos se interessem pelo jogo como negócio. Loterias movimentam significativo volume financeiro. Em 1994, a Caixa arrecadou 714,4 milhões com loterias e, no ano seguinte, a arrecadação pulou para 1,6 bilhão. As loterias estaduais também dispararam (Lobato, 7/06/98). Em 2003, cerca de 3,5 bilhões passaram pela Caixa Econômica Federal. Defensores da legalização das casas de bingo, que funcionam precariamente com autorização judicial que pode ser cassada em grau de recurso, afirmam que o Estado pode arrecadar 1,7 bilhão por ano em impostos com os 1100 bingos existentes e empregar até 120 mil pessoas (Fernandes & Rolli, 2005).

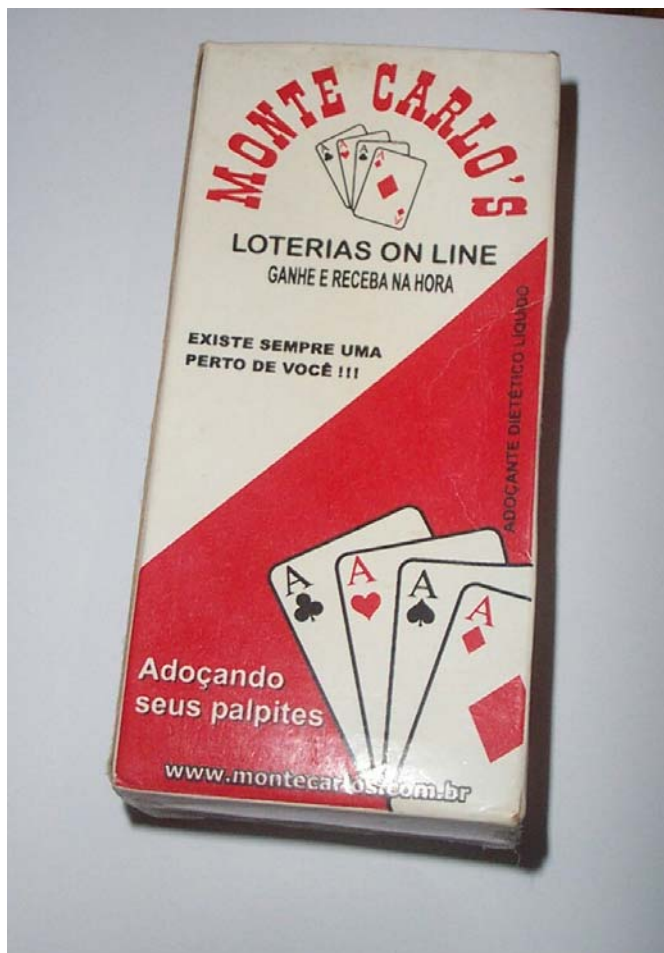
Enquanto Estados enfrentam dificuldades em razão da queda da arrecadação tributária, reflexo da perda de poder aquisitivo da população, a renda proveniente de

jogos de azar, aí incluídas as loterias, aumenta. Alguns autores norte-americanos afirmam que atualmente os governantes dependem do jogo e da renda que ele gera (Kramer, 1997). Cartmill (1995) comenta que George Orwell não ficaria surpreso com o fato de a loteria nacional norte-americana arrecadar montantes desproporcionais de pessoas pobres. Em sua obra *1984* o autor já descrevia o efeito da loteria sobre as “proles”, que constituíam 85% da população da Oceania, país imaginário que serve de palco para sua história clássica.

A partir de 1996 o jogo invadiu o cotidiano e entrou nas residências levado pelas emissoras de televisão. Com anuência do Ministério da Justiça e a pretexto de arrecadar dinheiro para instituições beneficentes, os tele-sorteios passaram a ser realizados de e para qualquer ponto do território nacional (Fernandes & Rolli, 2005). Existem vários tipos de loteria, a saber, Loteria Federal, Esportiva, Raspadinha, Super Sena, Quina, Mega Sena, Trinca e cerca de quatorze Estados as possuem no âmbito estadual, com três jogos em média cada uma. Tudo isso sem contar o tradicional jogo do bicho que conta com várias extrações diárias, arraigado que está nos costumes da população de baixa renda, diante da facilidade e informalidade de sua organização. O que se destaca, na prática desse jogo, é a credibilidade dos que o exploram e a confiança adquirida ao longo de décadas de atuação em todo o país.

Ao andar pelas ruas de grandes cidades como São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, é notório como jogos de azar estão cada vez mais sofisticados e integrados à vida na sociedade. A tecnologia aprimorou jogos os tradicionais. O bingo e os jogos eletrônicos são disponíveis em diferentes modalidades. Em São Paulo, por exemplo, o *Espaço Cultural Imperatriz 23 Bingo* conta com uma área de 6.000 m², exibindo 120 guerreiros com dois metros cada um, entre outras esculturas. As fotografias que se seguem são da embalagem de adoçantes utilizada habitualmente em restaurantes de Recife, divulgando

as facilidades da “Monte Carlo’s Loterias Online”, que incluem “VÍdeo Pocker” e “VÍdeo Bicho” entre suas atividades.



|

|



Em municípios menores, antigos cinemas transformaram-se em casas de bingo. No ano de 2006 reabriu em grande estilo um hotel que conta com bingo e roleta automática para entreter os hóspedes, pretendendo resgatar o *glamour* da época em que foi construído como hotel-cassino, em 1940 (Siqueira, 2006). Consultando a internet, observa-se que vários hotéis divulgam em seus *sites* bingo como atividade recreativa.

Assim, uma vez que jogos de azar proliferaram-se e tornaram-se uma realidade da vida urbana, é necessário conhecer essa prática para lidar com os efeitos dela advindos para a população e evitar os prejuízos a ela associados. Por isso é que pesquisas no Brasil sobre o assunto tornaram-se imprescindíveis para subsidiar políticas públicas adequadas à especificidade da cultura brasileira.

Apesar da falta de estudos epidemiológicos, há claros indícios de que o número de jogadores patológicos vem crescendo conforme aumenta a disponibilidade de jogos

de azar. Em 1994, o Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), criou o Ambulatório de Jogo Patológico do Programa de Orientação a Atendimento a Dependentes (PROAD), primeiro programa de tratamento especializado em jogo patológico no país (Oliveira, Silva, e Silveira, 1999). Em dez anos de atividades, a procura por esse serviço foi muito maior do que a possibilidade de atendimento. Observou-se que os jogos referidos como desencadeadores do problema acompanharam as mudanças do mercado. Os primeiros pacientes jogavam videopôquer em casas de diversões eletrônicas. Posteriormente, passaram a ser jogadores de bingo e de jogos eletrônicos (Oliveira, Pacheco e Silva, & Silveira, 1999). Um quarto desses jogadores já cometeu ato ilícito relacionado ao jogo, 78% estavam endividados, 47% já haviam tido ideação suicida e 14% já haviam feito ao menos uma tentativa de suicídio (Oliveira, Bizeto, & Fernandes, 2006).

Como a demanda por tratamento aumentou, surgiram em São Paulo e outros municípios do Estado e do país grupos de auto-ajuda, semelhantes aos da Associação dos Alcoólatras Anônimos (A.A.), os grupos de Jogadores Anônimos (J.A.), com reuniões diárias. Há solicitações sobre orientação para lidar com o problema por parte de familiares e de jogadores, uma vez que não há em número suficiente profissionais treinados para atender essa nova demanda.

Contrastando com o surgimento de dependentes e da constatação da patologia e seus efeitos sociais e familiares negativos, assiste-se à promoção do jogo, em particular do bingo, pelos meios de comunicação e em projetos de lei, patrocinados por entidades interessadas na sua exploração. Alardeia-se constituir atividade de lazer, benéfica e inócua, procurando-se desvincular-lhe a imagem como jogo de azar. Pesquisa da Universidade de São Paulo, de 1997, mostrou que jogadores classificados como patológicos, entrevistados em casas de bingo, sentiam-se menos culpados por jogar do

que os entrevistados em casas de videopôquer ou no Jôquei Clube (Oliveira & Silva, 2001). Apesar de preencher critérios para jogo patológico e sofrer consequências desse transtorno, a maioria dos jogadores patológicos não tem consciência do problema e não procura ajuda (Oliveira & Silva, 2000).

1.4 Importância de instrumento validado para população brasileira

Como se sabe, o desenvolvimento de bons instrumentos para rastreamento de transtornos psiquiátricos é fundamental para orientar políticas públicas. É pela utilização desses instrumentos que informações fidedignas sobre incidência de doenças podem ser obtidas de forma a alertar autoridades para a eventual necessidade de implementação de estratégias de tratamento e prevenção. No caso específico do jogo patológico, essas pesquisas são de grande importância. A repercussão do jogo patológico sobre a saúde dos indivíduos começa a ser sentida no Brasil, mas ainda não é mensurada de maneira apropriada, não havendo estudos no país suficientes que dêem subsídios para orientar políticas públicas para enfrentar a realidade local, que pode ser diversa da experiência de outros países. Os dados epidemiológicos existentes sobre jogo patológico, por exemplo, provêm de levantamentos internacionais, não havendo no país estudo de prevalência na população. As informações sobre população brasileira são escassas, originadas de estudos com jogadores que procuram tratamento nos dois únicos centros especializados no país, o Ambulatório de Jogo Patológico do PROAD/UNIFESP e o AMJO, Ambulatório de Jogo Patológico do Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

Para identificar a presença de determinadas doenças na população, instrumentos de rastreamento são frequentemente utilizados. É importante esclarecer que rastreamento refere-se a diagnóstico provável e não diagnóstico efetivo. Uma vez que

um instrumento apresente bons coeficientes de validade e confiabilidade, pode ser aplicado em pesquisa para apurar transtornos psiquiátricos e assim indicar probabilidade de ocorrência de determinado transtorno. Alguns cuidados devem ser tomados em estudos de rastreamento e algumas dificuldades são específicas a esse tipo de pesquisa. Andreoli, Blay & Mari (2000) mostram que a identificação de sintomas na comunidade é tarefa mais complexa do que entre pacientes, uma vez que o mesmo sintoma é avaliado de forma diferente pelo indivíduo na comunidade ou pelo paciente no hospital ou clínica psiquiátrica. Visando minimizar esse problema, escalas de avaliação foram desenvolvidas com técnicas psicométricas que resultaram em conjuntos de questões formuladas de maneira clara, incluindo itens sobre sintomas, percepção da capacidade de lidar com problemas ou tratar de dificuldades sociais e medidas de satisfação. Essas escalas são sujeitas ao efeito de diferenças culturais, que podem explicar, por exemplo, variações de prevalência em diferentes estudos. Dessa maneira, é fundamental que alguns cuidados sejam tomados na tradução e que seja realizada adaptação transcultural do instrumento. Como bem assinala (Jorge, 2000), fatores socioculturais não podem deixar de ser levados em conta na avaliação psiquiátrica.

Ainda visando um bom delineamento de pesquisa, (Menezes & Nascimento, 2000) apontam para a importância de haver critérios clínicos operacionais, entrevistas padronizadas e instrumentos com objetivos claros, de maneira a aumentar a concordância entre diferentes investigadores e possibilitar a comparação de resultados. O relato verbal é ainda a forma mais confiável de avaliar estados subjetivos (Guimarães, 2000). As escalas de auto-aplicação apresentam limitações devido à dificuldade de compreensão, possibilidade de falsificação de respostas e maior necessidade de cooperação do sujeito. No entanto, as escalas aplicadas por um pesquisador também sofrem de limitações devido à interferência do entrevistador.

Assim, essas limitações devem ser ponderadas na definição do método a ser utilizado e não podem ser desconsideradas na análise dos resultados.

No caso específico de jogo patológico, Blaszczynski, Dumlao, & Lange (1997) mostram como pesquisas de validade dependem da clareza e da ausência de ambigüidade de cada item do instrumento aplicado. Esses autores avaliaram uma pergunta clássica em estudos sobre jogos de azar: “Quanto você gasta jogando?”. Mostraram como questões desse tipo podem ser interpretadas de diferentes maneiras. Enfatizam a necessidade de instruções mais claras para esse cálculo, tanto em estudos clínicos quanto em pesquisas de prevalência.

Outro fator que torna essa tarefa complexa é o fato de ser o julgamento sobre presença de transtorno psiquiátrico realizado com base em sintomas e síndromes clínicas. Shaffer (1999) discute a definição de dependência apontando as ambigüidades a ela inerentes. Afirma que Jogo patológico e dependência de substâncias são diagnósticos realizados a partir de consequências do comportamento, uma vez que não há “padrão ouro” independente, e que esse padrão virá de estudos da neurociência e neurogenética. O padrão adotado como o melhor no momento são os critérios do DSM IV para jogo patológico (Cox, Enns, & Michaud, 2004).

Confiabilidade e validade de construto são medidas importantes para avaliar o desempenho de uma escala. A confiabilidade procura avaliar se o resultado da aplicação do instrumento é consistente, isto é, não se altera em várias medições. O teste “reteste” poderia ser uma forma de avaliação, mas apresenta algumas desvantagens, como o efeito de aprendizagem ou o impacto de mudanças entre a primeira e segunda aplicação, que podem alterar o resultado. Procedimento bastante utilizado para verificar a confiabilidade é avaliar a consistência interna da escala por meio do alpha de Cronbach.

A validade de construto está ligada ao efeito global da enfermidade. Procura-se verificar se o indivíduo apresenta sinais e sintomas equivalentes ao da teoria que descreve o fenómeno. A validade de construto avalia se o questionário utilizado consegue acertar o alvo, se tem capacidade discriminante, sendo importante detectar os vieses presentes. Assim, os instrumentos têm que ser construídos visando medir o que querem medir, devendo apresentar boa capacidade para identificar casos verdadeiros (sensibilidade) e de identificar falsos positivos (especificidade). Outros indicadores para um bom instrumento são os valores preditivo positivo (VP+) e negativo (VP-), que indicam a probabilidade de ter a doença e a taxa de classificação incorreta (TCI). Se o objetivo é a detecção precoce, o instrumento deve ser mais sensível.

Os critérios do DSM IV para Jogo Patológico têm sido muito utilizados para fins de pesquisa em diferentes meios e vários instrumentos têm sido avaliados utilizando esses critérios como “padrão ouro”. Procurando verificar a adequação desses critérios, Stinchfield (2003) examinou sua validade e confiabilidade. Para tanto, os dez critérios do DSM IV para jogo patológico foram parafraseados em 19 itens com respostas “sim” ou “não” e dois grupos recrutados para o estudo: amostra da população geral, obtida pelo University of Minnesota Center for Survey Research e clientes de seis centros de tratamento de jogo patológico, mantidos pelo Estado Norte-Americano. Na população geral o instrumento incluía os 19 itens do DSM IV e as 20 questões da SOGS. Nos centros de tratamento, esses instrumentos faziam parte do questionário de entrada ao atendimento.

Nesse estudo, a confiabilidade foi estimada utilizando como medida de consistência interna o alpha Cronbach. A consistência interna para os 10 critérios do DSM IV foi de $\alpha = 0,81, 0,77$ e $0,98$ para população geral, jogadores em tratamento e grupos combinados, respectivamente. A validade de construto e de

convergência também foram verificadas. Validade de construto seria evidente se os índices da população geral fossem significativamente inferiores aos do grupo de tratamento. Para isso foi calculada a média e desvio padrão dos escores do DSM IV para os dois grupos (população geral, média = 0,1, DP = 0,6; grupo clínico, média = 8,5, DP = 1,9) e o teste t para grupos independentes mostrou diferença significativa entre eles ($t = 108$, g.l. = 1055, $p < 0,01$). A validade de convergência foi examinada utilizando a SOGS. Validade de convergência seria evidente se o DSM IV fosse significativamente correlacionado à SOGS. A correlação foi de $r = 0,77$ ($p < 0,01$) para população geral e $r = 0,75$ ($p < 0,01$) para grupo clínico. Utilizando ponto de corte original do DSM IV, isto é, classifica-se como jogador patológico aquele que pontuar 5 ou mais, obteve-se os seguintes índices: sensibilidade = 0.95, especificidade = 0.996, valor preditivo positivo = 0,004, valor preditivo negativo = 0,05 e taxa de acerto = 0.98. Baixando o ponto de corte do DSM para 4, o autor obteve: sensibilidade = 0.97, especificidade = 0.99, valor preditivo positivo = 0,001, valor preditivo negativo = 0,03 e taxa de acerto = 0.99. O autor sugere que baixar o ponto de corte do DSM IV para 4 poderia evitar falsos negativos. Nesse mesmo sentido, Volberg, (1999) encontrou correlação do DSM IV com a SOGS de 0.52 utilizando uma versão abreviada dos critérios do DSM IV para jogo patológico e sugere que o ponto de corte 5 para estudos com população geral é muito severo.

Em estudo recente, Stinchfield, Govoni, & Frisch (2005) examinaram a validade, confiabilidade e taxa de classificação incorreta dos critérios do DSM IV para jogo patológico. Nesse estudo, os autores aplicaram a *Gambling Behavior Interview* (GBI), uma entrevista estruturada sobre problemas relacionados a jogo, com 106 itens. A GBI avalia os últimos 12 meses e contém oito domínios (atitudes relacionadas a jogar; frequência de jogo de jogos diferentes; tempo e dinheiro gasto jogando;

freqüência de jogo em diferentes casas de jogo; SOGS; critérios do DSM IV; itens de pesquisa diagnóstica e dados demográficos. Utilizando o ponto de corte 5 do DSM IV, 20 jogadores em tratamento foram classificados como não tendo jogo patológico, e ao baixar o ponto de corte para 4, o número de falsos negativos diminuiu para 9. Usando uma análise que atribui peso aos itens (Discriminant Function Analysis - DFA), os grupos foram discriminados de forma mais acurada. Os critérios que melhor distinguiram os grupos foram o nº 3, “tentar parar de jogar”; o nº 1, “passar muito tempo pensando em jogo”; o nº 5 “jogo como forma de escapar de problemas” e o nº 6, “tentar recuperar”. Os autores concluíram que os índices encontrados relativos aos critérios do DSM IV são satisfatórios, mas poderiam melhorar se o ponto de corte fosse baixado para 4 e melhorariam ainda mais se fossem atribuídos pesos diferentes aos critérios.

1.5 Escalas para avaliação de jogo patológico

A literatura indica que a SOGS é o instrumento mais utilizado internacionalmente para rastrear jogo patológico (Battersby, Thomas, Tolchard, & Esterman, 2002; Cox et al., 2004; Strong, Lesieur, Breen, Stinchfield, & Lejuez, 2004). A escala foi desenvolvida por Lesieur & Blume (1987) tendo sido validada e padronizada nos EUA. Foi construída a partir dos critérios do DSM-III e avalia o impacto do jogo em várias dimensões, incluindo fatores emocionais, familiares, sociais, ocupacionais, educacionais e financeiros (anexo 1). A SOGS vem sendo utilizada em várias pesquisas nos EUA (Lesieur, Cross, Frank, Welch, & et al., 1991; Volberg & Steadman, 1989) e em diversos países, tendo sido traduzida para o francês, alemão, espanhol, italiano, sueco, holandês, árabe, entre outras línguas (Lesieur & Blume, 1993).

Trata-se de uma escala de fácil aplicação, que toma pouco tempo, podendo ser utilizada sob forma de auto-aplicação ou ser empregada por entrevistadores (profissionais ou não). A escala é composta de 16 questões com 37 itens que investigam apostas em diversos jogos de azar e comportamentos associados. Desses itens, 20 têm o mesmo peso e contam para a pontuação. O indivíduo que responder “sim” a 5 ou mais itens é classificado como provável jogador patológico. As questões que não contam para a pontuação versam sobre tipos de jogo, quantia gasta em apostas e problemas de jogo nos pais (Lesieur & Blume, 1987).

A SOGS foi proposta como instrumento útil para identificação de provável jogador patológico, o que deveria ser confirmado por meio de entrevista clínica. A validação foi realizada em duas etapas (Lesieur & Blume, 1987). Na primeira, os índices de 297 pacientes de um hospital psiquiátrico de Nova Iorque (South Oaks Hospital), internados por abuso de álcool ou outras drogas, foram correlacionados com parecer do responsável pelo tratamento, baseado em sessões de psicoterapia e entrevista com familiares e outras pessoas significativas e a correlação encontrada foi de $r = 0,86$, $g.l. = 295$, $p < 0,001$. Em um segundo momento, a SOGS foi aplicada anonimamente juntamente com questões do DSM III-R em 213 membros do J.A., 384 estudantes universitários e 152 funcionários do hospital South Oaks. Foi então utilizado 5 como ponto de corte para identificar jogador patológico. Esses resultados foram validados com as questões do DSM III-R, onde um escore igual ou superior a 4 de um total de 9 critérios indicava jogo patológico. A correlação encontrada foi alta: $r = 0,94$, $g.l.=747$, $p < 0,001$, apresentando baixa taxa de falsos positivos (1,2%) e falsos negativos (1,9%). A consistência interna foi verificada utilizando 794 questionários completos e obteve-se o alpha de Cronbach = 0.97, $p < 0,001$. Um teste seguido de “reteste”, com um mês de intervalo, foi realizado com 74 pacientes internados e 38 pacientes ambulatoriais, e os

resultados mostraram diferenças entre os grupos: pacientes internos, $r = 0,61$, $g.l. = 72$, $p < 0,001$ e ambulatoriais, $r = 1$, $g.l. = 36$, $p < 0,001$.

A SOGS vem sendo bastante utilizada na Austrália e sobre isso foi feita cuidadosa revisão por Battersby et al. (2002). Esses autores observam que não há definição clara de jogo patológico para dar suporte ao questionário, o que seria importante para a validade de construto. Sua base poderia ser a perda de controle sobre a impulsividade, indicada pelo comportamento de voltar para recuperar o dinheiro perdido (*chasing*). Esses autores fazem algumas considerações acerca da população utilizada na validação da SOGS por Lesieur & Blume (1987). Apontam que esses autores utilizaram jogadores que freqüentavam o J.A. na validação e, posteriormente, foi observado por Volberg & Steadman (1988) que membros do J.A. talvez não sejam representativos de todos jogadores patológicos. Assim, sugerem que população clínica poderia testar melhor a sensibilidade do instrumento por ser uma população claramente afetada pelo transtorno. Notam também que os resultados da validação realizada por Lesieur e Blume (1987) não foram confirmados pela entrevista clínica do DSM III-R.

Criticas à SOGS também foram feitas por Cox et al. (2004), que afirmam que em muitos estudos a escala tem sido usada sem ser seguida de entrevista clínica para confirmar o diagnóstico; que ela dá muito peso a diferentes tipos de débitos acumulados, além de ter sido elaborada com base nos critérios diagnósticos do DSM III, agora desatualizado. Há importantes fatores que passaram a integrar os critérios do DSM IV, mas que não são contemplados pela escala, como tolerância a estímulo provocado pelo jogo e jogar como maneira de escapar de humor disfórico. No entanto, tentou-se elaborar no Canadá uma nova escala. Todavia, Cox et al. (2004) consideram que o uso da SOGS ainda traz mais vantagens, principalmente porque permite a comparação dos resultados acumulados de diferentes centros e países. Sugerem a

possibilidade de atribuir mais importância para alguns itens da escala e estabelecer pontos de corte diferentes para definir dificuldades relacionadas ao jogo. Assim, esses autores estudaram a distribuição dos escores do DSM IV procurando determinar se existe um continuum de problemas associados ao jogo. Levantaram a hipótese de que há jogadores que pontuam de 1 a 4 no DSM IV e que se assemelhariam mais aos que pontuam 5 ou mais, classificados como patológicos, do que a jogadores recreativos (que não preenchem critérios do DSM IV) em relação a tipos e frequência de jogo. Encontraram alta correlação entre SOGS e DSM IV: na vida $r = 0,81$ e no ano precedente, $r = 0,79$. Classificaram como jogadores recreativos os que pontuaram 0 no DSM IV, jogador sub-limiar os que ficaram entre 1 e 4, e patológico os que pontuaram 5 ou mais. O padrão recreativo foi significativamente diferente dos outros dois padrões com relação a uma série de comportamentos associados ao jogo, sugerindo que esses padrões parecem formar um continuum. Os autores assinalam ainda que, de uma perspectiva clínica, intervenções muitas vezes são solicitadas por jogadores que depois se verifica preenchem 3 ou 4 critérios do DSM IV. Em concordância com essa visão, o *National Gambling Impact Study Commission* recomenda escores 3 ou 4 no DSM IV como já indicativos de problemas associado ao jogo.

Para aqueles que ainda não preenchiam critérios para jogo patológico, mas sofriam algumas conseqüências devido à atividade de jogar, Volberg & Steadman (1989) propuseram o termo “jogador problema”. Sugeriram que escore 1 ou 2 na SOGS corresponderia à “jogador recreativo ou social”; 3 e 4 a “jogador problema”, e 5 ou mais, a “jogador patológico”, como na versão original da escala. Essa categorização da SOGS passou a ser bastante usada, como mostra o estudo de metanálise conduzido por (Shaffer, Hall & Vander Bilt, 1999).

Por sua vez, Engwall, Hunter, & Steinberg (2004) propuseram uma versão curta da SOGS, em estudo para verificar a prevalência de jogo patológico e outros comportamentos de risco entre estudantes universitários. Nessa versão mais curta, eliminaram duas questões que tratam de dificuldades em se abster de jogar (questão 10) e das fontes de empréstimo (questão 16 com seus nove sub-itens), e acrescentaram uma questão com 5 categorias sobre fonte de dinheiro emprestado. Essa escala passou a ser chamada de SOGS-CT (SOGS for Connecticut) e possui 11 itens. Como na escala original, cada tipo de jogo possuía as alternativas: “nunca”, “sempre” ou “uma ou mais vezes por semana”. Os autores dividiram grupos de acordo com o resultado da SOGS usando outro ponto de corte: quem não foi a jogo e teve escore 0, foi classificado como “não jogador”; quem foi pelo menos a um tipo de jogo e obteve escore de 0 a 2, “jogador social”; escore 3 ou 4, “jogador problema” e escore igual ou superior a 5, “jogador patológico”.

A SOGS foi também adaptada para mensurar jogo patológico entre adolescentes. Para tanto, em 1993, foi elaborada a South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents – SOGS-RA (Winters et al., 1993). Essa versão da escala é popular por ser mais curta e fácil de ser aplicada. Há, no entanto, discussão sobre qual a melhor maneira de avaliar os resultados e diferentes esquemas de classificação foram propostos. Em estudo recente, Langhinrichsen-Rohling, Rohling, Rohde, & Seeley, (2004) apresentaram um sistema de classificação para a escala. De acordo com a pontuação obtida, foram criados cinco grupos: “não jogadores” = 0; “jogadores não problema” = 0 e 1; “jogadores de risco” = 2 ou 3; “jogadores problema” = 4 ou 5; “jogador patológico” = 6 ou mais.

Fisher (1992), por sua vez, propôs 9 critérios para avaliar jogo patológico entre jovens, que são formulados em 12 questões. Sete questões correspondem a sete critérios

de DSM IV, mas 5 questões correspondem a apenas 2. Um jovem deve preencher 4 critérios para ser classificado como “jogador problema”. No entanto, Ladouceur (2003) alerta para o fato de que esse instrumento está sendo utilizado incorretamente, provocando confusão na interpretação dos resultados, existindo estudos que indicam ser o índice de jogo patológico entre adolescentes quatro vezes superior ao de adultos. Além de possíveis dificuldades de compreensão do instrumento pela população mais jovem, Ladouceur atribui essa discrepância ao fato de alguns estudos terem utilizado 4 como ponto de corte de 12 questões e não de 9 critérios, como propôs Fisher originalmente no DSM - IV- J e, posteriormente, no DSM- IV- MR- J (S. Fisher, 2000), resultando assim em super-estimação de resultado.

Procurando acessar possíveis diferenças na classificação de adolescentes jogadores, Ladouceur, Ferland, Poulin, Vitaro, & Wiebe (2005) compararam o desempenho da SOGS-RA com a entrevista clínica do DSM IV e concluíram que esses instrumentos usam critérios diferentes. Dos 93 adolescentes classificados como “jogadores problema” pela SOGS-RA, apenas 9 foram confirmados como tal pelo DSM IV e três adolescentes, considerados jogadores patológicos pelo DSM, não o foram pela SOGS-RA. Os autores chamam atenção para o fato de os dois instrumentos refletirem provavelmente a visão adulta do fenômeno, que difere da do adolescente.

Vários pesquisadores têm tentado encontrar formas mais simples para detectar jogo patológico. Visando obter um instrumento de aplicação rápida (5 a 10 minutos) e documentar a primeira tradução psicométrica dos critérios do DSM IV para jogo patológico, Shaffer, LaBrie, Scanlan, & Cummings (1994) elaboraram a Massachusetts Gambling Screen (MAGS). A escala visa identificar rapidamente aspectos biológicos (tolerância e abstinência), psicológicos (transtorno de impulso e culpa) e problemas sociais decorrentes do jogo excessivo em 26 itens divididos em duas sub-escalas. Os

membros do J.A. elaboraram 20 perguntas para identificar jogador patológico. Trata-se de um instrumento auto-aplicável, com 20 questões, bastante utilizado. Foi realizado um estudo psicométrico para avaliar o questionário que mostrou alta confiabilidade (α de Cronbach = 0.94), boa validade de convergência (correlação com SOGS, $r = 0,94$, $p < 0,001$) e estrutura unidimensional e coerente, com um fator explicando mais de 50% da variância (Ursua & Uribelarrea, 1998).

Para viabilizar pesquisas populacionais por telefone, foi elaborado o National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems (NORC), um instrumento para identificar jogo patológico segundo critérios do DSM IV. Esse instrumento foi também utilizado para avaliação de tratamento. Os resultados obtidos correlacionaram-se com a SOGS. Nas categorias não problema, problema e patológica houve concordância pobre. Aparentemente a NORC tem descrição mais rígida de problemas associados ao jogo do que a SOGS e parece ser instrumento promissor para avaliar tratamento de jogo (Hodgins, 2004).

Outras escalas têm sido desenvolvidas para avaliar aspectos específicos relacionados ao jogo patológico. Baseado na detecção de mentiras, Gotestam, Johansson, Wenzel, & Simonsen (2004) elaboraram a *Lie and Bet Screen*, um instrumento de fácil aplicação para detectar precocemente problemas associados a jogo. Para tal, utilizaram dois critérios do DSM IV, o critério nº 2 que versa sobre necessidade de apostas cada vez maiores para obter o mesmo efeito e o nº 7, a respeito de mentir para familiares e outros. Esses autores verificaram a validade do instrumento utilizando o DSM IV como “padrão ouro” em uma amostra de 2014 adultos e 3237, adolescentes e encontraram alta sensibilidade, especificidade e valor preditivo negativo nos dois grupos.

Partindo do pressuposto de que a atitude frente aos diferentes tipos de jogos de azar pode predispor a jogo patológico, Kassinove (1998) criou a Gambling Attitude Scale (GAS). Uma escala foi elaborada para medir distorções cognitivas e ilusão de controle entre jogadores de terminais de vídeo loterias, a Informal Biases Scale (IBS) (Jefferson & Nicki, 2003). Na validação foi utilizada a SOGS referente ao ano anterior e a NORC à vida. Raylu & Oei (2004a) desenvolveram e validaram uma medida para uma gama de cognições relacionadas a jogo. A SOGS foi usada para validação. Esses autores desenvolveram também a Gambling Urge Scale - GUS, um questionário com 6 itens que acessa fissura em jogadores não clínicos, e verificaram boa validade e confiabilidade (Raylu & Oei, 2004b).

Instrumentos vêm sendo elaborados visando avaliar a gravidade do jogo patológico e impacto terapêutico. Petry (2003b) validou uma sub-escala da Addiction Severity Index (ASI), instrumento muito utilizado para avaliar gravidade de dependência de substâncias, específica para jogo patológico (ASI-G) e descreveu as propriedades psicométricas da escala. Na avaliação da consistência interna dos 5 itens que compõem a ASI-G, obteve alpha de Cronbach = 0.90 e a pontuação da escala foi correlacionada com a pontuação da SOGS, critérios do DSM IV e informações externas, como relatórios médicos e informações colhidas de parentes dos entrevistados. Castro, Fuentes, & Tavares (2005) desenvolveram uma escala para avaliação de tratamento de jogo patológico que requer menor treinamento para sua aplicação do que a ASI-G. A Gambling Follow-up Scale (GFS) avalia cinco variáveis relevantes: frequência de jogo, trabalho, relações familiares, lazer e participação nas reuniões do J.A. e apresentou bons índices de validade.

O “Gambling Timeline Followback (G-TLFB) foi desenvolvido por Weinstock, Whelan, & Meyers (2004) e avalia 7 dimensões do comportamento do jogador, tipo de

jogo, frequência, duração, intenção, risco, ganhar/perder e consumo de álcool, durante o jogo. Esses autores verificaram confiabilidade, validade convergente, concorrente e discriminante. Hodgins & Makarchuk (2003), por sua vez, verificaram a validade e confiabilidade do auto-relato de comportamento de jogo utilizando dois grupos de jogadores problema. Os resultados sustentam o uso dessa metodologia apesar de serem necessários mais estudos.

Uma escala de 12 itens foi desenvolvida para avaliar intensidade de sintomas de avidez por jogo, a *Gambling Symptom Assessment Scale -G-SAS* (Kim & Grant, 2001). As questões abrangem vontade de jogar, pensamentos sobre jogo, atividade de jogo, estresse emocional e problemas causados por jogo. A G-SAS possui boa confiabilidade (teste-reteste mostrou índice de correlação = 0,704, $p < 0,01$), boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,89) e alta correlação com escores da Impressão Clínica Global de gravidade ($r = 0,812$, $p < 0,01$).

Visando a criação de um instrumento para uso clínico e em pesquisa para jogadores patológicos submetidos à intervenção cognitiva e cognitivo-comportamental, Steenbergh, Meyers, May, & Whelan (2002) validaram o *Gambler's Beliefs Questionnaire* (GBQ), uma escala de auto-preenchimento que avalia distorções cognitivas em jogadores patológicos. Baseados em similaridades entre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e jogo patológico, DeCaria et al. (1998) modificaram a *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* para jogo patológico (PG-YBOCS). A escala apresentou boas medidas de confiabilidade e validade, e sensibilidade à mudança em estudos farmacológicos com fluvoxamina, lítio e valproato. A PG-YBOCS teve boa correlação com os resultados da SOGS e gravidade global, e mostrou-se sensível para detectar mudanças na gravidade de jogo patológico (Pallanti, Decaria, Grant, Urpe, & Hollander, 2005).

Enfim, é relevante notar que, apesar da pluralidade de escalas desenvolvidas, a SOGS continua muito utilizada, não só com seu objetivo original de identificar jogadores patológicos, mas também na elaboração e validação dessas novas escalas.

1.6 Utilização da SOGS no Brasil

A escala SOGS vem sendo utilizada no Brasil desde 1994, quando foi traduzida e adaptada para a população brasileira, para pesquisa visando conhecer o comportamento de jogadores de diferentes tipos de jogos de azar. Esse estudo visou comparar freqüentadores de casas de bingo, vídeo pôquer e Joquei Clube que preenchiam critérios para jogo patológico com jogadores que não preenchiam esses critérios, quanto a variáveis sócio-demográficas, prática de diversos jogos, sentimentos e comportamentos associados ao jogo, bem como uso de álcool e outras drogas. Além disso, procurou-se verificar se havia diferenças entre os jogadores patológicos que freqüentavam esses três locais de jogo quanto a essas mesmas variáveis (Oliveira, 1997).

Nesse estudo, foram pesquisados 171 jogadores, sendo 63 no Joquei Clube, 65 em casas de bingo e 43 em casas de vídeo pôquer. Colheram-se 25 questionários considerados de jogadores patológicos em cada categoria de jogo, utilizando o critério de jogo patológico definido pela escala SOGS. A maioria dos entrevistados era do sexo masculino, casada, católica, tinha segundo grau ou superior completo e trabalhava em período integral. A média de idade foi de 40 anos e a media da renda foi R\$ 4.000,00. Em ordem decrescente, os jogos mais praticados pelo menos uma vez na vida pelos jogadores pesquisados foram: loterias, bingo, cartas e corridas de cavalo. Jogadores patológicos e não patológicos não se diferenciaram quanto às características socio-

demográficas pesquisadas, mas se diferenciaram quanto à prática de alguns jogos. Na vida, mais jogadores patológicos havia jogado carta, em corridas de cavalo, vídeo e dados em comparação com que os não patológicos. Nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, jogadores patológicos se diferenciaram por praticar mais videopôquer. Esses jogadores também utilizaram maior quantia para apostar em um só dia, além de declararem ter ganhado quantias maiores (Oliveira & Silva, 2000). Quanto ao estado emocional relativo ao jogo, os patológicos tenderam a ficar mais *tensos* antes de jogar e relataram sentimentos *negativos* durante e depois do jogo. Os não patológicos sentiam-se *bem e tranquilos* antes, relataram sentimentos *neutros* durante e *positivos* depois de jogar. Quando pararam de jogar por um tempo, jogadores patológicos relataram sentimentos *negativos*, enquanto que os não patológicos relataram sentimentos *neutros*. Jogadores patológicos sentiam mais falta do jogo quando pararam de jogar, mas poucos procuraram ajuda em virtude de problemas associados ao jogo. Pais de jogadores patológicos e não patológicos não se diferenciaram quanto a jogar ou beber em excesso. Quando se analisou o uso de álcool e outras drogas, a única diferença significativa encontrada foi maior uso de tabaco ao longo da vida pelos jogadores patológicos.

Os jogadores patológicos pesquisados no bingo, videopôquer e Jôquei Clube foram também comparados entre si. As únicas diferenças significativas encontradas foram: presença de mais jogadores casados no bingo e jovens no videopôquer; no Jôquei Clube, maior frequência de apostas em esportes, de discussão familiar por causa do dinheiro gasto no jogo e de empréstimo por agiotas (Oliveira & Silva, 2001). Esse estudo, concluído em 1997, mostrou que nessa época já existiam jogadores patológicos em casas de jogo no Brasil, e que esses jogadores sofriam as conseqüências negativas do jogo patológico e descreviam estados emocionais negativos a ele associados. Com a expansão do jogo de azar no país, pesquisas epidemiológicas para avaliar a extensão do

problema tornaram-se imprescindíveis, bem como estudos que possibilitem o desenvolvimento de programas de tratamento e prevenção efetivos e adequados às particularidades da população brasileira.

Nessa perspectiva, visando avaliar a consistência interna e a dimensionalidade da versão da South Oaks Gambling Screen (SOGS) adaptada para uso em população brasileira e sua capacidade de discriminar diferentes tipos de jogadores, foi realizado um estudo posterior (Oliveira, Silva, & Silveira, 2002). Esse estudo comparou os dados da pesquisa descrita acima (96 jogadores sociais e 75 jogadores patológicos) com dados de população clínica, composta por 46 jogadores que haviam procurado tratamento no Ambulatório de Jogo Patológico do PROAD. As diferenças das médias de pontuações das sub-amostras foram estatisticamente significativas, discriminando jogadores sociais, jogadores patológicos entrevistados em local de jogo e amostra clínica. A SOGS, em sua versão integral de 20 itens, apresentou consistência interna medida pelo alpha de Cronbach ($\alpha = 0,9304$). A análise fatorial da estrutura da escala resultou em uma solução de três dimensões, respondendo por 58,6 % da variabilidade total dos dados na amostra: (i) um primeiro fator constituído preponderantemente por questões referentes a conseqüências do comportamento de jogar (questões números 4, 12, 17, 13, 15, 18, 20, 16, VEA – Variância Explicada Acumulada = 45%); (ii) um segundo fator reunindo predominantemente questões relativas ao próprio comportamento de jogar dos jogadores patológicos (questões 7, 2, 14, 8, 3, 6, 5, 10, 19 e 9, VEA = 52,6%); e (iii) um terceiro fator, menos decisivo no conjunto e composto de apenas duas questões, que parecem constituir um fator híbrido de difícil interpretação (questões 11 e 3, VEA = 58,6%). Assim, a versão da SOGS adaptada para o português mostrou-se um instrumento útil para discriminar jogadores brasileiros patológicos de jogadores não-

patológicos, como também diferenciou os grupos clínico e não-clínico de jogadores patológicos, identificando graus distintos de gravidade.

|

|

2. OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo validar a escala SOGS adaptada e traduzida para o português (Oliveira, 1997) verificando seu desempenho em três amostras distintas: jogadores patológicos, que procuraram tratamento no Ambulatório de Jogo Patológico do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes da UNIFESP; amostra da população geral, recrutada em uma estação de trem em São Paulo; e jogadores que freqüentavam uma casa de bingo em São José dos Campos. Objetivou-se também chegar a um ponto de corte apropriado para a realidade brasileira.

|

|

3. MÉTODO

3.1 Participantes

Os participantes deste estudo foram recrutados de três diferentes estratos da população do Estado de São Paulo, que formaram os três grupos abaixo descritos:

Grupo Clínico: Composto por 54 jogadores que procuraram espontaneamente tratamento para jogo patológico, entre janeiro de 2000 e setembro de 2002, no Ambulatório de Jogo Patológico do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD/UNIFESP). O ambulatório de Jogo Patológico é um serviço público, criado em 1994, especializado no tratamento de jogadores patológicos. O serviço contava, na época da pesquisa, com uma equipe composta por quatro psicólogos, dois médicos psiquiatras e duas estagiárias de psicologia. Funcionava dentro do espaço físico do PROAD: uma casa com sala de espera, secretaria e cinco salas de atendimento. Os interessados recebiam orientação sobre o funcionamento do Ambulatório por telefone e agendavam a primeira entrevista. O serviço evitava manter lista de espera, de maneira que consultas poderiam ser agendadas com mais de um mês de antecedência.

Para análise referente ao desempenho na escala SOGS nos *últimos 12 meses*, dados referentes a um sujeito foram descartados por haver mais de três itens não respondidos na escala SOGS.

Grupo Trem: Esse grupo foi composto por 71 indivíduos recrutados em uma estação metropolitana de trem de São Paulo. Foram abordados 109 indivíduos, sendo que 38 recusaram-se a participar da pesquisa e dois questionários foram anulados por não estarem completos. Os dados foram coletados entre setembro e dezembro de 2001,

em nove visitas à estação de trem, em dias da semana, das 14h às 16h horas. Dados preliminares foram apresentados em painel (Oliveira et al. 2002).

Grupo Bingo: Esse grupo foi composto por freqüentadores de uma casa de bingo no município de São José dos Campos. A casa de bingo era situada em um bairro popular da cidade e foi incluída porque o responsável autorizou a aplicação dos questionários. A pesquisa foi realizada com jogadores que jogavam bingo nas mesas ou nos terminais de computadores, não sendo entrevistados aqueles que jogavam em jogos eletrônicos, incluindo bingo eletrônico. Foram abordados 139 frequentadores desse bingo ao longo de dez visitas em dias de semana, das 14 às 16 horas (6 visitas) e das 18:30 às 20:30 hs (4 visitas). Dezenove jogadores recusaram-se a participar da pesquisa e 4 questionários foram anulados por terem sido devolvidos em branco, total ou parcialmente. O grupo foi então composto por 116 jogadores. Os dados foram coletados entre maio e junho de 2002.

3.2 Instrumento

Foi utilizada a escala SOGS (Lesieur & Blume, 1987) adaptada para o português. A SOGS tem questões sobre frequência de aposta em dez tipos de jogo, indagando se o respondente: jogou cartas a dinheiro; apostou em cavalos, galos ou outros animais (com ou sem um agente de apostas - bookie); apostou em esportes (participou de bolão); jogou jogos de dados a dinheiro (qualquer tipo de jogo); foi a cassino (legal ou não); jogou em números ou na loteria (jogo do bicho, loto, sena...); jogou bingo; especulou na bolsa ou no mercado de commodities ; jogou video pôquer ou outras máquinas de jogo; jogou boliche, golf, sinuca ou outro jogo de habilidade a dinheiro. A escala investiga também o valor máximo apostado em um único dia e a

percepção de excesso de jogo por parte de pais e familiares, além das vinte questões utilizadas para identificar provável jogador patológico: nº 1 “Quando você joga, quão frequentemente você volta outro dia para recuperar o dinheiro que você perdeu?” ; nº 2 “Alguma vez você já alegou estar ganhando dinheiro jogando, mas na verdade você estava perdendo?”; nº3. “Você sente que já teve alguma vez problema com jogo?”; nº 4 “Você alguma vez jogou mais do que planejou?”; nº 5 “Pessoas já criticaram o fato de você jogar?”; nº 6 “Você já se sentiu culpado pela maneira como joga ou pelo o que acontece com você quando joga?”; nº 7 “Você já sentiu que gostaria de parar de jogar mas pensou que não conseguiria fazê-lo?”; nº 8 “Você alguma vez já escondeu papéis de apostas, tickets de loteria, dinheiro de jogo ou outro sinal de jogo de sua/seu companheira(o), filhos ou outras pessoas importantes na sua vida?”; nº 9 “Você já discutiu com pessoas com quem você mora por causa da maneira como você lida com dinheiro e alguma vez a discussão sobre dinheiro estava centrada no seu hábito de jogar?” nº 10 “Alguma vez você pediu dinheiro emprestado e não pagou por causa do jogo?”; nº 11 “Você alguma vez já perdeu tempo de trabalho (ou escola) por causa do jogo?”; e “Se você pediu dinheiro emprestado para jogar ou para pagar dívidas, de quem ou de onde você tomou emprestado? nº 12: de dinheiro reservado para as despesas da casa”; nº 13 “de sua esposa/marido/companheiro(a)”; nº 14 “de outros parentes”; nº 15 “de bancos, companhias de empréstimo ou crédito”; nº 16 “de cartões de crédito”; nº 17 “de agiotas”; nº 18 “você vendeu ações, obrigações ou outros papéis”; nº 19 “você vendeu propriedades pessoais ou familiares”; e nº 20 “você passou cheques descobertos ou sem fundos”. Pontuação igual ou superior a 5 nessas vinte questões classifica o jogador como “provável jogador patológico”.

Alguns cuidados foram tomados para garantir a fiel tradução da escala para o português (Oliveira, Silva & Silveira, 2002). Essa tradução foi conferida por duas

pessoas de origem inglesa que falam correntemente o português e posteriormente traduzida de volta para o inglês, para uma última verificação da tradução. Após a tradução, a escala foi adaptada, sofrendo algumas alterações. Foram incluídas questões sobre dados socio-demográficos, sobre jogo nos *últimos 12 meses*, frequência de jogo nos *últimos 30 dias* para todos os tipos de jogos e questões sobre os *últimos 12 meses* nos outros itens da escala. Essa versão adaptada foi aplicada em 10 pacientes que procuraram o Ambulatório de Jogo Patológico do PROAD/UNIFESP. O questionário foi sendo aprimorado a cada aplicação, de maneira a facilitar sua compreensão e aumentar a qualidade das respostas. Respostas em branco, respostas contraditórias e dúvidas explícitas foram levadas em conta nessa revisão. A última aplicação foi realizada com 20 jogadores, 10 no Jôquei Clube e 10 em uma casa de bingo, dela resultando a versão final. Nessa versão, o questionário é auto-aplicável, isto é, o sujeito preenche o questionário sozinho, após ter sido devidamente instruído. A adaptação e a escala original são apresentadas nos anexos 1 e 2.

Nos questionários aplicados no *Grupo Bingo*, foi incluído o seguinte cabeçalho:

*”Este questionário faz parte de uma pesquisa que está sendo realizada no PROAD - Programa de Orientação e Assistência a Dependentes da UNIFESP - sobre problemas relacionados ao **jogo a dinheiro**, incluindo bingo e apostas em loterias. Gostaríamos de pedir sua colaboração no preenchimento do mesmo, enfatizando que a sinceridade de suas respostas é fundamental para o estudo. Se você não quiser ou não souber responder alguma das questões, por favor, consulte o profissional que lhe entregou o questionário.”*

Foram utilizados os Critérios Diagnósticos do DSM IV para Jogo Patológico (APA,1994) convertidos em 10 questões (Stinchfield et al., 2005) cujas respostas

|

|

poderiam ser sim ou não (anexo 3). Resposta positiva a cinco critérios caracteriza o indivíduo como provável jogador patológico.

3.3 Procedimento

Grupo Clínico: Os jogadores foram entrevistados individualmente na primeira consulta no Ambulatório de Jogo Patológico do PROAD. As entrevistas foram conduzidas por duas psicólogas ou duas estudantes de psicologia treinadas, em uma sala para atendimento no PROAD. Após consentimento de utilização dos dados para fins de pesquisa, a escala SOGS adaptada e as questões derivadas dos critérios do DSM IV foram aplicadas pelo entrevistador.

Grupo Trem: Os instrumentos foram aplicados por quatro estudantes de psicologia que passaram por treinamento. Os estudantes se apresentaram aos passageiros do trem na plataforma de embarque da estação Berrini, esclarecendo o objetivo da pesquisa, garantindo o anonimato e solicitando sua colaboração para responder algumas perguntas, tal como descrito abaixo:

Instruções do aplicador: *‘Estamos realizando uma pesquisa sobre jogo, o senhor(a) gostaria de colaborar respondendo algumas perguntas? Trata-se de uma pesquisa de caráter anônimo. Farei-lhe algumas perguntas e o senhor responde da forma como achar melhor.’*

Ao concordar, o indivíduo assinava um termo de consentimento permitindo a utilização dos dados para fins de pesquisa. Algumas vezes os entrevistadores tiveram que entrar no trem e acompanhar o indivíduo para que acabasse de responder as perguntas durante seu trajeto. Os dados foram colhidos nas duas direções do trajeto do trem. As perguntas eram feitas pelo aplicador; quando havia dúvida na resposta do

indivíduo, eram lidas as possibilidades de respostas solicitando que dissesse em qual alternativa melhor se enquadrava a sua resposta.

As plataformas, bem como o trem, devido ao horário escolhido, não estavam cheias, o que facilitava a aplicação do questionário mesmo dentro do trem, quando foi necessário. Dentro dos vagões do trem havia música ambiente, em baixo volume, o ambiente era tranquilo e sem muitas interrupções. Na plataforma, apesar da proximidade de uma grande avenida (Marginal Pinheiros), não houve problemas para a aplicação.

Eram abordados indivíduos adultos de forma aleatória, segundo regiões da plataforma: dois indivíduos em pé, próximo à linha de trem, dois indivíduos sentados, dois indivíduos em pé próximos às colunas centrais da plataforma, de forma cíclica e em diferentes pontos da extensão da plataforma (mais próximos ou mais distantes da escada de entrada, por exemplo).

Grupo Bingo: Jogadores foram abordados individualmente por uma psicóloga treinada, dentro das dependências da casa de Bingo. A psicóloga solicitava a participação dos jogadores e, nos intervalos entre as rodadas, entregava os questionários contendo a escala SOGS e os critérios do DSM IV, explicando o objetivo da pesquisa e enfatizando o anonimato. Procurava abordar todas as mesas e, em cada mesa abordada, todos os jogadores sentados foram convidados a participar. O mesmo procedimento foi adotado nos terminais de computadores.

A psicóloga colocava-se à disposição para responder eventuais dúvidas e solicitava que os questionários fossem respondidos individualmente, evitando qualquer troca de informação. Ficava então supervisionando o cumprimento desse pedido. Ao

final, os questionários eram depositados em um envelope. Foi registrado o número de recusas em participar da pesquisa e não foi observada nenhuma intercorrência.

3.4 Análise dos dados

Os dados foram digitados e a análise realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS (Norusis, 1986). Na análise foram consideradas apenas as respostas válidas em cada questão. Assim, na confecção das tabelas a porcentagem foi calculada baseada no universo de respostas de cada questão, tendo sido descartadas respostas em branco.

Para avaliar a validade da escala SOGS, foram calculados índices de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para cada grupo, considerando diferentes pontos de corte e tendo como “padrão ouro” os critérios do DSM IV para jogo patológico. Para o cálculo desses índices foi considerada verdadeiro positivo (VP) a resposta afirmativa tanto pelo DSM IV como pela SOGS (“caso”); falso positivo (FP) a resposta negativa pelo DSM (“não caso”) e afirmativa pela SOGS; falso negativo (FN) o “caso” pelo DSM e “não caso” pela SOGS; e verdadeiro negativo (VN) o “não caso” pelo DSM e “não caso” pela SOGS. As fórmulas utilizadas foram: sensibilidade = $(VP/VP + FN)$, especificidade = $(VN/FP + VN)$, valor preditivo positivo $(VP/VP + FP)$, valor preditivo negativo $(VN/FN + VN)$ e taxa de classificação incorreta $(FN + FP/Total)$. Os resultados do *Grupo Clínico*, *Grupo Trem* e *Grupo Bingo* foram transportados para um banco de dados conjunto compondo a *Amostra Total*. Posteriormente, com os dados da *Amostra Total*: “*Grupo Clínico*” + “*Grupo Trem*” + “*Grupo Bingo*” para cada ponto de corte, considerando sensibilidade (verdadeiros positivos) e falso positivos (1-especificidade), foi construído um gráfico bidimensional, resultando na curva ROC (Receiver Operating

Characteristic). A validade de construto foi avaliada pela capacidade de a SOGS discriminar grupos distintos quanto ao envolvimento com jogo patológico. A diferença entre os três grupos foi verificada por meio de ANOVA de três fatores seguida do teste post-hoc de Bonferroni para comparações múltiplas.

Para verificar diferenças significativas entre os grupos quanto às variáveis: sexo, estado civil, escolaridade, religião, trabalho; tipos de jogos praticados *na vida, nos últimos 12 meses e últimos 30 dias*; percepção de excesso de jogo ou de consumo de álcool por parte de pais e familiares; critérios do DSM IV e questões da SOGS foi utilizado o teste do quiquadrado (Pearson). Na comparação entre *Grupo Clínico* e *Grupo Bingo*, quando a frequência de respostas positivas foi menor que 5 foi adotada a prova de Fisher. Foi utilizada ANOVA de três fatores seguida de teste *t* para comparação da idade e o teste de Kruskal- Wallis seguido do teste U de Mann-Whitney para renda.

A correlação entre SOGS e DSM IV foi calculada para cada grupo, depois para o *Grupo Combinado*: “*Grupo Clínico*” + “*Grupo Trem*” e, posteriormente, para a *Amostra Total* “*Grupo Clínico*” + “*Grupo Trem*” + “*Grupo Bingo*”, utilizando o coeficiente de Spearman. A confiabilidade foi estimada utilizando uma medida de consistência interna, o alpha de Cronbach, calculado para os grupos combinados. A análise fatorial foi realizada para *Amostra Total* “*Grupo Clínico*” + “*Grupo Trem*” + “*Grupo Bingo*” e seguiu os passos descritos por Silveira (1997). Em resumo, matrizes de correlação foram construídas para verificar correlação das questões da SOGS, combinadas duas a duas. Calculou-se, também, o quadrado da correlação múltipla de cada questão em relação às outras para determinar questões com baixa relevância, tendo em vista o todo. Em seguida, passou-se à construção de matrizes integrais com as questões da escala e matrizes reduzidas. A análise de principais

componentes (APC) foi então aplicada às matrizes de correlação. Os fatores que compõem o instrumento foram determinados selecionando aqueles com variância total maior que 1 ($EV > 1$). A rotação ortogonal método varimax foi utilizada para obter cargas fatoriais rodadas.

|

|

50

Deleted: 1
2

Formatted: Font color: White

4. RESULTADOS

4.1. Grupo Clínico

4.1.1 Descrição da amostra

A Tabela 1 mostra os dados sócio-demográficos do *Grupo Clínico*. São apresentadas frequência e porcentagem das repostas relativas às variáveis *gênero*, *estado civil*, *escolaridade*, *ocupação* e *religião*. A idade média dos entrevistados era de 45,07 anos (DP = 11,08, variando entre 28 e 74) e a mediana da renda mensal foi de R\$1.800,00, oscilando entre zero e R\$ 30.000. Observa-se que a maioria dos jogadores patológicos pesquisados era do sexo masculino, casado, de religião católica, tinha 11 ou mais anos de estudo e trabalhava.

|

|

Tabela 1. Frequência e porcentagem válida das variáveis: estado civil, religião, escolaridade e trabalho do Grupo Clínico.

	N = 54	Frequência	(%)
Gênero	Masculino	32	59,3
	Feminino	22	40,7
Estado Civil	Solteiro	9	16,7
	Casado	37	68,5
	Separado	7	13,0
	Viúvo	1	1,9
Escolaridade	1o grau incompleto	8	14,8
	1o grau completo	10	18,6
	2o grau completo	21	38,9
	Superior completo	15	27,8
Ocupação	Trabalho regular	23	43,4
	Trabalho ocasional	5	9,3
	Desempregado	14	25,9
	Aposentado	9	16,7
	Autônomo	2	3,7
Religião	Católica	36	66,7
	Protestante	2	3,7
	Espírita	3	5,6
	Judaica	3	5,6
	Não tem religião	3	5,6
	Outra	7	13,0

A Figura 1 mostra o valor máximo apostado em um dia pelos jogadores do *Grupo Clínico*. Vale ressaltar que quase um quarto desses jogadores já apostou entre US\$ 1.000 e US\$ 10.000 em um único dia e que 6% relatou ter apostado mais de US\$ 10.000.

|

|

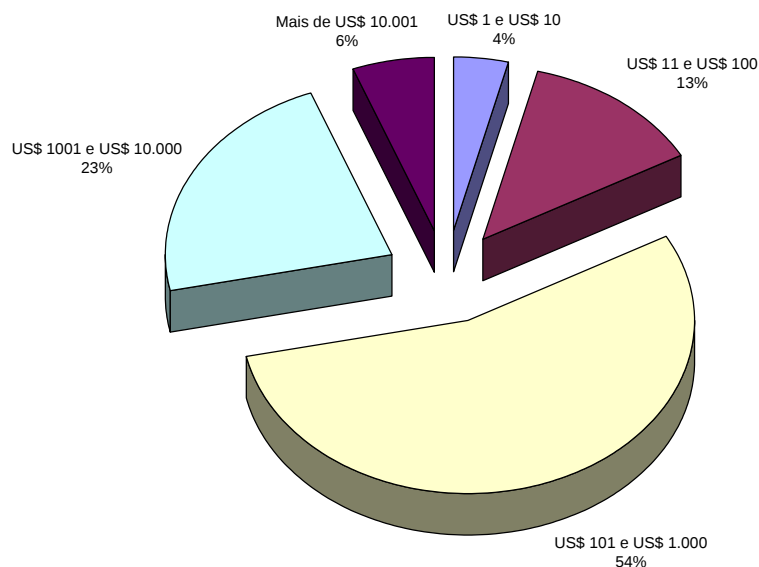


Figura 1. Valor máximo apostado em um único dia pelos participantes do Grupo Clínico.

A Figura 2 mostra os tipos de jogos em que os jogadores do *Grupo Clínico* apostaram *na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos trinta dias* que antecederam a pesquisa. Observa-se que bingo, loteria, jogos eletrônicos, apostas em esportes e jogos de carta foram os mais populares, sendo que bingo e jogos eletrônicos foram praticados por mais da metade dos jogadores nos *últimos 30 dias*.

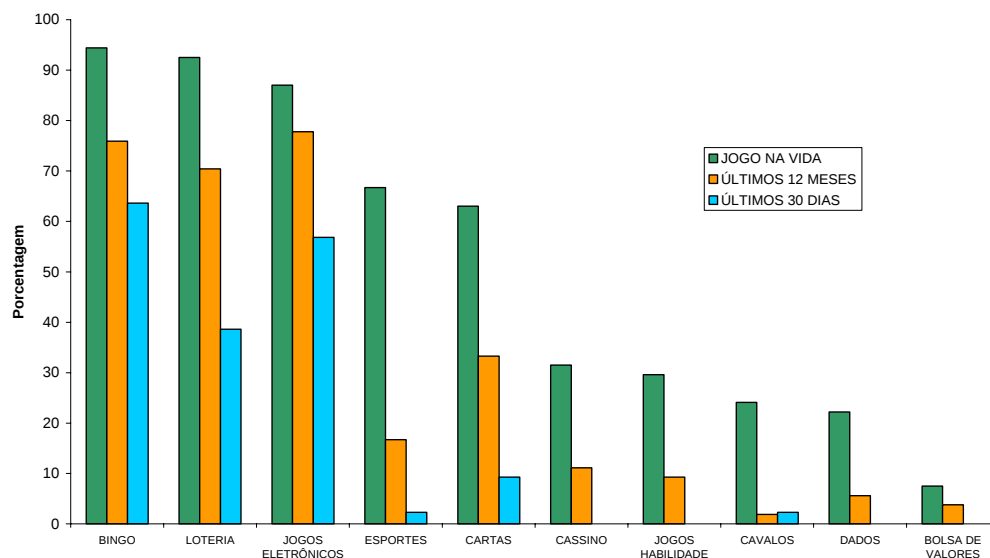


Figura 2. Tipos de jogos praticados *na vida* pelos participantes do *Grupo Clínico*, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias.

Questionados sobre o fato de pais ou outros familiares jogarem demais, 16,7% relataram que o pai jogava demais, 3,7% que tanto o pai quanto a mãe jogavam demais e 11,1% referiram outro familiar. Com relação a abuso de álcool, 25,9% dos entrevistados relataram que o pai bebia demais, 1,9% que só a mãe, outros 1,9% que tanto o pai quanto a mãe bebiam demais e 5,6 % referiram outro familiar.

4.1.2 DSM IV e SOGS

A Tabela 2 mostra a frequência e porcentagem dos critérios do DSM IV para jogo patológico preenchidos pelos participantes do *Grupo Clínico*. Observa-se que quase todos critérios foram respondidos positivamente pela maioria dos jogadores, à exceção de dois: um referente a cometer atos ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque, que foi preenchido por cerca de um terço dos jogadores; e o outro

referente à ameaça ou perda de relacionamentos significativos, oportunidades de trabalho, educação ou carreira, preenchido por quase metade dos entrevistados. A média da pontuação obtida no DSM IV por esse grupo foi de 6,7 (DP = 1,9, variando de 1 a 10), sendo que dos participantes, 90,7% preencheram 5 ou mais critérios diagnósticos, e foram classificados como jogadores patológicos.

Tabela 2. Frequência e porcentagem de respostas positivas aos critérios do DSM IV para Jogo Patológico preenchidos pelos participantes do Grupo Clínico.

Critério	N = 54	Frequência	Porcentagem
1. Preocupação com jogo		40	74,1
2. Necessidade de aumentar o tamanho das apostas		38	70,4
3. Esforço repetido e sem sucesso de controlar, diminuir ou parar de jogar;		41	75,9
4. Inquietude ou irritabilidade quando diminui ou pára de jogar		45	83,3
5. Jogo como forma de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico		40	74,1
6. Depois da perda de dinheiro no jogo, retorna freqüentemente no dia seguinte para recuperar		43	79,6
7. Mentir para familiares, terapeuta ou outros		41	75,9
8. Cometer atos ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque		17	31,5
9. Ameaçar ou perder relacionamentos significativos, oportunidades de trabalho, educação ou carreira		26	48,1
10. Contar com outros para prover dinheiro para aliviar situação financeira desesperadora por causa do jogo		37	68,5

A Tabela 3 mostra a frequência e porcentagem de respostas positivas a cada item da SOGS para a população clínica, considerando dois tempos: *na vida* e apenas os *últimos 12 meses*. É interessante ressaltar que as respostas foram bastante parecidas nos dois tempos avaliados, não havendo diferenças significativas entre elas para cada item da escala. Assim como nos critérios do DSM IV, os itens foram respondidos positivamente pela maioria dos jogadores, exceto nas questões a respeito de alegar estar

ganhando quando perdia e sobre uso de cartões de crédito, dinheiro de agiotas, vendas de papéis e propriedades.

A média da pontuação obtida por esse grupo na escala SOGS *na vida* foi 12,9 (DP = 3,0, variando entre 7 e 19) e nos *últimos 12 meses* foi 12,6 (DP = 2,9, variando entre 7 e 19). Todos preencheram 5 ou mais itens da escala, tanto *na vida* como nos *últimos 12 meses*, podendo ser classificados como “prováveis jogadores patológicos”, segundo o ponto de corte original da escala.

Tabela 3. Frequência e porcentagem de respostas positivas às questões da SOGS na vida e nos últimos 12 meses para o Grupo Clínico.

QUESTÕES DA ESCALA N= 54	Frequência <i>na vida</i>	%	Freq.12 <i>meses</i>	% 12 <i>meses</i>
1. Voltou para recuperar o que perdeu	48	88,9	47	90,4
2. Alegou estar ganhando quando perdia	25	48,0	24	46,2
3. Sente que já teve problema com jogo	49	88,9	49	94,2
4. Jogou mais do que planejou	51	94,4	50	94,3
5. É criticado por jogar	48	88,9	47	88,7
6. Sentiu-se culpado por jogar	52	96,3	51	96,2
7. Gostaria de parar	42	77,8	41	77,4
8. Escondeu sinal de jogo	43	81,1	43	81,1
9. Discutiu por causa do hábito de jogar	35	72,9	34	72,3
10. Pediu dinheiro emprestado e não pagou	36	66,7	35	66,0
11. Perdeu tempo de trabalho	38	70,4	33	62,3
12. Usou dinheiro das despesas da casa	43	79,6	41	78,8
13. Usou dinheiro de esposa/marido	26	49,1	24	46,2
14. Usou dinheiro de outros parentes	32	59,3	27	51,9
15. Usou dinheiro de bancos, companhias de empréstimo ou crédito	35	64,8	31	59,6
16. Usou cartões de crédito	24	45,3	22	44,0
17. Usou dinheiro de agiotas	17	31,5	12	23,1
18. Vendeu ações, obrigações ou outros papéis	8	14,8	6	11,5
19. Vendeu propriedades pessoais ou familiares	20	37,0	15	28,0
20. Passou cheques descobertos ou sem fundos	28	52,8	26	51,0

|

|

4.1.3 Análise do desempenho da SOGS comparativamente aos critérios do DSM IV para jogo patológico no Grupo Clínico.

Visando estudar o comportamento da SOGS nessa população, foi calculada a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala, considerando os critérios de DSM IV como padrão. Esses dados são apresentados na Tabela 4. Observa-se que não se pode avaliar a especificidade da escala, cujo valor foi zero, valor esse compatível com a característica clínica do grupo, quando se considera 5 como ponto de corte, tal como recomendado pela escala (Lesieur & Blume, 1987).

Tabela 4. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS na vida para o Grupo Clínico.

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	VP+	VP -	TCI
2	100,0	0	90,7	0	0,9
3	100,0	0	90,7	0	0,9
4	100,0	0	90,7	0	0,9
5	100,0	0	90,7	0	0,9
6	100,0	0	90,7	0	0,9
7	100,0	0	90,7	0	0,9
8	95,9	20	92,2	33,3	0,11
9	93,9	20	92,0	25,0	0,11
10	91,8	40	93,8	33,3	0,13
11	83,7	40	93,2	20,0	0,13
12	69,4	40	91,9	11,8	0,20

A mesma dificuldade aparece quando se estuda o comportamento da escala referente aos *últimos 12 meses*, como mostra a Tabela 5.

|

|

Tabela 5. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS para o *Grupo Clínico* considerando os últimos 12 meses.

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	VP+	VP -	TCI
2	100,0	0	92,3	0	0,07
3	100,0	0	92,3	0	0,07
4	100,0	0	92,3	0	0,07
5	100,0	0	92,3	0	0,07
6	100,0	0	92,3	0	0,07
7	100,0	0	92,3	0	0,07
8	97,9	0	92,2	0	0,09

A correlação encontrada entre DSM IV e SOGS *na vida* e SOGS *últimos 12 meses* para o *Grupo Clínico* foi de $r = 0,334$ ($p < 0,05$) e $r = 0,370$ ($p < 0,05$), respectivamente.

4.2. Grupo Trem

4.2.1 Descrição da amostra

Os dados sociodemográficos do *Grupo Trem* são apresentados na Tabela 6. Observa-se que a maioria dos entrevistados era do sexo masculino, casada, de religião católica e trabalhava. Esse grupo teve participação equilibrada de indivíduos de escolaridade baixa (primeiro grau completo ou incompleto) e alta (segundo grau e superior). A idade média foi de 36 anos (DP = 12,34, variando entre 18 e 64 anos) e a renda mensal variou entre R\$ 200 e R\$10.000 e a mediana foi de R\$ 1.200,00.

|

|

Tabela 6. Frequência e porcentagem válida das variáveis: estado civil, religião, escolaridade e trabalho do Grupo Trem.

	N = 71	Frequência	%
Gênero	Masculino	59	83,1
	Feminino	12	16,9
Estado civil	Solteiro	22	31,0
	Casado	42	59,2
	Separado	4	5,6
	Viúvo	3	4,2
Escolaridade	1o. Grau incompleto	21	29,6
	1o. Grau completo	15	21,2
	2o. Grau completo	27	38,0
	Superior	8	11,3
Ocupação	Trabalho regular	47	66,2
	Trabalho ocasional	2	2,8
	Desempregado	8	11,3
	Aposentado	11	15,5
	Estudante	3	4,2
Religião	Católica	41	57,7
	Protestante	3	4,2
	Espírita	5	7,0
	Judaica	0	0
	Não tem religião	10	14,1
	Outra	12	16,9

O valor máximo apostado em um único dia é mostrado na Figura 3. É interessante observar que as respostas se distribuíram nas faixas propostas até US\$ 1.000,00. Pouco mais de um terço dos entrevistados relatou que nunca jogou a dinheiro, ou apostou até US\$ 1,00; cerca de 30% apostaram entre US\$ 2,00 e US\$ 10,00 e o outro terço dividiu-se entre US\$11,00 e US\$100,00 e US\$101 e US\$1.000,00.

|

|

59

Deleted: 1
2

Formatted: Font color: White

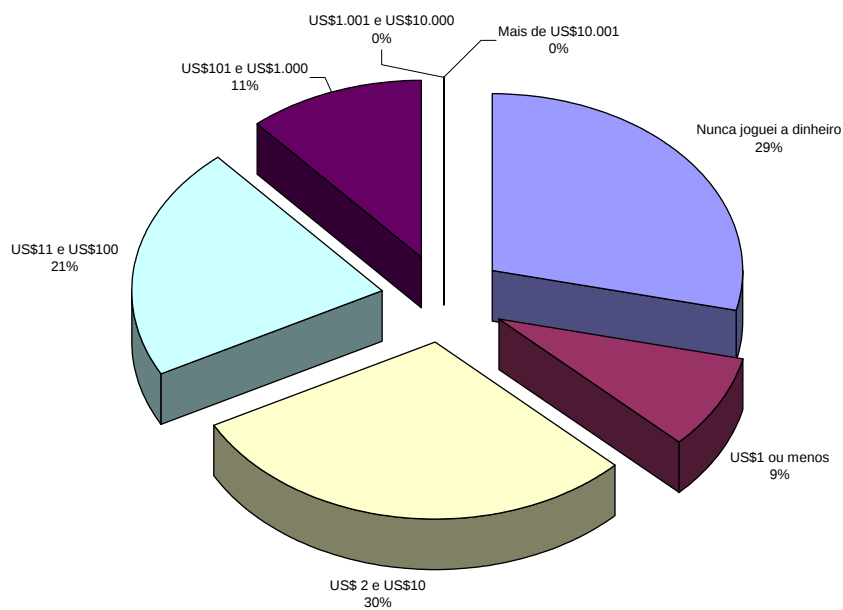


Figura 3. Valor máximo apostado em um único dia pelos participantes do Grupo Trem.

A Figura 4 mostra os tipos de jogos em que os participantes do *Grupo Trem* apostaram *na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias* que antecederam a pesquisa. Observa-se que loteria, apostas em esportes e bingo foram os mais populares, sendo que nos *últimos 30 dias* as apostas são pouco expressivas, sendo as mais freqüentes em loterias, por cerca de 20% da amostra.

|

|

60

Deleted: 1
2

Formatted: Font color: White

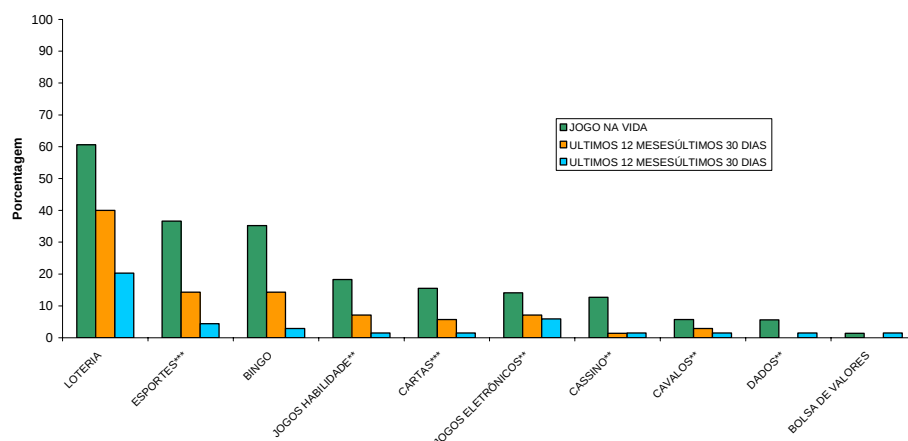


Figura 4. Tipos de jogos praticados na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias pelos participantes do Grupo Trem.

Interrogados sobre se algum familiar jogava demais, 8,5% dos entrevistados relataram que seu pai jogava demais. Na questão relativa ao abuso de álcool, 26,8% relatou que o pai bebia demais, 1,4% referiu que a mãe bebia demais, e outros 1,4%, que ambos bebiam demais.

4.2.2 DSM IV e SOGS

A Tabela 7 mostra a frequência e porcentagem dos critérios do DSM IV preenchidos pelos participantes do *Grupo Trem*. Nota-se que todos critérios foram pouco preenchidos pela população. A média da pontuação obtida por esse grupo foi de 0,5 (DP = 1,2, variando de 0 a 5), mas 2,8% dos participantes preencheram 5 critérios diagnósticos, sendo, portanto, classificados como jogadores patológicos.

Tabela 7. Frequência e porcentagem de respostas positivas aos critérios do DSM IV para Jogo Patológico preenchidos pelos participantes do Grupo Trem.

Critério	N = 71	Frequência	Porcentagem
1. Preocupação com jogo		8	11,3
2. Necessidade de aumentar o tamanho das apostas		5	7,0
3. Esforço repetido e sem sucesso de controlar, diminuir ou parar de jogar;		1	1,4
4. Inquietude ou irritabilidade quando diminui ou pára de jogar		2	2,8
5. Jogo como forma de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico		3	4,2
6. Depois da perda de dinheiro no jogo, retorna freqüentemente no dia seguinte para recuperar		6	8,5
7. Mentir para familiares, terapeuta ou outros		3	4,2
8. Cometer atos ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque		3	4,2
9. Ameaçar ou perder relacionamentos significativos, oportunidades de trabalho, educação ou carreira		1	1,4
10. Contar com outros para prover dinheiro para aliviar situação financeira desesperadora por causa do jogo		1	1,4

As respostas positivas aos itens da SOGS considerando toda *vida* ou apenas os *últimos 12 meses* são apresentadas na Tabela 8. Chama atenção o fato de seis questões a respeito da origem do dinheiro emprestado para jogar ou pagar dívidas não terem sido respondidas afirmativamente por qualquer entrevistado, para os dois tempos pesquisados. No quesito “dinheiro emprestado”, apenas houve respostas positivas para empréstimos de cônjuges, parentes e cheques sem fundo.

A média da pontuação obtida na SOGS por esse grupo foi de 0,82 (DP = 2,1, variando entre 0 e 9) *na vida* e 0,47 (DP = 1,6, variando entre 0 e 9) considerando os *últimos 12 meses*. Dos entrevistados, 8,5% e 4,2% preencheram 5 ou mais itens da escala SOGS, respectivamente, *na vida* ou apenas nos *últimos 12 meses*, podendo ser classificados como prováveis jogadores patológicos.

Tabela 8. Frequência e porcentagem de respostas positivas às questões da escala SOGS na vida e nos últimos 12 meses para o Grupo Trem.

QUESTÕES DA ESCALA N = 71	Frequência	Porcentagem	Freq.12 meses	% 12 meses
1. Voltou para recuperar o que perdeu	6	8,4	5	7,0
2. Alegou estar ganhando quando perdia	3	4,2	3	4,2
3. Sente que já teve problema com jogo	8	11,3	4	5,6
4. Jogou mais do que planejou	12	16,9	4	5,6
5. É criticado por jogar	11	15,5	6	8,5
6. Sentiu-se culpado por jogar	8	11,3	4	5,6
7. Gostaria de parar	3	4,2	3	4,2
8. Escondeu sinal de jogo	4	5,6	1	1,4
9. Discutiu por causa do hábito de jogar	3	4,3	1	1,4
10. Pediu dinheiro emprestado e não pagou	1	1,4	0	0
11. Perdeu tempo de trabalho	6	8,5	3	4,2
12. Usou dinheiro das despesas da casa	0	0	0	0
13. Usou dinheiro de esposa/marido	1	1,4	1	1,4
14. Usou dinheiro de outros parentes	2	2,8	0	0
15. Usou dinheiro de bancos, companhias de empréstimo ou crédito	0	0	0	0
16. Usou cartões de crédito	0	0	0	0
17. Usou dinheiro de agiotas	0	0	0	0
18. Vendeu ações, obrigações ou outros papéis	0	0	0	0
19. Vendeu propriedades pessoais ou familiares	0	0	0	0
20. Passou cheques descobertos ou sem fundos	1	1,4	1	1,4

4.2.3 Análise do desempenho da SOGS comparativamente aos critérios do

DSM IV para jogo patológico no Grupo Trem.

A Tabela 9 mostra sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS para o Grupo Trem, considerando os critérios do DSM IV como padrão.

Observa-se que apesar da sensibilidade e especificidade terem índices elevados, o valor preditivo positivo e a taxa de classificação incorreta são baixos para os diferentes pontos de corte. Como pode ser observado na Tabela 9, o ponto de corte que apresenta

o melhor equilíbrio entre sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VP+), valor preditivo negativo (VP-) e taxa de classificação incorreta (TCI) é 8.

Tabela 9. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS na vida para o Grupo Trem.

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	VP+	VP -	TCI
2	100	89,9	22,2	100,0	0,09
3	100	92,8	28,6	100,0	0,07
4	100	94,2	33,3	100,0	0,05
5	100	94,2	33,3	100,0	0,05
6	100	95,7	40,0	100,0	0,04
7	100	95,7	40,0	100,0	0,04
8	100	98,6	66,7	100,0	0,01
9	50	98,6	50,0	98,6	0,02
10	0	100,0	0	97,2	0,97

Quando se consideram os *últimos 12 meses*, os índices são ainda inferiores, como mostra a Tabela 10.

|

|

Tabela 10. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS para o Grupo Trem considerando os últimos 12 meses.

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	VP+	VP -	TCI
2	100	89,9	22,2	100,0	0,09
3	100	97,1	50,0	100,0	0,02
4	100	98,6	66,7	100,0	0,01
5	100	98,6	66,7	100,0	0,01
6	100	98,6	66,7	100,0	0,01
7	50	100,0	100,0	98,6	0,01
8	50	100,0	100,0	98,6	0,01

A correlação encontrada entre DSM IV e SOGS *na vida* e SOGS *últimos 12 meses* foi de $r = 0,484$ ($p < 0,01$) e $r = 0,491$ ($p < 0,01$) , respectivamente.

4.3. Resultados da aplicação no Grupo Bingo

4.3.1 Descrição da amostra

Procurando obter uma amostra mais heterogênea, a escala SOGS e os critérios do DSM IV foram aplicados em um grupo de jogadores dentro de uma casa de bingo. Esses jogadores eram em sua maioria homens, casados, trabalhavam e eram de religião católica, tinham 42 anos em média (DP = 12,46, variando entre 18 e 76 anos) e a mediana de sua renda foi de R\$1.000,00 (renda variou entre R\$50,00 e 15.000,00). A escolaridade distribuiu-se nas faixas propostas, havendo maior número de jogadores com primeiro grau incompleto e menor com curso superior, como mostra a Tabela 11.

|

|

Tabela 11. Frequência e porcentagem das variáveis: estado civil, religião, escolaridade e trabalho do Grupo Bingo.

N = 116		Frequência	%
Gênero	Masculino	66	57,9
	Feminino	48	42,1
Estado civil	Solteiro	23	20,4
	Casado	72	63,7
	Separado	14	12,4
	Viúvo	4	3,5
Escolaridade	1o. Grau incompleto	45	38,8
	1o. Grau completo	26	22,4
	2o. Grau completo	32	27,6
	Superior	13	11,2
Ocupação	Trabalho regular	62	62,0
	Trabalho ocasional	11	11,0
	Desempregado	15	15,0
	Aposentado	10	10,0
	Do lar	2	2,0
Religião	Católica	101	87,8
	Protestante	6	5,2
	Judaica	1	0,9
	Espírita	1	0,9
	Outra	2	1,7
	Não tem religião	4	3,5

A Figura 5 mostra os tipos de jogos em que os jogadores do *Grupo Bingo* apostaram *na vida*, nos *últimos 12 meses* e nos *últimos 30 dias* que antecederam a pesquisa. Observa-se que bingo, loteria, jogos com cartas e apostas em esportes e foram os mais populares, sendo que bingo supera a loteria nos três tempos investigados.

|

|

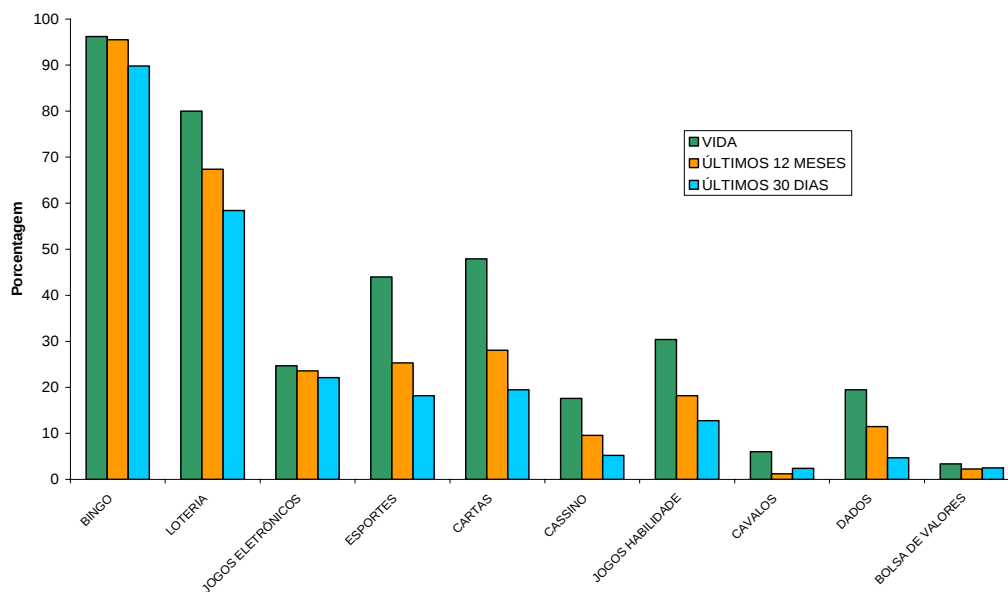


Figura 5. Tipos de jogos praticados na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias pelos participantes do Grupo Bingo.

Interrogados sobre a maior quantia de dinheiro apostada em um único dia, chamou atenção o fato de algumas pessoas não assumirem que apostam dinheiro, apesar de entrevistadas dentro de casa de bingo enquanto jogam. Como pode ser observado na Figura 6, 5% dos entrevistados não admitiram que gastaram dinheiro no jogo .

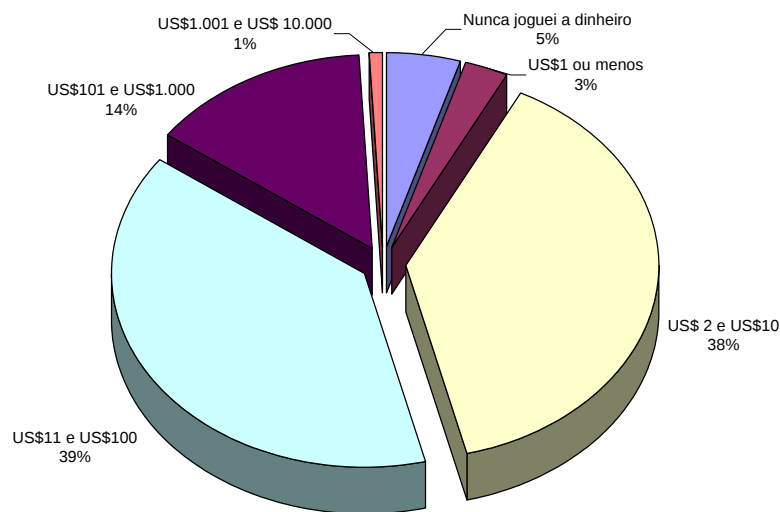


Figura 6. Valor máximo apostado em um único dia pelos participantes do Grupo Bingo.

Questionados sobre jogo na família, 11,7% dos entrevistados do *Grupo Bingo* relatou que seu pai jogava demais, 2,8% que a mãe jogava demais, 3,7% que ambos jogavam demais e 7,5% referiram outro familiar. Com relação a abuso de álcool, 14,3% referiram que o pai bebe ou bebia demais, 2,9% que a mãe, 1,9% ambos e 4,8% referiram outro familiar que bebia demais.

4.3.2 DSM IV e SOGS

A Tabela 12 mostra a frequência e porcentagem dos critérios do DSM IV preenchidos pelos participantes do *Grupo Bingo*. A média da pontuação foi de 1,8 (DP = 2,1, variando de 0 a 8). Uma proporção de 12,1% dos participantes desse grupo preencheu 5 ou mais critérios diagnósticos, sendo classificados como jogadores patológicos.

Tabela 12. Frequência e porcentagem dos critérios do DSM IV preenchidos pelos participantes do Grupo Bingo.

Critério	N = 116	Frequência	Porcentagem
1. Preocupação com jogo		19	16,8
2. Necessidade de aumentar o tamanho das apostas		21	18,3
3. Esforço repetido e sem sucesso de controlar, diminuir ou parar de jogar;		35	30,4
4. Inquietude ou irritabilidade quando diminui ou pára de jogar		25	22,1
5. Jogo como forma de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico		47	41,2
6. Depois da perda de dinheiro no jogo, retorna freqüentemente no dia seguinte para recuperar		30	26,3
7. Mentir para familiares, terapeuta ou outros		22	19,0
8. Cometer atos ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque		2	1,7
9. Ameaçar ou perder relacionamentos significativos, oportunidades de trabalho, educação ou carreira		7	6,1
10. Contar com outros para prover dinheiro para aliviar situação financeira desesperadora por causa do jogo		9	7,9

Os resultados da escala SOGS para o *Grupo Bingo* são apresentados na Tabela 13. A média da pontuação obtida por esse grupo foi de 4,7 (DP = 3,8, variando de 0 a 10). Quase metade do grupo (44%) preencheu 5 ou mais itens, podendo ser classificados como jogadores patológicos.

|

|

Tabela 13. Frequência e porcentagem de respostas positivas às questões da escala SOGS na vida para o Grupo Bingo

QUESTÕES DA ESCALA N = 116	Frequência	Porcentagem
1. Voltou para recuperar o que perdeu	63	61,8
2. Alegou estar ganhando quando perdia	34	31,8
3. Sente que já teve problema com jogo	44	38,3
4. Jogou mais do que planejou	70	60,9
5. É criticado por jogar	77	67,0
6. Sentiu-se culpado por jogar	55	7,8
7. Gostaria de parar	36	32,1
8. Escondeu sinal de jogo	28	24,1
9. Discutiu por causa do hábito de jogar	29	32,2
10. Pediu dinheiro emprestado e não pagou	20	17,4
11. Perdeu tempo de trabalho	26	23,0
12. Usou dinheiro das despesas da casa	18	18,8
13. Usou dinheiro de esposa/marido	21	24,1
14. Usou dinheiro de outros parentes	10	11,6
15. Usou dinheiro de bancos, companhias de empréstimo ou crédito	21	23,6
16. Usou cartões de crédito	11	12,9
17. Usou dinheiro de agiotas	7	8,0
18. Vendeu ações, obrigações ou outros papéis	1	1,1
19. Vendeu propriedades pessoais ou familiares	6	7,1
20. Passou cheques descobertos ou sem fundos	7	8,2

4.3.3 Análise do desempenho da SOGS comparativamente aos critérios do DSM IV para jogo patológico no Grupo Bingo.

A Tabela 14 mostra sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS para o Grupo Bingo. Observa-se que a especificidade e o valor preditivo positivo (VP+) são baixos considerando o ponto de corte original da escala (5) e que esses índices aumentam um pouco quando se considera 8 como ponto de corte.

|

|

70

Deleted: ¶
2

Formatted: Font color: White

Tabela 14. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS para o Grupo Bingo.

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	VP+	VP -	TCI
2	100,0	27,5	15,9	100,0	0,63
3	100,0	37,3	17,9	100,0	0,55
4	100,0	51,0	21,9	100,0	0,43
5	100,0	63,7	27,5	100,0	0,31
6	100,0	72,5	33,3	100,0	0,24
7	92,9	82,4	41,9	98,8	0,16
8	92,9	86,3	48,1	98,9	0,13
9	85,7	91,2	57,1	97,9	0,09
10	64,3	92,2	52,9	94,4	0,11

A correlação encontrada entre DSM IV e SOGS *na vida* foi de $r = 0,720$ ($p < 0,01$).

4.4 Análise do desempenho da SOGS comparativamente aos critérios do DSM

IV para jogo patológico para o Grupo Combinado: “Grupo Clínico” + “Grupo Trem”

Levando em consideração o fato de que os resultados dos índices de validação refletiram as características inerentes aos grupos pesquisados - no *Grupo Clínico* obteve-se baixa especificidade e baixo valor preditivo negativo, uma vez que se tratava de um grupo em que a prevalência do transtorno era muito alta, e no *Grupo Trem* obteve-se baixo valor preditivo positivo, pelo motivo inverso, já que jogo patológico é um transtorno pouco prevalente na população geral - decidiu-se unir os grupos e recalculamos os índices. Assim, os resultados do *Grupo Clínico* e do *Grupo Trem* foram transportados para um banco de dados conjunto e os índices de validade foram recalculados para os dois tempos. Observa-se na Tabela 15 que a especificidade e o valor preditivo positivo foram mais altos que nos grupos separados

considerando o ponto de corte original da escala. Entretanto, é o ponto de corte 8 que apresenta o melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade.

Tabela 15. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS na vida para o Grupo Combinado: Grupo Clínico + Grupo Trem.

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	VP+	VP -	TCI
2	100,0	83,8	81,0	100,0	0,09
3	100,0	86,5	83,6	100,0	0,08
4	100,0	87,8	85,0	100,0	0,07
5	100,0	87,8	85,0	100,0	0,07
6	100,0	86,4	89,2	100,0	0,06
7	100,0	89,2	86,4	100,0	0,06
8	96,1	93,2	90,7	97,2	0,05
9	92,2	95,9	90,4	94,5	0,07
10	88,2	95,9	93,8	92,2	0,07
11	80,4	95,9	93,2	87,7	0,10
12	66,7	95,9	91,9	80,7	0,16

A correlação encontrada entre DSM IV e SOGS na vida para Grupo Combinado foi de $r = 0,885$ ($p < 0,01$). A confiabilidade medida pelo alpha de Cronbach foi de 0,95.

4.5 Análise da Amostra Total: “Grupo Clínico” + “Grupo Trem” + “Grupo Bingo”

A partir dos resultados obtidos combinando Grupo Clínico e Grupo Trem, resolveu-se unir os três grupos em um banco de dados conjunto e recalculiar os índices de validade para a Amostra Total. Visando obter uma visão global dos dados, todas as questões foram analisadas novamente, verificando-se se havia

diferenças de gênero, e os três grupos foram comparados. Os resultados da *Amostra Total* e da comparação são apresentados a seguir.

4.5.1 Descrição da *Amostra Total*: “Grupo Clínico” + “Grupo Trem” + “Grupo Bingo”

A Tabela 16 reproduz, em conjunto, os dados das Tabelas 1, 6 e 11, mostrando dados sociodemográficos dos três grupos que compõe a *Amostra Total*. Observa-se que a maioria dos entrevistados era do sexo masculino, casada, trabalhava e de religião católica. A média de idade do grupo como um todo foi de 42 anos (variando de 18 a 79, desvio padrão de 12,50) e a mediana da renda foi de R\$ 1.300,00, variando de zero a R\$ 30.000,00. A escolaridade foi heterogênea, dividindo-se nas faixas propostas. Algumas diferenças de gênero foram observadas: mais mulheres não trabalhavam ($\chi^2 = 5,57$, g.l. = 1, $p < 0,01$), eram separadas ou viúvas ($\chi^2 = 6,91$, g.l. = 2, $p < 0,05$) e eram mais velhas ($u = 4707$, $p < 0,05$).

Comparando as amostras dos três estudos, não foram observadas diferenças significativas quanto a estado civil, trabalho e religião. O *Grupo Trem* era composto de pessoas mais jovens ($F_{(2,226)} = 8,041$, $p < 0.001$) e possuía menos mulheres ($\chi^2 = 13,61$, g.l. = 2, $p < 0,001$). O *Grupo Clínico* se diferenciou por possuir melhor educação ($\chi^2 = 17,01$, g.l. = 6, $p < 0,01$) e maior renda do que os dois outros grupos ($H = 5,928$, $p = 0,05$).

|

|

Tabela 16. Frequência (F) e porcentagem (%) das variáveis: estado civil, religião, escolaridade e trabalho da Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo.

Variáveis		CLÍNICO N=54		TREM N=71		BINGO N=116		TOTAL N=241	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Gênero	Masculino	32	59,3	59	83,0	66	58,0	157	65,1
	Feminino	22	40,7	12	17,0	48	42,0	82	34,0
Estado Civil	Solteiro	9	16,7	22	31,0	23	20,0	54	22,4
	Casado	37	68,5	42	59,0	72	64,0	151	62,7
	Separado	7	13,0	4	5,6	14	12,0	25	10,3
	Viúvo	1	1,9	3	4,2	4	3,5	8	3,3
Escolaridade	1o grau incompleto	8	14,8	21	30,0	45	39,0	74	30,7
	1o grau completo	10	18,6	15	21,0	26	22,0	51	21,2
	2o grau completo	21	38,9	27	38,0	32	28,0	80	33,2
	3o completo	15	27,8	8	11,0	13	11,0	36	14,9
Ocupação	Trabalho regular	23	43,4	47	66,0	62	62,0	132	54,8
	Trabalho ocasional	5	9,3	2	2,8	11	11,0	18	7,5
	Desempregado	14	25,9	8	11,0	15	15,0	37	15,3
	Aposentado	9	16,7	11	16,0	10	10,0	30	12,4
	Autônomo	2	3,7	0	0,0	0	0	2	0,8
	Estudante	0	0	3	4,2	0	0	3	1,2
	Do lar	0	0	0	0,0	2	2	2	0,8
Religião	Católica	36	66,7	41	58,0	101	88,0	178	73,8
	Protestante	2	3,7	3	4,2	6	5,2	11	4,5
	Judaica	3	5,6	0	0,0	1	0,9	4	1,6
	Espírita	3	5,6	5	7,0	1	0,9	9	3,7
	Não tem religião	3	5,6	10	14,0	4	3,5	17	7,0
	Outra	7	13,0	12	17,0	2	1,7	21	8,7

A Tabela 17 mostra a frequência de jogos praticados pelo menos uma vez na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias pelos participantes da Amostra Total

em função do gênero (masculino e feminino) e porcentagem de participantes em cada

jogo sobre o total de participantes. Considerando os tipos de jogos praticados *na vida*, observou-se que na *Amostra Total*, os jogos mais praticados, em ordem decrescente, foram bingo, loteria, apostas em esportes e jogos de carta. Bingo e loteria continuaram sendo os jogos mais frequentes no *último ano* e no *último mês* antecedendo a pesquisa, sendo praticados por mais da metade da população. Chama atenção o fato de que jogos eletrônicos que vinham em quinto lugar considerando jogos *na vida*, passam a terceiro quando se consideram os *últimos 12 meses* ou os *últimos 30 dias*.

Levando em consideração a variável gênero, algumas diferenças significativas foram observadas. *Na vida*, mais homens apostaram em cartas ($\chi^2 = 3,92$, g.l. = 1, $p < 0,05$), esportes ($\chi^2 = 14,09$, g.l. = 1, $p < 0,001$), dados ($\chi^2 = 6,04$, g.l. = 1, $p < 0,01$) e jogos de habilidade ($\chi^2 = 15,11$, g.l. = 1, $p < 0,001$) e mais mulheres apostaram em bingos ($\chi^2 = 3,72$, g.l. = 1, $p < 0,05$). Considerando-se os *últimos 12 meses*, a presença masculina prevaleceu nas apostas em esportes ($\chi^2 = 11,64$, g.l. = 1, $p < 0,001$) e jogos de habilidade ($\chi^2 = 10,65$, g.l. = 1, $p < 0,001$) e a feminina, no bingo ($\chi^2 = 4,58$, g.l. = 1, $p < 0,05$). Nos *últimos 30 dias*, houve apenas diferença com relação a bingo, onde prevaleceram as mulheres ($\chi^2 = 9.79$, g.l. = 1, $p < 0,01$).

|

|

Tabela 17. Frequência de jogos praticados pelo menos uma vez *na vida*, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias pelos participantes da Amostra Total em função do gênero (masculino e feminino) e porcentagem de respostas para cada jogo sobre o total de respostas válidas.

N = 241	NA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DIAS		
	M	F	% total	M	F	% total	M	F	% total
Bingo	111	65	77,0	91	57	65,8	61	47	52,4
Loteria	121	53	76,9	89	38	59,3	65	24	42,9
Jogos eletrônicos	58	21	36,7	48	19	31,9	34	18	25,0
Apostas em esportes	82	20	47,2	37	4	19,4	16	4	9,5
Jogos de carta	67	22	41,1	34	13	22,0	18	6	11,6
Cassino	31	10	19,5	14	1	7,2	6	0	3,0
Jogos de habilidade	50	6	26,3	25	1	12,3	10	2	5,8
Apostas em animais	18	4	10,6	4	0	1,9	2	2	2,0
Jogos de dados	27	4	15,6	12	1	6,2	3	2	2,4
Bolsa de valores	5	3	3,8	4	0	1,9	2	1	1,5

A Tabela 18 mostra os diferentes jogos que em que se envolveram os três grupos *na vida*. Comparando os grupos entre si, observou-se que participantes do *Grupo Clínico* e *Bingo* praticaram jogos similares, na mesma ordem de preferência: bingo, loteria, jogos eletrônicos, jogo de cartas e apostas em esportes. Não houve diferença significativa entre os três grupos em relação a apenas três tipos de jogos: aposta em cassino, na bolsa de valores e em jogos de habilidade. O *Grupo Trem* registrou menor atração para todos os tipos de jogos, como ilustrado pela Tabela 19. Comparando os grupos em que os indivíduos apostam mais, *Grupo Clínico* e *Bingo*, observou-se que, *na vida*, participantes do *Grupo Clínico* apostaram mais em cavalos ($\chi^2 = 9,34$, g.l. = 1, $p < 0,01$), em esportes ($\chi^2 = 6,98$, g.l. = 1, $p < 0,01$), em cassinos ($\chi^2 = 3,56$, g.l. = 1, $p < 0,05$), na loteria ($\chi^2 = 4,10$, g.l. = 1, $p < 0,05$) e em jogos eletrônicos ($\chi^2 = 53,17$, g.l. = 1, $p < 0,001$) do que participantes do *Grupo Bingo*.

Tabela 18. Frequência (F) e porcentagem de jogos praticados pelo menos uma vez na vida pelos participantes da Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo

	CLÍNICO (N=54)		TREM (N=71)		BINGO (N=116)		P
	F	%	F	%	F	%	
Bingo	51	94,4	25	35,2	101	96,2	0,000
Loteria	49	92,5	43	60,6	84	80,0	0,000
Jogos eletrônicos	47	87,0	10	14,1	23	24,7	0,000
Apostas em esportes	36	66,7	26	36,6	41	44,0	0,003
Jogos de carta	34	63,0	11	15,5	45	47,9	0,000
Cassino	17	31,5	9	12,7	15	17,6	0,027
Jogos de habilidade	16	29,6	13	18,3	28	30,4	0,177
Apostas em animais	13	24,1	4	5,7	5	6,0	0,001
Jogos de dados	12	22,2	4	5,6	17	19,5	0,017
Bolsa de valores	4	7,5	1	1,4	3	3,4	0,201

A Tabela 19 mostra os dados referentes aos jogos praticados nos últimos 12 meses pelos três grupos. É interessante observar que houve diferença significativa entre os grupos quanto aos jogos mais praticados (jogos eletrônicos, loteria, bingo e jogos de carta) e que apostar em cassino, jogos de dados, bolsa de valores e em animais foi tão pouco freqüente entre os participantes dos três grupos que a diferença não pode ser avaliada.

Comparando apenas os grupos *Clínico* e *Bingo*, observou-se que os participantes do *Grupo Clínico* apostaram mais em jogos eletrônicos ($\chi^2 = 40,03$, g.l. = 1, $p < 0,001$) e os participantes do *Grupo Bingo* em bingo ($\chi^2 = 13,07$, g.l. = 1, $p < 0,001$).

|

|

Tabela 19. Frequência e porcentagem de jogos praticados pelo menos uma vez nos últimos 12 meses pelos participantes da Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo.

	CLÍNICO (N=54)		TREM (N=71)		BINGO (N=116)		P
	F	%	F	%	F	%	
Jogos eletrônicos	42	77,8	5	7,1	21	23,6	0,000
Bingo	41	75,9	10	14,3	99	95,5	0,000
Loteria	38	70,4	28	40,0	62	67,4	0,000
Jogos de carta	16	33,3	4	5,7	27	28,1	0,000
Aposta em esportes	9	16,7	10	14,3	22	25,3	0,187
Cassino	6	11,1	1	1,4	8	9,6	*
Jogos de habilidade	5	9,3	5	7,1	16	18,2	0,081
Jogos de dados	3	5,6	0	0,0	10	11,5	*
Bolsa de valores	2	3,8	0	0,0	2	2,3	*
Aposta em animais	1	1,9	2	2,9	1	1,2	*

*Frequência esperada < que 5.

A Tabela 20 mostra a frequência e porcentagem de jogos praticados pelo menos uma vez nos últimos 30 dias pelos participantes do Grupo Clínico, Grupo Trem e Grupo Bingo. Mais uma vez foram observadas diferenças significativas entre os três grupos com relação os jogos mais populares: bingo, jogos eletrônicos, loteria e cartas. Nota-se que os participantes do Grupo Trem praticaram menos todos os jogos, sendo a única forma de aposta mais frequente nesse grupo, a loteria, freqüentada por 20% dos entrevistados. Comparando o Grupo Clínico com o Grupo Bingo observa-se que os participantes do Grupo Clínico apostaram mais em jogos eletrônicos ($\chi^2 = 14,71$, g.l.= 1, $p < 0,0001$) enquanto os participantes do Grupo Bingo apostaram mais em bingo ($\chi^2 = 23,90$, g.l. = 1, $p < 0,0001$), em esportes ($\chi^2 = 8,46$, g.l. = 1, $p < 0,01$) e em jogos de habilidade ($\chi^2 = 7,49$, g.l. = 1, $p < 0,05$).

|

|

Tabela 20. Frequência e porcentagem de jogos praticados pelo menos uma vez nos últimos 30 dias pelos participantes da Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo.

	CLÍNICO (N=54)		TREM (N=71)		BINGO (N=116)		P
	F	%	F	%	F	%	
Bingo	29	63,6	2	2,9	79	89,8	0,000
Jogos eletrônicos	29	53,7	4	5,9	19	22,1	0,000
Loteria	25	46,3	14	20,3	52	57,1	0,000
Jogos de carta	7	13,2	1	1,5	16	18,4	0,005
Aposta em animais	1	1,9	1	1,5	2	2,4	*
Aposta em esportes	1	1,9	3	4,4	16	18,2	0,001
Bolsa de valores	0	0,0	1	1,5	2	2,5	*
Cassino	1	1,9	1	1,5	4	5,2	*
Jogos de dados	1	1,9	1	1,5	3	3,5	*
Jogos de habilidade	0	0,0	1	1,5	11	12,8	*

*Frequência esperada < que 5.

A Tabela 21 mostra a maior quantia gasta em um único dia pelos participantes de cada grupo e pela *Amostra Total*. É interessante observar que a maior quantia gasta em um único dia refletiu o padrão de jogo do grupo. No *Grupo Clínico* ninguém apostou menos de um dólar, enquanto que no *Grupo Trem*, mais de um terço dos participantes apostou esse valor ou menos, sendo que ninguém apostou mais do que US\$ 1.000 nesse grupo. Já o *Grupo Bingo* aparece como intermediário nesse aspecto, uma vez que os participantes desse grupo relataram mais gastos nas faixas intermediárias, entre US\$ 2 e US\$ 10 e US\$ 11 e US\$ 100.

Tabela 21. Frequência e porcentagem referente à maior quantia despendida em um único dia pelos participantes da Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo.

	CLÍNICO (N=54)		TREM (N=71)		BINGO (N=116)		TOTAL (N=241)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Nunca joguei a dinheiro	0	0,0	20	28,6	5	4,6	25	10,4
US\$ 1 ou menos	0	0,0	6	8,6	3	2,8	9	3,7
US\$ 2 e US\$ 10	2	3,8	21	30,0	41	38,0	64	26,6
US\$ 11 e US\$ 100	7	13,0	15	21,4	41	38,0	63	26,1
US\$ 101 e US\$ 1.000	29	55,0	8	11,4	15	13,9	52	21,6
US\$ 1001 e US\$ 10.000	12	23,0	0	0,0	1	0,9	13	5,4
Mais de US\$ 10.000	3	5,7	0	0,0	2	1,9	5	2,1

Deleted: 1

Formatted: Font color: White

Analisando a questão a respeito da percepção dos entrevistados quanto ao comportamento dos pais e familiares com relação ao jogo, apresentada na Tabela 22, observou-se que 11% dos entrevistados afirmou que o pai jogava demais. Não houve diferença de gênero nessa questão. Visando a comparação das respostas dos três grupos pesquisados, respostas positivas foram agrupadas (pai e mãe, pai, mãe, outro familiar) e observou-se que menos entrevistados do *Grupo Trem* relataram que pais ou familiares jogavam demais ($\chi^2 = 11,50$, g.l. = 2, $p < 0,01$). Não houve diferença significativa entre o *Grupo Clínico* e o *Grupo Bingo*.

Tabela 22. Frequência e porcentagem referente a excesso de jogo por parte de pais e familiares avaliada por participantes da Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo.

	CLÍNICO	N=54	TREM	N=71	BINGO	N=116	TOTAL	N=241
	F	%	F	%	F	%	F	%
Pai e mãe	2	3,7	0	0,0	4	3,7	6	2,5
Pai	9	16,7	6	8,5	12	11,2	27	11,2
Mãe	0	0,0	0	0,0	3	2,8	3	1,2
Outro familiar	6	11,1	0	0,0	8	7,5	14	5,8
Nenhum	36	66,7	65	91,5	80	74,8	181	75,1

A Tabela 23 mostra o relato de uso excessivo de álcool por parte de pais e familiares. Chama atenção o fato de cerca de 20% dos entrevistados considerarem que o pai bebe demais. Não houve diferença de gênero nessa questão. Visando possibilitar a comparação das respostas dos três grupos pesquisados, as respostas positivas foram agrupadas (pai e mãe, pai, mãe, outro familiar) e não foram observadas diferenças significativas.

|

|

80

Deleted: 1
2

Formatted: Font color: White

Tabela 23. Frequência e porcentagem referente a uso excessivo de álcool por parte de pais e familiares avaliado por participantes da Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo.

	CLÍNICO F	N=54 %	TREM F	N=71 %	BINGO F	N=116 %	TOTAL F	N=241 %
Pai e mãe	1	1,9	1	1,4	2	1,9	4	1,7
Pai	14	25,9	19	26,8	15	14,3	48	19,9
Mãe	1	1,9	1	1,4	3	2,9	5	2,1
Outro familiar	3	5,6	0	0,0	5	4,8	8	3,3
Nenhum	34	63,0	50	70,4	80	76,2	164	68,0

4.5.2 DSM IV e SOGS: Amostra Total Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo.

As respostas afirmativas aos critérios do DSM IV para jogo patológico dos três grupos são apresentadas na Tabela 24. Considerando-se a *Amostra Total*, as questões respondidas afirmativamente foram a nº 5, “jogar como forma de aliviar problemas e escapar de estado disfórico”; nº 6, “depois de perder, voltar para recuperar”; e nº 3, “esforço repetido e sem sucesso de tentar controlar, diminuir ou parar de jogar”. Ao se analisar as respostas afirmativas aos critérios levando-se em consideração o gênero, observou-se que mais mulheres responderam sim ao critério nº.5, que versa sobre jogar como maneira de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico ($\chi^2 = 7,34$, g.l. = 1, $p < 0,01$). Na comparação das respostas dos três grupos entre si, a diferença foi altamente significativa em todos os itens ($p = 0,000$). Mesmo na comparação do *Grupo Clínico* com o *Grupo Bingo*, que possui maior número de jogadores patológicos que o *Grupo Trem*, também foram observadas diferenças altamente significativas em todos os itens da escala ($p = 0,000$).

Tabela 24. Frequência e porcentagem dos critérios do DSM IV preenchidos pelos participantes da Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo.

Critério	CLÍNICO	N=54	TREM	N=71	BINGO	N=116	TOTAL	N=241
	F	%	F	%	F	%	F	%
1.	40	74,1	8	11,3	19	16,8	67	27,8
2.	38	70,4	5	7,0	21	18,3	64	26,5
3.	41	75,9	1	1,4	35	30,4	77	31,9
4.	45	83,3	2	2,8	25	22,1	72	29,8
5.	40	74,1	3	4,2	47	41,2	90	37,3
6.	43	79,6	6	8,5	30	26,3	79	32,7
7.	41	75,9	3	4,2	22	19,0	66	27,4
8.	17	31,5	3	4,2	2	1,7	22	9,1
9.	26	48,1	1	1,4	7	6,1	34	14,1
10.	37	68,5	1	1,4	9	7,9	47	19,5

* Os critérios foram explicitados na Tabela 2

A Tabela 25 apresenta as respostas afirmativas dos participantes dos três grupos às questões da SOGS *na vida* que pontuam na classificação de provável jogador patológico. Considerando as respostas da *Amostra Total*, as questões com maior frequência de resposta foram: “ter sido criticado pelo fato de jogar” (56,7%), “jogar mais do que planejou” (55,4%) e “sentir-se culpado pela maneira como joga” (47,9%). As respostas afirmativas às questões da SOGS foram analisadas levando-se em consideração o gênero e diferenças significativas foram encontradas em duas das questões que pontuam na escala: mais mulheres voltaram para recuperar dinheiro perdido no jogo ($\chi^2 = 9,20$, g.l. = 3, $p < 0,5$) e também tiveram mais discussões sobre dinheiro centradas no hábito de jogar, ($\chi^2=4,82$, g.l. = 1, $p < 0,5$). Ao comparar as respostas dos três grupos entre si, também foram obtidas diferenças altamente significativas em todos os itens ($p = 0,000$). O mesmo ocorreu quando as respostas do *Grupo Bingo* foram comparadas às respostas do *Grupo Clínico* ($p = 0,000$) exceto em três questões em que a diferença apesar de ser significativa, foi menor: nº 5 “ser

criticado por jogar” ($p < 0,01$), nº 13 “usar dinheiro da esposa ou companheiro” ($p < 0,01$), e nº 18 “vender ações, obrigações ou outros papéis” ($p < 0,01$).

Tabela 25. Frequência e porcentagem de respostas afirmativas às questões da SOGS pelos participantes da Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo.

Questão	CLÍNICO	(N =54)	TREM	(N=71)	BINGO	(N=116)	TOTAL	(N=241)
	F	%	F	%	F	%	F	%
1.	48	88,9	6	8,4	63	61,8	117	33,5
2.	25	48,0	3	4,2	34	31,8	62	27,0
3.	49	88,9	8	11,3	44	38,3	101	41,7
4.	51	94,4	12	16,9	70	60,9	133	55,4
5.	48	88,9	11	15,5	77	67,0	136	56,7
6.	52	96,3	8	11,3	55	7,8	115	47,9
7.	42	77,8	3	4,2	36	32,1	81	34,2
8.	43	81,1	4	5,6	28	24,1	75	31,5
9.	35	72,9	3	4,3	29	32,2	67	32,2
10.	36	66,7	1	1,4	20	17,4	57	23,8
11.	38	70,4	6	8,5	26	23,0	70	29,4
12.	43	79,6	0	0	18	18,8	61	27,6
13.	26	49,1	1	1,4	21	24,1	48	22,7
14.	32	59,3	2	2,8	10	11,6	44	20,9
15.	35	64,8	0	0	21	23,6	56	26,2
16.	24	45,3	0	0	11	12,9	35	16,7
17.	17	31,5	0	0	7	8,0	24	11,4
18.	8	14,8	0	0	1	1,1	9	4,2
19.	20	37,0	0	0	6	7,1	26	12,4
20.	28	52,8	1	1,4	7	8,2	36	17,2

*As questões foram explicitadas na Tabela 3

4.5.3 Análise do desempenho da SOGS comparativamente aos critérios do DSM

IV para jogo patológico da *Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo*.

Considerando-se a *Amostra Total*, a SOGS demonstrou possuir boas propriedades psicométricas, conforme pode ser observado na Tabela 26, sendo que o ponto de em que se observou o melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade foi 8.

Tabela 26. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para diferentes pontos de corte da escala SOGS na vida para a *Amostra Total: Grupo Clínico + Grupo Trem + Grupo Bingo*.

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	VP+	VP -	TCI
2	100	53,6	45,8	100	0,33
3	100	60,2	49,6	100	0,28
4	100	68,1	55,1	100	0,22
5	100	74,7	60,7	100	0,18
6	100	80,7	67,0	100	0,13
7	98,5	86,1	73,6	99,3	0,10
8	95,4	89,8	78,5	98,0	0,09
9	90,8	91,6	80,8	96,2	0,09
10	83,1	93,4	83,1	93,4	0,10
11	70,8	95,2	85,2	89,3	0,12
12	58,5	97,0	88,4	85,6	0,14

Procurando-se obter uma visão global do poder discriminante da escala para todos os possíveis pontos de corte, foi elaborada uma curva ROC (Receiver Operating Characteristic). A área abaixo da curva representa o índice global do poder discriminante da escala. Considerando-se a *Amostra Total* (n=241) um índice de área abaixo da curva (area under the curve) AUC = 0,97 foi obtido, indicando bom desempenho da SOGS.

84

Deleted: ¶
2

Formatted: Font color: White

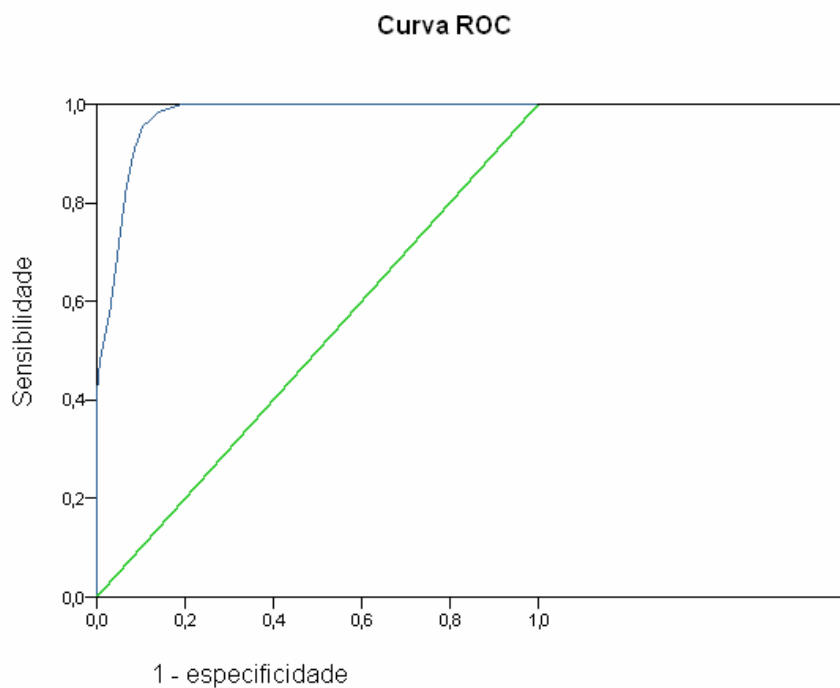


Figura 7. Curva ROC avaliando os pontos de corte da escala SOGS considerando *Amostra Total*

A correlação encontrada entre o DSM IV e a SOGS *na vida* foi de $r = 0,854$ ($p < 0,01$) para a *Amostra Total*. A SOGS apresentou boa validade de construto avaliada pela capacidade de discriminar grupos distintos quanto ao envolvimento com jogo

patológico. A diferença entre os três grupos foi estatisticamente diferente como demonstrado pela ANOVA ($F_{(2,238)} = 221,3, p < 0,001$) e posterior comparação post-hoc pelo teste de Bonferroni ($p < 0,001$ para todas as seis comparações). Os escores do *Grupo Trem* foram significativamente inferiores aos do *Grupo Clínico* e aos do *Grupo Bingo*, e os escores do *Grupo Bingo* foram significativamente inferiores aos do *Grupo Clínico*.

A partir dos dados referentes às correlações e correlações múltiplas das respostas à escala SOGS *na vida*, observa-se que todas as questões estão relacionadas umas com as outras, sendo variáveis importantes no conjunto. A consistência interna da escala medida pelo alpha de Cronbach foi de 0,75. Os resultados da Análise de Principais Componentes (APC) com subsequente rotação ortogonal da matriz de carga fatorial são apresentados na Tabela 27. A matriz foi construída de forma que as colunas apresentam as questões em ordem decrescente de acordo com a variância explicada pelos fatores. A análise fatorial da estrutura da escala resultou em uma solução de duas dimensões, respondendo por 56,73% da variabilidade total dos dados na amostra: um primeiro fator constituído preponderantemente por questões referentes a questões relativas ao próprio comportamento de jogar dos jogadores patológicos (questões nº 6, 1, 4, 5, 9, 7, 8, 11, 10, 12, 02, 13, 14, VEA = 48,17, alfa de Cronbach = 0,824) e um segundo fator reunindo questões sobre fontes de dinheiro para jogo (questões nº 17, 19, 18, 20, 16, 15, VEA = 8,56, alfa de Cronbach = 0,819). A composição dos dois fatores obtidos pela APC e a carga fatorial de cada questão são apresentadas na Tabela 27.

|

|

Tabela 27. Matriz de Cargas Fatoriais das questões da SOGS obtidas através da Analise dos Principais Componentes (APC) após rotação ortogonal dos fatores pelo método Varimax.

Questão		Componente	
Fator 1	VEA = 48,178	1	2
6. sente-se culpado por jogar		,842	
1. tentativa de recuperar		-,796	
3. sente que tem problemas com jogo		,791	
4. jogou mais do que planejou		,771	
5. criticado por jogar		,769	
9. discussão centrada no hábito de jogar		,687	
7. não conseguiu parar de jogar		,642	
8. escondeu "rastros" de jogo		,630	
11. perdeu tempo de trabalho		,623	
10. pediu dinheiro emprestado		,612	,433
12. tomou dinheiro de despesas da casa		,611	,566
2. alegou estar ganhando quando estava perdendo		-,588	
13. tomou dinheiro esposa		,524	
14. tomou dinheiro emprestado de parentes		,502	,472
Fator 2	VEA = 8,56	1	2
17. tomou dinheiro emprestado de agiotas			,770
19. vendeu propriedades para jogar			,756
18. vendeu ações para jogar			,747
20. passou cheque sem fundo		,408	,605
16. usou crédito de cartões de crédito			,599
15. tomou dinheiro emprestado de bancos		,492	,569

VEA – Variância explicada acumulada (proporção cumulativa da variância).

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar o desempenho da Escala SOGS em três amostras distintas: jogadores patológicos que procuraram tratamento, indivíduos representantes da população geral, recrutados em uma estação metropolitana de trem em São Paulo e freqüentadores de uma casa de bingo no município de São Jose dos Campos. A SOGS apresenta questões sobre alguns tipos de jogos praticados; o valor máximo apostado em um único dia e percepção de excesso de jogo por parte de pais e familiares, além das vinte perguntas para identificar provável jogador patológico. Na versão adaptada para o português foram acrescentadas questões sobre os últimos 12 meses aos itens da escala, além de outras sobre dados sociodemográficos e percepção de abuso de álcool pelos pais e familiares. Todas as questões que compõem a escala foram analisadas e os resultados apresentados para cada grupo e para a amostra total.

As características sociodemográficas permitem a caracterização dos jogadores patológicos e auxiliam a identificação de grupos mais afetados pela patologia. A partir de alguns estudos realizados em diversos países como Nova Zelândia, Suécia, Suíça, Austrália, EUA e Grã Bretanha, observou-se, por exemplo, que alguns subgrupos da população apresentam maior risco de jogo patológico, como homens, jovens, algumas minorias raciais, indivíduos com menos anos de educação e de baixa renda (Abbott, Volberg, & Ronnberg, 2004; Petry & Mallya, 2004). Os dados dos três estudos aqui apresentados não permitem generalização, sendo necessário um estudo de prevalência na população brasileira. Considerando a *Amostra Total*, a maioria dos entrevistados era do sexo masculino, casada, trabalhava e de religião católica. A média da idade do grupo como um todo foi de 42 anos e a mediana da renda foi de R\$ 1.300,00. A escolaridade foi heterogênea e algumas diferenças de gênero foram observadas: mais mulheres não trabalhavam, eram mais velhas e separadas ou viúvas. Na comparação entre os grupos,

observou-se que o *Grupo Trem* era composto de pessoas mais jovens e possuía menos mulheres e o *Grupo Clínico* contava com indivíduos com mais anos de educação e maior renda.

O fato de ter o *Grupo Clínico* se diferenciado dos outros no aspecto sociodemográfico por ter participantes com melhor educação e renda coincide com estudos anteriores realizados no Brasil com jogadores entrevistados em local de jogo (Oliveira, 1997) e com jogadores em tratamento em São Paulo (Martins et al., 2004; Castro, Fuentes, & Tavares, 2005; Oliveira, Silva & Silveira, 1999; Oliveira et al., 2002). Sendo o tratamento em todos os casos financiado por serviços públicos, esse resultado não pode ser atribuído a uma diferença econômica. Provavelmente ele se deve mais ao fato de o jogo patológico ser um transtorno recentemente divulgado como patologia e o tratamento tornar-se conhecido pela população mais informada, com mais educação, do que devido ao fato de jogadores patológicos serem diferentes da média da população quanto à escolaridade. Vale ainda lembrar que jogadores patológicos que procuram tratamento não podem ser considerados amostra representativa da população de jogadores patológicos brasileiros.

Quando se observam os dados sócio-demográficos do *Grupo Clínico*, nota-se que são condizentes com outras pesquisas realizadas com jogadores patológicos que procuram tratamento. A maioria era masculina, casada, trabalhava e de religião católica, com pelo menos 11 anos de educação e média de idade de 42 anos, características de certa forma semelhantes às encontradas em pesquisas nacionais (Oliveira et al, 1999; Oliveira et al., 2002; Oliveira et al., 2006; Martins et al., 2004; Castro et al., 2005); e internacionais (Grant & Kim, 2001; Petry, 2003a; Stinchfield et al., 2005; Tavares et al., 2005). Alguns estudos encontraram diferenças de gênero ao analisar variáveis sociodemográficas: mulheres eram geralmente mais velhas, viviam sem companheiros

(solteiras, separadas ou viúvas) e declararam renda inferior à dos homens (Ladd & Petry, 2002; Potenza et al., 2001; Grant & Kim, 2001). No presente estudo, esses dados não puderam ser avaliados, uma vez que a amostra que compôs o *Grupo Clínico* era muito pequena, de forma que a análise por gênero foi realizada apenas para a *Amostra Total*.

Diferenças de gênero apareceram nas respostas às questões referentes aos critérios do DSM IV e SOGS. Na SOGS, mais mulheres relataram “*voltar para recuperar dinheiro perdido no jogo*” e ter mais “*discussões sobre dinheiro centradas no hábito de jogar*”. Pode-se supor que isso aponte característica cultural associada à condição financeira feminina: mulheres geralmente têm menor renda que homens e podem ter maior dificuldade em esconder gastos, sendo, portanto, mais comuns discussões centradas em aspectos financeiros. Além disso, no que se refere aos critérios do DSM IV, mais mulheres responderam afirmativamente à questão referente ao critério nº 5, que versa sobre “*jogar como maneira de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico*”. Outros estudos já apontaram que mulheres tendem a se envolver com jogo para escapar de situações de vida insatisfatórias ou estressantes (Lesieur & Blume, 1991; Potenza et al., 2001; Ladd & Petry, 2002), o que corrobora a literatura que relata comorbidade com depressão, transtorno esse mais comum em mulheres jogadoras patológicas (Petry et al., 2005).

Com relação aos tipos de jogos mais praticados, também foram encontradas diferenças de gênero: homens apostaram mais em jogos diversos, ao passo que as mulheres em bingo nos três tempos pesquisados. Pode-se dizer que os mais conhecidos, como jogos de azar, foram mais freqüentados por homens e o bingo, que no imaginário está mais ligado à tradição beneficente e, aparentemente, envolveria menor risco, foi mais popular no universo feminino. Essa diferença talvez se assemelhe a uma

característica já conhecida com relação às dependências, em que se observa diferença de gênero na preferência por tipo de droga: homens tendem a usar mais as drogas ilícitas e mulheres as lícitas. Lesieur & Blume (1991) já assinalaram a preferência feminina por jogos legais. A preferência masculina por jogos estratégicos e competitivos, a atração pelo risco envolvendo possibilidade de grandes ganhos, também foi identificada em outros estudos. Potenza et al. (2001) verificaram que homens jogavam há mais tempo e apostavam mais em *blackjack*, roleta, pôquer e dados, esportes e corridas de animais ao passo que mulheres jogavam mais jogos eletrônicos. Grant & Kim (2001) e Ladd & Petry (2002) encontraram resultados semelhantes: mulheres entretinham-se mais em jogos eletrônicos e menos em corridas de animais, cartas ou esportes. Comportamentos de risco ou de transgressão, como atos ilegais, prisão, problemas com uso de álcool e outras drogas parecem mais presentes na população masculina de jogadores patológicos do que na feminina (Potenza et al., 2001), assim como comportamento sexual de risco (Martins et al., 2004). Numa concepção evolucionista, pode-se fazer a hipótese de que homens jovens são mais propensos a arriscar do que mulheres: estudo transcultural observou que homens jogam mais que mulheres e que adultos jogam mais do que crianças ou idosos (Gray, 2004). Por sua vez, Bruce & Johnson (1994) encontraram algum suporte para pesquisas anteriores que afirmavam que homens arriscam mais e que mulheres são menos confiantes ao apostar e se saem um pouco melhor que homens. Sustentam que as diferenças de gênero podem estar relacionadas com a intenção da aposta: mulheres talvez sejam mais atraídas pelo desafio intelectual e homens pelo ganho financeiro. Esses autores sugerem que há diversidade na definição e percepção de risco e que homens e mulheres podem ser diferentemente afetados pela ilusão do jogo. Essas informações podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e

tratamento mais eficazes, uma vez que respeitem as especificidades da população masculina e feminina. .

Além de o bingo ter sido o tipo de jogo preferido pelas mulheres, foi mais praticado pelos participantes da *Amostra Total* nos três tempos pesquisados, tendo ultrapassado a loteria, bastante antiga, tradicional e popular no país, que veio em segundo lugar. A prevalência de bingo sobre a loteria nos três tempos pesquisados revela o quanto esse jogo, regulamentado na década de 90, está incorporado ao cotidiano. É interessante ressaltar que dados anteriores por nós coletados em 1995 indicaram a loteria como o jogo mais praticado *na vida*, por jogadores patológicos ou sociais (Oliveira & Silva, 2000). O ambiente de jogo vem mudando desde que o bingo foi legalizado no Brasil. Retondar (2004) descreve essas casas como templos dionisíacos da modernidade. Relata como na sua construção e decoração há estudo das cores do ambiente visando à aderência ao jogo como fuga e evasão do real. As casas de bingo, quando inauguradas, apresentavam apenas bingo como opção, quer marcado por terminais de computadores quer em cartelas. Paulatinamente, foram introduzidas máquinas de jogos eletrônicos, em que, diferentemente do bingo, a resposta é muito mais rápida e o sujeito joga contra a máquina e não contra o grupo de apostadores. Hoje, em muitas casas de bingo, grande área é ocupada por jogos eletrônicos, que também se encontram em locais não destinados à atividade de jogar, como padarias e lanchonetes. Além disso, surgiram vídeo loterias e apostas pela internet. Os resultados desta pesquisa refletem essa realidade. Os jogos eletrônicos, que vinham em quinto lugar dentre jogos praticados *na vida*, passaram a terceiro quando considerados o ano anterior ou o último mês. Pesquisa realizada com dependentes de drogas em tratamento em São Paulo encontrou resultados semelhantes: jogos eletrônicos passaram de quarta para a segunda modalidade de jogo mais disputada considerando o ano precedente ou o

último mês, respectivamente (Carvalho, Collakis, de Oliveira, & Silveira, 2005). Jogos eletrônicos vêm se tornando cada vez mais disponíveis mundialmente (Stewart, McWilliams, Blackburn, & Klein, 2002) e a tecnologia passou a ser dimensão significativa nos jogos de azar, potencializando o fator adictivo (Korn, 2000). A rapidez entre a aposta e o resultado parece contribuir para maior poder adictivo do jogo, tornando-o mais propício a abuso pelos jogadores patológicos (Fisher & Griffiths, 1995), diferente de antigos jogos eletrônicos de entretenimento, que excluía a possibilidade de ganho ou perda de somas substanciais através de dispositivos legais (Fabian, 1995). É como se houvesse um paralelo entre jogos de azar e jogo eletrônico e cocaína e crack, levando em consideração a intensidade. É importante lembrar que no presente estudo um grupo foi entrevistado em casa de bingo, na parte em que se jogava bingo, e não na parte reservada aos jogos eletrônicos. Pode-se especular que se fossem entrevistados jogadores que apostavam em jogos eletrônicos, os resultados talvez coincidisse com esses estudos internacionais, que mostram a popularidade dessa modalidade de jogo, principalmente entre as mulheres.

Já em esportes, quase metade dos participantes indicou ter apostado na vida, mas pouco no ano anterior e no último mês. Se a pesquisa fosse realizada este ano, ano de copa do mundo, os resultados seriam certamente diferentes. Jogos de carta são populares, mas não foram atividade freqüente, caindo também a freqüência no ano precedente e, mais ainda, no último mês. Menos populares, mas também seguindo essa tendência, foram os jogos de habilidade. Cassino foi freqüentado por cerca de um quinto dos participantes da amostra total, o que não é pouco se considerado que é proibido no país e de acesso a público restrito. Assim, essa parcela se refere a quem freqüentou cassinos clandestinos ou viajou ao exterior. Bolsa de Valores foi o tipo de aposta mais rara na *Amostra Total*. Investir e apostar na Bolsa de Valores também

implica a presença de público seletivo com maior poder aquisitivo, o que foge do perfil da população pesquisada. Observou-se que apesar de pouco popular, a aposta em dados foi mais freqüente do que em animais.

A partir das respostas obtidas na presente pesquisa, poder-se-ia supor que esses jogos são relativamente populares no Brasil. Seria oportuno realizar uma pesquisa qualitativa para investigar se esses são de fato os jogos mais importantes no cenário brasileiro e com isso aprimorar as questões da SOGS, incluindo formas de jogo ou denominações que são típicas da realidade brasileira e que talvez não estejam contempladas na escala. Esse mapeamento da disponibilidade de diferentes jogos da azar associados às características da população pode fornecer dados importantes para nortear políticas públicas. Além disso, condições ambientais também devem ser consideradas para compreender o fenômeno do jogo patológico. Estudos mostraram que menor distância entre a localização do cassino e o local habitado pelo jogador implica em maior probabilidade de jogo patológico, assim como maior disponibilidade de jogos de azar (Room, Turner, & Ialomiteanu, 1999; Ladouceur et al., 2000; Welte, Wieczorek, Barnes, Tidwell, & Hoffman, 2004). Observou-se, por exemplo, que terminais de vídeo loterias são mais concentrados em locais menos favorecidos na Austrália e no Canadá, em regiões com grande proporção de pessoas desempregadas, com menos anos de educação (Gilliland & Ross, 2005). A relação entre vizinhança pobre e alta prevalência de jogo patológico foi também encontrada nos EUA (Welte et al., 2004). A distorção espacial de oportunidades de jogo e suas conseqüências devem ser avaliadas em estudos posteriores e reconhecidas na elaboração de políticas públicas que contenham a expansão de problemas associados a jogos de azar.

Talvez se possa afirmar ainda que alguns jogos de azar são mais propensos a serem alvo de jogo patológico do que outros, em que o caráter de lazer se sobrepõe,

propiciando menor risco de problemas associados ao jogo. Nesse sentido, Petry (2003a) retrata como jogadores de diferentes tipos de jogos podem diferir em características sociodemográficas e comprometimento com jogo. No presente estudo, na comparação dos três grupos quanto aos tipos de jogo praticados, a característica peculiar de cada grupo se evidenciou, ficando claro que se tratava de grupos muito diferentes com relação ao comportamento de apostar em jogos de azar. Os participantes do *Grupo Trem* envolveram-se menos em todos os tipos de jogos, sendo a loteria a forma de aposta mais freqüente nesse grupo, freqüentada por um quinto dos entrevistados *nos últimos 30 dias*. Esse grupo também foi caracterizado por apostar quantias baixas. Mais de um terço dos participantes apostou um dólar ou menos, sendo que ninguém apostou mais do que US\$ 1.000 nesse grupo. Os jogadores do *Grupo Bingo* apostaram mais do que os do *Grupo Trem*, não só quanto à diversidade de jogos, mas também quanto a valores máximos dispensados em um único dia, mas apostaram menos do que os do *Grupo Clínico*. É interessante observar que apesar dos participantes do *Grupo Clínico* e *Bingo* terem praticado jogos similares *na vida*, na mesma ordem de preferência (bingo, loteria, jogos eletrônicos, jogo de cartas e apostas em esportes), os do *Grupo Clínico* se diferenciaram por apostarem mais em diferentes tipos de jogos (cavalos, em esportes, em cassinos, na loteria e jogos eletrônicos) do que participantes do *Grupo Bingo*. No entanto, *nos últimos 30 dias*, essa relação se inverte, uma vez que os integrantes do *Grupo Bingo* jogaram mais bingo, esportes e jogos de habilidade do que os do *Grupo Clínico*, que freqüentaram mais jogos eletrônicos nos três tempos pesquisados. Esse dado coincide com argumentos de que jogo eletrônico tem maior poder de estimular jogadores patológicos a perderem controle sob seu comportamento e sugere afunilamento de interesses, característico das dependências, em contraste com possível caráter de lazer dos jogos praticados pelo *Grupo Bingo*.

O maior envolvimento com jogo por parte de participantes do *Grupo Clínico* com relação ao *Grupo Bingo* também se explicitou na questão referente ao valor máximo apostado em um único dia, que mostra valores muito elevados por parte do *Grupo Clínico* (29% apostou mais de US\$ 1.000 em um único dia). Levando em consideração o fato de que esses jogadores relataram renda familiar por volta de R\$ 1.800,00, presume-se o quão endividados ficaram... Esse dado chama a atenção para a necessidade de estratégias de redução de danos no país. Por exemplo, o fato de haver caixa eletrônico de bancos em alguns bingos poderia ser fator de estímulo a ser evitado com sua proibição. Quem não tem problema com jogo e vai apenas se divertir, costuma levar consigo quantia que, ao se esgotar, faz com que a pessoa deixe o local. Aqueles que ficam e insistem nas apostas para recuperar o que perderam geralmente são os que apresentam problemas ligados a jogo. Voltar para recuperar e insistir nas apostas são características centrais de jogo patológico. Assim, se as casas de bingo quisessem estimular jogo como lazer, como atividade responsável, como advogam seus defensores, não deveriam permitir caixa eletrônico dentro de seus estabelecimentos. Estratégias de controle do comportamento para aqueles que o perdem seriam medidas para preservar a saúde dos jogadores e minimizar danos decorrentes da atividade. Uma alternativa polêmica nesse sentido seria, por exemplo, definir valores máximos de aposta no bingo, de forma que as pessoas tivessem um limite para apostar em um único dia no mesmo local. Outra possibilidade seria restringir o horário de funcionamento, evitando, por exemplo, casas abertas por 24hs.

Com relação à percepção sobre o comportamento de pais e familiares, onze por cento da amostra total afirmaram que o pai jogava demais. Essa porcentagem coincidiu com a de dependentes de drogas em tratamento em São Paulo que afirmou que o pai jogava demais (Carvalho et al., 2005). Antes da abertura das casas de bingo

e da ampla disponibilidade de jogos eletrônicos em padarias, bares e casas de bingo, pode-se supor que esse tipo de afirmação fosse menos provável, apesar de jogos de azar como loteria, jogo do bicho, corridas de cavalo, apostas em esportes (bolão) terem sempre existido. Sobre isso houve diferença entre os grupos pesquisados: mais entrevistados do *Grupo Clínico* e do *Grupo Bingo* do que participantes do *Grupo Trem* relataram que pais ou familiares jogavam demais. O impacto do comportamento dos pais sobre o comportamento dos filhos já foi apontado na literatura. Há estudos relatando alta prevalência de jogadores patológicos com problemas de jogo por parte de familiares. Grant & Kim (2001), em estudo com 131 jogadores patológicos em tratamento, apuraram que 58% tinham parentes de primeiro grau com problemas ligados a jogo. Estudo com adolescentes e seus pais mostrou que assiduidade em apostas e gravidade de jogo patológico estavam associadas à frequência de jogo por parte dos pais. A gravidade de problemas do adolescente estava relacionada à gravidade dos problemas de jogo do pai (Vachon, Vitaro, Wanner, & Tremblay, 2004). O exame sobre a percepção de abuso de álcool revelou que não houve diferença entre os grupos. A alta porcentagem (20%) da amostra total que indicava consumo de álcool excessivo pelo pai coincide com a literatura nacional sobre o tema, que aponta a popularidade do álcool e alta prevalência de alcoolismo no país (Galduroz & Caetano, 2004). A porcentagem de cerca de 30% relatada pelo *Grupo Clínico* foi inferior à encontrada por Grant & Kim, 2001, que obtiveram 56% dos jogadores patológicos com problemas de abuso de álcool por parente de 1º grau.

A diferença entre grupos se explicitou mais uma vez na comparação das respostas das questões sobre os critérios do DSM IV e às questões da SOGS, uma vez que a diferença foi altamente significativa em todos os itens dos dois instrumentos

utilizados. Mesmo na comparação do *Grupo Clínico* com o *Grupo Bingo*, que possui maior número de jogadores patológicos do que o *Grupo Trem*, também foram observadas diferenças altamente significativas em todos os itens da escala. O *Grupo Clínico* preencheu muitos itens das duas escalas, destacando-se na SOGS, a alta porcentagem de respostas afirmativas às questões referentes à fonte de dinheiro para jogar ou pagar dívidas. A SOGS vem sendo criticada por ter várias perguntas sobre fonte de dinheiro para jogar ou pagar dívidas em detrimento de outras sobre impacto negativo do jogo como apresentado pelo DSM IV (Cox et al., 2004; Petry e Grant 2005). No entanto, em pesquisa anterior em que se comparou jogadores patológicos em tratamento com jogadores patológicos em local de jogo, observou-se que foram as respostas a essas questões que diferenciaram os dois grupos. Jogadores que procuraram tratamento responderam positivamente a todos esses itens, exceto o nº 18 “*vender ações ou outros papéis para financiar jogo*” (Oliveira et al., 2002). Dessa forma, parece que jogadores patológicos procuram tratamento quando as fontes de empréstimo esgotam-se, ou quando alcançam a fase de desespero descrita por Custer (1984). Enquanto imaginam que podem apostar, ganhar, saldar suas dívidas e resolver seus problemas, continuam prisioneiros do ciclo vicioso do jogo patológico. Quando não há mais esperança porque as fontes de crédito esgotaram-se, as dívidas acumularam-se, vem o desespero, tentativas de suicídio, mas também a possibilidade de mudança (Oliveira, 2005) Essa informação é importante para o desenvolvimento de estratégias preventivas e reforça a necessidade de se estimular a procura de tratamento antes que o quadro se agrave.

No presente estudo evidenciou-se o elevado índice de jogo patológico avaliado pela escala SOGS, se comparado à aos critérios do DSM IV, no *Grupo Trem*, e, principalmente, no *Grupo Bingo*. No *Grupo Trem*, pelos critérios do DSM IV, 2,8% dos

participantes foram classificados como jogadores patológicos e, pela SOGS, esse índice foi cerca de 3 vezes superior (8,5%) considerando *na vida*. Essa porcentagem cai quase pela metade se considerada a SOGS nos *últimos 12 meses* (4,2%), mas continua elevada se comparada a estudos populacionais de outros países, onde a prevalência de jogo patológico varia entre 1 e 3% (Shaffer, Hall, H. M., Vander Bilt, J., 1999). Abbott et al. (2004) encontraram índices muito inferiores de jogo patológico na população da Suécia e Nova Zelândia, mas nos dois locais o índice de jogo atual, avaliado pela SOGS considerando *últimos 6 meses* também foi a metade do encontrado considerando *na vida*. Na avaliação do desempenho da escala, observou-se que a sensibilidade e especificidade no *Grupo Trem* foram boas (100 e 94,2, respectivamente), mas o valor preditivo positivo foi muito baixo (33,3). Aumentando o ponto de corte para 8 o índice de jogo patológico cai a 4,2% na vida e 1,4% no último ano, valor esse compatível com estudos internacionais. Além disso, a sensibilidade continua 100, a especificidade melhora, subindo para 98,6 e o valor preditivo positivo dobra, ficando com valores semelhantes aos índices do ponto de corte 5 para escala SOGS considerando os *últimos 12 meses*. Esse dado chama a atenção para a importância de se aplicar as questões da SOGS levando em consideração o comportamento atual (*últimos 12 meses* ou mesmo *últimos 6 meses*), como fizeram Abbott et al. (2004), diminuindo assim o número de falso positivos.

No *Grupo Bingo* a diferença de avaliação entre DSM IV e SOGS foi ainda maior: 12% dos participantes foram classificados como jogadores patológicos pelo DSM IV e 44% pela SOGS *na vida*. Não foi pesquisado nos *últimos 12 meses*, mas como os jogadores estavam em local de jogo, pode-se supor que os resultados talvez não fossem muito inferiores. Avaliando os índices de validade, nota-se que a sensibilidade foi alta (100), mas a especificidade não (63,7), sendo mais baixo ainda o

valor preditivo positivo (27,5). Aumentando o ponto de corte para 8, a porcentagem de jogadores patológicos passa a 23,3%. A sensibilidade diminui (92,9), mas a especificidade aumenta um pouco (86,3) e o valor preditivo positivo aumenta, embora continue baixo (48,1). Estudos põe em dúvida a SOGS, apontando que a escala propicia muitos falsos positivos, principalmente em estudos com adolescentes (Ladouceur et al., 2005). O fato da escala ter sido auto-aplicada no *Grupo Bingo* pode ter interferido nesse resultado. Primeiro porque se abordou o comportamento apenas *na vida*, o que já inclui no resultado quem foi jogador patológico no passado, mas não é mais no momento, e, depois, porque se observou que a escolaridade nesse grupo não era muito alta. Estudo com crianças em idade escolar, adolescentes e adultos verificou que problemas na compreensão da escala contribuíram para aumento de falso positivo. Nesse estudo, um dos fatores apontados foi a falta de entendimento em alguns itens provocando respostas incorretas e que a clarificação desses itens mudaria o escore da escala (Ladouceur et al., 2000).

No *Grupo Clínico* houve menor discrepância entre a proporção de jogadores patológicos avaliados pela SOGS (100%) e DSM IV (90,7%), provavelmente porque a maioria dos participantes preenchia critérios para jogo patológico pelos dois instrumentos. A média de pontuação no DSM IV (6,7) no *Grupo Clínico* foi próxima à encontrada em outros estudos com jogadores que procuravam tratamento: 7,8; 7,3; 7,2 (Grant & Kim, 2001; Ladd & Petry, 2002; e Petry, 2003, respectivamente). A média de pontuação na SOGS (12,9) também foi semelhante à de outros estudos: 14,1; 11,91; 12,2; 13,7 para homens e 12,7 para mulheres (Grant & Kim, 2001; Beaudoin & Cox, 1999; Petry, 2003; Ladd & Petry, 2002), respectivamente. A sensibilidade foi alta tanto para SOGS *na vida* quanto para *últimos 12 meses*, mas a especificidade foi muito baixa nos dois tempos pesquisados. Mesmo aumentando o ponto de corte da escala para 8, a

especificidade continuou baixa (20). É importante ressaltar que quase 10% dos participantes que procuraram tratamento não preencheram critérios pelo DSM IV para jogo patológico. Estudos anteriores já questionaram o rigor dos critérios do DSM IV apontando que jogadores que procuram tratamento nem sempre preenchem esses critérios (Stinchfield, 2003). No estudo conduzido por Beaudoin & Cox (1999), por exemplo, apenas 84% dos jogadores patológicos em tratamento preencheram 5 critérios do DSM IV, de maneira que 16% dos que procuraram ajuda devido a problemas relacionados a jogo não preencheram critérios do DSM IV. Nesse sentido, Rosenthal (2003) alerta para o fato de que os critérios de DSM são diretrizes e que cabe ao clínico avaliar e julgar se trata de jogo patológico. O indivíduo pode preencher apenas 3 ou 4 critérios e ser clinicamente um jogador patológico. Rosenthal advoga que o DSM V deveria incluir “jogador problema” em seu manual e devia considerar na avaliação não só o número de critérios, mas quais critérios foram preenchidos. Cita o fato do item “voltar para recuperar” aparecer tanto em jogadores com poucos sintomas de jogo patológico quanto com muitos, tanto que Lesieur & Blume (1987) na confecção da SOGS, ponderaram e só consideraram como critério na SOGS as respostas sobre voltar para recuperar em mais da metade das vezes em que houve perda.

Quando os dados do *Grupo Combinado: Grupo Clínico + Grupo Trem* foram analisados em conjunto, a sensibilidade foi excelente (100), a especificidade e o valor preditivo positivo foram mais elevados (87 e 85, respectivamente) o valor preditivo negativo foi 100 e a taxa de classificação incorreta, 0,07. O ponto de corte que apresentou melhor equilíbrio entre os índices foi o 8, que passaram para 96, 93,2, 90,7, 97,2 e 0,05, respectivamente. No entanto, para a *Amostra Total*, para o ponto de corte 5 os índices não foram tão bons: sensibilidade (100), especificidade (74,7), valor preditivo positivo (60,7), valor preditivo negativo (100) e taxa de classificação incorreta

(0,18). Ao aumentar o ponto de corte para 8, os índices passaram a 95,4, 89,8, 78,5, 98, 0,09, respectivamente.

A SOGS apresentou boa validade de construto avaliada pela capacidade de discriminar grupos distintos quanto à classificação de jogadores patológicos, como explicitado nos resultados. A correlação entre a pontuação na SOGS e no DSM IV foi alta para o *Grupo Combinado* ($r = 0,88$) e *Amostra Total* ($r = 0,85$). No entanto, foi mais baixa nos grupos separados, principalmente no *Grupo Trem* ($r = 0,48$) e *Grupo Clínico* ($r = 0,33$), contrastando com alguns estudos internacionais. Stinchfield (2003), por exemplo, encontrou correlação entre SOGS e DSM IV de $r = 0,77$ para população geral e $r = 0,75$ para grupo clínico; Cox et al. (2004) encontraram correlação de $r = 0,81$ na vida e $r = 0,79$ no último ano para população geral; e Beaudoin & Cox (1999) obtiveram correlação com SOGS de $r = 0,59$ para adultos em tratamento.

A confiabilidade da escala SOGS foi estimada utilizando como medida de consistência interna o α de Cronbach e a análise da estrutura de fatores da escala. No presente estudo, a consistência interna da escala SOGS para o *Grupo Combinado*: *Grupo Clínico* + *Grupo Trem* foi muito boa ($\alpha = 0,95$), mas foi inferior quando se calculou o α para a *Amostra Total* (0,75). Estudo anterior, comparando jogadores em tratamento e jogadores patológicos e sociais entrevistados em local de jogo, relatou boa consistência interna da SOGS ($\alpha = 0,93$), com valor próximo ao encontrado para o *Grupo Combinado* (Oliveira et al., 2002). A análise fatorial da estrutura da escala no presente estudo resultou em uma solução de duas dimensões, respondendo por 56,73% da variabilidade total dos dados na amostra. O agrupamento das questões nos fatores foi de certa forma semelhante ao do estudo anterior, mas mais coerente. Ao invés dos três fatores encontrados por (Oliveira et al., 2002), no presente estudo foram

identificados apenas dois, um composto pelas questões relacionadas às fontes de dinheiro para jogar, e outro, composto por questões ligadas ao comportamento do jogador. A questão nº4 “*jogar mais que planejou*” que estava junto de questões relacionadas às fontes de dinheiro para jogar no estudo anterior, passou para o grupo de questões ligadas ao comportamento do jogador, assim como as questões que estavam no terceiro fator (questão nº1 “*perder tempo de trabalho*” e nº11 “*voltar para recuperar*”).

Limitações do estudo

O presente trabalho foi composto por três estudos independentes, que visavam verificar o desempenho da escala SOGS em grupos com características distintas. No entanto, as próprias características dos grupos dificultaram a avaliação do desempenho da escala, principalmente, porque no *Grupo Clínico* todos apresentavam a patologia e, no *Grupo Trem*, a prevalência de jogo patológico era muito baixa. Assim, utilizou-se o artefato metodológico de unir os bancos de dados e formar artificialmente um grupo maior, híbrido, para testar a habilidade da escala em classificar jogadores e discriminar os grupos.

Uma limitação importante do presente estudo é o número de sujeitos. Alguns resultados apresentaram diferenças que provavelmente seriam significativas se o número de participantes fosse maior. Frequência de resposta menor que 5 impossibilitou análise de algumas questões relativas aos tipos de jogos praticados pelos três grupos. Assim, evidencia-se a necessidade de estudos futuros com amostras representativas da população para possibilitar inclusive a generalização dos resultados.

A SOGS é uma escala que pode ser utilizada na forma auto-aplicada. No entanto, isso demanda alguns cuidados e traz limitações. No *Grupo Bingo*, explicitou-se essa dificuldade inerente a questionário auto-aplicado, pois houve muitas questões em branco. Por exemplo, alguns participantes responderam afirmativamente que jogaram *nos últimos 30 dias* e não responderam que haviam jogado *na vida* ou *nos últimos 12 meses*, anulando assim a resposta à questão devido à contradição. A avaliação do comportamento no tempo é importante e, na forma auto-aplicada, é comum falta de cuidado na resposta ou falta de compreensão, sendo necessário verificar a clareza das instruções. Quando se trata de entrevista, é mais fácil evitar esse tipo de confusão. Por exemplo, no *Grupo Bingo*, 5% não admitiram que gastavam dinheiro no jogo apesar de estarem sendo entrevistados dentro do bingo. A escolaridade mais baixa desse grupo e a própria pesquisa em local de jogo podem ter prejudicado as respostas.

Outro fator que merece atenção é a investigação a respeito da prática de jogos eletrônicos. Com a crescente expansão dessa modalidade de jogo é necessário explicitar no questionário todas as formas existentes de jogo eletrônico. Bingo eletrônico, por exemplo, pode ser objeto de confusão, uma vez que apesar de ser jogo de bingo, é classificado como jogo eletrônico, pois se assemelha mais aos outros dos jogos eletrônicos do que ao do bingo clássico, cantado. Além disso, é importante levar em consideração que os dados foram coletados em um dado período e que mudanças na disponibilidade e nas características de jogos existentes podem alterar os resultados. Por exemplo, apostas na internet não eram tão comuns quando o questionário foi aplicado. Fenômeno recente que começa a preocupar é a popularidade de jogos de pôquer entre jovens, estimulado pela transmissão de campeonatos pela televisão e facilidade de apostas pela internet (Tamari, 2006). A complexidade da classificação dos jogos aparece mais uma vez nesse caso, pois,

apesar do jogo de pôquer poder se desenrolar pela internet, é jogo de cartas e não jogo eletrônico.

|

|

Deleted: 1
2

Formatted: Font color: White

6. CONCLUSÕES

Desde que casas de bingo surgiram, o Brasil tem assistido uma proliferação de jogos de azar sem precedentes. Paralelamente, o número de jogadores que sofrem consequências adversas decorrentes dessa atividade vem aumentando. No Congresso Nacional o debate a respeito da legalização do jogo persiste sem clara definição. Os que argumentam a favor da regulamentação defendem a arrecadação de impostos, geração de empregos e desenvolvimento econômico de áreas menos favorecidas como fatores decisivos para a aprovação do jogo. Aqueles que são contra utilizam argumentos morais ou alegam que jogos de azar favorecem atos ilegais, como lavagem de dinheiro e narcotráfico. Pouco se fala no cidadão que financia o jogo, no impacto sobre a saúde do jogador e nas consequências familiares, econômicas, sócias e ocupacionais que pode vir a sofrer. Faltam dados epidemiológicos para dar a real dimensão do problema no país e fornecer subsídios para elaboração e aprovação de leis que regulamentem a atividade, procurando minimizar consequências adversas e proteger aqueles que gostam de apostar. Dados obtidos por meio de pesquisas confiáveis podem ter papel decisivo, uma vez que retratam realidade que muitos desconhecem, podendo mobilizar a população e ser instrumento de conscientização, favorecendo tomada de decisões para enfrentamento da questão. Assim desenvolver e divulgar dados de pesquisas nacionais sobre o tema é passo imprescindível para sensibilizar autoridades na destinação de recursos para esse fim. Tais poderiam provir do próprio jogo, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de tratamento eficazes, além de financiar pesquisas sobre o tema. É importante lembrar que jogo patológico é um fenômeno relativamente recente, cuja realidade precisa ser divulgada. Muitos não

sabem que se trata de um transtorno passível de tratamento, e ainda são poucos os profissionais preparados para atender essa demanda.

O presente trabalho mostrou que a SOGS pode ser um instrumento útil para esse fim, sendo capaz de discriminar jogadores patológicos de sociais, além de fornecer informações importantes sobre comportamentos associados ao jogo. A SOGS ainda é o melhor instrumento para rastrear jogo patológico, principalmente porque permite comparações com outras pesquisas, nacionais e internacionais. Os dados fornecidos pelas questões da SOGS no presente estudo foram condizentes com a literatura sobre o tema, o que indica que as questões da escala estão adequadas e foram compreendidas pela maioria dos participantes. No entanto, no *Grupo Trem* e *Grupo Bingo*, foi alta a taxa de classificação incorreta, havendo muitos falsos positivos. Ao unir o banco de dados dos três grupos (*Clinico*, *Trem* e *Bingo*), a escala apresentou bons índices de confiabilidade e validade, mas observou-se que, considerando a SOGS *na vida*, ao aumentar o ponto de corte da escala de 5 para 8, diminui bastante o número de falsos positivos: o resultado no *Grupo Clínico* seria de 94,4% *na vida* ao invés de 100%; no *Grupo Trem*, de 4,2% ao invés de 8,5%; e no *Grupo Bingo* passaria a 23,3%, ao invés de 44%. Usar a SOGS referente aos *últimos 12 meses* também resulta em redução do número de falsos positivos. Assim, para pesquisas populacionais, sugere-se que seja utilizada a SOGS 12 meses com o ponto de corte 5, mas e se forem avaliadas as questões referentes à *vida*, recomenda-se que ponto corte seja aumentado para 8. Como a utilização do ponto de corte 5 permite a comparação com outros estudos da área, há vantagens em mantê-lo, mas então seria interessante confirmar os resultados por meio de entrevista clínica. É importante lembrar que a escala SOGS é um instrumento de rastreamento e classifica com o termo “provável jogador patológico” e sugere confirmação de diagnóstico por meio de entrevista clínica. Como a escala tem sido

amplamente utilizada em inúmeras pesquisas com grandes amostras, a maioria dos estudos não toma esse cuidado e o “provável jogador patológico” acaba sendo interpretado como “jogador patológico”.

|

|

Deleted: 1
2

Formatted: Font color: White

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, M. W., Volberg, R. A., & Ronnberg, S. (2004). Comparing the New Zealand and Swedish national surveys of gambling and problem gambling. *J Gambl Stud*, 20(3), 237-258.
- Anderson, G., & Brown, R. I. (1984). Real and laboratory gambling, sensation-seeking and arousal. *British Journal of Psychology*, 75(Pt 3), 401-410.
- Andreoli, S. B., Blay, S., & Mari, J. J. (2000). Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. In C. Gorenstein, L. S. C. Andrade & A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 45-52). São Paulo: Lemos.
- Association, A. P. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Third ed.). Washington D C: American Psychiatric Association.
- Association, A. P. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Battersby, M. W., Thomas, L. J., Tolchard, B., & Esterman, A. (2002). The South Oaks Gambling Screen: a review with reference to Australian use. *J Gambl Stud*, 18(3), 257-271.
- Beaudoin, C. M., & Cox, B. J. (1999). Characteristics of problem gambling in a Canadian context: a preliminary study using a DSM-IV-based questionnaire. *Can J Psychiatry*, 44(5), 483-487.
- Bergh, C., & Kuehlhorn, E. (1994). Social, psychological and physical consequences of pathological gambling in Sweden. *Journal of Gambling Studies*, 10(3), 275-285.
- Bergler, E. (1957). The psychology of gambling. *Madison, CT, USA: International Universities Press, Inc*, 244.
- Black, S. (1996). Wisconsin must act on compulsive gambling. *Wis Med J*, 95(9), kh.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H., & Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(2), 108-112.
- Blaszczynski, A. (1999). Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychol Rep*, 84(1), 107-113.
- Blaszczynski, A. (2000). Are governments addicted to gambling? *Addiction*, 95(10), 1583.
- Blaszczynski, A., Dumlao, V., & Lange, M. (1997). "How much do you spend gambling?" ambiguities in survey questionnaire items. *J Gambl Stud*, 13(3), 237-252.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499.
- Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastra, V. J., Miller, D., et al. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs*, 32 Suppl, i-iv, 1-112.
- Bolen, D. W., & Boyd, W. H. (1968). Gambling and the gambler. A review and preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 18(5), 617-630.

- Bruce, A. C., & Johnson, J. E. V. (1994). Male and female betting behaviour: new perspectives. *Journal of Gambling Studies*, 10(2), 183-198.
- Cartmill, T. D. (1995). Gambling with the nation's health? Lottery has Orwellian resonances. *Bmj*, 311(7014), 1225.
- Carvalho, S. V., Collakis, S. T., de Oliveira, M. P., & da Silveira, D. X. (2005). [Frequency of pathological gambling among substance abusers under treatment.]. *Rev Saude Publica*, 39(2), 217-222.
- Castro, V., Fuentes, D., & Tavares, H. (2005). The gambling follow-up scale: development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment. *Can J Psychiatry*, 50(2), 81-86.
- Coelho, C. (1994, 29 de maio). Bingo ganha endereço chique. *Shopping news*, p. 8.
- Cotta, A. (1993). *La société du jeu*. Paris: Fayard.
- Coventry, K. R., & Norman, A. C. (1997). Arousal, sensation seeking and frequency of gambling in off-course horse racing bettors. *British Journal of Psychology*, 88(Pt 4), 671-681.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Michaud, V. (2004). Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-based interview in a community survey of problem gambling. *Can J Psychiatry*, 49(4), 258-264.
- Crockford, D. N., & el-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 43(1), 43-50.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., III, & Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: Problem gamblers and mental health disorders: Results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Public Health*, 88(7), 1093-1096.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., Spitznagel, E. L., & Ben-Abdallah, A. (2000). Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. *J Gambl Stud*, 16(4), 347-376.
- Custer, R. L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(12 Pt 2), 35-38.
- Custer, R. L., & Milt, H. (1985). *When luck runs out*. New York: Facts on File Publications.
- DeCaria, C. M., Hollander, E., Grossman, R., & Wong, C. M. (1996). Diagnosis, neurobiology, and treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl 8), 80-84.
- DeCaria C.M., Hollander E, Begaz T, Shmeidler J, Wong C, Cartwright C, and others.(1998). *Reliability and validity of a pathological gambling modification of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (PG-YBOCS): preliminary findings*. Paper presented at the Third International Obsessive-Compulsive Disorders Conference; Madeira (Portugal).
- Desai, R. A., Maciejewski, P. K., Dausey, D. J., Caldarone, B. J., & Potenza, M. N. (2004). Health correlates of recreational gambling in older adults. *Am J Psychiatry*, 161(9), 1672-1679.
- Dickerson, M., Hinchey, J., England, S. L., Fabre, J., & Cunningham, R. (1992). On the determinants of persistent gambling behaviour. I. High-frequency poker machine players. *British Journal of Psychology*, 83(Pt 2), 237-248.
- Dorf, L. (2005, setembro). Rico, agressivo, cruel. *VIP*, 93-97.
- Dostoevski, F. (1987). *O jogador*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

- Engwall, D., Hunter, R., & Steinberg, M. (2004). Gambling and other risk behaviors on university campuses. *J Am Coll Health*, 52(6), 245-255.
- Fabian, T. (1995). Pathological gambling: A comparison of gambling at German-style slot machines and "classical" gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11(3), 249-263.
- Fernandes, F., & Rolli, C. (2005, 27 de março). Bingos crescem e desafiam Ministério Público. *Estado de São Paulo*, 6.
- Fessler, J. L. (1996). Gambling away the golden years. *Wisconsin Medical Journal*, 95(9), 618-619.
- Fisher, S. (2000). Developing the DSM-IV-DSM-IV criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. *J Gambl Stud*, 16(2-3), 253-273.
- Fisher, S., & Griffiths, M. (1995). Current trends in slot machine gambling: Research and policy issues. *Journal of Gambling Studies*, 11(3), 239-247.
- Fisher, S. E. (1992). Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the U.K. *Journal of Gambling Studies*, 8(3), 263-285.
- Galduróz JCF & Caetano R.(2004). Epidemiologia do uso do álcool. *Rev Bras Psiquiatr* ;26(Supl 1):03-06./
- Gambling goes global: all bets are on. (2004, october 2nd). *The Economist*, 67-69.
- Gilliland, J. A., & Ross, N. A. (2005). Opportunities for video lottery terminal gambling in Montreal: an environmental analysis. *Can J Public Health*, 96(1), 55-59.
- Gotestam, K. G., Johansson, A., Wenzel, H. G., & Simonsen, I. E. (2004). Validation of the lie/bet screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychol Rep*, 95(3 Pt 1), 1009-1013.
- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2001). Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *J Clin Psychiatry*, 62(12), 957-962.
- Gray, P. B. (2004). Evolutionary and cross-cultural perspectives on gambling. *J Gambl Stud*, 20(4), 347-371.
- Griffiths, M. (1993). Tolerance in gambling: an objective measure using the psychophysiological analysis of male fruit machine gamblers. *Addictive Behaviors*, 18(3), 365-372.
- Guimarães, F. S. (2000). Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos. In C. Gorenstein, L. S. C. Andrade & A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 29-34). São Paulo: Lemos.
- Hodgins, D. C. (2004). Using the NORC DSM Screen for Gambling Problems as an outcome measure for pathological gambling: psychometric evaluation. *Addict Behav*, 29(8), 1685-1690.
- Hodgins, D. C., & Makarchuk, K. (2003). Trusting problem gamblers: reliability and validity of self-reported gambling behavior. *Psychol Addict Behav*, 17(3), 244-248.
- Holden, C. (2001). 'Behavioral' addictions: do they exist? *Science*, 294(5544), 980-982.
- Huizinga, J. (1999). *Homo Ludens* (J. P. Monteiro, Trans. 4 edição ed.). São Paulo: Editora Perspectiva SA.
- Jefferson, S., & Nicki, R. (2003). A new instrument to measure cognitive distortions in video lottery terminal users: the Informational Biases Scale (IBS). *J Gambl Stud*, 19(4), 387-403.
- Jorge, M. J. (2000). Adaptação transcultural de instrumento de pesquisa em saúde mental. In C. Gorenstein, L. S. C. Andrade & A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 53-58). São Paulo: Lemos.

- Kassinove, J. I. (1998). Development of the gambling attitude scales: preliminary findings. *Journal of Clinical Psychology*, 54(6), 763-771.
- Kim, S. W., & Grant, J. E. (2001). An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 16(5), 285-289.
- Korn, D. A. (2000). Expansion of gambling in Canada: implications for health and social policy. *Cmaj*, 163(1), 61-64.
- Kramer, D. (1997). "Ask the gambling question," FPs told as "secret" addiction becomes more common. *Cmaj*, 157(1), 61-62.
- Ladd, G. T., Molina, C. A., Kerins, G. J., & Petry, N. M. (2003). Gambling participation and problems among older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 16(3), 172-177.
- Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Exp Clin Psychopharmacol*, 10(3), 302-309.
- Ladouceur, R., Bouchard, C., Rheaume, N., Jacques, C., Ferland, F., Leblond, J., et al. (2000). Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? *J Gambl Stud*, 16(1), 1-24.
- Ladouceur, R., Ferland, F., Poulin, C., Vitaro, F., & Wiebe, J. (2005). Concordance between the SOGS-RA and the DSM-IV criteria for pathological gambling among youth. *Psychol Addict Behav*, 19(3), 271-276.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Rohling, M. L., Rohde, P., & Seeley, J. R. (2004). The SOGS-RA vs. the MAGS-7: Prevalence Estimates and Classification Congruence. *J Gambl Stud*, 20(3), 259-281.
- Legg England, S., Goettestam, K. G., Legg England, S., Goettestam, K. G., Legg England, S., & Goettestam, K. G. (1991). The nature and treatment of excessive gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(2), 113-120.
- Lesieur, H. (1998). *Costs and treatment of pathological gambling*. Paper presented at the The Annals of the American Academy of Political and Social Science.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184-1188.
- Lesieur, H. R., Blume, S. B., & Zoppa, R. M. (1986). Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcoholism, Clinical & Experimental Research*, 10(1), 33-38.
- Lesieur, H. R., Cross, J., Frank, M., Welch, M., & et al. (1991). Gambling and pathological gambling among university students. *Addictive Behaviors*, 16(6), 517-527.
- Lesieur, H. R. & Blume, S.. (1991) When lady luck loses: women and compulsive gambling. In Van Der Bergh (Ed). *Feminist Perspective on addiction*. New York: Springer.p.181-197.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies*, 9(3), 213-223.
- Marin, D. C. (1998, 6 de maio). Comissão do senado aprova volta do cassino. *Folha de São Paulo*, p. 8.
- Martins, S. S., Tavares, H., Lobo, D. S., Galetti, A. M., & Gentil, V. (2004). Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addict Behav*, 29(6), 1231-1235.
- McCormick, R. A., Russo, A. M., Ramirez, L. F., & Taber, J. I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(2), 215-218.

- Menezes, P. R., & Nascimento, A. F. (2000). Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In C. Gorenstein, L. S. C. Andrade & A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 23-28). São Paulo: Lemos.
- Meyer, G., Hauffa, B. P., Schedlowski, M., Pawlak, C., Stadler, M. A., & Exton, M. S. (2000). Casino gambling increases heart rate and salivary cortisol in regular gamblers. *Biol Psychiatry*, 48(9), 948-953.
- Miller, M. M. (1996). Medical approaches to gambling issues--I: The medical condition. *Wisconsin Medical Journal*, 95(9), 623-634.
- Mitka, M. (2001). Win or lose, Internet gambling stakes are high. *Jama*, 285(8), 1005.
- Nestler, E. J., & Malenka, R. C. (2004). The addicted brain. *Sci Am*, 290(3), 78-85.
- Nichols, M. W., Stitt, B. G., & Giacomassi, D. (2004). Changes in suicide and divorce in new casino jurisdictions. *J Gambl Stud*, 20(4), 391-404.
- Norusis, M. J. (1983). *SPSS-X Introductory statistics guide*. Chicago, SPSS Inc.
- Oliveira, M. P. (1997). *Jogo Patológico: um estudo sobre jogadores de bingo, videopoker e Jockey Club*. Unpublished Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Oliveira, M. P. (2004, 10 de março). Bingo: uma questão de saúde pública. *Estado de São Paulo*, p. 2.
- Oliveira, M. P., Bizeto, J., & Fernandes, M. (2006). O jogo patológico. In D. X. Silveira & F. Moreira (Eds.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 409-413). São Paulo: Atheneu.
- Oliveira, M. P., & Silva, M. T. (2000). Pathological and nonpathological gamblers: a survey in gambling settings. *Subst Use Misuse*, 35(11), 1573-1583.
- Oliveira, M. P., & Silva, M. T. (2001). A comparison of horse-race, bingo, and video poker gamblers in Brazilian gambling settings. *J Gambl Stud*, 17(2), 137-149.
- Oliveira, M. P., Silva, M. T., & Silveira, D. X. (2002). Validity study of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) among distinct groups of Brazilian gamblers. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(4), 170-176.
- Oliveira, M. P., Silva, A. C. P e Silveira, D. X. (1999). Um programa assistencial para o transtorno de jogo patológico. *Boletim de Psiquiatria*, 32(1), 25-25.
- Oliveira, M. P. (2005). *Dependências: o homem a procura de si mesmo*. São Paulo: Icone.
- Online Gambling: Busted flush. (2006, 7 outubro). *The Economist*, 77-78.
- Pallanti, S., Decaria, C. M., Grant, J. E., Urpe, M., & Hollander, E. (2005). Reliability and Validity of the Pathological Gambling Adaptation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (PG-YBOCS). *J Gambl Stud*, 21(4), 431-443.
- Pasternak, A. V. t., & Fleming, M. F. (1999). Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. *Arch Fam Med*, 8(6), 515-520.
- Pereira, R. (2005, 22 de junho). A grande aposta dos cassinos virtuais. *o Estado de São Paulo*, p. 5.
- Petry, N. M. (2002). A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *Gerontologist*, 42(1), 92-99.
- Petry, N. M. (2003a). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98(5), 645-655.
- Petry, N. M. (2003b). Validity of a gambling scale for the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis*, 191(6), 399-407.
- | Petry, N. M. (2006). Internet gambling: an emerging concern in family practice medicine? *Fam Pract*, 23(4), 421-426.

- Petry, N. M., & Mallya, S. (2004). Gambling participation and problems among employees at a university health center. *J Gambl Stud*, 20(2), 155-170.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 66(5), 564-574.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *Am J Psychiatry*, 158(9), 1500-1505.
- Potenza, M. N., Xian, H., Shah, K., Scherrer, J. F., & Eisen, S. A. (2005). Shared genetic contributions to pathological gambling and major depression in men. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 1015-1021.
- Ramirez, L. F., McCormick, R. A., Russo, A. M., & Taber, J. I. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behaviors*, 8(4), 425-428.
- Raylu, N., & Oei, T. P. (2004a). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, 99(6), 757-769.
- Raylu, N., & Oei, T. P. (2004b). The gambling urge scale: development, confirmatory factor validation, and psychometric properties. *Psychol Addict Behav*, 18(2), 100-105.
- Retondar, J. M. (2004). *A produção imaginária de jogadores compulsivos*. São Paulo: Vetor Editora.
- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Glascher, J., & Buchel, C. (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nat Neurosci*, 8(2), 147-148.
- Room, R., Turner, N. E., & Ialomiteanu, A. (1999). Community effects of the opening of the Niagara casino. *Addiction*, 94(10), 1449-1466.
- Rosenthal, R. J. (2003). Distribution of the DSM-IV criteria for pathological gambling. *Addiction*, 98(12), 1674-1675; discussion 1678-1679.
- Rosenthal, R. J., & Lesieur, H. R. (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *American Journal on Addictions*, 1(2), 150-154.
- Rosenthal, R. J., & Lorenz, V. C. (1992). The pathological gambler as criminal offender: Comments on evaluation and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(3), 647-660.
- Russo, A. M., Taber, J. I., McCormick, R. A., & Ramirez, L. F. (1984). An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hospital & Community Psychiatry*, 35(8), 823-827.
- Sarney, J. (1993, 29 de outubro). Lotto, loteria. *Folha de São Paulo*, p. 2.
- Schwer, R. K. T., W. N., Nakamuro, D. (2003). *Beyond the limits of recreation: Social costs of gambling in Southern Nevada*. Paper presented at the 2003 Annual Meeting of the Far West and American Popular Culture Association, Las Vegas, NV.
- Shaffer, H. J. (1999). Strange bedfellows: a critical view of pathological gambling and addiction. *Addiction*, 94(10), 1445-1448.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health*, 89(9), 1369-1376.

- Shaffer, H. J., Hall, H. M., Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1369-1376.
- Shaffer, H. J., LaBrie, R., Scanlan, K. M., & Cummings, T. N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 339-362.
- Siqueira, C. (2006, 16 de abril). Hotel reabre com bingo e roleta. *Estado de São Paulo*.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Edmonson, K. M., Johnson, P. E., & et al. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12(1), 67-81.
- Steenbergh, T. A., Meyers, A. W., May, R. K., & Whelan, J. P. (2002). Development and validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *Psychol Addict Behav*, 16(2), 143-149.
- Stewart, S. H., McWilliams, L. A., Blackburn, J. R., & Klein, R. M. (2002). A laboratory-based investigation of relations among video lottery terminal (VLT) play, negative mood, and alcohol consumption in regular VLT players. *Addict Behav*, 27(5), 819-835.
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Am J Psychiatry*, 160(1), 180-182.
- Stinchfield, R., Govoni, R., & Frisch, G. R. (2005). DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling: reliability, validity, and classification accuracy. *Am J Addict*, 14(1), 73-82.
- Strong, D. R., Lesieur, H. R., Breen, R. B., Stinchfield, R., & Lejuez, C. W. (2004). Using a Rasch model to examine the utility of the South Oaks Gambling Screen across clinical and community samples. *Addict Behav*, 29(3), 465-481.
- Tamari, M. (2006, 10 e outubro). Adolescentes procuram emoção e dinheiro no pôquer. *Folha de São Paulo*. p.C1.
- Tavares, H., Martins, S. S., Lobo, D. S., Silveira, C. M., Gentil, V., & Hodgins, D. C. (2003). Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry*, 64(4), 433-438.
- Tavares, H., Zilberman, M. L., Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2005). Comparison of craving between pathological gamblers and alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*, 29(8), 1427-1431.
- Ursua, M. P., & Uribe Larrea, L. L. (1998). 20 Questions of Gamblers Anonymous: A Psychometric Study with Population of Spain. *J Gambl Stud*, 14(1), 3-15.
- Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R. E. (2004). Adolescent gambling: relationships with parent gambling and parenting practices. *Psychol Addict Behav*, 18(4), 398-401.
- Vander Bilt, J., Dodge, H. H., Pandav, R., Shaffer, H. J., & Ganguli, M. (2004). Gambling participation and social support among older adults: a longitudinal community study. *J Gambl Stud*, 20(4), 373-389.
- Volberg, R. A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84(2), 237-241.
- Volberg, R. A., Abbott, M. W., Ronnberg, S., & Munck, I. M. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*, 104(4), 250-256.

- Volberg, R. A., & Steadman, H. J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145(4), 502-505.
- Volberg, R. A., & Steadman, H. J. (1989). Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1618-1619.
- Weinstock, J., Whelan, J. P., & Meyers, A. W. (2004). Behavioral assessment of gambling: an application of the timeline followback method. *Psychol Assess*, 16(1), 72-80.
- Welte, J. W., Wieczorek, W. F., Barnes, G. M., Tidwell, M. C., & Hoffman, J. H. (2004). The relationship of ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology. *J Gambl Stud*, 20(4), 405-423.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Fulkerson, J., Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Fulkerson, J., et al. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 63-84.
- Wray, I., & Dickerson, M. G. (1981). Cessation of high frequency gambling and "withdrawal" symptoms. *British Journal of Addiction*, 76(4), 401-405.
- Zaraneck, R. R., & Chapleski, E. E. (2005). Casino gambling among urban elders: just another social activity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 60(2), S74-81.

|

|

ANEXO 1- Versão adaptada para o português da Escala SOGS.

Escala SOGS – South Oaks Gambling Screen (Lesieur e Blume, 1987)

Nome: _____

Data: _____ Entrevistador: _____

1. Sexo:

1.() Masculino

2.() Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Seu estado civil atual é:

1.() Solteiro

2.() Casado/ companheiro

3.() Divorciado/ separado

4.() Viúvo

4. Religião:

1.() Católica

2.() Protestante

3.() Espírita

4.() Judaica

5.() Não tenho religião

6.() Outra. Especifique: _____

5. Quanto você acha que sua crença religiosa interfere na sua vida?

1.() Não tenho religião

2.() Interfere às vezes

3.() Interfere muito

4.() Não interfere em nada

6. Qual é a sua escolaridade:

1.() Não recebi educação formal

2.() Primeiro grau (1_ a 8_ séries) incompleto

3.() Primeiro grau (1_ a 8_ séries) completo

4.() Segundo grau (Colegial) incompleto

5.() Segundo grau (Colegial) completo

6.() Superior incompleto

7.() Superior completo

7. Assinale a alternativa que melhor indica a sua atual situação de trabalho:

1.() Trabalho regularmente período integral

2.() Trabalho regularmente meio período

3.() Trabalhos ocasionalmente

4.() Desempregado

5.() Estudante

6.() Do lar

7.() Aposentado

8. Qual é, aproximadamente, sua renda familiar mensal?

R\$ _____

9. Indique com um X todas as formas de jogo você já praticou **ao menos uma vez na sua vida** e sua idade quando jogou pela primeira vez.

	TIPO DE JOGO	Sim	Não	Idade 1a vez
a.	jogou cartas a dinheiro			
b.	apostou em cavalos, galos ou outros animais (com ou sem um agente de apostas - bookie)			
c.	apostou em esportes (participou de bolão)			
d.	jogou jogos de dados a dinheiro (qualquer tipo de jogo)			
e.	foi a cassino (legal ou não)			
f.	jogou em números ou na loteria (jogo do bicho, loto, sena...)			
g.	jogou bingo			
h.	especulou na bolsa ou no mercado de commodities			
i.	jogou video poker ou outras máquinas de jogo			
j.	jogou boliche, golf, sinuca ou outro jogo de habilidade a dinheiro			

10. Indique quais formas de jogo você praticou ao menos uma vez **nos últimos 12 meses**.

	TIPO DE JOGO	Sim	Não
a.	jogou cartas a dinheiro		
b.	apostou em cavalos, galos ou outros animais (com ou sem um agente de apostas - bookie)		
c.	apostou em esportes (participou de bolão)		
d.	jogou jogos de dados a dinheiro (qualquer tipo de jogo)		
e.	foi a cassino (legal ou não)		
f.	jogou em números ou na loteria (jogo do bicho, loto, sena...)		
g.	jogou bingo		
h.	especulou na bolsa ou no mercado de commodities		
i.	jogou video poker ou outras máquinas de jogo		
j.	jogou boliche, golf, sinuca ou outro jogo de habilidade a dinheiro		

12. Indique a frequência das formas de jogo você praticou **nos últimos 30 dias**.

	TIPO DE JOGO	Não joguei	Menos que uma vez por semana	1 ou mais vezes por semana	Diariamente
a.	jogou cartas a dinheiro				
b.	apostou em cavalos, galos ou outros animais (com ou sem um agente de apostas - bookie)				
c.	apostou em esportes (participou de bolão)				
d.	jogou jogos de dados a dinheiro (qualquer tipo de jogo)				
e.	foi a cassino (legal ou não)				
f.	jogou em números ou na loteria (jogo do bicho, loto, sena...)				
g.	jogou bingo				
h.	especulou na bolsa ou no mercado de commodities				
i.	jogou VIDEOPOKER ou outras máquinas de jogo				
j.	jogou boliche, golf, sinuca ou outro jogo de habilidade a dinheiro				

13. Qual foi a maior quantia de dinheiro que você já usou para jogar em **um dia**?

- 1.() Nunca joguei a dinheiro
- 2.() US\$ 1 ou menos
- 3.() entre US\$ 1 e US\$ 10
- 4.() entre US\$ 11 e US\$ 100
- 5.() entre US\$ 101 e US\$ 1.000
- 6.() entre US\$ 1.001 e US\$ 10.000
- 7.() mais de US\$10.000

14. Seus pais têm ou já tiveram problemas com jogo?

- 1.() tanto meu pai quanto minha mãe jogam (ou jogavam) demais
- 2.() meu pai joga (ou jogava) demais
- 3.() minha mãe joga (ou jogava) demais
- 4.() nenhum dos dois jogam (ou jogavam) demais

15. Seus pais têm ou já tiveram problemas devido ao uso de álcool?

- 1.() tanto meu pai quanto minha mãe bebem (ou bebiam) demais
- 2.() meu pai bebe (ou bebia) demais
- 3.() minha mãe bebe (ou bebia) demais
- 4.() nenhum dos dois bebe (ou bebeu) demais

Nas questões seguintes você deverá dar duas respostas, uma referente à sua vida e outra referente ao último ano (últimos doze meses).

16.Quando você joga, quão frequentemente você volta outro dia para recuperar o dinheiro que você perdeu ?

	nunca	algumas vezes que perco (menos da metade das vezes)	a maior parte das vezes que eu perco	toda vez que eu perco
Na vida				
Últimos 12 meses				

17. Alguma vez você já alegou estar ganhando dinheiro jogando, mas na verdade você estava perdendo?

	nunca	sim, menos da metade das vezes que eu perdi	sim, a maior parte do tempo
Na vida			
Últimos 12 meses			

18.Você sente que já teve alguma vez problema com jogo?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

19.Você alguma vez jogou mais do que planejou?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

20. Pessoas já criticaram o fato de você jogar?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

|

|

21.Você já se sentiu culpado pela maneira como joga ou pelo o que acontece com você quando joga?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

22.Você já sentiu que gostaria de parar de jogar mas pensou que não conseguiria fazê-lo?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

23. Você alguma vez já escondeu papéis de apostas, tickets de loteria, dinheiro de jogo ou outro sinal de jogo de sua/seu companheira(o), filhos ou outras pessoas importantes na sua vida?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

24. Você já discutiu com pessoas com quem você mora por causa da maneira como você lida com dinheiro?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

25.(se você respondeu sim para a questão 24):
Alguma vez a discussão sobre dinheiro estava centrada no seu hábito de jogar?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

26. Alguma vez você pediu dinheiro emprestado e não pagou por causo do jogo?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

|

|

27.Você alguma vez já perdeu tempo de trabalho (ou escola) por causa do jogo?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

28. Se você pediu dinheiro emprestado para jogar ou para pagar dívidas, de quem ou de onde você tomou emprestado? (marque sim ou não para cada item)

	Na Vida		Últimos 12 meses	
	Sim	Não	Sim	Não
a. de dinheiro reservado para as despesas da casa				
b. de sua esposa/marido/companheiro(a)				
c. de outros parentes				
d. de bancos, companhias de empréstimo ou crédito				
e. de cartões de crédito				
f. de agiotas				
g. você vendeu ações, obrigações ou outros papéis				
h. você vendeu propriedades pessoais ou familiares				
i . você passou cheques descobertos ou sem fundos				
j. você tem ou teve crédito com agente de apostas				
k. você teve crédito em cassino				

|

|

ANEXO 2 - Versão original da Escala SOGS.

The South Oaks Gambling Screen

1. Please indicate which of the types of gambling you have done in your lifetime. For each type, mark one answer: "not at all", "less than once a week", or "once a week or more".

	Not at all	Less than once a week	Once a week or more	
a.				played cards for money
b.				bet on horses, dogs, or other animals (in off track betting, at the track, or with a bookie)
c.				bet on sports (parley cards, with a bookie, or at a jai alai)
d.				played dice games (including craps, over and under, or other dice games) for money
e.				went to casino (legal or otherwise)
f.				played the numbers or bet on lotteries
g.				played bingo
h.				played the stock and/or the commodities market
i.				played slot machines, poker machines, or other gambling machines
j.				bowled, shot pool, played golf, or played other game of skill for money

2. What is the largest amount of money you have ever gambled with on any one day?

- ___ Never have gambled
- ___ US\$ 1 or less
- ___ more than US\$ 1 up to US\$ 10
- ___ more than US\$ 10 up to US\$ 100
- ___ more than US\$ 100 up to US\$ 1.000
- ___ more than US\$ 1.000 up to US\$ 10.000
- ___ more than US\$ 1 up to US\$ 10.000

3. Do (did) your parents have a gambling problem?

- ___ both my father and mother gamble (or gambled) too much
- ___ my father gamble (or gambled) too much
- ___ my mother gamble (or gambled) too much
- ___ neither one gambles (or gambled) too much

4. When you gamble, how often you go back another day to win back money you lost?

- ☐ never
☐ some of the time (less than half the time) I lost)
☐ most of the time I lost
☐ every time I lost

5. Have you ever claimed to be wining money gambling but weren't really? In fact, you lost?

- ☐ never (or never gamble)
☐ yes, less than half the time I lost
☐ yes, most of the time tempo

6. Do you feel you have ever had a problem with gambling?

- ☐ no
☐ yes, in the past, but not now
☐ yes

7. Did you ever gamble more than you intended to?

- ☐ yes ☐ no

8. Have people criticized your gambling?

- ☐ yes ☐ no

9. Have you ever felt guilty about the way you gamble or what happens when you gamble?

- ☐ yes ☐ no

10. Have you ever felt like you like to stop gambling but didn't think you could?

- ☐ yes ☐ no

11. Have you ever hidden betting slips, lottery tickets, gambling money, or other signs of gambling from your spouse, children or other important people in your life?

- ☐ yes ☐ no

12. Have you ever argued with people you live with over how you handle money?

- ☐ yes ☐ no

13.(If you answered yes to question 12):

Have money arguments ever centered in your gambling?

- ☐ yes ☐ no

|

|

14. Have you ever borrowed from someone and not paid them back as a result of your gambling?

yes no

15. Have you ever lost time from work (or school) due to gambling?

yes no

16. If you borrowed money to gamble or to pay gambling debts, who or where did you borrow from? (check "yes" or "no" for each)

	no	yes
a. from household money.....	()	()
b. from your spouse.....	()	()
c. from other relatives or in law.....	()	()
d. from banks, loan companies or credit unions.....	()	()
e. from credit cards.....	()	()
f. from loan sharks (Shylocks).....	()	()
g. you cashed in stocks, bonds, or other securities.....	()	()
h. you sold personal or family properties.....	()	()
i. you borrowed in checking account (passed bad checks).....	()	()
j you have (had) a credit line with a bookie.....	()	()
j you have (had) a credit line with a casino.....	()	()

|

|

ANEXO 3 - Critérios Diagnósticos DSM-IV para Jogo Patológico

Responda as questões abaixo, assinalando com um X:

1. Você se preocupa com jogo? (preocupação com experiências passadas, especulação do resultado ou planejamento de novas apostas, pensamento de como conseguir dinheiro para jogar)
1. () Sim 2. () Não
2. Você tem necessidade de aumentar o tamanho das apostas para alcançar a excitação desejada ?
1. () Sim 2. () Não
3. Você faz um esforço repetido e sem sucesso para controlar, diminuir ou parar de jogar ?
1. () Sim 2. () Não
4. Você sente inquietude ou irritabilidade quando diminui ou para de jogar?
1. () Sim 2. () Não
5. Você joga como uma maneira de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico ? (sentimentos de desamparo, culpa, ansiedade, depressão)
1. () Sim 2. () Não
6. Depois da perda de dinheiro no jogo, você retorna frequentemente no dia seguinte para recuperar o dinheiro perdido ?
1. () Sim 2. () Não
7. Você mente para familiares, terapeuta ou outros para esconder a extensão do envolvimento com jogo?
1. () Sim 2. () Não
8. Você comete ou cometeu atos ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque para financiar o jogo ?
1. () Sim 2. () Não

|

|

9. Você ameaçou ou perdeu relacionamentos significativos, oportunidades de trabalho, educação ou carreira por causa do jogo?

1. () Sim 2. () Não

10. Você conta com outros para prover dinheiro para aliviar situação financeira desesperadora por causa do jogo?

1. () Sim 2. () Não

|

|