

**Cecília Galetti**

**“Perfil sócio-demográfico, comportamento de jogo e variáveis  
associadas do jogador patológico idoso que procurou tratamento”**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina  
da Universidade de São Paulo para  
a obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria  
Orientador: Prof. Dr. Hermano Tavares

**São Paulo**

**2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Galetti, Cecília

Perfil sócio-demográfico, comportamento de jogo e variáveis associadas do jogador patológico idoso que procurou tratamento / Cecília Galetti. -- São Paulo, 2009.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientador: Hernano Tavares.

Descritores: 1.Jogo de azar/psicologia 2.Tratamento 3.Assunção de riscos 4.Saúde mental

USP/FM/SBD-422/09

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus pais pelo incentivo e apoio incondicional oferecidos desde o início da minha vida acadêmica, sempre proporcionando as condições necessárias para o meu crescimento profissional.

Agradeço à minha irmã que me apresentou ao PRO-AMJO. Ana, você foi parte fundamental deste trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Dr. Hermano Tavares, por sua generosidade em compartilhar seu conhecimento e sabedoria, e por sua paciência ao caminhar ao meu lado.

Agradeço à toda equipe do PRO-AMJO que colaborou de várias formas para que este trabalho fosse realizado. Agradecimento especial a Danielle Rossini e Fabiano Augusto Blasquez da Fonte.

Agradeço a Eliza Sumie Sogabe Fukushima, que foi um dos meus “anjos” durante todo esse processo.

Agradeço aos meus amigos a compreensão da minha ausência em alguns períodos deste trabalho.

Agradeço aos pacientes do PRO-AMJO, que sempre foram muito solícitos. Sem eles este trabalho não seria possível.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Aneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª. Ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus*

## **Resumo**

Galetti C. Perfil sócio-demográfico, comportamento de jogo e variáveis associadas de jogadores patológicos idosos que procuram tratamento (dissertação). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009. 73pg.

**INTRODUÇÃO:** Poucas investigações têm caracterizado idosos jogadores patológicos e os estudos publicados são limitados por pequenas amostras. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil demográfico, comportamentos de jogo e de risco associados em idosos jogadores patológicos. **MÉTODO:** Esta pesquisa foi conduzida na Unidade de Jogo Patológico do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foram avaliados 585 indivíduos que procuram tratamento para Jogo Patológico entre 1996 e 2007. Estes indivíduos tinham 18 anos ou mais, e a idade de corte para definição de idosos foi de 60 anos, de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde. Os dados analisados fazem parte de uma entrevista semi-estruturada que fornece uma avaliação inicial do paciente. O diagnóstico de Jogo Patológico foi baseado em critérios do DSM-IV.

**RESULTADOS:** Os jogadores patológicos idosos eram em sua maioria aposentados, tinham melhor status sócio-econômico, eram mais solitários e menos instruídos do que adultos jogadores patológicos. Eles começaram a jogar mais tarde na vida e apresentaram uma progressão mais lenta da doença bem como na busca de tratamento. Eles eram menos graves e apresentavam menos tentativas de suicídio.

**CONCLUSÕES:** O perfil específico do jogador idoso chama para a adaptação dos modelos de tratamento atual para essa população. Sua progressão mais lenta do jogo alarga o prazo para a intervenção precoce, sugerindo uma melhor relação custo / benefício de tratamento e prognóstico. Melhorar a formação profissional e vencer os obstáculos que dificultam o acesso ao tratamento é importante para trazer mais idosos que necessitam de atenção para seus problemas de jogo.

**Palavras-chave:** jogo patológico, tratamento, comportamento de risco, saúde mental

## **Summary**

Galetti C. Social-demographic profile, gambling behavior and associated variables of elderly pathological gamblers treatment-seeking (dissertation). São Paulo: Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo; 2009. 73pg.

**PURPOSE:** Few investigations have characterized elderly pathological gamblers and published studies are limited by small samples. The objective of this study was evaluate demographic profile, gambling and associated risk behaviors of elderly pathological gamblers. **METHOD:** This research was conducted at the Pathological Gambling Unit of the Psychiatry Institute of the School of Medicine of the University of São Paulo. We evaluated 585 treatment-seeking pathological gamblers subjects between 1996 and 2007. These subjects were 18 or older, and the age cutoff for older adults was 60 years old according to the criteria of the World Health Organization. The data analyzed is part of a semi-structured interview that provides an initial assessment. Pathological gambling diagnosis was based on the DSM-IV criteria. **RESULTS:** Older adults pathological gamblers were more often retired, had better socio-economic status, were more often lonely, and less educated than adult pathological gamblers. They also started gambling later in life and presented a slower progression to pathological gambling and treatment-seeking, less severity and less suicide attempts. **CONCLUSIONS:** The older gamblers' specific profile calls for tailoring of the current treatment models for this population. Their slower gambling progression widens the time frame for early interventions, suggesting better treatment cost/benefit ratio and prognosis. Improving professional training and overcoming barriers to treatment is important to bring more elders in need of attention for their gambling problems.

**Key-words:** pathological gambling, treatment, risk taking, mental health

## **Lista de gráficos**

**Gráfico 1.** Idade de início de jogo .....pg 46.



## **Lista de tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Critérios diagnósticos do DSM-IV para Jogo Patológico.....	<b>pg 02</b>
<b>Tabela 2.</b> Características sócio-demográficas de jogadores patológicos Idosos e adultos no momento de triagem inicial.....	<b>pg 34</b>
<b>Tabela 3.</b> Características clínicas de idosos e adultos jogadores patológicos no momento de procura por tratamento.....	<b>pg 38</b>
<b>Tabela 4.</b> Variáveis que entraram para análise multivariada.....	<b>pg 43</b>
<b>Tabela 5.</b> Regressão Logística – Modelo Final.....	<b>pg 45</b>
<b>Tabela 6.</b> Jogadores Patológicos Idosos: início precoce VS início tardio.....	<b>pg 48</b>

## Sumário

<b>1. Introdução.....</b>	<b>pg 01</b>
<b>Jogo Patológico.....</b>	<b>pg 01</b>
<b>O idoso e os jogos de azar.....</b>	<b>pg 04</b>
<b>O perfil do idoso jogador patológico.....</b>	<b>pg 13</b>
<b>Idade de início de jogo e subgrupos     de idosos jogadores patológicos.....</b>	<b>pg 16</b>
<b>2. Objetivos e hipótes.....</b>	<b>pg 19</b>
<b>3. Método.....</b>	<b>pg 21</b>
<b>Amostra.....</b>	<b>pg 21</b>
<b>Instrumentos de avaliação.....</b>	<b>pg 23</b>
<b>Análise dos dados.....</b>	<b>pg 27</b>
<b>4. Resultados.....</b>	<b>pg 33</b>
<b>Dados sócio-demográficos.....</b>	<b>pg 33</b>
<b>Dados clínicos.....</b>	<b>pg 37</b>
<b>Regressão Logística.....</b>	<b>pg 43</b>
<b>Idade de início de jogo dos idosos.....</b>	<b>pg 46</b>
<b>5. Discussão.....</b>	<b>pg 52</b>
<b>Análise Univariada.....</b>	<b>pg 52</b>
<b>Regressão Logística – Modelo Final.....</b>	<b>pg 56</b>
<b>Análise Univariada da idade de início de jogo dos idosos.....</b>	<b>pg 59</b>
<b>6. Conclusão.....</b>	<b>pg 63</b>
<b>7. Referências.....</b>	<b>pg 65</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### **Jogo Patológico**

Azar, palavra de origem árabe “*azzahar*”, significa “acaso” (Houaiss, 2006). Jogos de azar são aqueles nos quais o resultado final não depende única e exclusivamente da habilidade do jogador, mas principalmente dos eventos aleatórios neles envolvidos. Jogo Patológico (JP) é uma doença que se caracteriza pela perda do controle de apostar em jogos de azar. O comportamento mal adaptativo persiste apesar dos prejuízos causados por esta atividade. O JP foi reconhecido oficialmente como transtorno psiquiátrico e inserido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 3ª Edição – DSM III (*American Psychiatry Association - APA*, 1980), sendo classificado entre os transtornos de controle do impulso. A Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento <sup>2</sup> 10ª edição (CID – 10; Organização Mundial de Saúde - OMS, 2006) o descreve como “episódios freqüentes e repetidos de jogo que dominam a vida do indivíduo restringindo gradativamente seus compromissos sociais, materiais e familiares”. Os critérios diagnósticos do DSM-IV para JP abordam comportamentos específicos de jogo como: o aumento progressivo do envolvimento com o jogo, prejuízos no trabalho e no relacionamento familiar, envolvimento em atos ilegais para financiar o jogo, e retorno ao jogo para recuperar as perdas (APA, 1994). Tais comportamentos caracterizam o JP, exceto nos casos em que o descontrole com o jogo ocorra exclusivamente na vigência de episódio de mania ou hipomania. Os critérios

diagnósticos para JP do DSM não se alteraram da versão DSM-IV para o atual DSM-IV-TR (APA, 2000). Para ser diagnosticado como jogador patológico, o indivíduo deve preencher pelo menos 5 dos 10 critérios descritos na tabela 1 (APA, 2000).

**Tabela 1. Critérios Diagnósticos do DSM-IV para Jogo Patológico**

A. Comportamento de jogo mal-adaptativo, persistente e recorrente, indicado por cinco (ou mais) dos seguintes quesitos:
(1) preocupação com o jogo (por ex., preocupa-se com reviver experiências de jogo passadas, avalia possibilidades ou planeja a próxima parada, ou pensa em modos de obter dinheiro para jogar)
(2) necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores, a fim de obter a excitação desejada
(3) esforços repetidos e fracassados no sentido de controlar, reduzir ou cessar com o jogo
(4) inquietude ou irritabilidade, quando tenta reduzir ou cessar com o jogo
(5) joga como forma de fugir de problemas ou de aliviar um humor disfórico (por ex., sentimentos de impotência, culpa, ansiedade, depressão)
(6) após perder dinheiro no jogo, freqüentemente volta outro dia para ficar "quite" ("recuperar o prejuízo")
(7) mente para familiares, para o terapeuta ou outras pessoas, para encobrir a extensão do seu envolvimento com o jogo
(8) cometeu atos ilegais, tais como falsificação, fraude, furto ou estelionato, para financiar o jogo
(9) colocou em perigo ou perdeu um relacionamento significativo, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional por causa do jogo
(10) recorre a outras pessoas com o fim de obter dinheiro para aliviar uma situação financeira desesperadora causada pelo jogo.
B. O comportamento de jogo não é melhor explicado por um Episódio Maníaco.

O aumento da oferta de jogos de azar tem sido acompanhado do aumento da prevalência de JP em vários países. Estudos mostram que a prevalência de JP na população geral varia entre 0,4% e 2,1%. (Shaffer et al.,1999; Volberg et al, 2001; Welte et al, 2001; Shaffer & Korn, 2002; Petry et al, 2005; Weinstock et al, 2008). Esses valores mudam de acordo com a metodologia da pesquisa (instrumento utilizado para diagnóstico e tipo de abordagem ao sujeito, por exemplo). Utilizando dados do *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC; N=43.000), Petry e colaboradores (2005) encontraram prevalência de JP na população geral dos EUA ao longo da vida de 0,42%. Este valor relativamente baixo em comparação com outros levantamentos epidemiológicos é justificado pelos autores em função da escolha de método diagnóstico mais restrito.

A prevalência desta patologia está relacionada com a disponibilidade e ofertas de jogos, sejam legais ou ilegais (Volberg, 1994; Ladouceur & Walker, 1996; Jacques et al., 2000). Com o aumento e difusão do jogo na maioria dos países industrializados, é esperado que mais indivíduos desenvolvam problemas relacionados ao comportamento de apostar em jogos de azar. Este fato vem ocorrendo no Brasil com a abertura de casas de Bingo e locais que mantêm jogos ilegais a partir da década de 90. No primeiro levantamento epidemiológico brasileiro sobre JP Tavares e colaboradores (submetido; 2009) encontraram que 1% da população adulta preenche critérios para JP e outros 1,3% estão sob risco, isto é, são jogadores problemáticos que preenchem parcialmente os critérios para JP. Dados clínicos brasileiros apontam para o aumento gradativo de jogadores patológicos em busca de tratamento. O Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo criou em 1994 o Ambulatório de Jogo Patológico

do Programa de Orientação a Atendimento a Dependentes. Em de dez anos de funcionamento, a demanda por tratamento específico para JP foi muito maior do que a capacidade de atendimento. Os tipos de jogos problemáticos cursaram paralelamente às mudanças do mercado. Inicialmente os pacientes jogavam videopôquer. Posteriormente, começaram a apostar em bingo e em jogos eletrônicos (Oliveira et al, 1999). O mesmo movimento ocorreu no Programa Ambulatorial do Jogo Patológico do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PRO-AMJO-IPq-HCFMUSP) criado em 1998.

### **O idoso e os jogos de azar**

Assim como a oferta de jogo, cresce também a população idosa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em países desenvolvidos, o sujeito é considerado idoso a partir de 65 anos. Já em países em desenvolvimento, classificação na qual o Brasil se encontra, esta idade é reduzida para 60 anos (WHO, 2008). As mudanças ocorridas na área da saúde no último século, associadas ao desenvolvimento tecnológico, aumentou consideravelmente a expectativa de vida. No Brasil, o início da transição de um país predominantemente jovem para um com uma população mais envelhecida ocorreu na década de 50, com quedas bruscas das taxas de mortalidade em função de descobertas e utilização de vacinas e antibióticos. Nas décadas de 60 e 70 a taxa de fecundidade também diminuiu sensivelmente (Paschoal, 1996). As alterações na pirâmide populacional brasileira – aumento da população idosa e diminuição da população jovem – começou a ser percebida no

final da década de 90. Dados do último censo realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a população brasileira encontrava-se na marca de 170 milhões de habitantes, sendo que 6% da população tinha de 60 a 74 anos e 2% tinha 75 anos ou mais (IBGE, 2000). Previsões populacionais apontam que a população idosa no Brasil representará 10% da população total ao fim da primeira década do século XXI, crescendo anualmente em mais de um milhão até 2020 (Peláez, 2003). O progresso social aumentou significativamente o número de idosos saudáveis e socialmente ativos. (Neri, 2004).

De acordo com De Bruq e Vital (2008) os fatores de risco para o desenvolvimento de dependência em idosos são fatores ligados a senescência: perda da autonomia intelectual; presença de doença física grave e incapacitante; solidão e isolamento, e eventos de vida dolorosos como a morte de pessoas próximas e a falta de relações afetivas e sociais. A perda dos papéis desempenhados ao longo da vida (amigo, profissional, parental) - inevitável com o envelhecimento - implica em um estado de frustração. Para se adaptar mais facilmente à perda do seu papel, o idoso deve manter atividades sociais. Assim, características do processo de envelhecimento podem facilitar o envolvimento com jogos de azar, favorecendo o desenvolvimento de JP. Este processo é marcado por mudanças na vida social, familiar e ocupacional culminando em limitações e perdas aumentam as chances do idoso deprimir (Carvalho e Fernandez, 1996). Segundo uma revisão da literatura que analisou os trabalhos mais relevantes a respeito da solidão na terceira idade e suas implicações para a saúde física e mental, a solidão tem fortes associações com a depressão (Luanaigh e Lawlor, 2008). Fiske e colaboradores (2009) sugerem que independentemente de quais riscos predisponentes sejam mais relevantes para o

desenvolvimento da depressão (genético, neurobiológico e eventos estressantes), existiria uma via comum da depressão nos idosos que seria a redução de atividades diárias. Depressão e JP estão associadas (Dell’Osso et al., 2005), sendo o comportamento de jogar para diminuir um humor disfórico um dos critérios diagnóstico para JP. Com a aposentadoria, além da ruptura da atividade rotineira, também surgem adversidades econômicas, pois, há muitas vezes, uma redução da renda aumentando a suscetibilidade de envolvimento com o jogo na expectativa de ganhar dinheiro. Desta forma o jogo pode ser visto como uma possibilidade muito sedutora de preenchimento dessas lacunas presentes na vida do idoso. Porém, isto traz o risco do jogo problemático. Além disso, ressalta-se a falta de políticas que visem à proteção dos idosos e adultos mais vulneráveis ao jogo, agravada pela eficácia da publicidade dos cassinos projetando as oportunidades de jogo para os clientes idosos (Bjelde et al., 2008).

No Brasil o comportamento de jogar está associado ao lazer e à tradição dos jogos beneficentes. O idoso pode encontrar no jogo uma forma de ocupar o ócio, além de estimular a atenção e a memória. Na década de 90, o Brasil testemunhou um crescimento exponencial de casas de jogo pautada na difusão do jogo eletrônico. Porém, o jogo eletrônico torna este lazer mais arriscado por seu padrão rápido de resposta e caráter mais solitário (Tavares et al. 2003).

As pesquisas existentes sobre o tema se concentram na América do Norte. A partir de 1996 começaram as pesquisas sobre JP em idosos que mostram uma associação cada vez maior dessa população ao jogo (Fessler, 1996). Uma pesquisa sobre frequência a cassinos com sujeitos maiores de 60 anos (N= 1.420) verificou que jogo é uma atividade social que os idosos freqüentam e concluiu que se faz



necessário a investigação da relação de aspectos de saúde mental e outras atividades de lazer (Zaranek & Chapleski, 2005). Os estudos vêm mostrando o crescimento não só do envolvimento recreativo do idoso com jogos de azar, mas a prevalência de jogo problemático e JP dentre este segmento da população. O *National Opinion Research Center* (NORC, 1999), através de pesquisa por telefone, mostrou que 0,4% de idosos (65 anos ou mais) na população geral preenchiam critério para JP. Um estudo regional canadense entrevistou por telefone 775 idosos (60 anos ou mais) da comunidade de Manitoba. Idosos que não apostaram no ano anterior a entrevista foram considerados não jogadores. E os que apostaram poderiam ser classificados como jogador problema ou provável jogador patológico. Da amostra total, 22,5% foram classificados como não jogadores. Dos que apostaram alguma quantia no ano anterior a pesquisa (77,5%), 1,6% apresentou um padrão problemático de jogo e 1,2% eram prováveis jogadores patológicos (Wiebe & Cox, 2005).

A participação dos idosos em amostras de jogadores varia de acordo com a época e o país. Em uma pesquisa nacional com a população sueca, dentre os entrevistados que tinham diagnóstico de JP ao longo da vida, somado aqueles que preencheram critério diagnóstico para JP no momento da pesquisa, 2,1% tinham entre 65 e 74 anos (Volberg et al, 2001). Um levantamento realizado em 2002, em salas de Jogadores Anônimos (JA) em Las Vegas, obteve que 11,8% dos membros tinham entre 61 e 70 anos e 3,2% mais de 70 anos. Porém, estes números podem estar subestimados considerando-se que problemas físicos dificultam a presença do idoso nas reuniões de J.A. (Schwer, Thompson, & Nakamuro, 2003).

A presença de idosos com problemas de jogo em serviços de saúde mental, de saúde geral e de atenção a idosos são igualmente expressivos. Um estudo realizado

com 843 idosos em Centros de Veteranos e em postos de saúde na *Philadelphia* e na *University of Pennsylvania*, encontrou que 30,3% não jogavam, 58,7% jogavam socialmente e 10,9% apresentavam comportamento de risco para JP, de acordo com a escala *South Oaks Gambling Screen* (SOGS; Levens et al., 2005). Outra pesquisa com 492 idosos (65 anos ou mais) em centros de 3ª idade (360) e em bingos (132) nos EUA verificou que dos entrevistados, 12,9% do bingo e 9,7% do centro de 3ª idade apresentavam problemas com jogo ou tinham diagnóstico de JP. Os resultados sugerem que há uma parcela de idosos com alto grau de envolvimento em jogos de azar com problemas relacionados a esta atividade (Ladd et al, 2003). Um estudo na Nova Zelândia comparou 41 homens e 63 mulheres jogadores idosos (66-87 anos) e 20 homens e 85 mulheres jogadores jovens (17-34 anos). Os idosos foram recrutados em casas de repouso, clubes para idosos e cassinos. Do grupo dos idosos 7,7% eram jogadores problemas no momento da pesquisa e 1% provável jogador patológico (Clarke, 2008).

Algumas pesquisas foram realizadas com o intuito de investigar o jogador/idoso e seu estilo de vida, suas motivações para jogar e os fatores de risco para desenvolvimento de um padrão de jogo problemático ou patológico. Um estudo canadense investigou idosos (65 anos ou mais) que jogavam bingo (N= 400), abrangendo ambos os sexos em população urbana e rural. Dentre os idosos que apostavam mais, a maioria era mulher, mais velha, que pagava aluguel e recebia aposentadoria do governo. Elas relataram mais problemas de saúde e possuíam um estilo de vida sedentário, porém sem relação com tabaco ou álcool. Tinham hábitos alimentares ruins e muito tempo ocioso em função da falta de alternativas de lazer para mulheres idosas, saúde precária e restrição financeira (Cousins e Witcher,

2007). Um estudo australiano analisou 414 idosos (60 anos ou mais) que apostavam regularmente em jogos eletrônicos e os fatores que os motivavam a fazê-lo. Os dados foram colhidos em clubes sociais licenciados, locais de jogatina populares existentes em várias partes do país. A análise sugere que algumas circunstâncias relacionadas à idade – como estar sem parceiro, ter uma deficiência que impacte as atividades rotineiras, baixa renda anual e trabalhar - estão associadas com altas taxas de motivação para apostar em jogos eletrônicos, além de criarem uma expectativa alta de que nessa atividade supririam suas necessidades de lazer, sociais e mentais. Algumas “categorias” de idosos, incluindo aqueles que estavam sem parceiro e aqueles que tinham uma incapacidade física, estavam mais propensas a gastar suas economias em jogos eletrônicos e apostavam mais do que podia perder. Estes dados apontam para uma vulnerabilidade inerente à idade que pode ser agravada pela renda reduzida do idoso. A conclusão dos autores foi que idosos jovens (60-69 anos), do gênero masculino, solteiros e que apostavam em jogos eletrônicos motivados pela excitação e pelo dinheiro estavam sob maior risco de desenvolver problemas com jogo (Southwell et al. 2008). Por outro lado, Clarke (2008) relata que jogadores idosos problemáticos apresentam menor motivação para apostar e menor gravidade do problema, exceto pela frequência de jogo, quando comparados a jogadores adultos. Segundo ele, a gravidade do jogo seja no idoso, ou no adulto jogador se associa mais à busca de relaxamento do que à busca por dinheiro ou pela excitação. Esta aparente contradição pode ser atribuída ao fato de que Southwell e colaboradores (2008) focaram em um segmento específico de idosos jogadores mais jovens.

O estudo sobre o impacto na saúde física, mental e social do jogador idoso é importante, pois sua saúde global fica mais vulnerável ao desenvolvimento ou agravamento de doenças. Objetivando a identificação da correlação entre indicadores de saúde, bem estar e jogo recreativo, uma pesquisa analisou 2.417 adultos que moravam na cidade de Detroit (USA). Após excluir jogadores problemáticos ou patológicos (51 ao todo, dos quais 2 idosos), os autores definiram como jogador recreativo os sujeitos que relatavam não terem problemas relacionados à atividade de apostar em jogos de azar. Após controle estatístico para variações no perfil sócio-demográfico, concluiu-se que idosos (65 anos ou mais; N=195) que jogaram recreativamente no último ano, tinham maior probabilidade de também terem consumido álcool no mesmo período e apresentaram melhor saúde que os idosos que não jogaram. Os idosos que jogaram tiveram a percepção de saúde geral boa ou ótima e a atividade de jogar não estava associada a medidas negativas de saúde (Desai et al, 2004). Porém, esses dados devem ser interpretados com cautela, pois não é clara a natureza da relação entre idosos que não jogaram com as medidas de saúde. A natureza transversal do estudo não permite diferir se não jogar antecede os problemas de saúde, ou se a saúde debilitada compromete o ato de jogar, assim como outras atividades externas. Mais estudos devem ser realizados para investigação do possível benefício do jogo recreativo em idosos, especialmente para aqueles que não apresentem fatores de risco conhecidos para JP (depressão, ansiedade, abuso/dependência de substâncias, etc.) Ainda nesse sentido, Pietrzak e colaboradores (2005) analisaram idosos em centros geriátricos e clínicas médicas em *Connecticut* correlacionando indicadores de saúde em jogadores patológicos (48) e não jogadores (48). Após controle para variáveis como idade, gênero, etnia e local de

recrutamento para a pesquisa, os dados mostraram que os idosos que preencheram critério para JP apresentam mais problemas nas áreas de saúde, família, abuso de álcool, depressão, ansiedade, além de baixos escores de vitalidade, desempenho físico e social. Em um segundo estudo, Pietrzak e colaboradores (2007) utilizaram a amostra populacional do Levantamento Epidemiológico Nacional Norte-Americano Sobre Uso de Álcool e Outras Condições Associadas (NESARC) de 2001-2002. Eles encontraram uma prevalência de problemas com jogo ao longo da vida (casos de JP e apresentações subclínicas) de 0,85% dentre os idosos entrevistados (60 anos ou mais, N=10.563). Quando comparados com idosos que não tinham história de jogo regular, os jogadores recreacionais tinham taxas significativamente elevada para consumo de álcool (30,1% X 12,8%), nicotina (16,9% X 8%), transtornos do humor (12,6% X 11%), de ansiedade (15% X 11,6%), de personalidade (11,3% X 7,3%) e obesidade (25,6% X 20,8%). No entanto, apresentavam menor diagnóstico de arteriosclerose (4,7% X 6%) ou cirrose (0,2% X 0,4%). Já os jogadores problema ou patológicos, quando comparados com os jogadores sociais, apresentavam maiores consumo de álcool (53,2% X 12,8%), nicotina (43,2% X 8%), drogas (4,6% X 0,7%), transtornos do humor (39,5% X 11%), de ansiedade (34,5% X 11,6%), de personalidade (43% X 7,3%), diagnóstico de artrite (60,2% X 44,3%) e angina (22,7% X 8,8%). Esses resultados se mantiveram significativos mesmo após controlar os fatores demográficos, psiquiátricos e comportamento de risco. Ainda neste sentido, Desai e colaboradores (2007) também utilizaram os dados do NESARC de 2001-2002, analisando as associações entre a atividade de apostar em jogos de azar e medidas de saúde. Porém, nesta análise os sujeitos foram categorizados como não jogador, jogador recreacional ou jogador problemático/patológico e estratificados por idade

(N=25.485): 40-64 anos (72%) e 65 anos ou mais (28%). Jogadores problemáticos ou patológicos, tanto no grupo dos adultos jovens (0,5%) quanto dos mais velhos (0,3%), foram uniformemente associados com medidas de saúde precária. Estes dados são coerentes com o trabalho anterior do mesmo grupo (Desai et al., 2004). Entretanto, dentre os idosos, jogar de forma recreacional (28,7%) foi associado não somente com algumas medidas negativas (dependência de nicotina, abuso/dependência de álcool, alguma condição crônica de saúde e obesidade), mas também com algumas medidas positivas (e.g., melhor funcionamento mental e físico). Os autores levantam duas hipóteses que explicariam esses achados: os idosos que têm bom funcionamento de saúde, o suficiente para se envolverem em atividades sociais, estão mais propensos a jogar recreativamente; segundo, os idosos podem imaginar que jogar pode mantê-los mais sociáveis e ativos do que normalmente o seriam, atribuindo assim algum benefício à saúde. Essas hipóteses são congruentes com a literatura sobre saúde e envelhecimento que indica que adultos sociáveis e ativos vivem mais e são mais felizes. Porém, os autores continuam preocupados com o potencial impacto negativo do jogo na saúde, particularmente se o jogador também fumar e ingerir bebidas alcoólicas. A interação dos efeitos desses comportamentos pode desenvolver ou exacerbar condições crônicas de saúde, como problemas do coração ou diabetes. Entretanto, a relação entre jogo e saúde ao longo do tempo de vida será melhor compreendida através de uma análise longitudinal. (Desai et al., 2007). Pietrzak e Petry (2006) ressaltam que há uma relação diretamente proporcional entre problemas de jogo e dificuldades de ajustamento psico-social em jogadores idosos.

### O perfil do idoso jogador patológico em tratamento

Existem poucas pesquisas que investigaram o perfil sócio-demográfico, comportamento de jogo e variáveis associadas em jogadores patológicos idosos em população clínica. Os estudos adotam diferentes idades de corte para definição de jogador patológico idoso de acordo com o padrão sócio-econômico do país. Alguns autores preferem utilizar a idade mais provável para a aposentadoria para dividir jogadores adultos de jogadores idosos (Petry, 2002; Potenza, 2006).

Visando aprofundar o conhecimento sobre o perfil sócio-demográfico dos idosos, Petry (2002) pesquisou jogadores em tratamento (N=343), dividindo a população em: *jovens* (18-35 anos – N=97), *adultos* (36-55 anos – N=197) e *idosos* (55 anos ou mais – N=49). Esta pesquisa avaliou variáveis demográficas (idade, gênero, estado civil, etnia e grau de instrução). Das diferenças encontradas entre os grupos e que foram estatisticamente significativas obteve-se que os *adultos* e *idosos* apresentavam mais mulheres (45% e 55%); *idosos* tinham uma parcela maior de casados do que os *jovens* e *idosos* relataram mais problemas relacionados a trabalho quando comparados aos *adultos*. Outro estudo que avaliou telefonemas ao *Connecticut Council on Problem Gambling Helpline* (N=1.018) obteve que dessas ligações, 16,5% eram idosos (55 anos ou mais) e 83,5% adultos jovens (54 anos ou menos). As variáveis sócio-demográficas analisadas foram: gênero, renda, etnia, grau de instrução e estado civil. Exceto pela renda significativamente menor em idosos jogadores, nenhuma variável demográfica atingiu significância estatística na comparação entre jogadores adultos e idosos (Potenza et al, 2006). Kaush (2004) também estudou jogadores patológicos admitidos para tratamento e comparou jovens

(N=98) com sujeitos maiores de 60 anos (N=37). Os jogadores idosos apesar de ter uma parcela maior de aposentados, apresentavam os mesmos problemas relacionados ao trabalho que os adultos. Este dado mostra que apesar de os idosos estarem oficialmente aposentados, eles trabalhavam e apresentavam problemas na área profissional causados pelo envolvimento patológico com o jogo. Levanta-se também a hipótese de que esses idosos permaneçam trabalhando como uma forma de compensação dos problemas financeiros causados pelo jogo.

Analisando o padrão de comportamento de jogo dos idosos, uma pesquisa investigou jogadores patológicos que procuraram tratamento medicamentoso para JP, subdividindo a amostra em 11 jovens (20-30 anos), 46 adultos (40-50 anos) e 16 idosos (60 anos ou mais). Os idosos iniciaram tardiamente o envolvimento com a atividade do jogo e desenvolveram JP mais lentamente do que os outros grupos e tinham maior probabilidade de jogarem em caça-níqueis e menor variedade na escolha dos tipos de jogo. A busca de lazer e a esquivas ao tédio pareciam motivar mais os jogadores idosos (Grant et al., 2001). Resultados semelhantes foram descritos na pesquisa do *Connecticut Council on Problem Gambling Helpline* (Potenza et al., 2006) que encontrou uma maior duração da atividade de jogo, mais problemas com jogos eletrônicos e menos problemas com outras formas de jogo e menos dívidas pendentes em jogadores idosos. Petry (2002) também estudou variáveis de jogo nos idosos: severidade da doença, idade de início de jogo, tempo de evolução da doença, tempo total da progressão da doença, número de dias de jogo em um mês e tipo de jogo de preferência. Em seu relato os idosos jogavam menos dias quando comparados com jogadores jovens ou adultos. As idosas começaram a jogar regularmente aproximadamente depois dos 55 anos, enquanto que os idosos



relataram história de jogo ao longo da vida, ou seja, começaram a jogar mais cedo. As idosas haviam apostado maiores quantias no mês anterior ao início do tratamento. Em relação à procura de tratamento para problemas de jogo, nota-se tanto em Petry (2002) quanto em Potenza (2006) uma sub-representação dos idosos (aproximadamente 8% dos indivíduos nas duas amostras têm 60 anos ou mais), uma vez que a prevalência de JP em adultos e idosos é aproximadamente a mesma (Pietrzak et al., 2007). Isto aponta para prováveis barreiras entre o idoso jogador patológico e a oferta de tratamento especializado.

Variáveis relacionadas ao uso prévio de serviços de saúde mental também foram investigadas nas pesquisas citadas acima. Kausch (2004) encontrou que os idosos apresentam diagnósticos psiquiátricos de forma semelhante aos mais jovens, sendo depressão o transtorno mais comum. Já no estudo de Petry (2002) os jogadores idosos apresentavam menos comportamento de abuso de substância do que os jovens e adultos. Potenza e colaboradores (2006) encontraram resultados semelhantes ao de Petry (2002), os idosos apresentavam menos ansiedade relacionada ao jogo, menor uso de drogas e menos história familiar de abuso de droga.

Alguns comportamentos de risco foram levantados e analisados nestas pesquisas. Kausch (2004) encontrou que os jogadores idosos relataram história de ideação suicida na mesma proporção que os adultos. Na pesquisa de Petry (2002) os idosos relataram ter menos problemas de ordem social e legal (com a justiça) comparados com os jovens e adultos. Os achados do levantamento do *Connecticut Council on Problem Gambling Helpline* (Potenza et al., 2006) também apontam para um quadro menos grave de problemas familiares e de comportamento ilícitos e/ou detenções por parte dos jogadores idosos.

### **Idade de início de jogo e subgrupos de idosos jogadores patológicos**

A pesquisa de jogadores patológicos idosos apresenta um desafio específico desse segmento de jogadores. É preciso diferenciar os jogadores que iniciaram o jogo tardiamente, provavelmente como consequência do processo de senescência, daqueles que iniciaram precocemente e que, portanto, envelheceram jogando. Como relatado acima, Petry (2002) identificou diferenças na idade de início entre idosos jogadores patológicos masculinos e femininos.

Grant e colaboradores (2009) analisaram 322 sujeitos com diagnóstico atual de JP de acordo com os critérios do DSM-IV que procuraram tratamento e os dividiram em dois grupos: início tardio (durante ou após 55 anos de idade) e os que começaram a jogar mais cedo, divididos em dois grupos (até 25 anos e entre 26-54 anos). Eles foram comparados em termos de medidas de gravidade de JP, comorbidades, problemas sociais e legais, e história familiar de JP. Quarenta e dois (13,4%) sujeitos relataram início tardio de JP, 63 (19,6%) relataram início antes de 25 anos, e a maioria (N=217; 67,4%) referiram ter começado a jogar entre 26 e 54 anos. O grupo de início tardio apostava menos em jogos de estratégia e era menos propenso a declarar falência ou ter dívida de cartão de crédito devido ao jogo. Também apresentavam maior probabilidade de terem um transtorno de ansiedade e menor probabilidade de terem um pai ou uma mãe com problema de jogo. Jogadores de início tardio procuraram menos o apoio do JA do que os outros grupos. Uma análise identificou uma interação entre idade e gênero no que diz respeito à busca de tratamento. Início tardio de jogo foi relacionado com uma progressão mais rápida para busca de tratamento, porém somente para os homens. A idade de início de JP foi

associada a implicações clínicas importantes. O tempo excessivamente dilatado entre início de jogo e procura por ajuda indica a necessidade de melhorar as técnicas de recrutamento para tratamento para JP. O início tardio de JP é relativamente comum e tem características clínicas distintas sugerindo que esta população possa se beneficiar de estratégias de prevenção e tratamento específicas. Por apresentarem menos problemas financeiros ou legais decorrentes do jogo, os jogadores de início tardio podem mascarar o diagnóstico de JP.

Outro estudo analisou a relação entre a idade da primeira experiência de jogo e a gravidade do comportamento de apostar em jogos de azar e problemas relacionados entre jogadores problemáticos idosos (60 anos ou mais). A idade mediana da primeira experiência de jogo foi de 21 anos. Comparado com os jogadores que tiveram um início tardio (N=24), aqueles com um início precoce (N=28) apostavam com mais frequência na época da pesquisa e tinham problemas médicos e psiquiátricos mais graves. Estes dados sugerem que o jogo que começa na adolescência pode estar associado à maior gravidade dos problemas ao longo da vida (Burge et al., 2004).

Nower e Blaszczynski (2008) também investigaram a idade de início em jogadores idosos, porém em uma amostra não-clínica de jogadores inscritos em uma lista de auto-exclusão em cassinos de Missouri (EUA; N=1.601). Os idosos analisados começaram a jogar na meia-idade e experimentaram problemas com o jogo em torno de 60 anos de idade.

Em resumo, idosos jogadores patológicos em tratamento parecem apresentar características relativas ao perfil sócio-demográfico, comportamento de jogo, procura por tratamento e uso prévio de serviços de saúde mental, comportamentos de risco e

idade de início de jogo que potencialmente determinam necessidades específicas de tratamento. Um conhecimento mais aprofundado destas características auxiliará no delineamento futuro tanto do tratamento quanto de técnicas para facilitar o recrutamento e acesso dessa população à ajuda especializada. Além disso, informação adequada sobre as características do comportamento de jogo em idosos pode ajudar geriatras e gerontólogos a melhorarem os cuidados de saúde dispensados a esta população. No Brasil ainda não foram realizadas pesquisas sobre o tema, daí a necessidade de conhecer melhor o jogador patológico idoso brasileiro que busca tratamento.

## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESES

Este estudo tem como objetivo comparar dados sócio-demográficos, variáveis de envolvimento com jogo, uso prévio de serviço de saúde mental, comportamento de risco da população clínica de idosos jogadores patológicos com os adultos jogadores patológicos.

Foram investigadas as seguintes hipóteses:

**H1<sub>a</sub>:** As variáveis sócio-demográficas analisadas na população clínica de idoso jogador patológico apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as da população clínica de adulto jogador patológico.

**H0<sub>a</sub>:** As variáveis sócio-demográficas analisadas na população clínica de idoso jogador patológico não apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparados com as da população clínica de adulto jogador patológico.

**H1<sub>b</sub>:** As variáveis de comportamento de jogo analisadas na população clínica de idoso jogador patológico apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as da população clínica de adulto jogador patológico.

**H0<sub>b</sub>:** As variáveis de comportamento de jogo analisadas na população clínica de idoso jogador patológico não apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparados com as da população clínica de adulto

jogador patológico.

**H1<sub>c</sub>:** As variáveis sobre uso prévio de serviço de saúde mental analisadas na população clínica de idoso jogador patológico apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as da população clínica de adulto jogador patológico.

**H0<sub>c</sub>:** As variáveis sobre uso prévio de serviço de saúde mental analisadas na população clínica de idoso jogador patológico não apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparados com as da população clínica de adulto jogador patológico.

**H1<sub>d</sub>:** As variáveis sobre comportamento de risco analisadas na população clínica de idoso jogador patológico apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as da população clínica de adulto jogador patológico.

**H0<sub>d</sub>:** As variáveis de comportamento de risco analisadas na população clínica de idoso jogador patológico não apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparados com as da população clínica de adulto jogador patológico.

**H1<sub>e</sub>:** Jogadores patológicos idosos de início tardio se diferenciam de jogadores patológicos idosos de início precoce em relação ao perfil sócio-demográfico, comportamento de jogo, uso prévio de serviços de saúde mental e comportamentos de risco.

**H0<sub>e</sub>:** Jogadores patológicos idosos de início tardio não se diferenciam de jogadores patológicos idosos de início precoce em relação ao perfil sócio-demográfico, comportamento de jogo, uso prévio de serviços de saúde mental e comportamentos de risco.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Amostra/Casuística

São sujeitos dessa pesquisa pacientes que buscaram tratamento PRO-AMJO, (IPq-HCFMUSP), localizado em um hospital universitário público que oferece tratamento gratuito. Recebemos pacientes maiores de 18 anos que procuram tratamento espontaneamente, ou encaminhados por psicólogos e médicos de outras especialidades.

Foram avaliados sujeitos que procuraram tratamento no período de 22/10/1996 a 20/06/2007. Foi usada neste estudo a definição de idoso da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), que adota como idade de corte 60 anos ou mais para países em desenvolvimento.

De acordo com Tabachnik e Fidell (1996) o tamanho de amostra (N) deve ser adequado ao número total de variáveis independentes (V) investigadas, que neste estudo somam 47, de acordo com a seguinte fórmula:

$$N = 50 + (8 \times V) = 50 + (8 \times 47) = 50 + 376 = 426 \text{ indivíduos}$$

Esta pesquisa apresenta uma amostra de 585 pacientes que, na data agendada compareceram ao ambulatório para a realização da Triagem Inicial, que implica na realização de uma entrevista semi-estruturada e aplicação de questionários e inventários de auto-preenchimento. Neste estudo foram utilizados os dados colhidos

na entrevista semi-estruturada.

### 3.1.1 Critérios de inclusão

Os pacientes inscritos passaram por triagem realizada por psicólogos e psiquiatras treinados da equipe do PRO-AMJO. Foram selecionados os indivíduos que na avaliação inicial tiveram o diagnóstico de Jogo Patológico confirmado em entrevista com psiquiatra e pelos critérios diagnósticos para Jogo Patológico especificados no DSM-IV (APA, 1994).

### 3.1.2 Critérios de exclusão

Foram considerados os seguintes critérios para exclusão no momento da triagem:

- (1) pacientes portadores de oligofrenia ou outra afecção do sistema nervoso central com prejuízo grave das funções cognitivas;
- (2) pacientes portadores de transtorno psicótico que poderia comprometer as respostas às escalas em uso;
- (3) pacientes com suspeita ou diagnóstico de algum quadro de demência;
- (4) pacientes que se recusaram a participar do protocolo de pesquisa pela não assinatura do termo de consentimento.

Os critérios (1), (2) e (3) foram verificados na primeira avaliação psiquiátrica de cada paciente. Nenhum paciente foi excluído desta amostra por estes critérios.



## 3.2 Instrumentos de Avaliação

### 3.2.1 Triagem:

#### 3.2.1.1 Entrevista

A entrevista foi realizada pela equipe do AMJO e foram feitos o Questionário de Dados Sócio-Demográficos (QDSD) e a avaliação da presença dos critérios para Jogo Patológico do DSM-IV.

#### 3.2.1.2 Questionário de Dados Sócio-Demográficos

Foi utilizado o Questionário de Dados Sócio-demográficos (QDSD) adaptado para jogadores (Tavares et al., 2003) para descrição da amostra.

As seguintes variáveis foram avaliadas:

1. Idade;
2. Género;
3. Etnia: branco, negro, pardo, outros;
4. Estado civil: com companheiro e sem companheiro residindo na mesma casa por pelo menos 6 meses, inclui união informal;
5. Número de filhos;
6. Status profissional;
7. Renda familiar mensal: média da renda mensal familiar dos últimos 12 meses;

8. Número de habitantes na residência;
9. Indicador de classe econômica: o cálculo é feito através da soma do número total de cômodos, banheiros, automóveis de passeio, televisões coloridas, empregados, aparelhos de som, máquinas de lavar, vídeo cassetes, computadores, geladeiras e aspiradores de pó ou equivalente, existentes na moradia do indivíduo, dividido pelo total de habitantes (IBGE, 1998);
10. Grau de instrução do paciente: categoria Analfabeto, categoria Fundamental, categoria Médio e categoria Superior;
11. Grau de instrução do pai: as categorias são as mesmas usadas na variável anterior. Este dado fornece a informação do *background* sócio-econômico do paciente (IBGE, 1998);
12. Grau de instrução da mãe: as categorias são as mesmas usadas na variável anterior. Este dado fornece a informação do *background* sócio-cultural do paciente (IBGE, 1998);
13. Procedência remota: local de nascimento do sujeito;
14. Religião de origem: católica, espírita, evangélica e outras;
15. Religião praticada: religião atual (*idem* ao anterior);
16. Freqüência da prática religiosa.

As variáveis de jogo investigadas foram:

17. Idade de início da atividade de jogo: quando o sujeito começou a fazer apostas em jogos regularmente, pelo menos uma vez por mês;
18. Idade de aumento da atividade de jogo: momento que o sujeito dobrou a freqüência das apostas;

19. Idade de início de problemas devidos a jogo: paciente assinalou a idade em que ele sentiu que ocorreu o primeiro problema causado pelo jogo;
20. Idade de procura do primeiro tratamento para jogo;
21. Tipo do primeiro tratamento para jogo: não houve, ambulatorial, JA e outros (internação em comunidade terapêutica, tratamento religioso, cromoterapia, homeopatia, fitoterapia ou acupuntura);
22. Intervalo de jogo social (variável n<sup>o</sup>18 menos variável n<sup>o</sup>17);
23. Intervalo de jogo intenso (variável n<sup>o</sup> 19 menos variável n<sup>o</sup>18);
24. Intervalo de jogo problema (variável n<sup>o</sup> 20 menos variável n<sup>o</sup>19);
25. Intervalo de jogo não problemático (variável n<sup>o</sup>19 menos variável n<sup>o</sup>17);
26. Intervalo total (variável n<sup>o</sup>21 menos variável n<sup>o</sup>17);
27. Tipo de jogo preferido atualmente (no momento da triagem);
28. Total de horas gasta em episódio típico de jogo;
29. Período máximo de abstinência voluntária (em dias);

Os critérios do DSM para JP foram analisados separadamente como variáveis binárias de comportamento de jogo (1= sim; 0 = não). Também foi analisada a somatória dos critérios positivos.

30. DSM-IV para JP - critério 1: “preocupação com o jogo”;
31. DSM-IV para JP - critério 2: “tolerância”;
32. DSM-IV para JP - critério 3: “perda de controle”;
33. DSM-IV para JP - critério 4: “abstinência”;
34. DSM-IV para JP - critério 5: “escapismo”;

35. DSM-IV para JP - critério 6: “jogar para recuperar”;
36. DSM-IV para JP - critério 7: “mentiras”;
37. DSM-IV para JP - critério 8: “atos ilegais”;
38. DSM-IV para JP - critério 9: “prejuízo no relacionamento”;
39. DSM-IV para JP - critério 10: “endividamento”.
40. DSM Total: somatória dos critérios positivos para JP.

As variáveis sobre uso prévio de serviços de saúde mental analisadas foram:

41. Fez uso prévio de serviços de saúde mental (0 = não, 1= sim);
42. Diagnóstico que determinou busca por tratamento psiquiátrico - conforme informação do paciente: *dependências* (tabaco, álcool, medicações e drogas), *transtornos do humor* (depressão e transtorno afetivo bipolar), *transtornos ansiosos* (transtorno de ansiedade generalizada e pânico) e *transtornos alimentares* (transtorno compulsivo alimentar periódico, bulimia nervosa e anorexia nervosa);
43. Tipo de tratamento Psiquiátrico anterior: não houve, ambulatorial, internação, psicoterapia e alternativos (acupuntura, cromoterapia, tratamento de cunho religioso e homeopatia).

As variáveis sobre comportamentos de risco analisadas foram:

44. Envolvimento em atividades ilegais (emitiu cheque sem fundo conscientemente, retirou dinheiro de familiar ou amigo sem o consentimento deles e/ou se cometeu algum furto ou estelionato): 0 = não, 1 = sim - antes do envolvimento com jogo, 2 = sim - depois do envolvimento com o jogo;
45. Comportamento suicida (passado ou atual): 0 = não ou 1 = sim;

46. Número de tentativas de suicídio;

47. Comportamento de risco para doenças sexualmente transmissíveis (DST):

0 = não, 1= sim, pelo próprio comportamento, 2 = sim, pelo comportamento do parceiro.

### 3.3 Análise dos dados

As análises estatísticas foram feitas com o SPSS 11.0 for Windows (SPSS inc., 1997). A análise estatística foi realizada em três etapas. Primeiramente foi feita a análise univariada com a amostra total (N=585), com correção para múltiplas comparações. Depois, em uma abordagem alternativa, realizou-se uma análise de regressão logística multivariada para verificar qual o conjunto de variáveis que melhor explicam as diferenças entre jogadores idosos e adultos. Finalmente, realizamos uma análise à parte apenas com os jogadores patológicos idosos (N=50) comparando os dois subgrupos de início precoce e início tardio. /

#### 3.3.1 Análise Estatística Univariada das Variáveis Sócio-Demográficas, Comportamento de Jogo, Uso Prévio de Serviços de Saúde Mental e Comportamento de Risco

Com o objetivo de comparar a população de idosos com adultos, os valores expressos em frequências foram comparados com o emprego do Teste Qui-quadrado e suas variações (Teste exato de Fisher e generalização do teste exato de Fisher, para tabelas com frequências reduzidas: coeficiente de contingência para dados

categoriais) e o Teste U de Mann Whitney para variáveis ordinais ou contínuas. O nível de significância foi ajustado para o total de comparações (correção de Bonferroni,  $p \leq 0,05/47 \leq 0,001$ )

Com relação aos critérios do DSM-IV para JP, optou-se por analisá-los separadamente, avaliando um a um, e também a somatória dos critérios assinalados. A primeira escolha foi tomada porque na coleta da amostra, através dos anos, alguns itens que investigam o comportamento de jogo na entrevista inicial foram excluídos ou reformulados. Desta forma, os critérios do DSM-IV para JP, dentre algumas variáveis que investigam comportamento de jogo, foram os que permaneceram uniformes ao longo do tempo deste levantamento. Da mesma forma, apesar de não ser um instrumento ideal para medir a gravidade do comportamento de jogo, a somatória dos critérios positivos do DSM foi a única medida de avaliação do grau de gravidade disponível para todos os sujeitos que procuraram tratamento neste ambulatório. Tal estratégia tem sido utilizada em outras pesquisas que correlacionaram significativamente o total de critérios positivos do DSM para JP e gravidade do comportamento de jogo (Petry et al., 2008; Clarke, 2008; Wiebe e Cox, 2005).

Foi feita a análise da variável *Data de Avaliação* (data que o sujeito realizou a triagem inicial) que não apontou diferença entre jogadores adultos e idosos quanto a época da procura por tratamento, mostrando que os idosos chegaram uniformemente ao longo dos anos de funcionamento do ambulatório.

### 3.3.2 Regressão Logística

A variável idade foi dicotomizada (idoso = 1; adulto = 0) e foi introduzida no modelo como a variável dependente. Foram selecionadas como variáveis independentes aquelas que na análise univariada atingiram nível de significância menor ou igual a 0,20. Estas variáveis entraram no modelo em bloco e um procedimento de *backward stepwise* retirou as variáveis que não atingiram significância, até que no modelo final permanecessem apenas variáveis com  $p < 0,05$  (Tabachnik e Fidell, 1996).

Algumas variáveis não foram incluídas nesta análise por serem redundantes entre si, preservando o modelo do risco de co-variação elevada. Assim sendo, do conjunto de variáveis: renda familiar mensal, número de habitantes na residência e indicador de classe econômica selecionamos somente a última para adentrar o modelo. Esta escolha foi baseada no fato de que a maioria dos pacientes não sabe com precisão o valor de sua renda familiar mensal. Já o indicador de classe econômica, além de abarcar o número de habitantes na residência, elenca e soma alguns utensílios relevantes para indicar a classe econômica que o sujeito pertence. Assim, essa variável transmite um valor concreto e mais próximo da realidade do paciente, fornecendo uma informação mais confiável sobre a situação econômica do mesmo.

Das variáveis que avaliam as idades e a progressão de jogo, foram selecionadas as que medem os intervalos de progressão, pois elas agregam as principais informações referentes ao curso da doença, auxiliando na redução do total de variáveis independentes a serem introduzidas no modelo. Com relação aos critérios

do DSM-IV para JP, escolhemos a somatória dos critérios positivos (DSM Total), reduzindo o número de variáveis independentes introduzidas no modelo.

Algumas categorias da variável “tipo de tratamento psiquiátrico anterior” foram reagrupadas devido ao número elevado de categorias que comprometiam sua entrada no modelo de regressão. As categorias “ambulatorial” e “internação” foram mantidas, e as categorias “psicoterapia” e “alternativo” foram fundidas em uma nova categoria renomeada “tratamento não médico”.

Das variáveis de comportamento de risco, entre presença de comportamento suicida e número de tentativa de suicídio, utilizamos a primeira.

### 3.3.3 Análise da idade de início de jogo dos idosos

Foi feita uma análise independente da variável idade de início de jogo apenas no grupo dos idosos. A amostra de idosos foi dividida de acordo com a mediana da idade de início de jogo classificados em: início tardio e início precoce. Esta (tardio/precoce) foi estabelecida como a variável dependente. As variáveis independentes testadas foram: gênero, etnia, idade, estado civil, número de filhos; status profissional; renda mensal familiar; indicador de classe econômica; grau de instrução; grau de instrução do pai; grau de instrução da mãe; religião de origem; religião praticada; frequência da prática religiosa; idade de início de jogo; tratamento prévio para jogo; intervalo total (anos); tipo de jogo atual (preferência); fez uso prévio de serviços de saúde mental?; tipo de tratamento psiquiátrico anterior; envolvimento em atividades ilegais; tentativa de suicídio; comportamento de risco para DST; DSM total.



Em função do número elevado de categorias da variável “tipo de jogo atual (preferência)” reorganizou-se esta variável reagrupando-a em duas categorias: bingo na cartela (categoria dominante) e outras formas de jogo.

Algumas das variáveis independentes investigadas não foram incluídas nesta análise devido à amostra relativamente pequena de idosos jogadores patológicos. Foram excluídas variáveis que eram redundantes entre si e que poderiam ser explicadas por uma única outra variável:

- Das variáveis sócio-demográficas o “número de habitantes na residência” não foi analisado, pois a variável “indicador de classe econômica” já abarca esta informação.
- As variáveis idade de início de jogo, idade de aumento de jogo, idade de início de problema, idade de procura de tratamento, intervalo de jogo social, intervalo de jogo intenso, intervalo de jogo problemático, intervalo de jogo social e jogo intenso de medidas de progressão de jogo, foram descartadas por que as variáveis “idade de início de jogo” e “tempo total” já incluem em parte estas informações.
- Em relação às variáveis que avaliam a gravidade da doença selecionamos o “DSM Total” e descartamos as variáveis “período máximo de abstinência voluntária” e “total de horas gastas num episódio típico de jogo” nesta etapa da análise de dados.
- Com o objetivo de reduzir o número de variáveis, com relação ao uso prévio de serviços de saúde mental, foi analisada apenas a variável “fez uso prévio de serviços de saúde mental?”, excluindo as variáveis: “diagnóstico que determinou busca por tratamento psiquiátrico anterior” e “tipo de tratamento psiquiátrico anterior”.

- Sobre comportamento de risco foi excluída a variável “número de tentativas de suicídio”, uma vez que abordamos o assunto com a variável “tentativa de suicídio - passado ou atual” (1=sim; 0=não).

O nível de significância foi ajustado para o total de comparações (Bonferroni,  $p < 0,05/24 \leq 0,002$ ).

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Dados sócio-demográficos da amostra

Foram analisados 585 pacientes que procuraram tratamento no PRO-AMJO no período de Abril de 1998 a Junho de 2007 (3 pacientes foram atendidos num momento piloto entre 1996 e 1997) e preencheram o protocolo de triagem inicial. Destes, 535 são adultos e 50 idosos.

Da amostra total, a média de idade dos jogadores é 43,9 (Erro Padrão=0,4) anos, sendo 64,1(Erro Padrão=0,5) a dos idosos e 42,1 (Erro Padrão=0,3) a dos adultos; 77,3% são caucasianos; 59% encontrava-se com companheiro e a média da renda mensal foi de R\$=3.322,56. A maioria teve como Religião de origem a Católica (71,8%), sendo esta a afiliação religiosa mais comum no momento da procura por tratamento (59%), embora a maioria tenha se declarado não praticante (48,2%).

A tabela 2 mostra os dados sócio-demográficos da amostra.

**Tabela 2: Características sócio-demográficas de jogadores patológicos adultos e idosos no momento de triagem inicial**

Características	Idoso	Adulto	Total	teste	P
<i>Gênero</i>					
Masculino	20 (39,2%)	294 (55%)	314 (53,6%)	$\chi^2_{(1)} = 4,03^a$	0,045
Feminino	30 (60,8%)	241 (45%)	272 (46,4%)		
<i>Etnia</i>					
Caucasiano	44 (86,3%)	409 (76,4%)	453 (77,3%)	$\chi^2_{(1)} = 2,03^a$	0,15
Outros	6 (13,7%)	126 (23,6%)	133 (22,7%)		
<i>Idade (anos)</i>					
Média [Erro Padrão]	64,1 [0,5]	42,11 [0,3]	43,9 [0,4]	U = 0,000 <sup>b</sup>	<0,001 <sup>*</sup>
<i>Estado Civil</i>					
Com companheiro	30 (60,8%)	315 (58,9%)	346 (59%)	$\chi^2_{(1)} = 0,086^a$	0,77
Sem companheiro	20 (39,2%)	220 (41,1%)	240 (41%)		
<i>Nº filhos</i>					
Média [Erro Padrão]	2,53[0,1]	1,57[0,5]	1,65[0,5]	U = 7762,500 <sup>b</sup>	<0,001 <sup>*</sup>
<i>Status Profissional</i>					
Aposentado	20 (40%)	46 (8,6%)	66 (11,3%)	$\chi^2_{(4)} = 73,33$	<0,001 <sup>*</sup>
Tempo Integral	11 (22%)	284 (53,1%)	295 (50,3%)		
Tempo Parcial	5 (10%)	88 (16,4%)	93 (15,9%)		
Desempregado	3 (6%)	89 (16,6%)	92 (15,7%)		
Dona de casa	11 (22%)	27 (5%)	38 (6,5%)		

<sup>a</sup> Correção de continuidade para tabelas 2x2

<sup>b</sup> Teste de Mann-Whitney para variável ordinal em amostras independentes

<sup>\*</sup> Estatisticamente significativo segundo correção de Bonferroni

**Tabela 2: Características sócio-demográficas de jogadores patológicos adultos e idosos no momento de triagem inicial (cont.)**

Características	Idoso	Adulto	Total	teste	P
<i>Renda Mensal Familiar</i>					
Média [Erro Padrão]	3.298,20[493,4]	3.324,84[140,3]	3.322,56[134,9]	U = 12737,00 <sup>b</sup>	0,605
<i>Número de habitantes no domicílio</i>					
Média [Erro Padrão]	2,54[0,18]	3,4[0,06]	3,32[0,06]	U = 8759,500 <sup>b</sup>	<0,001*
<i>Indicador de Classe Econômica</i>					
Média [Erro Padrão]	7,84[0,57]	5,69[0,13]	5,87[0,13]	U = 8203,500 <sup>b</sup>	<0,001*
<i>Grau de instrução</i>					
Fundamental <sup>c</sup>	22 (44%)	105 (20%)	127 (22%)	U = 9325,0 <sup>b</sup>	<0,001*
Médio	15 (30%)	193 (36%)	208 (35%)		
Superior	13 (26%)	237 (44%)	250 (43%)		
<i>Grau de instrução do pai</i>					
Fundamental <sup>c</sup>	41 (85%)	377 (73%)	418 (74%)	U = 9896,5 <sup>b</sup>	0,017
Médio	5 (11%)	79 (15%)	84 (15%)		
Superior	2 (4%)	62 (12%)	64 (11%)		
Sem informação	2				
<i>Grau de instrução da mãe</i>					
Fundamental <sup>c</sup>	48 (96%)	410 (78%)	458 (80%)	U = 8094,5 <sup>b</sup>	<0,001*
Médio	2 (4%)	89 (17%)	91 (16%)		
Superior	0	26 (5%)	26 (4%)		

<sup>b</sup> Teste de Mann-Whitney para variável ordinal em amostras independentes

<sup>c</sup> As categorias "Analfabeto" e "Fundamental" foram fundidas em uma única categoria em função do excesso de células matriciais com contagem esperada abaixo de 5.

\* Estatisticamente significativo segundo correção de Bonferroni

**Tabela 2: Características sócio-demográficas de jogadores patológicos adultos e idosos no momento de triagem inicial (cont.)**

Características	Idoso	Adulto	Total	teste	p
<i>Procedência Remota</i>					
São Paulo Capital	13 (26%)	296 (55,2%)	309 (52,7%)	$\chi^2_{121} = 25,2$	<0,001*
São Paulo Interior	21 (42%)	84 (15,7%)	105 (17,9%)		
Outros	16 (32%)	156 (29,1%)	172 (29,4%)		
<i>Religião de origem</i>					
Católica	43 (86%)	378 (70,5%)	421 (71,8%)	$\chi^2_{131} = 6,86$	0,077
Evangélica	1 (2%)	42 (7,8%)	43 (7,3%)		
Espírita	5 (10%)	63 (11,8%)	68 (11,6%)		
Outras	1 (2%)	53 (9,9%)	54 (9,2%)		
<i>Religião Praticada<sup>d</sup></i>					
Católica	24 (48%)	148 (27,66%)	172 (59%)	$\chi^2_{121} = 3,15$	0,21
Evangélica	1 (2%)	30 (5,61%)	31 (11%)		
Diversas	9 (18%)	78 (14,58%)	87 (30%)		
Não praticantes	16 (32%)	279 (52,15%)			
<i>Frequência da prática religiosa</i>					
Não praticante	20 (40%)	260 (49%)	280 (48,2%)	$\chi^2_{141} = 3,12$	0,54
Frequenta nas datas religiosas	7 (14%)	54 (10,2%)	61 (10,5%)		
Pelo menos 1 vez por mês	9 (18%)	80 (15,1%)	89 (15,3%)		
Pelo menos 1 vez por semana	12 (24%)	98 (18,5%)	110 (18,9%)		
Mais que 1 vez por semana	2 (4%)	39 (7,3%)	41 (7,1%)		

<sup>d</sup> As categorias "Espírita" e "Outras" foram fundidas em uma única categoria em função do excesso de células matriciais com contagem esperada abaixo de 5.

\* Estatisticamente significativo segundo correção de Boniferroni

#### **4.2. Dados de comportamento de jogo, uso prévio de serviços de saúde mental e comportamento de risco**

A média do intervalo de tempo de jogo recreativo (início até problema) da amostra total foi de 8,23 anos (Erro Padrão=0,37) e a do intervalo de tempo de jogo problemático (problema até procura por tratamento) foi de 4,1 anos (Erro Padrão=0,23). O jogo de preferência no momento da triagem da maioria da amostra total concentrou-se no Bingo de cartela e Vídeo-Bingo. Em um dia típico de jogo, os pacientes passam aproximadamente 6 horas apostando. Quando se determinam a parar, conseguem ficar abstinente, em média, por no máximo 6 meses. Dos critérios diagnósticos positivos do DSM-IV, os cinco mais assinalados se referem a mentir para esconder o grau de extensão do seu envolvimento com o jogo; tentativa de parar ou reduzir o jogo e não conseguir; necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores; jogar como forma de fugir de problemas ou de aliviar humor disfórico; e colocar em perigo ou perder um relacionamento significativo ou uma oportunidade profissional por causa do jogo.

Da amostra total, a maioria (53,8%) havia feito algum tratamento prévio para jogo. Mais da metade da amostra total (60,8%) não tinha realizado algum tratamento psiquiátrico anteriormente. Condutas de risco foram freqüentes na amostra: 45% relatou ter se envolvido em atividades ilegais após envolvimento com o jogo, 17,4% relatou tentativa de suicídio e 12,6% apresentou comportamento de risco para DST.

A tabela 3 mostra os dados clínicos avaliados para jogadores patológicos adultos e idosos no momento de triagem inicial.

**Tabela 3: Características clínicas de idosos e adultos jogadores patológicos no momento de procura por tratamento**

Características	Idoso	Adulto	Total	teste	p
<i>Idade de início de jogo (anos)</i>					
Média [Erro Padrão]	43,84 [2,43]	29,7 [0,49]	30,91 [0,52]	U = 6831,500 <sup>b</sup>	<0,001*
<i>Idade de aumento de jogo (anos)</i>					
Média [Erro Padrão]	51,24 [2,06]	35,45 [0,43]	36,80 [0,47]	U = 4342,500 <sup>b</sup>	<0,001*
<i>Idade de início de problema</i>					
Média [Erro Padrão]	56,02 [1,41]	37,56 [0,40]	39,14 [0,44]	U = 2.300,00 <sup>b</sup>	<0,001*
<i>Tratamento prévio para jogo</i>					
Não houve	20 (40%)	250 (46,8%)	270 (46,2%)	$\chi^2_{(3)} = 3,38$	0,33
Ambulatorial	14 (28%)	99 (18,5%)	113 (19,3%)		
Jogadores Anônimos	15 (30%)	159 (29,8%)	174 (29,8%)		
Outros	1 (2%)	26 (4,9%)	27 (4,6%)		
<i>Intervalo de jogo social (anos) -início até intensificação</i>					
Média [Erro Padrão]	7,4 [1,35]	5,8 [0,32]	5,9 [0,32]	U = 12104,5 <sup>b</sup>	0,27
<i>Intervalo de jogo intenso (anos) Jogo intenso até problema</i>					
Média [Erro Padrão]	4,78 [1,23]	2,10 [0,16]	2,3 [0,18]	U = 10729,5 <sup>b</sup>	0,016
<i>Intervalo de jogo problemático (anos) - problema até tratamento</i>					
Média [Erro Padrão]	7,16 [1,43]	3,81 [0,21]	4,1 [0,23]	U = 10346,5 <sup>b</sup>	0,008

<sup>b</sup> Teste de Mann-Whitney para variável ordinal em amostras independentes

\*Estatisticamente significativo segundo correção de Bonferroni



**Tabela 3: Características clínicas de idosos e adultos jogadores patológicos no momento de procura por tratamento (cont.)**

Características	Idoso	Adulto	Total	teste	P
<i>Intervalo do jogo social +</i>					
<i>jogo intenso (anos)</i>					
Média [Erro Padrão]	12,18 [1,73]	7,86 [0,37]	8,23 [0,37]	U = 10205,0 <sup>b</sup>	0,006
<i>Intervalo total (anos) –</i>					
<i>início até tratamento</i>					
Média [Erro Padrão]	19,34 [2,45]	11,67 [0,44]	12,3 [0,46]	U = 9967,5 <sup>b</sup>	0,003
<i>Tipo de jogo atual (preferência)</i>					
Bingo na cartela	15 (30%)	227 (42,4%)	242 (41,3%)	C = 0,164 <sup>c</sup>	0,041
Bingo no computador	2 (4%)	46 (8,6%)	48 (8,2%)		
Vídeo-bingo	17 (34%)	163 (30,4%)	180 (30,7%)		
Vídeo-Poker	3 (6%)	24 (4,5%)	27 (4,6%)		
Outros vídeos (caça-níquel)	5 (10%)	43 (8%)	48 (8,2%)		
Cartas informal	2 (4%)	8 (1,5%)	10 (1,7%)		
Loteria	3 (6%)	9 (1,7%)	12 (2%)		
Jogo do bicho	3 (6%)	7 (1,3%)	10 (1,7%)		
Outros	0	9 (1,7%)	9 (1,5%)		
<i>Período máximo de</i>					
<i>abstinência voluntária (meses)</i>					
Média [Erro Padrão]	17,92 [367,73]	5,24 [14,24]	6,30 [33,61]	U = 12207,0 <sup>b</sup>	0,44
<i>Total de horas gastas num</i>					
<i>episódio típico de jogo</i>					
Média [Erro Padrão]	5,6 [0,51]	6,2 [0,16]	6,2 [0,16]	U = 12161,00 <sup>b</sup>	0,27

<sup>b</sup> Teste de Mann-Whitney para variável ordinal em amostras independentes

<sup>c</sup> Coeficiente de contingência

Tabela 3: Características clínicas de idosos e adultos jogadores patológicos no momento de procura por tratamento (cont.)

Características	Idoso	Adulto	Total	teste	p
<i>Fez uso prévio de serviços de saúde mental?</i>					
Sim	23 (46%)	207 (38,6%)	230 (39,2%)	$\chi^2_{(1)} = 1,04^a$	0,38
Não	27 (54%)	329 (61,4%)	356 (60,8%)		
<i>Diagnóstico que determinou busca por tratamento psiquiátrico anterior</i>					
Dependências	7 (14%)	33 (6,2%)	40 (6,8%)	$\chi^2_{(1)} = 4,42^a$	0,03
Tx. Humor	16 (32%)	139 (25,9%)	155 (26,5%)	$\chi^2_{(1)} = 0,86^a$	0,35
Tx. Ansiosos	5 (10%)	60 (11,2%)	65 (11,1%)	$\chi^2_{(1)} = 0,66^a$	0,79
Outros	1 (2%)	32 (6%)	33 (5,6%)	$\chi^2_{(1)} = 1,35^a$	0,24
Não houve	21 (42%)	264 (50,7%)			
<i>Tipo de tratamento</i>					
<i>Psiquiátrico anterior</i>					
Não houve	29 (58%)	331 (61,8%)	360 (61,4%)	C = 0,127 <sup>c</sup>	0,048
Ambulatorial	14 (28%)	131 (24,4%)	145 (24,7%)		
Internação	0	18 (3,4%)	18 (3,1%)		
Psicoterapia	3 (6%)	46 (8,6%)	49 (8,4%)		
Alternativos	4 (8%)	10 (1,9%)	14 (2,4%)		

<sup>a</sup> Correção de continuidade para tabelas 2x2

<sup>c</sup> Coeficiente de contingência

**Tabela 3: Características clínicas de idosos e adultos jogadores patológicos no momento de procura por tratamento (cont.)**

Características	Idoso	Adulto	Total	teste	P
<i>Envolvimento em atividades ilegais</i>					
Não	33 (66%)	262 (49,1%)	295 (50,5%)	$\chi^2_{(2)} = 5,36^a$	0,068
Sim, depois do jogo	15 (30%)	248 (46,4%)	263 (45%)		
Sim, antes do jogo	2 (4%)	24 (4,5%)	26 (4,5%)		
<i>Tentativa de suicídio</i>					
Sim	2 (4%)	100 (18,7%)	102 (17,4%)	$\chi^2_{(1)} = 5,87^a$	0,015
Não	48 (96%)	435 (81,3%)	483 (82,6%)		
<i>Número de tentativa de suicídio</i>					
Não houve	49 (98%)	437 (81,5%)	486 (82,9%)	U = 11169,0 <sup>b</sup>	0,003
1	1 (2%)	51 (15%)	52 (8,9%)		
2	0	27 (5%)	27 (4,6%)		
3	0	21 (3,9%)	21 (3,6%)		
<i>Comportamento de risco para doença sexualmente transmissível</i>					
Não houve	47 (94%)	464 (86,7%)	511 (87,4%)	$\chi^2_{(2)} = 2,23^a$	0,32
Risco pelo próprio comportamento sexual	2 (4%)	53 (9,9%)	55 (9,4%)		
Risco pelo comportamento sexual do parceiro	1 (2%)	18 (3,4%)	19 (3,2%)		

<sup>a</sup> Correção de continuidade para tabelas 2x2

<sup>b</sup> Teste de Mann-Whitney para variável ordinal em amostras independentes

Tabela 3: Características clínicas de idosos e adultos jogadores patológicos no momento de procura por tratamento (cont.)

Características	Idoso	Adulto	Total	teste	P
<i>Critérios positivos do DSM-IV</i>					
Critério I (preocupação com jogo)	38 (76%)	488 (91,7%)	526 (90,4%)	$\chi^2_{111} = 13,0$	<0,001*
Critério II ("tolerância")	31 (62%)	396 (74,4%)	427 (73,4%)	$\chi^2_{111} = 3,61^a$	0,057
Critério III (perda de controle)	43 (86%)	495 (93%)	538 (92,4%)	$\chi^2_{111} = 3,24^a$	0,072
Critério IV ("abstinência")	31 (62%)	431 (81%)	462 (79,4%)	$\chi^2_{111} = 10,09^a$	<0,001*
Critério V (escapismo)	34 (68%)	382 (71,8%)	416 (71,5%)	$\chi^2_{111} = 0,32^a$	0,569
Critério VI (jogar para recuperar)	37 (74%)	489 (91,9%)	526 (90,4%)	$\chi^2_{111} = 16,87^a$	<0,001*
Critério VII (mentiras)	44 (88%)	504 (94,7%)	548 (94,2%)	$\chi^2_{111} = 3,77^a$	0,052
Critério VIII (atos ilegais)	14 (28%)	258 (48,5%)	272 (46,7%)	$\chi^2_{111} = 7,71^a$	0,005
Critério IX (prejuízo no relacionamento)	31 (62%)	388 (72,9%)	419 (72%)	$\chi^2_{111} = 2,70^a$	0,10
Critério X (endividamento)	33 (66%)	442 (83,1%)	475 (81,6%)	$\chi^2_{121} = 19,93^a$	<0,001*
DSM Total (Média)	7,1 [0,26]	8,0 [0,06]	7,9 [0,06]	U = 9148,000	<0,001*
[Erro Padrão]					

a Correção de continuidade para tabelas 2x2

b Teste de Mann-Whitney para variável ordinal em amostras independentes

\*Estatisticamente significativo segundo correção de Bonferroni

### 4.3. Regressão Logística

As variáveis que alcançaram significância estatística de  $p \leq 0,2$  na análise univariada entraram no modelo multivariado juntas como covariadas.

A tabela 4 abaixo mostra as variáveis que entraram para a análise multivariada.

**Tabela 4: Variáveis que entraram para análise multivariada**

Variável	Nível de significância na análise univariada (p)
Gênero	0,045
Etnia	0,15
Nº filhos	<0,001
Status profissional	<0,001
Indicador de classe econômica	<0,001
Grau de instrução do paciente	<0,001
Grau de instrução do pai	0,017
Grau de instrução da mãe	<0,001
Procedência remota	<0,001
Religião de origem	0,077
Intervalo de jogo intenso	0,016
Intervalo de jogo problemático	0,008
Tipo de jogo preferido atualmente	0,041
Somatória dos critérios positivos DSM total	<0,001
Diagnóstico que determinou busca por tratamento psiquiátrico anterior (dependências)	0,036
Tipo de tratamento psiquiátrico anterior	0,048
Envolvimento em atividades ilegais	0,068
Tentativa de suicídio	0,015

Variáveis que não obtiveram significância estatística de  $p \leq 0,05$  na análise multivariada foram excluídas uma a uma na seguinte ordem:

- 1) Tipo de tratamento psiquiátrico anterior ( $p= 0,931$ ),
- 2) Envolvimento em atividades ilegais ( $p= 0,869$ ),
- 3) Etnia ( $p= 0,758$ ),
- 4) Religião de origem ( $p= 0,623$ ),
- 5) Tipo de jogo preferido ( $p= 0,212$ ),
- 6) Gênero ( $p= 0,095$ ),
- 7) Diagnóstico que motivou busca por tratamento psiquiátrico anterior (dependências –  $p= 0,051$ ).

Onze variáveis permaneceram no modelo final ( $R^2$  de Nagelkerke's;  $R^2=0,595$ ,  $p<0,001$ ). Finalmente, cada variável excluída foi adicionada separadamente ao bloco remanescente com o objetivo de verificar se elas se enquadravam realmente no modelo, mas nenhuma alcançou o nível de significância estatística proposto.

A tabela 5 mostra os dados do Modelo Final da Regressão Logística.

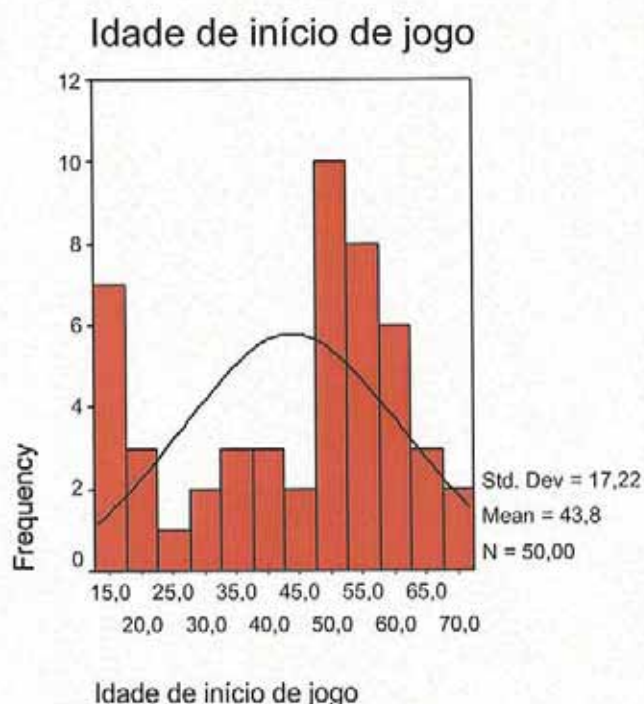
Tabela 5. Idoso JP vs Adulto JP: Regressão Logística *backward stepwise* Modelo Final (N=585)

Variáveis	Wald $\chi^2$	Graus de liberdade (df)	Nível de significância (p)	Razão de chances (OR)	Intervalo de Confiança de Or – 95%	
					Inferior	Superior
Nº filhas	13,146	1	<0,001	1,958	1,362	2,815
Status Profissional:						
- Tempo integral	28,194	4	<0,001			
- Tempo parcial	13,406	1	<0,001	0,139	0,048	0,399
- Dona de casa	10,418	1	0,001	0,077	0,016	0,365
- Desempregado	2,217	1	0,136	2,728	0,728	10,234
- Aposentado	4,167	1	0,041	0,168	0,030	0,931
Índice Económico	22,862	1	<0,001	1,333	1,185	1,499
Grau de instrução	3,954	1	0,047	0,803	0,646	0,997
Grau de instrução do pai	6,759	1	0,009	1,404	1,087	1,814
Grau de instrução da mãe	12,374	1	<0,001	0,528	0,370	0,754
Procedência remota:						
- SP Capital	8,835	2	0,012			
- SP Interior	288	1	0,592	0,733	0,236	2,280
- Outros	4,674	1	0,031	3,063	1,110	8,449
Intervalo de jogo intenso	7,179	1	0,007	1,091	1,024	1,163
Intervalo de jogo problemático	13,610	1	<0,001	1,126	1,057	1,200
DSM Total	5,956	1	0,015	0,713	0,544	0,936
Comportamento suicida	4,729	1	0,030	7,479	1,220	45,857
Constante	2,573	1	.109	0,060		

#### 4.4. Análise univariada da idade de início de jogo dos idosos

Na análise estatística da idade de início de jogo nos idosos encontrou-se uma clivagem nos 50 anos de idade (Gráfico 1). Desta forma, os idosos que começaram a jogar antes de 50 anos foram categorizados como início precoce, já os que passaram a jogar durante ou após os 50 anos de idade entraram na categoria início tardio. Quarenta e seis por cento (N=23) dos idosos começaram a jogar regularmente antes dos 50 anos de idade.

Gráfico 1



Comparados com aqueles que tiveram um início tardio (depois dos 50 anos de idade), o grupo dos que começaram a jogar mais jovens apresenta maioria de sujeitos masculinos (respectivamente 18,5% vs. 65,2%,  $p < 0,001$ ). A variável “idade de



início de jogo” (média) mostrou diferença significativa ( $p < 0,001$ ) na qual o subgrupo de início precoce começou a jogar no início da vida adulta (Média=28,43; Erro Padrão=2,62) e o subgrupo de início tardio começou a jogar mais próximo da idade de corte adotada como critério para a definição de idoso (Média=56,96; Erro Padrão=1,14). O “intervalo total de jogo” (anos) alcançou significância estatística, com maior tempo de duração de envolvimento com o jogo nos sujeitos que começaram precocemente (Média=28,43; Erro Padrão=2,62). Nenhuma outra variável sócio-demográfica, de comportamento de jogo, uso prévio de serviço de saúde mental ou de comportamento de risco alcançou significância estatística nesta análise. A tabela 6 mostra os resultados da análise univariada do subgrupo dos idosos de acordo com a idade de início de jogo.

Também foi realizada uma análise multivariada alternativa, na qual os subgrupos de idosos (início precoce e tardio) entraram como a variável dependente. Foram selecionadas para compor o modelo as variáveis que atingiram significância  $\leq 0,2$  na análise univariada. Foram elas: gênero, intervalo total de jogo, status profissional, religião praticada, uso prévio de serviços de saúde mental, tentativa de suicídio e comportamento de risco para DST. Foi utilizado um procedimento *backward stepwise* para retirada das variáveis que não contribuíam significativamente para o modelo ( $p \geq 0,05$ ), a única variável que permaneceu no modelo final foi gênero (Nagelkerke  $R^2 = 0,279$ ; Wald  $\chi^2 = 10,19$ ;  $p = 0,001$ ). A análise da razão de chances (*odds ratio* – OR) mostrou um risco 8,25 vezes maior de início precoce de jogo para o gênero masculino (intervalo de confiança de 95% para OR: 2,26 – 30,56;  $p < 0,001$ ).

Tabela 6: Jogadores Patológicos idosos: início precoce vs início tardio

Características	Início precoce (N=23)	Início tardio (N=27)	teste	p
<i>Gênero</i>				
Masculino	15 (65,2%)	5 (18,5%)	$\chi^2_{(1)} = 11,286$	<0,001*
Feminino	8 (34,8%)	22 (81,5%)		
<i>Etnia</i>				
Caucasiano	20 (87%)	24 (88%)	C = 0,030 <sup>c</sup>	0,834
Outras	3 (13%)	3 (11,1%)		
<i>Idade (anos)</i>				
Média [Erro Padrão]	64,26 [0,706]	63,96 [0,798]	U = 276,500 <sup>b</sup>	0,504
<i>Estado Civil</i>				
Com companheiro	16 (69,6%)	15 (55,6%)	$\chi^2_{(1)} = 1,035$	0,309
Sem companheiro	7 (30,4%)	12 (44,4%)		
<i>Nº filhos</i>				
Média [Erro Padrão]	2,43 [0,207]	2,62 [0,261]	U = 283,500 <sup>b</sup>	0,743
<i>Status Profissional</i>				
Aposentado	8 (34,8%)	12 (44,4%)	C = 0,460 <sup>c</sup>	0,009
Tempo Integral	8 (34,8%)	3 (11,1%)		
Tempo Parcial	3 (13%)	2 (7,4%)		
Desempregado	3 (13%)	0		
Dona de casa	1 (4,3%)	10 (37%)		
<i>Renda Mensal Familiar</i>				
Média [Erro Padrão]	3.387 [0,100]	3.311 [0,750]	U = 294,500 <sup>b</sup>	0,755

<sup>b</sup> Teste de Mann-Whitney para variável ordinal em amostras independentes

<sup>a</sup> Estatisticamente significativo segundo correção de Bonferroni

<sup>c</sup> Coeficiente de contingência

Tabela 6: Jogadores Patológicos idosos: início precoce vs início tardio (cont.)

Características	Início precoce (N=23)	Início tardio (N=27)	teste	p
<i>Indicador de Classe Econômica</i>				
Média [Erro Padrão]	0,853[0,040]	0,828 [0,049]	U = 282,500 <sup>b</sup>	0,585
<i>Grau de instrução</i>				
Fundamental <sup>c</sup>	8 (34,7 %)	14 (51,8 %)	U = 251,500 <sup>b</sup>	0,243
Médio	9 (39,1 %)	6 (22,2 %)		
Superior	6 (26 %)	7 (25,9 %)		
<i>Grau de instrução do pai</i>				
Fundamental <sup>c</sup>	19 (86,4 %)	22 (84,6 %)	U = 272,500 <sup>b</sup>	0,773
Médio	2 (9 %)	3 (11,5 %)		
Superior	1 (4,5 %)	1 (3,8 %)		
<i>Grau de instrução da mãe</i>				
Fundamental <sup>c</sup>	20 (86,9 %)	24 (84,6 %)	U = 8094,5 <sup>b</sup>	0,320
Médio	2 (8,6 %)	3 (11,1%)		
Superior	1 (4,3%)	0		
<i>Religião de origem</i>				
Católica	20 (87%)	23 (85,2%)	C = 0,201	0,551
Evangélica	0	1 (3,7%)		
Espírita	2 (8,7%)	3 (11,1%)		
Outras	1 (4,3%)	0		
<i>Religião Praticada<sup>d</sup></i>				
Católica	13 (56,52%)	11 (40,74%)	C = 0,306	0,172
Evangélica	0	1 (3,7%)		
Outras	2 (8,7%)	7 (25,93%)		
Não praticantes	8 (34,78)	8 (29,63)		

<sup>b</sup> Teste de Mann-Whitney para variável ordinal em amostras independentes

<sup>c</sup> As categorias "Analfabeto" e "Fundamental" foram fundidas em uma única categoria em função do excesso de células matriciais com contagem esperada abaixo de 5.

<sup>d</sup> As categorias "Espírita" e "Outras" foram fundidas em uma única categoria em função do excesso de células matriciais com contagem esperada abaixo de 5.

Tabela 6: Jogadores Patológicos idosos: início precoce vs início tardio (cont.)

Características	Início precoce (N=23)	Início tardio (N=27)	teste	p
<i>Frequência da prática religiosa</i>				
Não praticante	11 (47,8%)	9 (33,3%)	C = 0,231	0,589
Frequenta nas datas religiosas	3 (13%)	4 (14,8%)		
Pelo menos 1 vez por mês	2 (8,7%)	7 (25,9%)		
Pelo menos 1 vez por semana	6 (26,1%)	6 (22,2%)		
Mais que 1 vez por semana	1 (4,3%)	1 (3,7%)		
<i>Idade de início de jogo (anos)</i>				
Média [Erro Padrão]	28,43 [2,62]	56,96 [1,14]	U = 10,479 <sup>b</sup>	0,001*
<i>Tratamento prévio para jogo</i>				
Não houve	11 (47,8%)	9 (33,3%)	C = 0,224	0,451
Ambulatorial	5 (21,7%)	9 (33,3%)		
Jogadores Anônimos	6 (26,1%)	9 (33,3%)		
Outros	1 (4,3%)	0		
<i>Intervalo total (anos) – início até tratamento</i>				
Média [Erro Padrão]	34,61 [3,003]	6,33 [0,636]	U = 10,00 <sup>b</sup>	0,000*
<i>Tipo de jogo atual (preferência)</i>				
Bingo na cartela	20 (87%)	15 (55,6%)	$\chi^2_{(1)} = 5,$	0,016
Outros	3 (13%)	12 (44,4%)		
<i>Fez uso prévio de serviços de saúde mental?</i>				
Sim	16 (69,6%)	11 (40,7%)	$\chi^2_{(1)} = 4,154^a$	0,042
Não	7 (30,4%)	16 (59,3%)		

<sup>a</sup> Teste de Mann-Whitney para variável ordinal em amostras independentes

<sup>b</sup> Estatisticamente significativo segundo correção de Bonferroni

<sup>c</sup> Coeficiente de contingência

**Tabela 6: Jogadores Patológicos idosos: início precoce vs início tardio (cont.)**

Características	Início precoce (N=23)	Início tardio (N=27)	teste	p
<i>Tipo de tratamento</i>				
<i>Psiquiátrico anterior</i>				
Não houve	16 (32,65 %)	12 (24,48 %)	C = 0,363	0,284
Ambulatorial	4 ( 8,16 %)	12 (24,48 %)		
Internação	0	0		
Psicoterapia	1 (2,04 %)	0		
Alternativos	2 (4,08 %)	1 (2,04 %)		
<i>Envolvimento em atividades ilegais</i>				
Não	15 (65,2%)	18 (66,7%)	C = 0,198	0,362
Sim, depois do jogo	8 (8%)	7 (25,9%)		
Sim, antes do jogo	0	1 (3,8%)		
<i>Tentativa de suicídio</i>				
Sim	0	2 (7,4%)	$\chi^2_{(1)} = 0,370^a$	0,493
Não	23 (100%)	25 (92,6%)		
<i>Comportamento de risco para doença sexualmente transmissível</i>				
Não houve	20 (87%)	27 (100%)	C = 0,264	0,154
Risco pelo próprio comportamento sexual	2 (8,7%)	0		
Risco pelo comportamento sexual do parceiro	1 (4,3%)	0	U = 296,000 <sup>b</sup>	0,951
DSM Total (Média)	7,087 [0,411]	7,115 [0,338]		
[Erro Padrão]				

<sup>a</sup>Correção de continuidade para tabelas 2x2

<sup>b</sup>Teste de Mann-Whitney para variável ordinal em amostras independentes. Coeficiente de contingência

## 5. Discussão

### 5.1 Análise univariada

#### 5.1.1 Dados sócio-demográficos

A proporção de idosos neste estudo é similar a encontrada em outras amostras clínicas (aproximadamente 9%). Entretanto, esta pesquisa foi realizada com a maior amostra clínica já relatada (n=585). Apesar da magnitude da amostra do *Connecticut Council on Problem Gambling Helpline* (Potenza et al, 2006), do nível de treinamento do seu staff e da padronização do atendimento do serviço, eles não oferecem um tratamento clínico e não realizam suas entrevistas pessoalmente com profissionais treinados da área de saúde mental. Nossa amostra é composta de jogadores em busca de tratamento, acolhidos e avaliados por profissionais treinados que confere mais confiabilidade aos dados analisados. Nosso número absoluto de jogadores idosos em tratamento (n=50) é o maior relatado até o momento. Tudo isso a despeito do fato de que os outros estudos clínicos (Petry 2002; Potenza et al, 2006) adotaram critério mais inclusivo que o nosso para a classificação do jogador idoso (55 anos ou mais).

Dados estatísticos do último censo populacional (IBGE, 2000) mostram que homens e mulheres acima de 60 anos de idade representam 33% da população adulta. Estudos epidemiológicos conduzidos na América do Norte sugerem que JP acomete igualmente adultos jovens e idosos (Pietrzak et al., 2006; Petry et al., 2005). Se o mesmo for verdadeiro para o Brasil, a porcentagem reduzida de idosos em tratamento para JP não decorre de uma proporção menor de idosos acometidos, mas sim de

barreiras entre o idoso jogador e a oferta de tratamento. Esta desproporção entre a distribuição etária da população (33% de idosos na população adulta) e da amostra clínica (8,7% de idosos em tratamento) pode ser ainda maior no Estado de São Paulo, onde a expectativa de vida é maior, logo a porcentagem de idosos na população deve exceder a média nacional.

As diferenças estatisticamente significativas encontradas são explicadas pela vivência de diferentes contextos sócio-culturais e econômicos entre as gerações, ou seja, devido a um efeito coorte. Tais diferenças são conseqüências das transformações sócio-culturais e econômicas ocorridas no Brasil na década de 40, em razão de um importante processo de industrialização do país (Gorender, 1982). Este processo resultou num progresso não só na área econômica, mas também na social envolvendo melhorias na educação e nas condições de saúde. Com o investimento maciço na abertura de fábricas e indústrias em função da alta do café, principalmente no Estado de São Paulo, ampliou-se o mercado de trabalho com mão de obra geral e especializada. As fábricas e indústrias concentraram-se na cidade de São Paulo, gerando o fenômeno do êxodo rural, basicamente obrigando os camponeses a se mudarem para a cidade à procura de trabalho melhor remunerado. Como conseqüência desta mudança econômica, estabeleceu-se uma sociedade de operários que favorecia, quase impunha, o consumo de bens, fazendo com que a mulher entrasse no mercado de trabalho para ajudar no sustento da família (Singer, 1986). Desta forma, as mães que trabalhavam colocaram seus filhos em escolas, inserindo-os na educação formal. Os adultos de hoje, colhem os frutos dessas mudanças, estabelecendo um padrão de vida com novos valores social, cultural e econômico.

Das diferenças encontradas nas variáveis sócio-demográficas, na variável Status Profissional existem duas situações já esperadas nesta categoria: os idosos têm maior

freqüência de aposentados e donas de casa do que os adultos; e estes por sua vez, apresentam maior número de trabalhadores em tempo integral. Estes resultados corroboram os encontrados na literatura (Petry, 2002). Este dado pode sugerir um fator de risco para o jogo nos idosos, em razão do maior tempo ocioso. Este fato remete à investigação e elaboração de outras atividades de lazer que podem ser oferecidas para que ocupem seu tempo livre. O fator financeiro também deve ser levado em conta ao elaborar outras atividades de lazer. Como o idoso possui maior índice econômico do que o adulto jogador, um leque maior de atividades de lazer para os idosos pode ser oferecido, ampliando inclusive sua rede social de relacionamento.

Apesar do número de filhos dos idosos ser maior, o número de habitantes no domicílio deles é significativamente menor. Este dado pode refletir uma realidade dos idosos: saída dos filhos de casa e/ou morte do cônjuge; assim como o perfil do adulto: presença do cônjuge e filhos morando com eles. Como os idosos moram mais sozinhos, pode existir uma lacuna na rede de suporte familiar que poderia detectar o comportamento mal adaptativo de jogo. Além disso, o baixo grau de instrução dos idosos pode dificultar o conhecimento sobre sua doença, bem como seu tratamento. Portanto, os profissionais da área de saúde mental, geriatria e gerontologia devem atentar à importância da investigação do comportamento dos idosos de apostar em jogos de azar, e ao modo como transmitem as informações necessárias para uma avaliação e possível encaminhamento. Outro ponto relevante relacionado à adequação do tratamento do idoso (preventivo ou terapêutico) ao seu contexto sócio-cultural é sua origem no interior do Estado de São Paulo, onde sua linguagem, referência e valores diferem de sujeitos nascidos e vividos na capital. Em corroboração à percepção de um passado sócio-cultural diverso para os idosos, temos o dado de que as progenitoras deles apresentaram menor grau de escolaridade.



Das variáveis sócio-demográficas, *gênero* e *estado civil* não atingiram significância estatística, corroborando os achados da literatura (Petry, 2002). As variáveis *etnia* e *renda mensal familiar* também não alcançaram significância estatística. Porém estes resultados são o oposto dos encontrados em outras pesquisas (Potenza et al, 2006), talvez por ser este o único estudo em jogadores idosos conduzido em cultura e etnias diversas da norte-americana. A diferença entre os valores da renda mensal familiar de idosos e adultos jogadores brasileiros, em comparação com os dados da literatura, pode refletir diferentes situações econômicas desses países.

#### 5.1.2 Dados de comportamento de jogo, uso prévio de serviços de saúde mental e comportamento de risco

As variáveis relacionadas à progressão do padrão de jogo apresentaram diferença estatística, mostrando um perfil de idosos que começam a jogar mais tarde do que os adultos. Estes dados confirmam os achados na literatura (Petry, 2002; Kausch, 2004; Potenza et al, 2006).

Os idosos apresentaram menor frequência dos comportamentos descritos nos seguintes critérios do DSM-IV para JP: I (preocupação com o jogo), IV (inquietação ou irritabilidade quando tenta reduzir ou parar com o jogo), VI ("recuperar o prejuízo" financeiro voltando a jogar) e X (recorre a outras pessoas para obter dinheiro para aliviar uma situação financeira causada pelo jogo). Esses critérios remetem aos pontos centrais da caracterização da dependência do jogo: grau de envolvimento com jogo, abstinência e prejuízo financeiro. Em conjunto, eles sugerem que o tratamento do idoso jogador pode ter melhor prognóstico por ser ele clinicamente menos grave que o jogador adulto jovem.

Como em outros estudos (Grant et al, 2001; Potenza et al, 2006), os idosos dão preferência aos jogos eletrônicos, porém, a variável *tipo de jogo atual* não foi significativamente diferente quando comparado com os adultos jogadores.

Na análise univariada, não foi estatisticamente diferente o fato dos idosos se envolverem menos em atividades ilegais. Este resultado difere do encontrado em outros estudos (Petry, 2002; Potenza et al, 2006).

## 5.2 Regressão Logística - Modelo Final

Dentro do modelo da regressão logística, nenhuma variável que atingiu o nível de significância na análise univariada ficou fora do modelo final. Mas, algumas variáveis que não atingiram o nível de significância na análise univariada, permaneceram no modelo final da regressão logística. Assim, pode-se inferir que, a adoção de um rigor estatístico maior (correção de Bonferroni para o total de comparações) na análise univariada, pode ter excluído variáveis relevantes para uma análise clínica acurada das diferenças entre adultos e idosos jogadores. A regressão logística preservou mais variáveis, mostrando o conjunto que melhor discrimina jogadores idosos e adultos, com aproximadamente 60% da variância explicada conforme indicado pelo coeficiente de Nagelkerke ( $p < 0,001$ ).

O modelo multivariado tem 7 variáveis em comum com a análise univariada corrigida para múltiplas comparações. A permanência destas variáveis nos dois modelos reforça a relevância das mesmas para a caracterização do idoso jogador patológico. São elas: *número de filhos, status profissional, índice econômico, grau de instrução, grau de instrução da mãe, procedência remota, DSM total*. Estas variáveis comuns foram analisadas no item anterior. As outras variáveis demográficas do modelo final da

regressão logística complementam o perfil do idoso jogador onde o baixo grau de instrução do pai aponta para um baixo *background* sócio-econômico. Isto reitera os dados que apontam para uma origem social diversa para o idoso.

Os idosos apresentaram um intervalo de tempo maior entre aumentar a frequência de apostas até o surgimento de problemas causados pelo jogo. Estes dados concordam com os achados da literatura (Petry, 2002; Kausch, 2004, Potenza et al, 2006). A lenta progressão da doença pode ser favorável à realização de uma intervenção precoce em função do maior intervalo de tempo existente, atuando na fase anterior ao estabelecimento de maior gravidade do quadro clínico. Porém, os idosos procuram menos e demoram mais para procurar ajuda quando comparados com os adultos. Algumas hipóteses foram levantadas sobre possíveis causas da lentidão para procurar tratamento: I) os idosos não possuem informação suficiente sobre a doença em razão de sua baixa escolaridade; II) como eles moram com menor número de pessoas, existe uma lacuna na rede de suporte familiar e social que poderia detectar o comportamento mal adaptativo de jogo; III) eles podem ser mais relutantes em admitir o problema, e conseqüentemente, em procurar ajuda. Mais estudos devem ser realizados para aprofundar o tema e responder tais questionamentos. A escolha de uma estratégia de intervenção que atenda as necessidades do idoso se faz importante, tanto para atender as necessidades que decorrem do seu perfil diferenciado, quanto para facilitar o acesso ao tratamento.

Um dado relevante que pode ajudar neste processo é o fato do idoso jogador ter tido maior vivência de tratamento psiquiátrico do tipo ambulatorial e alternativo. Não se pode afirmar que esta é uma representação da predileção do idoso por um tipo específico de tratamento, pois deve se considerar a possibilidade de ser o reflexo do menor número de opções de tratamentos oferecidos na época. Este resultado é um dado

novo que não tem correspondente na literatura, mas pode lançar luz sobre a escolha de estratégias específicas para fomentar a busca de tratamento pelos idosos.

Na análise univariada, a variável comportamento suicida ficou próxima do nível de significância e se manteve no modelo final da análise multivariada, mostrando um menor índice de tentativa de suicídio por parte dos idosos, sugerindo um comportamento menos impulsivo do que os adultos. Este dado confirma os achados em pesquisa realizada sobre o tema (Kausch, 2004) e reforçam os achados da análise univariada – jogadores idosos parecem ser menos graves e menos impulsivos.

Uma limitação encontrada neste estudo foi a representação minoritária de idosos na amostra. Porém, esta limitação aparece na literatura que estuda o tema (Grant et al, 2001; Petry, 2002; Potenza, 2006). Esta foi uma barreira intransponível, pois não houve condições de tentar equiparar o tamanho dos grupos por ser uma amostra de conveniência. Em função da amostra pequena de idosos, não foi possível realizar outras comparações verificando as diferenças significativas entre os gêneros nos dois grupos etários, como apontam resultados na literatura (Petry, 2002). Porém, o número alto de comparações foi compensado na análise univariada com a correção de Bonferroni, privilegiando o rigor estatístico.

De acordo com a análise dos dados obtidos, as diferenças significativas estatisticamente encontradas nas variáveis sócio-demográficas, podem ser explicadas pela vivência de diferentes contextos sócio-cultural e econômica entre os grupos analisados, que refletem diferentes gerações, e são importantes para o diagnóstico e implantação de estratégias de prevenção e intervenção terapêutica específicas para idosos jogadores. A diferença também existe no perfil clínico e de jogo entre os grupos. Tais diferenças apontam para adaptações de modelos de tratamento já existentes para a realidade deste segmento da população. A menor gravidade no quadro clínico desses

pacientes sugere um melhor prognóstico, embasando a idéia de uma relação interessante de custo/benefício para futuros programas de intervenções para idosos jogadores, atendendo suas peculiaridades e necessidades específicas.

### **5.3 Análise da idade de início de jogo dos idosos**

Com relação à idade de início de padrão de jogo regular dentre os jogadores idosos, a idade de corte adotada (50 anos) é próxima da adotada (55 anos) nos estudos de Petry (2002) e Grant (2009). Os achados nessa análise específica mostram uma frequência equiparáveis de sujeitos de início tardio e sujeito com início. Mas, apontou uma diferença estatisticamente significativa na prevalência do gênero nos subgrupos, com a maioria de homens apresentando início precoce, em concordância com os achados do estudo de Petry (2002). A diferença entre as médias das idades de início precoce e início tardio foi significativa e mostra um envolvimento inicial com o jogo no começo da vida adulta dentro do subgrupo de início precoce. A significância estatística encontrada na variável “intervalo de tempo total de jogo” (anos), é consequência inerente à idade de início de jogo natureza.

Os resultados apontam para a importância de analisar a interação entre idade de início de jogo e gênero em jogadores idosos. Esta análise não foi possível nesta pesquisa, pois o número de idosos subdivididos por gênero reduziria o poder da amostra, não sendo o suficiente para a realização de múltiplas comparações.

#### 5.4 Implicações futuras

Por ser um estudo pioneiro, não há no momento dados disponíveis para comparação com outras amostras brasileiras. Além disso, o caráter exploratório da presente investigação requer cautela na interpretação dos dados. Mesmo assim, já é possível formular propostas de prevenção e intervenção terapêutica para idosos jogadores com base nestes achados preliminares. De acordo com a literatura (Petry, 2002; Kaush, 2004; Potenza, 2006) e com o presente estudo, a proporção de jogadores patológicos idosos que procuram tratamento especializado é menor do que a de jogadores adultos. Isto reforça a hipótese de que existem barreiras ainda não identificadas entre o idoso jogador e o tratamento. Tais barreiras devem ser vencidas com o apoio de médicos e clínicos em geral que participam dos serviços de atenção a saúde do idoso. Particularmente médicos geriatras e gerontólogos devem investigar de forma rotineira em suas práticas clínicas, se há ou não o envolvimento do idoso com jogos de azar. Um instrumento que é utilizado para uma investigação clínica rápida é o Lie/Bet Questionare (Johnson et al., 1997). Este instrumento aborda dois pontos sobre o comportamento de jogo: perda de controle sobre as apostas e mentir para esconder o grau de envolvimento com o jogo, investigados de forma simples com apenas duas perguntas: “Já mentiu para terapeutas/familiares para encobrir a extensão do envolvimento com o jogo?;”, “Já sentiu a necessidade de apostar cada vez mais dinheiro?”. Este questionário é aplicado em sujeitos de todas as faixas etárias, mesmo não sendo validado especificamente para a população idosa, acreditamos que deva ser um instrumento adequado, pois os jogadores patológicos idosos deste estudo assinalaram com maior frequência os critérios III (perda de controle) e VII (mentiras) do DSM-IV para JP. Se o paciente responder afirmativamente para uma ou as duas

questões apresentadas existe um risco dele ser jogador patológico de aproximadamente 75%. Neste caso a avaliação diagnóstica de JP deve ser aprofundada.

Quanto às estratégias de intervenção clínica especializada, além da realização do tratamento medicamentoso adequado à idade, a participação do jogador idoso em grupos terapêuticos visando a ampliação e adaptação das atividades e vínculos sociais é indicada. De acordo com De Bruçq e Vital (2008) os fatores de risco para o desenvolvimento de dependência nos idosos são fatores ligados a senescência. A perda dos papéis desempenhados ao longo da vida (amigo, profissional, pai/mãe, etc) - inevitável com o envelhecimento – favorece um estado de frustração. Para manejar melhor esta perda, o idoso deve permanecer envolvido em atividades sociais. O desafio é como personalizar abordagens de tratamento sem segregação. Grupos exclusivos de terceira idade podem inadvertidamente reforçar sentimentos de isolamento. Adultos jogadores patológicos têm de responder a mais demandas sociais do que os idosos, encontrando-se mais imersos em problemas de jogo. Portanto, a abordagem terapêutica inicial de adultos requer um rigoroso foco em jogos de azar e problemas relacionados. Tratamento usual para JP inclui terapia focada em jogo e avaliação psiquiátrica. Em função de suas características peculiares, o jogador idoso necessita menos foco específico no jogo e suas conseqüências e poderia lucrar mais com uma abordagem complementar, visando a ampliação da sua rede social e qualidade de vida, em paralelo com o tratamento usual. Nossa equipe tem realizado grupos abertos de qualidade de vida como apoio a jogadores patológicos que já concluíram o tratamento. As sessões abrangem nove temas: saúde mental, saúde física, vida social, relacionamentos íntimos, trabalho, família, finanças, espiritualidade e de lazer. Há alguma evidência de que estes grupos de qualidade de vida podem aumentar a freqüência de abstinência entre os participantes regulares (Magalhães et al. 2009). Todos estes temas poderiam

permanecer, em uma abordagem personalizada para os idosos jogadores patológicos, que seria realizada simultaneamente com o tratamento usual. O conteúdo de cada sessão deveria ser adaptado para a realidade dos idosos (por exemplo, a sessão de trabalho seria centrada no sentimento de ser ativo e auto-eficaz, ao invés de focar a obtenção de um emprego formal como objetivo principal).



## 6. Conclusão

Da análise das diferenças entre idosos e adultos jogadores patológicos, conclui-se que:

- \* As diferenças sócio-demográficas entre jogadores idosos e adultos podem ser explicadas por um efeito coorte e são importantes para a elaboração de estratégias de intervenção.
- \* Os idosos jogadores possuem mais tempo livre, status econômico melhor e moram sozinhos com mais frequência. Estas características podem funcionar como fatores de risco para jogo.. Assim, deve-se pensar em outras atividades de lazer para esta população visando ampliar sua rede social.
- \* O início tardio e a progressão mais lenta da doença nos idosos estabelecem um intervalo de tempo maior para programação de intervenções preventivas e clínicas.
- \* Existem barreiras entre jogadores idosos e oferta de tratamento que precisam ser estudadas para facilitar o acesso desses pacientes ao tratamento.

- \* A demora por parte dos idosos em procurar tratamento, aponta para a importância da investigação clínica rotineira sobre o tema pelos profissionais da área de saúde mental e geriátrica.
- \* A menor gravidade no quadro clínico e a sugestão de menor impulsividade dos idosos jogadores apontam para um melhor prognóstico e para uma relação custo/benefício vantajosa do tratamento customizado para esta população.
- \* Os idosos com idade de início de jogo precoce apresentam diferenças quando comparados com os de início tardio com relação ao gênero, com maior prevalência masculina no grupo de início precoce. É importante analisar essa interação, pois as sub-amostras de idosos podem apresentar perfis sócio-demográficos e clínicos diferentes, que demandariam estratégias específicas de tratamento.
- \* Visando maior adesão à estratégia de intervenção, os profissionais que trabalham com este segmento da população devem estar atentos ao tipo de intervenção adotada e adequá-la às preferências e necessidades dos idosos., principalmente ao que tange às questões sócio-culturais (via de acesso à informação, linguagem utilizada e referências sócio-culturais adequados ao padrão do idoso).

## 7. Referência Bibliográfica

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup>. ed. Washington 1980, DC.

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup>. ed. Washington 1994, DC.

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup>. ed. Washington 2000, DC.

Bjelde K, Chromy B, Pankow D. Casino gambling among older adults in North Dakota: a policy analysis. *J. Gambl Stud* 2008; 24:423-40.

Burge AN, Pietrzak MPH, Molina CA, Petry MN. Age of Gambling Initiation and Severity of Gambling and Health Problems Among Older Adult Problem Gamblers. *Psychiatr Serv* 2004; 55:1437-1439.

Carvalho VFC, Fernandez MED. Depressão no Idoso. In: Papaléo Netto M, coord. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 1996. Cap.16, p.160-173.

Clarke D. Older adults' gambling motivation and problem gambling: a comparative study. *J. Gambl. Stud.* 2008; 24(2):175-92.

Cousins SO, Witcher CS. - Who plays bingo in later life? The sedentary lifestyles of "little old ladies". *J Gambl Study* 23(1): 95-112, 2007.

De Bruq H, Vital I. Addictions et vieillissement. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil.* 2008; 6(3):177-82.

Dell'osso B, Allen A, Hollander E. Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: a critical review. *Clin Pract Epidem Ment Health* 2005; 1:21.

Desai RA, Maciejewski PK, Dausey DJ, Caldarone BJ & Potenza MN. Health correlates of recreational gambling in older adults. *Am J Psychiatry.* 2004; 161(9):1672-1679.

Desai RA, Desai MM, Potenza MN. Gambling, Health, and Age: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2007; 21(4):431-440.

Fessler JL. Gambling away the golden years. *Wis Med J.* 1996; 95(9):618-619.

Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2009; 5:363-389.

Grant JE, Kim SW, Brown E. Characteristics of geriatric patients seeking medication treatment for pathological gambling disorder. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2001;14(3):125-9.

Grant JE, Kim W, Odlaug BL, Buchanan SN, Potenza MN. Late-onset pathological gambling: Clinical correlates and gender differences. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 380-387.

Gorender J. A Burguesia Brasileira, tudo é história. 2 ed. Brasília: Brasiliense, 1982.

Houaiss Dicionário eletrônico da língua portuguesa. Versão 2.0. Setembro, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (I.B.G.E.). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 1998, Volume Brasil.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (I.B.G.E.), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2000, Volume Brasil. Link: <http://www.ibge.org.br>.

Jacques C, Ladouceur R, Ferland F. Impact of availability on gambling: A longitudinal study. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2000; 45:810-815.

Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep* 1997; 80(1): 83-8.

Kausch O. Pathological gambling among elderly veterans, *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2004; 17: 13-19.

Ladd GT, Molina CA, Kerins GJ & Petry NM. Gambling participation and problems among older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2003; 16: 172-177.

Ladouceur R, Walker M. A cognitive perspective on gambling. In PM Salkovskis (Ed), *Trends in cognitive and behavioural therapies.* New York: Wiley; 1996. p. 89-120.

Ledgerwood DM & Petry N. Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(10), 711-4.

Levens S, Dyer BS, Zubritsky C, Knott K, Oslin DW. Gambling among older, primary-care patients: an important public health concern. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005; 13 (1): 69.

Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008 Dec; 23(12):1213-21.

Magalhães AC, Jungerman FS, Silva MC, Moraes MM, Tavares H. Post-therapy group for pathological gamblers: improvement beyond symptoms. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31:181-2.

National Opinion Research Center (NORC). *Gambling impact and behavior study,* University of Chicago 1999, Chicago.

Neri AL. O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In Neri AL.; Yassuda M. S. (Org.), *Velhice Bem-Sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus; 2004. p.13-27.

Nower L, Blaszczynski A. Characteristics of problem gamblers 56 years of age or older: a statewide study of casino self-excluders. *Psychol Aging* 2008; 23:577-84.

Oliveira MP, Silva ACP, Silveira DX. Um programa assistencial para o transtorno de jogo patológico. *Bol Psiquiatria*. 1999; 32(1):20-25.

Paschoal SMP. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 1996. Cap.3, p. 26-43.

Pastrnak AVT & Fleming MF. Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. *Arch Fam Med*. 1999; 8(6): 515-20.

Peláez M. In: SABE: *Saúde, bem-estar e envelhecimento: O projeto SABE no município de São Paulo, uma abordagem inicial*. Lebrão ML e Duarte YAO, org. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003, Prefácio.

Petry NM. A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *Gerontologist*. 2002; 42: 92-99.

Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(5):564-74.

Petry NM, Weinstock J, Ledgerwood DM, Morasco BA. Randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76:318-28.

Pietrzak RH, Molina CA, Ladd GT, Kerins GJ, Petry NM. Health and Psychosocial correlates of disordered gambling in older adults. *Am. J. Geriatr Psychiatry*. 2005; 13(6):510.

Pietrzak RH, Petry NM. Severity of gambling problems and psychosocial functioning in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2006; 19(2): 106-13.

Pietrzak RH, Morasco BJ, Blanco C, Grant BF, Petry NM. Gambling level and psychiatric and medical disorders in older adults: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007; 15(4): 301-313.

Potenza MN, Steinberg MA, Wu R, Rounsaville BJ, O'Malley SS. Characteristics of older adult problem gamblers calling a Gambling Helpline. *J Gambli Stud*. 2006; Epub ahead of print -Jul 12.



Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behaviour in the United States and Canada: A research synthesis. *Am. J. Public Health.* 1999; Sept; 89 (9): 1369-1376.

Shaffer HJ & Korn DA. Gambling and related mental disorders: a public health analysis. *Annu Ver Public Health.* 2002; 23:171-212.

Schwer RK, Thompson WN & Nakamuro D. Annual Meeting of the Far West and American Popular Culture Association; 2003; Las Vegas, NV. *Beyond the limits of recreation: Social costs of gambling in Southern Nevada.* Paper presented at the 2003.

Singer P. *Discutindo a história: a formação da classe operária.* 3ª. ed. São Paulo: Atual - Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1986.

Southwell J, Boreham P, Laffan W. Problem gambling and the circumstances facing older people : a study of gaming machine players aged 60+ in licensed clubs. *J.Gambly Stud.* 2008; 24(2):151-74.

SPSS Inc. SPSS Statistical Package for Social Sciences. Version 10.0 for Windows. Chicago (IL): 1997, SPSS Inc.

Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate Statistics.* Third edition, Northridge: Harper Collin College Publishers, 1996: 132-134.

Tavares H, Martins SS, Lobo DS, Silveira CM, Gentil V, Hodgins DC. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *J. Clin. Psychiatry*. 2003; 64(4):433-8.

Tavares H, Zilberman ML, el-Guebaly N. Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Canadian Journal of Psychiatry*. 2003; 48, 22-27.

Tavares H, Carneiro E, Sanches M, Pinsky I, Caetano R, Zaleski M, Laranjeira R. Gambling in Brazil: Lifetime prevalences and socio-demographic correlates. *Psychiatry Res* 2009; submetido

Vander Bilt J, Dodge HH, Pandav R, Shaffer HJ & Ganguli M. Gambling participation and social support among older adults: a longitudinal community study. *J Gambl Stud*. 2004; 20(4), 373-389.

Volberg RA. The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health*. 1994; 84(2): 237-241.

Volberg RA, Abbott MW, Ronnberg S & Munck IM. Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 104: 250-256.

Weinstock J, Ledgerwood DM, Modesto-Lowe V, Petry NM. Ludomania: cross-cultural examinations of gambling and its treatment. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30:S3-S10.

Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell MC, Parker J. Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *J Stud Alcohol*. 2001; 62(5):706-12.

Wiebe JMD, Cox BJ. Problem and Probable Pathological Gambling Among Older Adults Assessed by the SOGS-R. *J Gambl Stud*. 2005; 21(2): 205-221.

World Health Organization. Definition of an older or elderly person. 2009. Link: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

World Health Organization. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10 Revision. 2006. Link: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>

World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J Postgrad Med*. 2002; 48: 206-208.

Zaranek RR & Chapleski EE. Casino gambling among urban elders: just another social activity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2005; 60(2): S74-81.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)