

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
Ministério da Saúde – Portugal

Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos

Dossier Temático



SICAD | Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos
e nas Dependências

Coleção Dossiers Temáticos



Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos

Dossier Temático

2019

Ficha Técnica

Título: *Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos – Dossier Temático.*

Organização: Vasco Calado

Capa e arranjo gráfico: Filipa Cunha

Editor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Morada: Parque de Saúde Pulido Valente, Alameda das Linhas de Torres, n.º 117 Edifício SICAD,
1750-147 Lisboa - Portugal

Edição: 30-12-2019

ISBN: 978-989-54512-1-0

Esta informação está disponível no sítio *web* do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, www.sicad.pt.

Índice

Notas Biográficas dos Autores	5
Preâmbulo	9
Dependência de Videojogos: uma Realidade Emergente	13
Os videojogos na cultura do entretenimento	13
A problemática dos videojogos	15
Componentes aditivas dos videojogos	17
As necessidades e motivações para jogar	18
Comorbilidades	20
Estudo de caso	21
Referências Bibliográficas	23
Projeto de Investigação-Ação #GERAÇÃO CORDÃO: Avaliação e Intervenção nas Dependências <i>Online</i>	25
Introdução	25
Fase 1 – Protocolo de investigação nas dependências <i>online</i>	27
Relação entre o uso problemático da Internet, o isolamento social, o funcionamento familiar e o bem-estar psicológico em jovens	28
Relação entre o uso problemático da Internet, o bem-estar psicológico e os hábitos de sono em jovens	29
Relação entre os traços de personalidade, a dependência <i>online</i> e ao <i>smartphone</i> em jovens e adultos	30
Fase 2 – Formação na área dos comportamentos e dependências <i>online</i>	30
Fase 3 – Protocolo de intervenção terapêutica misto na gestão dos comportamentos e dependências <i>online</i> em situações de risco	31
Conclusão	32
Referências bibliográficas	34
Jogo e Consumos de Substâncias Psicoativas em Portugal	39
Enquadramento empírico e conceptual	39
Enquadramento empírico	39
Enquadramento conceptual	41
Desenvolvimentos e metodologia de recolha de informação	45
Perfil do jogo e dos jogadores em Portugal	46
Caracterização geral	46
Perfil dos jogadores em situação de risco	50
Consumos problemáticos	55
Instrumentos de avaliação dos consumos	55
Situações de riscos acumulados	60
Análise das coocorrências entre jogo patológico e consumo nocivo de substâncias	63
Apresentação do modelo de análise	63
Metodologia para o modelo em análise	64
Resultados e discussão final	65
Referências Bibliográficas	67

Perturbação ou Abuso de Jogo? Navegação à vista nos Limites do Diagnóstico	71
Introdução	71
As três fases: jogador recreativo, abusivo e patológico	72
Apresentação do caso	75
Background	75
Descrição do problema	76
O Problema	77
Método/diagnóstico	78
A Intervenção	78
Contrato terapêutico	78
Lista de consequências e de crenças perante as apostas	78
Pessoas significativas	79
Trabalho terapêutico sobre: Padrões de comportamento-sentimentos-pensamentos e valores associados	80
Psicoterapias individuais e de grupo	80
O segundo contrato terapêutico, respetiva “adenda” e a “travessia no deserto”	81
Discussão, conclusão, limitações e sugestões	82
Discussão	82
Conclusão	84
Limitações	85
Sugestões	85
Referências Bibliográficas	85
Anexo 1 - Testemunho/reflexão do próprio	88
Anexo 2 – Contrato terapêutico + DSM V	89
Anexo 3 – Consequências devido ao jogo	90
Anexo 4 – Crenças e motivos para jogar	91
Anexo 5 – Regras – Primeira experiência e ajuste	92
Anexo 6 – Automonitorização Fev. 2019	93
Anexo 7 – Monitorização Fev. 2019 – mulher de S.	94
Anexo 8 – Automonitorização Jun 2019	95
Anexo 9 – Monitorização jun. 2019 – Mulher de S.	96
Jogadores, Parentes e Dinheiro. Aproximação à experiência nas Famílias Anónimas da região de Lisboa	97
Introdução	97
Autoajuda	100
A doença	102
A sala	105
Dinheiro	107
Frequência	109
Dívidas	112
Frequência prolongada	113
Considerações finais	116
Referências Bibliográficas	118

Notas biográficas dos Autores

Casimiro Balsa

Sociólogo, Professor na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Investigador no Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.NOVA) da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (NOVA FCSH). Responsável pelo Inquérito Nacional à População Geral sobre o consumo de substâncias psicoativas e comportamentos aditivos em Portugal. É General Population Surveys' National expert, por Portugal, no EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Clara Vital

Socióloga, Investigadora no Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.NOVA) da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (NOVA FCSH), Portugal. É uma das investigadoras do Inquérito Nacional à População Geral sobre o consumo de substâncias psicoativas e comportamentos aditivos em Portugal. É General Population Surveys' National expert, por Portugal, no EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Cláudia Urbano

Socióloga, doutorada em Sociologia pela Universidade Nova de Lisboa e pós-graduada em Análise de Dados para as Ciências Sociais pelo ISCTE, Investigadora no Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.NOVA) da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (NOVA FCSH), Portugal. É professora auxiliar convidada no Departamento de Sociologia da NOVA FCSH. É uma das investigadoras do Inquérito Nacional à População Geral sobre o consumo de substâncias psicoativas e comportamentos aditivos em Portugal. É General Population Surveys' National expert, por Portugal, no EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Ivone Patrão

Psicóloga Clínica e da Saúde, com Mestrado e Doutoramento em Psicologia da Saúde (ISPA-Instituto Universitário). Terapeuta Familiar e de Casal (SPTF). Desenvolveu durante 20 anos intervenção clínica no Serviço Nacional de Saúde, com crianças, jovens e famílias. Docente e investigadora (ISPA- Instituto Universitário; Applied Psychology Research Center Capabilities and Inclusion (APPsyCI)), com publicação de vários artigos científicos e livros. Coordenadora do Projecto #GeraçãoCordão – comportamentos e dependências *online*. Coordenadora do livro: *Intervenção em Ciberpsicologia*. Co-Autora do *Jogo: MISSÃO 2050 – Promoção do uso saudável das tecnologias*.

João Nuno Faria

Psicólogo Clínico no PIN – Progresso Infantil. É Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde e com especialidade avançada em Psicoterapia, tendo feito formação pós-graduada na Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva, onde realizou pós-graduação em psicoterapia com crianças e adolescentes e onde atualmente é formador e supervisor clínico. Leciona módulos de formação dedicados às estratégias facilitadas da comunicação e relação terapêutica, assim como sobre as perturbações da ansiedade típicas da infância e da adolescência. É coordenador do núcleo de intervenção no uso da Internet e das Telecomunicações e comportamento *online* no PIN – Progresso Infantil, onde exerce psicologia clínica em torno das temáticas associadas ao Cyberbullying e à Adicção à Internet e videojogos.

Luís Almeida Vasconcelos

Antropólogo e Técnico Superior no SICAD, doutorado em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil. Mestre e licenciado em Antropologia pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Professor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. É autor de *Heroína. Lisboa como Território Psicotrópico nos Anos Noventa*, Imprensa de Ciências Sociais, 2003, além de capítulos de livros e de artigos em revistas nacionais e estrangeiras.

Pedro Hubert

Psicólogo Criminal e do Comportamento Desviante pela Universidade Lusófona, doutorado em Psicologia pela Universidade Autónoma de Lisboa, sob supervisão de Mark Griffiths da Universidade de Nottingham. Diretor do Instituto de Apoio ao Jogador (www.iaj.pt), e Coordenador da Linha Telefónica de Ajuda ao Jogador e da Linha de Apoio prestado ao departamento de jogos da Santa Casa e do Placard *online*. Entre 2005 e 2016, coordenou o “ponto de escuta” para atendimento de adolescentes no Liceu Francês de Lisboa. Trabalha em consulta de psicologia individual e de grupo nas dependências comportamentais e de substâncias e exerce ações de formação e supervisão. É autor de *O Problema do Jogo: Tratamento da Dependência Invisível*, Plátano Editora, 2016.

Pedro Rodrigues

Psicólogo Clínico no PIN – Progresso Infantil, doutorado em Psicologia Clínica e da Saúde pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Trabalha com adultos com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo e também com Adicção aos Videojogos pela Internet. Trabalhou como Professor auxiliar e como Investigador associado no Centro de Pesquisa em Psicologia do ISMAT. Colaborou em vários projetos de pesquisa nacionais e internacionais, incluindo um projeto de colaboração bilateral dos efeitos na saúde do amálgama dentário em crianças. Publicou vários artigos científicos internacionais sobre avaliação neuropsicológica, com foco em dados normativos em diferentes campos cognitivos e no efeito protetor da educação normal sobre mudanças relacionadas à idade em diferentes domínios cognitivos.

Preâmbulo

Este volume inaugura uma coleção de dossiers temáticos sobre comportamentos aditivos produzidos em parceria com especialistas do meio académico e profissionais do terreno. Desta forma, o SICAD procura dinamizar a Rede Nacional de Investigadores em CAD e estimular a produção de conhecimento científico sobre comportamentos aditivos junto da comunidade académica e profissional, que são competências suas.

Este primeiro dossier temático centra-se no jogo e no uso problemático da Internet, questões que estão cada vez mais no centro das preocupações desta Direção-Geral.

Embora o modelo internacional das adicções tenha sido inicialmente pensado para o álcool e, depois, aplicado na questão das drogas ilícitas, há várias décadas que este tem vindo a ser estendido a outros comportamentos aditivos, incluindo adicções sem substância psicoativa. Recentemente, na conferência internacional *Lisbon Addictions 2019*, entre os temas abordados, para lá do jogo (*gambling* e *gaming*) e do uso problemático da Internet, foram apresentadas comunicações ou *posters* sobre outros comportamentos aditivos sem substância a que geralmente se dá menos importância, tais como a dependência aos telemóveis, ao sexo/pornografia, às compras, ao trabalho, à comida, ao exercício e à aparência física e até à acumulação de tralha (*hoarding*).

Também por cá, a questão das dependências sem substância está cada vez mais na ordem do dia, à medida que torna consensual a crescente dimensão do fenómeno e a noção dos riscos associados a este tipo de comportamentos. Quando, em 2011, o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT, IP) foi extinto e foi criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) já foi tendo em consideração a necessidade de monitorizar e começar a delinear estratégias face a alguns comportamentos aditivos sem substância. Entre eles, tem sido dada maior atenção ao jogo a dinheiro e ao jogo eletrónico, bem como ao uso da Internet, nomeadamente entre os mais jovens.

Nos últimos anos, o SICAD preparou documentos técnicos normativos sobre o jogo patológico e o jogo responsável, bem como passou a incluir, de uma forma mais sistemática, perguntas sobre jogo e Internet em alguns dos seus estudos regulares, por forma a monitorizar a evolução destes fenómenos, nomeadamente entre a população geral ou estudantil.

Com vista a aumentar o conhecimento científico e a produzir uma obra de referência sobre estas matérias, o SICAD lançou o desafio a alguns dos maiores especialistas nacionais sobre jogo (*gambling* e *gaming*) e uso problemático da Internet. O produto final, que resulta da contribuição de autores com diferentes formações académicas e percursos profissionais distintos, consiste num conjunto de textos que se complementam, fazendo da diversidade e da multidisciplinaridade, entre o olhar sociológico e a prática clínica, a grande mais-valia deste dossier temático.

O primeiro texto da coletânea, dos psicólogos **João Nuno Faria** e **Pedro Rodrigues**, traça uma pequena história dos videojogos e da sua problematização enquanto comportamento aditivo, sendo discutidas também as motivações e as comorbilidades associadas a esta prática. No fim, os autores apresentam um estudo de caso.

O texto seguinte, da também psicóloga **Ivone Patrão**, foca-se mais na intervenção, nomeadamente junto de jovens com problemas de dependência à Internet. É apresentado um projeto de investigação-ação, discutindo-se os moldes em que este pode ser implementado e os seus potenciais ganhos.

Os sociólogos **Casimiro Balsa**, **Cláudia Urbano** e **Clara Vital** têm um olhar necessariamente diferente. No seu texto, num primeiro momento, discutem e propõem um enquadramento empírico e conceptual, antes de, a partir dos dados do seu inquérito nacional à população geral, traçarem o perfil do jogo e dos jogadores em Portugal. Num segundo momento centram as atenções na dimensão problemática das práticas de jogo e dos consumos de drogas, para então levarem a cabo uma discussão acerca da relação e da coocorrência entre jogo a dinheiro e uso de álcool e drogas ilícitas.

O texto do psicólogo **Pedro Hubert** centra-se na dimensão da intervenção clínica e do processo terapêutico e consiste na apresentação detalhada de um estudo de caso, a partir do qual o autor discute o *continuum* entre jogo recreativo, abusivo e patológico.

O último texto, do antropólogo **Luís Almeida Vasconcelos**, apresenta as conclusões que resultam do trabalho de campo etnográfico que tem vindo a desenvolver junto do grupo de autoajuda Familiares Anónimos. De uma forma minuciosa, o autor discute conceitos como «autoajuda», «doença», «dinheiro» ou «dívida», para que o leitor possa ter acesso ao que significa ser jogador patológico e seu familiar.

Estou seguro da qualidade da presente coletânea e estou certo do valioso contributo que dará ao conhecimento do fenómeno do jogo e da utilização problemática da Internet.

Resta-me agradecer ao Vasco Calado, da Divisão de Estatística e Investigação do SICAD, enquanto dinamizador da Rede Nacional de Investigadores em CAD e organizador deste dossier temático, e aos vários autores que, de uma forma pronta e generosa, aceitaram o desafio lançado pelo SICAD e contribuíram com os textos que agora tenho a honra de apresentar em forma de dossier temático.

Lisboa, 13 de dezembro de 2019

O Diretor-Geral do SICAD

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'João Castel-Branco Goulão', with a horizontal line at the end.

João Castel-Branco Goulão

Dependência de Videojogos: uma realidade emergente

João Nuno Faria

Pedro Rodrigues

OS VIDEOJOGOS NA CULTURA DO ENTRETENIMENTO

A necessidade de entretenimento do ser humano estabeleceu-se como uma necessidade desde os tempos primordiais. A importância do jogo no desenvolvimento do indivíduo é incontestável, desde os primeiros anos de vida, enquanto ferramenta de estimulação e de aprendizagem, até à idade adulta onde, por vezes, serve até propósitos terapêuticos, como por exemplo para diminuir o impacto de situações de demência ou Alzheimer.

Os videojogos tornaram-se parte integrante do entretenimento dos dias que correm, ocupando um lugar muito significativo em termos dos mercados mundiais, constituindo-se hoje em dia como um negócio de milhões de dólares anuais e servindo de posto de emprego a equipas multidisciplinares, desde as áreas mais tecnológicas, passando pelo design e até à construção de narrativas e aprofundamento de conteúdos históricos ricamente detalhados.

Este campo de entretenimento tem assistido a uma forte expansão desde o seu surgimento em meados dos anos 50. Desde então, o desenvolvimento de videojogos sofreu um fortíssimo investimento, tendo-se verificado uma melhoria muito significativa em termos de gráficos, som e jogabilidade, tendo os controlos tornado-se cada vez mais ergonómicos e intuitivos ao longo dos anos, aumentando o leque de potenciais jogadores.

Se regressarmos 40 anos no tempo, é ainda possível recordar como a interação com os videojogos começou com simples máquinas, algumas ao alcance do utilizador, outras disponíveis em locais dedicados para o efeito, mas que parecem ter marcado várias gerações. Por exemplo, nos anos 80, as lojas de arcadas, locais dedicados à prática de videojogos em máquinas com grandes dimensões, onde a inserção de moedas se tornava um hábito frequente, trouxe ao conhecimento do mundo jogos como o *Pac-man*, *Donkey Kong*, ainda hoje referências neste campo. Foi ainda durante

esta década que os lares de muitas crianças e jovens foram invadidos por um computador que marcou o panorama dos videojogos pela introdução de simples jogos jogados através de teclas e extremamente intuitivos, simples mas não menos apaixonantes: o *Spectrum*. Este computador permitia, através da simples ligação à televisão e a um leitor de cassetes, vivenciar a experiência de jogos como o *Maniac Miner*, *Jet Set Willy* e *Jetman*.

A entrada nos anos 90 permitiu um salto muito significativo na indústria dos videojogos. Por um lado, a Nintendo surgiu com uma clara aposta na portabilidade, dando a conhecer ao mundo o Game Boy, que seguindo a tradição de consolas anteriores como a *NES* e a *Super Nintendo*, trouxe famosas personagens como *Super Mario* e *Metroid* à possibilidade de serem jogados enquanto o jogador se deslocava de um local para outro, quebrando as barreiras de se ter que jogar em casa, em frente a um monitor. A outra vertente em que se verificou um forte avanço foi ao nível da qualidade gráfica e de som. Esta década assistiu à diversificação e implementação de consolas que aumentaram a capacidade de 8 para 16 BIT e posteriormente para 32, melhorando a experiência de jogo a vários níveis, e mais uma vez immortalizando nomes como *Sonic the Hedgehog* ou *Lara Croft* em *Tomb Raider*. Foi também nesta década que se começou a assistir a uma mudança radical na utilização dos computadores pessoais já existentes em vários lares. Estes passaram progressivamente de instrumentos de trabalho para máquinas de entretenimento, começando os videojogos gradualmente a invadir estas plataformas e trazendo uma nova experiência ao jogador em termos de interação com o jogo: a utilização do rato.

Mas a maior revolução estava ainda por chegar, implementada sobretudo a partir do novo milénio. Não só a qualidade dos videojogos foi sofrendo melhoramentos muito significativos, mas também a introdução de uma tecnologia no lar dos jogadores veio trazer um novo universo de possibilidades a esta modalidade de entretenimento: estamos a falar da democratização da Internet. A partir do momento em que o jogador deixa de estar ligado apenas localmente a outros jogadores, a experiência de jogo escala para uma dimensão nunca antes vista, podendo cada jogador interagir com um número potencialmente infinito de outros jogadores, espalhados pelo mundo, em diferentes fusos horários, criando um universo sem paralelo de possibilidades e oportunidades.

A última grande revolução no campo dos videojogos deu-se a partir da década de 2010, com o surgimento de dispositivos móveis de alto rendimento, como são exemplo os *smartphones* e os *tablets*. Estas plataformas, que rapidamente conquistaram um lugar no mercado dos acessórios e também no campo do entretenimento, assistiram a um forte investimento e procura, tornando-se nos dispositivos eletrónicos que mais penetraram nos lares dos utilizadores, transformando-se assim em plataformas acessíveis à generalidade dos utilizadores e, conseqüentemente, dos jogadores.

Pensando que apenas passaram 40 anos desde que os videogames foram gradualmente ocupando um lugar muito importante na sociedade, é impressionante pensar o quão rápido evoluíram e que experiências tão imersivas se tornaram. Os próximos anos de certeza que serão palco de mais inovações, provavelmente dentro do campo da realidade aumentada e virtual, trazendo o jogador definitivamente para dentro do jogo, quebrando as barreiras entre o físico e o virtual.

A PROBLEMÁTICA DOS VIDEOGAMES

Apesar de já contar com uma história de, pelo menos, 4 décadas, o impacto problemático do mundo dos videogames só começou a tomar proporções clinicamente significativas mais recentemente. Foi com os estudos pioneiros de Kimberley Young que a atenção da comunidade clínica no campo da saúde mental foi ganhando progressiva consciência sobre o impacto que, inicialmente, a Internet tinha nos seus utilizadores e, posteriormente, que os próprios videogames poderiam vir a ter. O já antigo debate sobre o impacto da violência dos videogames na vida das crianças e os jovens que o jogavam começou a dar espaço a outras questões que levantaram preocupações tanto a famílias, como escolas, comunidades, clínicos e teóricos, de igual forma.

Em 1998, a Dra. Kimberly Young cunhou o termo “Internet Addiction” para se referir aos utilizadores que faziam um consumo de Internet excessivo, caracterizado por um uso descontrolado, com cada vez maiores níveis de necessidade de saciação e com fortes reações emocionais quando privados da sua utilização. Este conceito foi ganhando cada vez mais tração dentro da comunidade científica, tendo aumentado significativamente os estudos em torno desta problemática, levando até à criação de periódicos dedicados, como por exemplo *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking* ou *Games for Health*.

Mais recentemente, o campo dos videogames tem ganho a preocupação da comunidade científica, tendo já sido avançada a possibilidade de ser concetualizado como um problema dentro do campo das adicções. A primeira sugestão desta classificação foi proposta pela APA em 2013. Na nova edição do manual estatístico de diagnóstico das perturbações mentais, o DSM-5, foi sugerido que a perturbação dos videogames pela Internet (*Internet Gaming Disorder*) entrasse para o anexo 3 da publicação, uma área dedicada à sensibilização da comunidade científica para o desenvolvimento de mais investigação que suporte empiricamente aquela que tem sido uma cada vez mais das famílias e das escolas, da prática clínica e da reflexão académica.

Quando foi inicialmente concetualizada pela APA, foram incluídos nesta categoria de diagnóstico nove critérios, sendo que seria necessário que um indivíduo manifestasse cinco deles ao longo do último ano para ser considerada a perturbação. Os nove critérios eram os seguintes: 1) um interesse obsessivo e recorrente em torno da temática dos videogames; 2) uma forte reação emocional quando o jogador é privado da experiência de jogo; 3) uma necessidade crescente de tempo de jogo continuado em cada sessão; 4) uma manifesta incapacidade de diminuir/cessar o comportamento de jogo; 5) desinvestimento do interesse noutras atividades anteriormente vividas como positivas; 6) a manutenção no comportamento de jogo apesar da consciência do impacto negativo que tem em várias dimensões da vida; 7) mentir sobre o tempo que esteve a jogar; 8) evitamento de emoções experienciadas como dolorosas e de difícil de regulação através da interação eletrónica e 9) perda ou forte disrupção de relações com outros significativos.

Mais recentemente, em 2018, a Organização Mundial de Saúde também identificou a problemática em torno dos videogames como uma categoria nosológica independente, com suficiente robustez académica e empírica para se diferenciar como perturbação. De acordo com a OMS, na classificação internacional de doenças, (ICD-11), na categoria de perturbações associadas ao uso de substâncias ou comportamentos aditivos, identifica a perturbação associada aos videogames (6C51 – *Gaming Disorder*), na qual estão contemplados os comportamentos de jogo em experiências *online* e *offline*. É caracterizada como um padrão persistente e recorrente de comportamento de videogame, manifestado por: 1) incapacidade de regulação/controlo sobre o jogo (isto é, na sua natureza, frequência, intensidade, duração, terminação ou contexto); 2) um aumento da priorização do jogo em detrimento de outros interesses na vida; e 3) continuação ou escalada do comportamento de jogo apesar de consequências negativas em diversas áreas da vida do indivíduo (ex. pessoal, familiar, escolar, profissional, entre outras). É ainda referido que o padrão de jogo pode ser contínuo ou pontual e repetitivo, tornando-se clinicamente significativo quando os sintomas estão presentes ao longo dos últimos 12 meses.

Apesar de diferirem relativamente à especificação dos critérios, de um modo geral, a investigação e a prática clínica apontam para a presença de uma perturbação claramente identificada, dentro do âmbito dos comportamentos aditivos, relacionada com a utilização excessiva dos videogames. Estas evidências apoiam-se numa descrição em grande parte semelhante ao comportamento em indivíduos com dependências de substância, apesar de ainda existirem dúvidas sobre qual a utilidade dos modelos desta última categoria para explicar a primeira.

COMPONENTES ADITIVAS DOS VIDEOJOGOS

Não é por acaso que o enfoque da APA em torno dos videojogos se dê numa altura em que a Internet surge como fator decisivo na nomenclatura da categoria de diagnóstico. De facto, a possibilidade de ligar computadores e consolas à Internet veio trazer uma nova realidade aos videojogos, a possibilidade de jogar com outros jogadores humanos e não apenas contra uma experiência de inteligência artificial que, após várias tentativas de treino, se torna previsível e repetitiva. Esta parece ser uma das características presentes na maioria dos casos clínicos que são reportados. Assim sendo, parece que a experiência interativa com outros jogadores humanos traz uma componente de risco ao campo dos videojogos que até ao momento não parecia existir. E qual é? Provavelmente a comparação social desempenha um papel significativo na criação e manutenção da necessidade de jogar videojogos. A avaliação que o jogador faz em relação ao seu desempenho quando defronta um adversário artificial parece ter um impacto muito menos significativo do que quando se compara com outros jogadores em todo o mundo. A competição surge assim como uma característica comum aos videojogos identificados como mais problemáticos, todos eles jogados em modo *online*.

Para além da componente *online*, que permite ao indivíduo comparar-se com outros jogadores humanos, implicando para este um sistema de ranking explícito, existem outras componentes que parecem contribuir para o potencial aditivo que alguns videojogos parecem ter. Outro desses mecanismos será o facto de estas experiências permitirem ao indivíduo pertencer a um grupo de referência, um clã ou uma *squad*, com o qual, em modo de colaboração, defronta outros jogadores em modo de competição. Este sentimento de pertença a uma rede social parece contribuir para a manutenção dos problemas.

Os videojogos no presente incorporam sistemas de *feedback* de reforço positivo intermitente que também contribuem para a componente problemática. As situações de “almost win”, referentes à experiência sentida pelo jogador de quase sentir que ganhou uma partida, parecem ter um papel preponderante para a manutenção do problema, fazendo com que nem sempre o jogador obtenha a recompensa da vitória, mas ao mesmo tempo não sinta que está demasiado longe de a conquistar. Frequentemente a expressão “Foi por pouco” é acompanhada pelo início de uma nova sessão de jogo, na esperança de ser essa a vez em que a vitória será conseguida. Estes programas de reforço intermitente, e não contínuo, inerentes à experiência dos videojogos, tornam-se um padrão difícil de alterar porque vale sempre a pena tentar de novo porque se esteve tão perto de vencer.

Apesar da possibilidade de jogar contra outros jogadores humanos trazer uma constante surpresa e novidade à experiência de jogo, impedindo o estabelecimento de uma rotina monótona, deve ser considerada a necessidade de existência de

previsibilidade e antecipação na experiência do jogador de modo a que este mantenha o seu comportamento. Esta previsibilidade é conseguida através de uma prática continuada, dando uma vantagem significativa aos jogadores mais experientes por reconhecerem, por exemplo, quais os melhores pontos de um determinado mapa para recolherem os melhores objetos ou para melhor se posicionarem em relação aos adversários.

A investigação demonstrou a presença de um fenómeno na experiência humano, quando as pessoas encontram um equilíbrio ótimo entre o desafio de uma determinada situação e a adequação dos seus recursos para enfrentar essa mesma situação. Quando este equilíbrio é atingido, estamos perante uma experiência de *flow*, uma experiência ótima entre exigências e capacidades. Através da inteligência artificial, os videojogos conseguem proporcionar frequentemente esta experiência aos jogadores, sendo os videojogos construídos com base na ideia de que a dificuldade do jogo vai aumentando à medida que a experiência e a qualidade do jogador incrementa, num equilíbrio quase sempre perfeito entre aquilo que o jogador é capaz de enfrentar e a dificuldade que se apresenta à sua frente. Estas experiências ótimas são responsáveis pela perda de consciência, por parte do jogador, da passagem do tempo, mostrando-se pouco eficazes na avaliação da quantidade de tempo que estiveram a jogar, dificultando o processo de consciência do excesso de utilização.

AS NECESSIDADES E MOTIVAÇÕES PARA JOGAR

Para além da função que desempenha ao nível do entretenimento na vida do indivíduo, acredita-se que os indivíduos que jogam videojogos, sobretudo aqueles que manifestam um padrão aditivo, o fazem no sentido de satisfação de um conjunto de necessidades que poderão estar por satisfazer, pela incapacidade de o fazerem através das outras experiências no seu dia-a-dia. Por exemplo, é frequente que os problemas com os videojogos surjam entre os mais jovens em períodos em que os seus resultados escolares começaram a diminuir. Apesar de por vezes ser difícil distinguir se o aumento do comportamento de jogar é causa ou consequência, frequentemente surge como consequência de uma perda significativa na perceção de eficácia do indivíduo.

O modelo que mais comumente é utilizado para explicar as necessidades subjacentes ao comportamento de jogo é o modelo de autodeterminação (Deci & Ryan, 2000). De acordo com este modelo, é necessária a satisfação de três necessidades psicológicas para que o indivíduo se sinta intrinsecamente motivado para a realização de uma tarefa. Se assim o conseguir, a realização dessa tarefa acontece de uma forma plena e otimizada.

É necessário contemplar três dimensões de acordo com este modelo: competência, autonomia e pertença. A necessidade de pertença resulta da importância que pertencer a um grupo tem para a experiência humana. A pertença a um grupo, a um clã, conferiu

ao longo do tempo um caráter de sobrevivência, aumentando a probabilidade do indivíduo em lidar com o seu meio ambiente. A necessidade de autonomia faz parte do desenvolvimento humano e com ela surge a capacidade do indivíduo sentir que é capaz de intervir no mundo, sendo um agente da sua própria experiência e tomada de decisão. A necessidade de competência surge associada à autoeficácia, representando a capacidade do indivíduo alcançar objetivos e agir sobre o mundo em seu redor.

Quando pensamos neste modelo aplicado aos videojogos, é possível compreender que as experiências eletrônicas mais aditivas são aquelas em que o jogador pertence a um determinado clã, *squad* ou guilda, sem a qual fica em clara desvantagem, necessitando dos seus companheiros de jogo para a persecução dos objetivos; que fornecem ao jogador a possibilidade de explorar de forma autónoma o mundo virtual, tomando decisões que impactam o jogo; e que permitem ao jogador sentir-se competente ao fornecer *feedback* imediato sobre as suas conquistas, reforçando-o com recompensas quando determinados objetivos são alcançados.

Para além das necessidades subjacentes à prática dos videojogos, também é importante considerar as motivações que conduzem os jogadores para a preferência por determinados tipos de jogos. Para esta análise, o modelo de Yee (2007) fornece um quadro conceptual compreensivo que facilita a identificação dos motivos pelos quais um jogador joga.

À semelhança da teoria da autodeterminação, este modelo contempla três grandes dimensões de onde emergem as principais motivações para jogar: mérito, social e imersão.

Dentro da categoria de *Mérito*, integram-se as motivações para o avanço, que implicam um forte desejo de progressão, de perceção de poder, de acumulação de recompensas e de desenvolvimento de *status*; as motivações em torno da mecânica do jogo, fundamentais para os jogadores que privilegiam os números que alcançam (por exemplo, o ratio de mortes infligidas versus mortes sofridas), a otimização da experiência ou a análise dos dados; as motivações de competição, para aqueles que procuram o desafio, a provocação e a dominância em relação ao outro.

Relativamente à categoria *Social*, inclui-se a motivação para socializar, através da conversa casual, do apoio a outros jogadores ou com o objetivo de fazer novos amigos; a motivação para relacionamentos, com o aprofundamento das relações, com a partilha de autorrevelações e um forte sentido de apoio ou cuidado; e a motivação para o trabalho de equipa, onde está envolvida a colaboração, a pertença a um grupo e o mérito coletivo.

Por fim, a dimensão *Imersão* inclui a motivação para a descoberta, para aqueles que se focam na exploração dos mundos, para a procura de objetos escondidos; a motivação para o jogo de papéis (role-play), com interesse no enredo e na exploração da história de cada personagem; a motivação de costumização, centrada na obtenção de skins,

acessórios e articulação de esquema de cores; e por fim a motivação de escape, para aqueles que procuram nos videojogos o relaxamento, a fuga à realidade e para evitar os problemas da vida *offline*.

A articulação entre motivações e necessidades irá criar as condições necessárias para o aumento de risco de determinado indivíduo se tornar adicto à experiência dos videojogos.

COMORBILIDADES

Para além das mecânicas de jogo, das necessidades e das motivações, a literatura encontra cada vez mais fatores de risco presentes nos indivíduos que desenvolvem este tipo de perturbação, entre elas a ansiedade social, o funcionamento familiar disfuncional, baixo rendimento escolar, a perturbação do humor e o isolamento. Para além destas, um especial enfoque tem sido dedicado a algumas perturbações do neurodesenvolvimento que parecem contribuir de forma significativa para o desenvolvimento da perturbação dos videojogos pela Internet.

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) tem sido alvo de vários estudos em que relacionam ambos os fatores. No caso desta perturbação do neurodesenvolvimento, quer a componente impulsiva, quer a componente do défice de atenção parecem desempenhar um papel preponderante no que respeita ao desencadeamento e manutenção deste problema.

Alguns investigadores identificaram em vários jogadores problemáticos padrões disfuncionais nas vias neuronais que também encontram dificuldades paralelas na PHDA. O modelo tripartido de Wei (2017) identifica a existência de dificuldades nas vias neuronais ao nível de três sistemas: o sensitivo, o reflexivo e o impulsivo. De acordo com este modelo, nos jogadores problemáticos, assim como nos indivíduos com PHDA, parece existir um sistema de *feedback* invertido que, através do sistema sensitivo, promove a ativação do sistema impulsivo e inibe o sistema reflexivo, alimentando-se pelo fornecimento imediato e rápido de recompensas típicas de um videojogo. Para além deste aspeto, por ser uma atividade tão estimulante e reforçante, mesmo os indivíduos com défice de atenção não apresentam experiências negativas quando interagem com os videojogos, tendo a motivação um papel preponderante na manutenção da atenção.

Também se têm vindo a identificar cada vez mais casos de indivíduos com perturbação do espectro do autismo (PEA) com problemáticas em torno dos videojogos. A maior parte dos casos deriva por uma clara preferência de vários indivíduos desta população clínica por meios tecnológicos de interação, oferecendo vantagens do ponto de vista da interação, estimulação e comunicação.

São vários os casos em que se confunde adicção aos videojogos com um interesse específico e circunscrito típico de uma PEA. Este interesse circunscrito vai sendo

alimentado ao longo do tempo pela constante atualização de *software*, trazendo uma quase permanente novidade do ponto de vista do conhecimento e detalhe à experiência do videojogo.

Também já existe um robusto corpo de investigação que identifica as vantagens que os meios tecnológicos oferecem aos indivíduos com PEA ao nível da interação/comunicação. Por não estarem cara a cara e por várias vezes a comunicação ser diferida, os indivíduos não se sentem tão confusos pela inexistência de comportamentos não-verbais complexos nos outros, que frequentemente são difíceis de decifrar, assim como beneficiam de um maior tempo de resposta quando comparada com uma comunicação face a face.

Em seguida é apresentado um estudo de caso de um jovem adulto com uma perturbação do espectro do autismo que manifestou comorbidamente uma perturbação de videojogo pela Internet.

ESTUDO DE CASO

P. é um estudante universitário de 20 anos a frequentar o 2º ano de Eng. Informática. Frequenta uma universidade em Lisboa, longe do seu local de residência, o que levou a que P. tivesse de viver sozinho.

Foi encaminhado pelo seu médico de família para avaliação psicológica. Não tem histórico passado ou familiar de perturbação mental. Sua mãe disse que ele é um aluno brilhante e bom em programação. Seus pais tinham grande expectativa em relação a seu desempenho académico e sempre o elogiaram e encorajaram a prosseguir. P. sempre teve um interesse especial nas TI's e considera-se perfeccionista quando está a trabalhar.

Nos últimos meses a mãe começou a queixar-se de seu comportamento. Principalmente devido à diminuição do rendimento académico. A determinada altura passou a verificar que o filho passou a dedicar menos tempo ao fim-de-semana para o estudo. P. vinha a casa todos os fins-de-semana. Adicionalmente, verificou que P. estava cada vez mais tempo a jogar videojogos e isolado no seu quarto. Sempre que perguntava acerca dos trabalhos P. dizia que ou já estavam realizados ou que estavam controlados. O desempenho no trabalho decresceu. A determinada altura verificaram existir uma certa incapacidade para parar de jogar. Ficava cada vez mais tempo acordado e até mais tarde, negligenciando responsabilidades importantes durante o jogo. Ao fim de algum tempo passou a existir agressões verbais quando os familiares procuravam limitar o acesso aos videojogos. O seu padrão de sono alterou-se e a higiene pessoal passou a estar comprometida. As refeições passaram a ser mais irregulares. Começou a ter dores de cabeça com maior frequência e os olhos secos. P. começou a mentir aos pais e a culpá-los, caso eles atrapalhassem o jogo.

No decorrer da avaliação psicológica aferiu-se que P. começou aos 7 anos de idade a estar horas ao computador, inclusive a jogar videojogos. Começou por estar cerca de uma 1 hora por dia, todos os dias e depois foi aumentando lentamente de 3 para 4 horas por dia e de 5 a 6 horas por dia nos fins-de-semana. No presente momento e durante a semana de aulas joga um período maior de tempo. P. vive sozinho e não tem a supervisão dos seus pais. Para si a Internet é a coisa mais importante da sua vida. Confirma que a Internet consegue mudar o seu estado de humor e que sente prazer quando esta sentado à frente do computador. Sente aquilo que descreve como sendo uma compulsão para jogar videojogos. Refere que o faz principalmente para aliviar o stresse dos estudos. Sempre que não tem hipótese de se sentar ao computador nota que começa a ficar cada vez mais irritado e a tremer. Não se avalia como sendo viciado.

Diz que não pode trabalhar ou viver sem a Internet e a sua vida social e intelectual está ligada diretamente a ela. Não tem nenhum amigo apesar de já ter feito muitas amizades *online* com quem joga e conversa acerca de temas comuns de interesse. Sempre teve maiores dificuldades nas relações sociais. Nunca se encontrou com algum amigo *online*. Tem uma crença de que a Internet melhorou bastante o seu nível de conhecimento. Devido a ter passado a estar mais tempo a jogar passou a sentir falta de confiança e complexo de inferioridade ao lidar com colegas e professores.

A sua interação com a família passou a ser limitada, facto que deixa P. muito triste. Esta situação piorava de dia para dia e o seu rendimento académico diminuía. Sempre que seus pais não lhe permitiam sentar no computador, ele fica irritado, gritando com eles, discutindo, não os ouvindo e ficando com raiva. Passou a estar ainda mais tempo dentro de casa a jogar videojogos. Aumentou progressivamente. Passou a estar a jogar videojogos *online* 10 horas por dia. Assim que a família tomou consciência da situação parou de ajudá-lo. P. afastou-se ainda mais da família e deixou de estudar.

Na altura em que foi encaminhado pelo médico de família, P. apresentava comportamentos compatíveis com uma Perturbação de adicção aos videojogos pela Internet. Foi encaminhado para uma intervenção num modelo TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental). Durante as sessões, e sempre que foi procurado abordar a questão com P. de interromper abrupta e completamente o uso dos videojogos, ele não aceitou. Ao invés aceitou interromper gradualmente seu envolvimento com os videojogos, diminuindo o número de horas de jogo diário. O processo de intervenção decorreu durante um ano e meio. Ao fim desse tempo P. passou a identificar os seus comportamentos problemáticos relacionadas com os videojogos. Parou de jogar e iniciou terapia farmacológica para a depressão. Lentamente passou a reintegrar o seu trabalho de rotina e o sono e a dieta alimentar melhoraram. Voltou para a universidade e o seu rendimento académico melhorou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ryan, R. M.; & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55 (1), 68–78. doi: 10.1037//0003-066x.55.1.68

Wei, L.; Zhang, S.; Turel, O., Bechara, A., & He, Q. (2017). A tripartite neurocognitive model of Internet Gaming Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 8. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00285

Yee, N. (2007). Motivations of play in *online* games. *Journal of CyberPsychology and Behavior*, 9, 772-775.

Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1 (3), 237–244. doi: 10.1089/cpb.1998.1.237

Projeto de Investigação-Ação #GERAÇÃO CORDÃO: Avaliação e Intervenção nas Dependências *Online*

Ivone Patrão

INTRODUÇÃO

A investigação das últimas décadas tem demonstrado que existem diferentes comportamentos *online* que, quando ultrapassam as barreiras do autocontrolo, são associados a um uso problemático e a uma dependência *online* (e.g. jogo *online*; redes sociais).

As novas tecnologias vieram facilitar o acesso à informação, ao conhecimento e à comunicação, principalmente para os jovens, que começam a ter menos contacto presencial e a comunicar a partir das várias aplicações existentes no *smartphone* (Água, Patrão, & Leal, 2018; Patrão, 2017). Este dado fez surgir novos desafios para a geração dos mais jovens (12 aos 30 anos), para os quais pertencer a um grupo é essencial para o seu desenvolvimento, privilegiando interações através das tecnologias e, assim, começam a construir uma outra cultura de pares (Ponte, 2016).

Em 2014, segundo o inquérito europeu *Net Children Go Mobile*, 85% das crianças e jovens portugueses (9-16 anos) que tinham *smartphone* reportaram que este dispositivo fazia com que se sentissem mais próximos dos seus amigos e integrados no seu grupo de pares (Simões, Ponte, Ferreira, Doretto, & Azevedo, 2014). Já em 2018, segundo o inquérito europeu *EUKO 2018 Portugal*, 87% dos jovens portugueses (9-17 anos) afirmam usar frequentemente o *smartphone*, sendo que mais uma vez as atividades de comunicação são referidas como a principal razão para a sua utilização (Ponte, & Batista, 2019).

Da investigação com jovens portugueses sabe-se que dos 12 aos 30 anos as suas preferências *online* são idênticas. Em primeiro lugar, preferem a utilização de redes sociais, em segundo lugar multimédia (visualização de vídeos de *youtubers*, *bloggers*, música, entre outros) e em terceiro lugar os jogos *online* (Patrão, 2016a; Patrão, Machado, & Leal, 2016). Assim sendo, a forma como os jovens utilizam a Internet e

os dispositivos móveis torna-se desafiante para pais e professores. Há uma diferença geracional e, por isso, existe uma barreira para a promoção de um comportamento saudável *online* (Patrão, & Hubert, 2016; Patrão, Machado & Brito, 2016). Quando as preferências *online* passam a ser a parte mais importante da vida do jovem com perda de outras funções importantes (e.g. alimentação, higiene, hábitos de sono saudáveis, socialização face-a-face com família, amigos e colegas, participação em atividades de lazer) pode surgir um quadro de utilização problemática da Internet, que se pode tornar numa dependência *online* (DO).

A DO está associada a um envolvimento excessivo em atividades não essenciais através da Internet, de forma persistente e intensa, provocando consequências emocionais e sociais negativas, com impacto académico e/ou laboral (Patrão, *et al.*, 2016b).

Apesar da DO ser uma problemática transversal a várias gerações, são os adolescentes e os jovens adultos que estão mais em risco, visto que a Internet é uma ferramenta presente diariamente nas suas rotinas, quer ao nível académico, quer ao nível de socialização e lazer, passando cada vez mais horas *online* (Patrão, Machado, Fernandes, & Leal, 2015). Todas as faixas etárias podem estar representadas no que se designou de Geração Cordão (Patrão, 2017), que tem como principais características: estar constantemente ligada por um cordão invisível, que pode ter inúmeras formas, desde a ligação à Internet através da *wi-fi*, a ligação ao *smartphone* (que é quase um prolongamento do indivíduo), a ligação dependente dos pais/familiares e com baixo investimento no processo de autonomia, e pode ser ainda a necessidade de estarem constantemente conectados ao mundo *online* para não se sentirem sozinhos (Patrão, 2017).

A DO está associada a diversas co-morbidades, como a perturbação do sono (Choi, *et al.*, 2009), sintomas depressivos (Wang, *et al.*, 2013) e sintomas de ansiedade (Liberatore, Rosario, Martí e Martínez, 2011), perturbação de hiperatividade e défice de atenção (Ha, Yoo, Cho, Chin, Shin, & Kim, 2006).

A DO tem também fatores de risco associados que podem indicar quais os perfis mais propensos ao desenvolvimento da mesma, como: ser do género masculino no que diz respeito à utilização dos jogos *online* (Patrão, *et al.* 2016b; Patrão, Machado, & Leal, 2016); falta de suporte emocional (Griffiths, 2015); funcionamento familiar deficitário (Griffiths, 2015); estilos parentais, nomeadamente o estilo permissivo (Şenormancı, Şenormancı, Güçlü & Konkan, 2014); falta de competências sociais (Caplan, 2006); sentimentos de solidão (Costa, Patrão & Machado, 2018); baixo rendimento académico (Patrão, 2016; Patrão, Machado, & Leal, 2016); e um traço de personalidade de neuroticismo mais presente (Água, Patrão, & Leal, 2018).

Apesar de a Internet trazer inúmeras possibilidades poderá também originar conflitos ou isolamento e, por isso, causar sofrimento e comportamentos problemáticos, de

risco para a segurança do próprio e dos outros e, em certos casos, patológicos (Reis *et al.*, 2016).

Apresenta-se o projeto #geração cordão, que engloba 3 fases distintas, como uma resposta no âmbito da promoção da gestão saudável do uso das tecnologias, em particular da Internet, e de intervenção na DO: fase 1 – aplicação de um protocolo de investigação; fase 2 – formação à medida, com jovens, professores, pais e profissionais, tendo por base a primeira fase de avaliação; fase 3 – proposta de um protocolo de intervenção terapêutica misto na área da gestão dos comportamentos e dependências *online*, em situações de risco.

FASE 1 – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO NAS DEPENDÊNCIAS *ONLINE*

O protocolo de avaliação, utilizado nos diversos estudos realizados no âmbito do projeto #geração cordão (e.g. Água, Patrão, & Leal, 2017; Água, Patrão, & Leal, 2018; Costa, Patrão, & Machado, 2018; Patrão, Machado, & Leal, 2016; Patrão, 2016a; Patrão, Machado, Fernandes, & Leal, 2015; Patrão, & Fernandes, 2018), engloba uma área comum e uma área adicional de acordo com o objetivo particular de cada estudo, e de acordo com o tipo de amostra (e.g. jovens, pais, professores, adultos). Na área comum está a avaliação dos comportamentos e dependências *online*. As escalas utilizadas e validadas são as seguintes:

Questionário sociodemográfico – Tem como objetivo caracterizar a amostra segundo os seus dados sociodemográficos;

Questionário de Caracterização de comportamentos *online* – Pretende caracterizar a amostra em relação aos comportamentos *online* de uso e acesso às tecnologias;

Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI) (Patrão, Pimenta, Água, & Leal, in press (a)) – Avalia as alterações funcionais associadas ao uso problemático da Internet;

Generalized Problematic Internet Use Scale (GPIUS – Caplan, 2010) – Avalia as cognições, os comportamentos e as consequências de uma utilização problemática da Internet;

IAT (Internet Addiction Test) (Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014) – Avalia o nível de dependência da Internet considerando os aspetos principais desta dependência;

SAS-SV (Smartphone Addiction Scale- Short version) (Água, Patrão, & Leal, 2018) – Permite avaliar o nível de dependência do *smartphone*;

AIS (Athens Insomnia Scale) (Soldatos, Dikeos, & Paparrigopoulos, 2000) – Permite o diagnóstico de uma perturbação do sono segundo os critérios de diagnóstico de perturbação de sono;

DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) – Mede os níveis de Depressão, Ansiedade e Stress;

EBEP-30 (Escala de Bem-Estar Psicológico – 30 itens) (Fernandes, Vasconcelos-Raposo e Teixeira, 2010) – Avalia as seis dimensões do bem-estar psicológico, segundo o modelo proposto por Carol Ryff;

FAD (Family Assessment Device) (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983; validação portuguesa, Patrão, Pimenta, Água, & Leal, in press (b)) – Avalia a estrutura e propriedades de organização da família, bem como os seus padrões de relação;

EBAC (Escala Breve de Auto-controlo) (Tangney, Baumeister, & Boone, 2004; validação portuguesa, Água, Patrão, Pimenta, & Leal, in press) – Mede a perceção do autocontrolo;

NEO-PI-20 (Bertoquini & Ribeiro, 2006) – É um inventário que operacionaliza o modelo dos *Big Five* (Bertoquini, & Ribeiro, 2006);

Ucla Loneliness Scale (Versão 3; Russel, 1996) – Avalia em que medida o sujeito sente solidão.

O projeto #geração cordão foi inicialmente submetido e aprovado pela Comissão de Ética do ISPA-IU, e também pelo Ministério da Educação (para aplicação específica a amostras dos 12 aos 18 anos).

O protocolo é colocado numa plataforma *online*, respeitando o anonimato e a confidencialidade. A participação é sempre voluntária e no início do protocolo é apresentado um consentimento informado, que permite dar a autorização para prosseguir.

Vários foram os estudos realizados no âmbito do projeto #geração cordão. Apresentam-se apenas os resultados de três estudos, que exemplificam de forma genérica as variáveis associadas à DO:

RELAÇÃO ENTRE O USO PROBLEMÁTICO DA INTERNET, O ISOLAMENTO SOCIAL, O FUNCIONAMENTO FAMILIAR E O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM JOVENS

Estudo 1 (Patrão, Machado, Fernandes, & Leal, 2015) – Este estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre o uso problemático da Internet, o isolamento social, o funcionamento familiar e o bem-estar psicológico em jovens do ensino básico, secundário e universitário, com uma amostra de 1425 estudantes (média de idades=15.12; DP=4.035), dos quais 259 jovens (18.2%) apresentam características de uso problemático da Internet (avaliação com recurso à GPIUS – Caplan, 2010).

Da análise do comportamento *online* da amostra total concluiu-se que: a média de idades com que os jovens começaram a usar a Internet é de 8 anos, e que passam em média 6 horas por dia *online* para atividades de lazer, 25 horas por semana para socializar com os pares e 7 horas por semana para estudar. Os jovens acedem à Internet através de meios móveis, como o computador portátil, tablet e/ou o *smartphone* (22.4%). As atividades *online* que preferem são as redes sociais (62.2%), a multimédia (e.g. *youtube*) (23.9%) e os jogos *online* (16.2%). Também se verificou que a Internet tem sido uma estratégia de refúgio para problemas emocionais (para 65.3% dos jovens) e que a maioria desta amostra se considera dependente daquilo que faz na Internet (69.9%).

Foi possível observar que o uso problemático da Internet está correlacionado de forma positiva e significativa com o bem-estar psicológico e com o isolamento social, mas não com o funcionamento familiar. Contudo, o bem-estar psicológico está significativamente correlacionado com o funcionamento familiar e com o isolamento social, isto é, quando existem níveis elevados de bem-estar psicológico, existe perceção de um funcionamento familiar saudável e de ausência de isolamento social.

RELAÇÃO ENTRE O USO PROBLEMÁTICO DA INTERNET, O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E OS HÁBITOS DE SONO EM JOVENS

Estudo 2 (Patrão, Machado, & Leal, 2016) – Noutro estudo com 2068 participantes (média de idades=14.4; DP= 1.9) avaliou-se o uso problemático da Internet, bem-estar psicológico e os hábitos de sono.

Foram validados 319 indivíduos (15.4%) com uso problemático da Internet (média de idades de 14.4; DP=1.95) (avaliação com recurso à GPIUS – Caplan, 2010), sendo a maioria do género masculino (55.5%).

Na restante amostra (n=1749), observou-se que a média de idades de início das atividades *online* sem supervisão parental é de 9 anos. A maioria acede à Internet através de dispositivos móveis (76%), como computador portátil ou *smartphone*, e que aproximadamente 20% utiliza ambos os tipos de dispositivos – móvel e não móvel. O local de onde acedem à rede é, em grande parte (45%), de casa e aproximadamente 25% identificou também a escola.

Das atividades preferidas *online*, em primeiro lugar está a socialização *online* (59.8%) (e.g. *facebook*, *instagram*, *twitter*, *tumblr*); a seguir o multimédia (28,5%) (e.g. séries, filmes, televisão, *youtube*); e, por fim, os jogos *online* (17.7%).

Na análise da relação entre o uso problemático da Internet, a perturbação do sono e o bem-estar psicológico da amostra em estudo foi possível concluir que há uma

relação significativa e positiva entre o uso problemático da Internet e a perturbação do sono, e uma relação negativa com o bem-estar psicológico.

RELAÇÃO ENTRE OS TRAÇOS DE PERSONALIDADE, A DEPENDÊNCIA ONLINE E AO SMARTPHONE EM JOVENS E ADULTOS

Estudo 3 (Água, Patrão, & Leal, 2018) – Este estudo teve como objetivo perceber a relação entre os traços de personalidade dos *Big Five* e a dependência *online* e ao *smartphone*, em jovens e adultos. A amostra de 351 participantes tinha idades entre os 15 e os 68 anos ($M=33.9$; $DP=11.5$), sendo a maioria do género feminino (83.5%). É de notar que 94% utiliza o *smartphone*, 60.1% prefere aceder à Internet a partir deste dispositivo, e que 14.2% da amostra revela níveis de dependência ao *smartphone*. Em relação à dependência *online* (DO) (avaliação com recurso ao IAT (Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014)), 16% da amostra situa-se no nível de dependência médio (junto do ponto de corte), 6% no nível de dependência moderado e 0.3% no nível de dependência severo.

A maioria dos participantes está *online*, em média, 4 horas por semana (46.7%), a sua atividade preferida *online* são as redes sociais (84.3%), usa *smartphone* no seu local de trabalho e/ou estudo (79.8%), às refeições (31.6%) e na hora de dormir (52.7%).

Na relação entre as variáveis estudadas conclui-se que existe uma correlação entre o traço neuroticismo e a dependência ao *smartphone* e a DO; o traço abertura à experiência e a dependência ao *smartphone*; e o traço conscienciosidade e a DO.

FASE 2 – FORMAÇÃO NA ÁREA DOS COMPORTAMENTOS E DEPENDÊNCIAS ONLINE

Esta fase é colocada em prática após um diagnóstico de situação, que pode ser realizado junto de diferentes amostras – jovens, pais, professores, ou comunidade no geral – em articulação com a comunidade escolar ou autarquias. Os momentos de sensibilização para a temática podem assim ter por base dados específicos de cada amostra, o que permite o planeamento de uma intervenção à medida. Podem ser criados espaços de debate sobre o uso da tecnologia, com a realização de *focus group* e, por exemplo, pode ser realizada a co-construção de um guião personalizado para o uso saudável das tecnologias.

A formação à medida, após avaliação das necessidades de uma população (por exemplo, de uma comunidade escolar, junto dos jovens, pais e professores pertencentes a um ou a vários agrupamentos de escolas de um determinado concelho), tem a vantagem clara de se adaptar conteúdos e procedimentos de forma a passar

informação e ter impacto no envolvimento para a mudança dos comportamentos de risco *online*.

São diversas as experiências nesta vertente do projeto #geração cordão (Melo, Fernandes, & Patrão, 2018; Santos, Patrão, & Costa, 2018).

Como exemplo, refere-se o projeto desenvolvido com o município de Odivelas, com o Gabinete de Saúde – o Projeto Escolas *Online* (Melo, Fernandes, & Patrão, 2018). Trata-se de um projeto inovador que apostou na promoção de boas práticas no uso da tecnologia com alunos, pais, profissionais de saúde, professores e auxiliares de ação educativa. Realizaram-se vários *focus group* numa lógica de coprodução participada, com a comunidade em rede, que permitiu construir um guião de boas-práticas para todos.

FASE 3 – PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA MISTO NA GESTÃO DOS COMPORTAMENTOS E DEPENDÊNCIAS *ONLINE* EM SITUAÇÕES DE RISCO

No caso da população clínica, que corresponde aos casos avaliados, por exemplo pelo IAT (Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014), como moderados ou severos, é necessário uma avaliação e intervenção mista – individual e familiar delineada em conjunto. Neste contexto são realizados estudos de caso, com recurso a análise quantitativa e qualitativa.

Os instrumentos utilizados nesta fase, para além da observação e da entrevista clínica, são os mesmos do protocolo referenciado na fase 1, com a particularidade que existe uma avaliação cruzada, com os mesmos instrumentos, aplicados ao paciente e à sua família (que avalia os seus comportamentos *online* e os do paciente identificado).

Para realização desta avaliação é sempre recolhido o consentimento informado do paciente e família e são posteriormente devolvidos os resultados.

A aplicação do protocolo pode ser em formato papel ou *online* – este último formato poderá favorecer o estabelecimento de relação terapêutica com o paciente, uma vez que geralmente têm um perfil de baixa adesão às intervenções terapêuticas (Patrão, 2018; Patrão, & Marinho, 2018).

Nos dois protocolos (jovens e família) são avaliadas a dependência *online* e diferentes aspetos do comportamento *online* e das variáveis associadas, como por exemplo a perceção do funcionamento familiar, o que permite detetar a concordância ou discordância entre os elementos da família, e assim planear uma intervenção à medida (Patrão, 2018; Patrão, & Marinho, 2018).

Existe pouca investigação sobre a eficácia das intervenções psicoterapêuticas nesta área das adicções *online*, contudo é reportada eficácia nas intervenções que recorrem:

à entrevista motivacional, às técnicas de psicoterapia cognitivo-comportamental e às intervenções multimodais (com intervenções familiares, individuais, de grupo, em simultâneo) (Patrão, 2018; Patrão, & Marinho, 2018).

CONCLUSÃO

O acesso à Internet e às tecnologias poderá ser um aspeto a ter em conta no desenvolvimento do uso excessivo das tecnologias. Em todos os estudos apresentados, a maioria dos participantes tinha acesso à Internet, cada vez mais a partir do seu *smartphone* (Água, Patrão, & Leal, 2018; Patrão, Machado, Fernandes, & Leal, 2015; Patrão, Machado, & Leal, 2016).

Devido aos ganhos (e.g. aumento da autoestima; sentimento de pertença) que os utilizadores das tecnologias e da Internet sentem por estar *online*, principalmente os jovens, existe tendencialmente um aumento de horas *online* (Patrão, Machado, Fernandes, & Leal, 2015) e um aumento da utilização do *smartphone* (Água, Patrão, & Leal, 2018). Assim, o comportamento *online* é reforçado e acaba por aumentar a vulnerabilidade à DO e à dependência do *smartphone*.

Os utilizadores com uso problemático poderão sentir um bem-estar psicológico elevado (Patrão, Machado, Fernandes, & Leal, 2015), o que é explicado por vários autores, como um reforço positivo e imediato de estar *online*, que facilita o comportamento aditivo e dificulta o autocontrolo (Lopez-Fernandez, Freixa-Blanxart, & Honrubia-Serrano, 2013; Park, Kang, & Kim, 2014; Yu, Kim, & Hay, 2013; Patrão, 2019a). Como através da Internet podem receber uma resposta e um reforço imediatos, dos seus amigos ou dos jogos *online*, preferem estar no seu mundo virtual do que estar a interagir na vida real, em que podem, por exemplo, enfrentar mais desafios na socialização. Assim, não ficam isolados, não se sentem sós, não sentem que não são capazes e ficam mais seguros e em relação com os outros (Costa, Patrão, & Machado 2018).

Um fator que pode influenciar os níveis de socialização e promover o aumento dos níveis de dependência *online* e ao *smartphone* é o traço de personalidade – neuroticismo (Água, Patrão, & Leal, 2018). Pessoas com níveis de neuroticismo elevados têm estratégias de *coping* mais desadequadas para enfrentar situações de stress. Deste modo, terão uma maior tendência a adotar comportamentos de risco, no que diz respeito à Internet e ao uso do *smartphone*, usando-os como um refúgio para lidarem com essas situações (e.g., Tsai, *et al.*, 2009).

É importante que exista um trabalho em rede, na comunidade, com respostas ao nível da promoção do uso saudável da tecnologia, mas também com respostas do ponto de vista da intervenção clínica. Este tipo de intervenção dupla faz-se a partir de um diagnóstico de situação, que permita identificar problemas, planear soluções em

coprodução. Por isso, é essencial (Patrão, 2019b): 1) Sensibilizar, de forma contínua, crianças e jovens para as vantagens e riscos *online*, desde a 1ª infância (e.g. jogo MISSÃO 2050, recurso psicoeducativo (Patrão, & Fernandes, 2019)); 2) Experimentar em conjunto, crianças, jovens, pais, educadores e professores, as potencialidades das TIC – para que com a experiência em conjunto se partilhem interesses e dúvidas; 3) Gerir a autonomia na relação com as TIC. Estabelecer compromissos na gestão da tecnologia, ao longo tempo, com diferentes graus de autonomia de acordo com a faixa etária; 4) Prestar apoio na gestão emocional dos riscos que as TIC podem colocar; 5) Procurar ajuda em situações clínicas que necessitam de uma avaliação e intervenção junto de um profissional na área da saúde mental.

Na intervenção clínica sugere-se realizar diferentes momentos de avaliação (início, a meio da intervenção individual/familiar, no fim, *follow up*) ao longo da intervenção, de forma a ter dados da eficácia e, sobretudo, de forma a dar resposta à necessidade de promover a psicoeducação do paciente e da família, não esquecendo a importância do ajuste das práticas e modelos parentais, e que o objetivo da intervenção não se centra na abstinência do uso da tecnologia.

Dos dados recolhidos nos estudos é perceptível que as preferências *online* estão relacionadas com as redes sociais, multimédia e jogo *online*, e nesse sentido, será essencial que os protocolos de avaliação gerais e em consulta incluam instrumentos específicos destas áreas (e.g. SOGS, na avaliação da dependência do jogo *online* (Torrado *et al.*, 2017)).

Em estudos futuros, nas fases 1 e 3, seria importante realizar uma avaliação dos comportamentos *online* também de crianças mais pequenas (entre os 3 e os 11 anos), e, para além disso, dos modelos de aprendizagem, pais e professores. Avaliando também quais as suas perceções em relação aos comportamentos *online*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Água, J., Patrão, I., & Leal, I. (2017). SAS-SV: Estudo da validação da escala de dependência do *smartphone* numa amostra da população portuguesa. *Atas do II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde*, 101-112.
- Água, J., Patrão, I., & Leal, I. (2018). Relação dos traços de personalidade com a dependência ao *smartphone*. *Atas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 429-437.
- Água, J., Patrão, I., Pimenta, F., & Leal, I. (in press). EBAC - Escala Breve de Autocontrolo. *Atas do 13 Congresso de Psicologia da Saúde*.
- Bertoquini, V., & Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do modelo dos cinco fatores da personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.
- Caplan, S. E. (2006). Relations among loneliness, social anxiety, and problematic Internet use. *CyberPsychology & Behavior*, 10 (2), 234-242.
- Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, 26 (5), 1089-1097.
- Choi, K., Son, H., Park, M., Han, J., Kim, K., Lee, B., & Gwak, H. (2009). Internet over use and excessive day time sleepiness in adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63 (4), 455-462. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.01925.x.
- Costa, R., Patrão, I., & Machado, M. (2018). Problematic Internet use and feelings of loneliness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1-3.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9 (2), 171-180. doi:10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x
- Fernandes, H., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. (2010). Preliminary analysis of the psychometric properties of Ryff's scales of psychological well-being in Portuguese adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 1032-43. doi: 10.1017/S1138741600002675.
- Griffiths, M.D. (2015). Classification and treatment of behavioural addictions. *Nursing in Practice*, 82, 44-46.
- Ha, J., Yoo, H., Cho, I., Chin, B., Shin, D., & Kim, J. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (5), 821-826.

- Liberatore, K., Rosario, K., Martí, L., & Martínez, K. (2011). Prevalence of Internet addiction in Latino adolescents with psychiatric diagnosis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14 (6), 399-402. doi: 10.1089/cyber.2010.0252
- López-Fernandez, O., Freixa-Blanxart, M., & Honrubia-Serrano, M. (2013). The problematic Internet entertainment use scale for adolescents: prevalence of problem Internet use in Spanish high school students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16 (2), 108-118. doi: 10.1089/cyber.2012.0250.
- Melo, R., Fernandes, P., & Patrão, I. (2018). Utilização saudável da Internet no contexto educativo: O projeto escolas online. *Atas do 14º Congresso de Psicologia e Educação*. Lisboa: ISPA, 311-324.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Park, S., Kang, M., & Kim, E. (2014). Social relationships on problematic Internet use (PIU) among adolescents in South Korea: A moderated mediation model of self-esteem and self-control. *Computers in Human Behavior*, 38, 349-357.
- Patrão, I., Pimenta, F., Água, J., & Leal, I. (in press (a)). Escala de alterações funcionais pelo uso problemático da Internet (AFUPI). *Atas do 13 Congresso de Psicologia da Saúde*.
- Patrão, I., Pimenta, F., Água, J., & Leal, I. (in press (b)). FAD – Family Assessment Device. *Atas do 13 Congresso de Psicologia da Saúde*.
- Patrão, I., & Fernandes, P. (2019). *Jogo MISSÃO 2050 – Promoção do uso saudável das tecnologias*. Lisboa: Ideias com História.
- Patrão, I. (2019a). A importância da autorregulação do comportamento *online* nas crianças da Geração Cordão. In Brito, R., & Dias, R., *Crianças famílias e tecnologias na sociedade de hoje: Que desafios? Que caminhos?* (pp 198-209). Lisboa: Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Lisboa.
- Patrão, I. (2019b). *Guia para famílias, escolas e comunidade – Orientações para a gestão saudável dos comportamentos online*. FCT-CIS.
- Patrão, I. (2018). Geração Cordão: Protocolo de avaliação na consulta de dependências *online*. *Atas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 405-410.
- Patrão, I., & Marinho, A. (2018). Adicção à Internet e intervenção familiar: Experiência do núcleo utilização problemática da Internet. *Atas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 411-418.

Patrão, I., & Fernandes, P. (2018). Dependências online: estudo sobre a perceção da supervisão parental numa amostra de pais de crianças e jovens. *Atas do 14º Congresso de Psicologia e Educação*, 133-140.

Patrão, I. (2017). *#GeraçãoCordão: A geração que não desliga*. Lisboa: Pactor.

Patrão, I., & Hubert, P. (2016). Os comportamentos e as preferências *online* dos jovens portugueses: o jogo *online* e as redes sociais. In I. Patrão & D. Sampaio, *Dependências online: O poder das tecnologias* (pp. 97-116). Lisboa: Pactor.

Patrão, I. Machado, M. & Brito, R. (2016). O funcionamento familiar, o bem-estar e o uso da Internet. In I. Patrão & D. Sampaio, *Dependências online: O poder das tecnologias* (pp. 133-149). Lisboa: Pactor.

Patrão, I., Machado, M., & Leal, I. (2016). Jovens e Internet: Relação entre o bem-estar e qualidade do sono. *Atas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 347-353.

Patrão, I. (2016a). Comportamentos online em jovens portugueses: Estudo da relação entre o bem-estar e o uso da Internet. *Atas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 341-346.

Patrão, I., Reis, J., Paulino, S., Croca, M., Moura, B., Gonçalves, J.,..., & Sampaio, D. (2016b). Da teoria à intervenção terapêutica na utilização problemática da Internet (upi) em jovens: revisão da literatura. *Revista da Criança e do Adolescente*, 221-236. doi: hdl.handle.net/11067/3514.

Patrão, I., Machado, M., Fernandes, P. & Leal, I. (2015). Jovens e Internet: Relação com o bem-estar psicológico, isolamento social e funcionamento familiar in L. Mata; M. A. Martins, V. Monteiro, J. Morgado, F. Peixoto. A.C. Silva & J.M.C. Silva (Eds.). *Atas XIII Colóquio Internacional Psicologia e Educação* (pp. 241-249). Lisboa: ISPA.

Ponte, C. (2016). Um desafio dos tempos modernos: A Internet e as novas gerações. In I. Patrão & D. Sampaio, *Dependências online: O poder das tecnologias* (pp.1-19). Lisboa: Pactor.

Ponte, C., & Batista, S. (2019). *Euko 2018 Portugal resultados gerais. EU Kids Online: Crianças e jovens portugueses no contexto digital*. Disponível em: <http://fabricadesites.fcsh.unl.pt/eukidsonline/wpcontent/uploads/sites/36/2019/03/Resultados-Gerais.pdf>.

Pontes, H., Patrão, I. & Griffiths, M. (2014). Psychometric proprieties of the Internet Adiction Scale: Portuguese version, *Journal of Behavior Addiction*, 3(2), 107-114. doi:10.1556/JBA.3.2014.2.4.

- Pontes, H., Griffiths, M. & Patrão, I. (2014) Internet addiction and loneliness among children and adolescents in the education setting: an empirical pilot study. *Aloma*, 32 (1), 91-98.
- Reis, J., Pombo, S. Barandas, R., Croca, M. Paulino, S., Carmantes, S., ..., Sampaio, D. (2016). As dependências online: controvérsias e perfis. In I. Patrão & D. Sampaio, *Dependências online: O poder das tecnologias* (pp.151-167). Lisboa: Pactor.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Santos, I., Patrão, I., & Costa, A. (2018). Projeto In_Dependências: Promoção da gestão saudável dos comportamentos online. *Atas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 839-848.
- Şenormancı, Ö., Şenormancı, G., Güçlü, O., & Konkan, R. (2014). Attachment and family functioning in patients with Internet addiction. *General Hospital Psychiatry*, 36 (2), 203-207. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.10.012.
- Simões, J., Ponte, C., Ferreira, E., Doretto, J., & Azevedo, C. (2014). *Crianças e meios digitais móveis em Portugal: Resultados nacionais do projeto Net Children Go Mobile*. Lisboa: CESNOVA. Disponível em https://novaresearch.unl.pt/files/3167316/CICS.Nova_Jos_Alberto_Simoes_Crianças_e_Meios_Digitais_Móveis_em_Portugal._Resultados_nacionais_do_projeto_Net_Children_Go_Mobile.pdf
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48 (6), 555–560. doi:10.1016/s0022-3999(00)00095-7.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72 (2), 271–324. doi:10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x
- Torrado, M. et al. (2017). *Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: A perturbação de jogo*. Lisboa: SICAD.
- Tsai, H. F., Cheng, S. H., Yeh, T. L., Shih, C.-C., Chen, K. C., Yang, Y. C., & Yang, Y. K. (2009). The risk factors of Internet addiction – A survey of university freshmen. *Psychiatry Research*, 167 (3), 294–299. doi:10.1016/j.psychres.2008.01.015.
- Wang, L., Luo, J., Bai, Y., Kong, J., Luo, J., Gao, W., & Sun, X. (2013). Internet addiction of adolescents in China: Prevalence, predictors, and association with well-being. *Addiction Research & Theory*, 21 (1), 62-69.

Yu, J. J., Kim, H., & Hay, I. (2013). Understanding adolescents' problematic Internet use from a social/cognitive and addiction research framework. *Computers in Human Behavior*, 29 (6), 2682–2689. doi:10.1016/j.chb.2013.06.045.

Jogo e Consumos de Substâncias Psicoativas em Portugal

Casimiro Balsa

Cláudia Urbano

Clara Vital

ENQUADRAMENTO EMPÍRICO E CONCEPTUAL

Enquadramento empírico

A discussão sobre o consumo de substâncias ou comportamentos suscetíveis de conduzir a situações de dependência tem vindo progressivamente a sair do domínio da responsabilidade exclusiva dos indivíduos para constituir objeto da ação coletiva e da ação do Estado, através da definição de políticas públicas. Esta transição é muito nítida em Portugal, entre o final do século XX e início do século XXI, com a adoção da política sobre a descriminalização das drogas. Depois de ser condicionada por uma avaliação estritamente de ordem moral, apoiada pelo aparelho judicial e repressivo que visavam um ideal de abstinência¹, a definição do problema foi orientada, para além de ter em conta a sua etiologia individual, que pode ser complexa, pela experiência das sociedades mais abertas a novos modelos culturais e a determinados modos de vida que banalizam, de uma certa forma, esses consumos. A deslocação de paradigmas, que se vai consolidando no tempo, pôs em causa o monopólio de leituras que consideravam os consumos exclusivamente como uma infração e os colocavam no domínio de intervenção da justiça e dos aparelhos de repressão, para abrir, no seguimento de orientações de organismos internacionais, para uma leitura feita em termos de doença, passíveis de serem tratados, enquanto tal, em conformidade com

¹ Esta leitura moral apoiava-se na grande visibilidade das situações mais danosas dos consumos, que levaram a opinião pública a classificar o “problema da droga” como um dos mais importantes no país, de acordo com o Data Crítica - Estudos de Opinião e Mercado, 2001, O Estado da Nação – Como Está o Portugal de Hoje, Síntese dos Resultados, Resultados finais, 22 de junho de 2001, pp 12-14.

protocolos de saúde pública, considerando a sua epidemiologia, a sua prevenção, o seu tratamento e os acompanhamentos sociais adequados².

Esta deslocação de paradigma vai alargar-se progressivamente ao consumo de outras substâncias psicoativas lícitas, como o tabaco ou o álcool, ou à generalização dos seus efeitos de leitura a adicções sem substância, como é o caso dos jogos a dinheiro. Confrontados com a impossibilidade de erradicar certos comportamentos suscetíveis de provocar dependências, as políticas públicas optam assim por gerir os riscos que eles comportam.

Esta política de gestão dos riscos exige uma recolha cuidadosa de informação, contrariamente à ausência de política que assenta na ideia de que qualquer “infração” é um excesso em relação a uma ordem social desejada. Enquanto investigadores associados a esta recolha de informação, através do Estudo sobre Prevalências dos Consumos de Substâncias Psicoativas na População Geral, queremos sublinhar dois dados da nossa experiência diretamente relacionados com o objeto deste artigo. Por um lado, a definição empírica da nossa recolha, realizada no final dos anos 1990 e, portanto, já em conjugação com uma política de redução de danos, foi-se adaptando ao alargamento do espectro dos comportamentos visados pela política pública. Se na preparação do Primeiro Inquérito, que incidiu sobre o ano 2001, a preocupação dos decisores estava centrada, no essencial, nas substâncias ilícitas, no decorrer das sucessivas aplicações do Estudo a atenção estendeu-se, primeiro, às substâncias lícitas (álcool, tabaco e medicamentos psicotrópicos tomados sem receita médica), particularmente ao álcool, que foi assumindo uma importância crescente ao longo das quatro aplicações. Em seguida, a partir da terceira aplicação, em 2011, começámos a integrar questões relativas aos jogos a dinheiro, que assumiram no Quarto Inquérito, em 2016/17, uma maior relevância, passando a integrar, ainda que de forma pouco satisfatória, os jogos por Internet, tendo sido sugerido na altura o uso da Internet, mesmo sem jogo, como potencial prática aditiva. Esta evolução traduz-se por dois factos que deveremos considerar nos tratamentos que apresentaremos a seguir: 1) o tratamento do jogo, embora ele tenha vindo a ocupar uma parte crescente do instrumento de recolha, não cobre todas as questões que gostaríamos de colocar; 2) este alargamento, mesmo se insuficiente, obrigou-nos a retirar do questionário variáveis de contextualização sociológica que consideramos fundamentais para obter dos problemas um conhecimento compatível com as necessidades da intervenção. Esta situação traduz também a prioridade dada a uma abordagem epidemiológica por uma política de gestão dos riscos.

² Esta transição é lembrada por um conjunto de trabalhos reunidos em Casimiro Balsa (ed), *Difração Normativa, Comportamentos Escondidos e Identidades Transversas*, a publicar pelo CICS.NOVA/Edições e Editora HUMUS, por ocasião do 20º Aniversário da Estratégia de Luta contra a Droga em Portugal.

Enquadramento conceptual

Esta mudança do referencial da política pública e da própria produção de dados que a apoiam é acompanhada por um investimento cada vez maior no conhecimento sobre os consumos e comportamentos suscetíveis de conduzir a situações patológicas. Nos dois casos – consumo abusivo de substâncias e dependências sem consumos – trata-se de orientações que têm uma expressão transnacional que, no caso de Portugal, se congregam em torno do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, do Grupo Pompidou que funciona sob a égide do Conselho da Europa e da Organização Mundial de Saúde. Quer dizer que a construção política dos problemas se faz em articulação (numa medida que seria interessante melhor conhecer) entre organismos de orientação internacionais e grupos e associações, científicas e profissionais. No caso da definição do jogo patológico, que nos interessará aqui muito particularmente, alguns autores estimam que as orientações e definições seguidas não foram suficientemente apoiadas de um ponto de vista científico (Walker, 1989; Black, Shaw e Blum, 2010) e muitos estudos apontam para a necessidade de desenvolvimentos complementares (Vaccaro e Potenza, 2019; Spunt *et al.*, 1998; Petry, 2002; Whiting *et al.*, 2019). Este diagnóstico não deixa de ser compreensível se considerarmos que as manifestações patológicas do jogo enquanto objeto das políticas públicas é relativamente recente, embora o historial do jogo enquanto objeto de estudo e alvo de políticas regulatórias seja antigo.

A adoção de políticas públicas que visam o tratamento dos jogadores patológicos, como é o caso de outras adicções de substâncias, visa assim construir uma representação dos riscos associados aos diversos tipos e níveis de jogo de forma a permitir uma regulamentação dos comportamentos e a gestão das consequências nos casos de níveis de jogo considerados problemáticos, até aos dispositivos de tratamento nos casos de jogo patológico. É esta representação “coletiva” e institucional que permite, através dos parâmetros que ela define, promover uma gestão dos riscos individuais. Esta construção sobrepõe-se assim às representações que os jogadores, individualmente, têm dos riscos de jogar e às formas de gestão dos riscos que eles próprios exercem quando jogam.

Quando aplicamos um questionário junto de uma determinada população para aquilatar as suas posições face ao risco, as respostas singulares que recolhemos vão significar mais em relação à construção do risco definido no plano institucional do que às estratégias de gestão que os indivíduos podem seguir. Assim, antes de trabalhar sobre estas respostas singulares, interessa-nos a construção dos quadros normativos que as vão enformar, discutindo a delimitação das categorias – científicas e oficiais – que nos permitem fazê-lo.

Neste sentido, interessa-nos colocar duas questões. A primeira tem a ver com a legitimidade de generalizar o conceito e, em seguida, a categoria oficial de adicção a

todas as situações de risco – as de consumo de substâncias e as de comportamento, como o jogo – sobre as quais a ação coletiva e em seguida as políticas públicas se vão debruçar. Se, como veremos, esta legitimidade é aceite, embora com algumas vozes discordantes, então coloca-se a segunda questão: como medir os riscos, particularmente quando queremos diagnosticar as situações patológicas.

Para retomar as prioridades políticas em torno das quais foi construído o estudo sobre as prevalências dos consumos de substâncias psicoativas na população geral, podemos perguntar se as dependências em relação às diferentes substâncias ilícitas sobre as quais repousa a arquitetura do questionário (canábis, ecstasy, anfetaminas, cocaína, heroína...) têm o mesmo significado na perspetiva das suas dimensões neurológicas, potencial de riscos (físicos, psíquicos, sociais...) a elas associados ou do perfil dos consumidores. E quando consideramos a dependência em relação ao álcool? Mas, podemos-nos perguntar ainda, em que medida e até que ponto, podemos equiparar as dependências de consumo de substâncias a outras dependências com base comportamental, como nos casos do jogo, do uso da Internet...

O que nos parece relevante na revisão da literatura das neurociências sucinta a que vamos proceder é o facto de as dependências, e a dependência ao jogo, em particular, poderem ser analisadas (e provavelmente tratadas) a partir de diferentes pontos de vista, considerando as suas diferentes dimensões. Se esta diversidade de abordagens parece possível na perspetiva das neurociências, expressamos desde já uma declaração de interesse na medida em que é isso que faremos em seguida, a partir dos nossos dados de investigação.

A questão que colocávamos era, portanto, a de saber em que medida se podem associar numa única definição dependências de diferentes tipos – as de substâncias (de diferentes tipos) e as comportamentais, como o caso do jogo patológico. Numa perspetiva terapêutica, a grande vantagem de se poder chegar a um diagnóstico comum, representaria no entanto um grande inconveniente nos casos em que essa facilidade levasse a escamotear as especificidades de cada situação de dependência (Walker, 1989). De facto, as posições assumidas na literatura são muito diversas e podem opor-se, no interior já do campo disciplinar da neurobiologia. Mas as posições também podem ser diferentes quando consideramos o olhar de outras ciências, como a Psicologia ou a Psiquiatria...

A uniformização concetual das situações de dependência pode ser pensada, numa primeira aproximação, considerando o mesmo sentido experiencial que parece estar sempre presente nos diferentes tipos de consumo e comportamentos considerados. Trata-se da disponibilidade dos indivíduos para enfrentar um desafio ou fazer uma aposta, investindo uma entrada inicial numa determinada ação que comporta um risco ou cujo desfecho é aleatório, na perspetiva de obter um determinado tipo de recompensa.

No entanto, este esquema de ação aplica-se a muitas situações mas, mesmo que nos restrinjamos aos casos do consumo de substâncias psicoativas ou às práticas de jogos a dinheiro, não conduzem sempre a situações patológicas. Por exemplo, aproximadamente metade dos consumidores de canábis ao longo da vida fá-lo a título experimental. E se considerarmos substâncias como a cocaína ou o *ecstasy*, são mais de três quartos os consumidores que o fazem a título experimental. No caso do jogo, a esmagadora maioria dos que experimentaram jogar ao longo da vida continuou a fazê-lo no decorrer dos últimos 12 meses, mas apenas uma ínfima parte dos que praticam jogos a dinheiro o faz na condição de jogador patológico ou com nível de uso nocivo³ (0,026% da população de jogadores) e eles representam 19,7% dos jogadores, se contarmos todos aqueles que registam pelo menos um dos indicadores que contribuem para construir as escalas de risco.

É para poder avaliar o potencial de risco que representam estes tipos de experiência individual e subjetiva que os profissionais vão definir critérios que discriminam os diferentes consumos ou comportamentos que se pretende medir, permitindo assim uma avaliação, no plano coletivo, dos seus graus de intensidade e dos seus significados no plano social e clínico.

É no plano destas medições, e no âmbito particular da classificação das doenças mentais, que uma segunda aproximação permite estabelecer um paralelismo entre as dependências resultantes do consumo de substâncias psicoativas e as que são associadas a adições de comportamento como o jogo. Com efeito, após um período de intensos debates, a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V)⁴ definiu o jogo patológico, ao mesmo título que a adicção a substâncias psicoativas, como uma doença associada a um défice de controlo impulsivo, que pode transformar-se num comportamento compulsivo (Berlin *et al*, 2008). Desde 1980, no entanto, que a categoria de jogo patológico é recomendada pela American Psychiatric Association para uso nos diagnósticos psiquiátricos tendo sido seguido o padrão da dependência ao álcool (Walker, 1989). O jogo patológico foi igualmente incluído na 11ª edição de *The International Classification of Diseases* (ICD-11) ratificado pelo Secretariado da Organização Mundial de Saúde.

Berlin *et al* (*Ibidem*) explicam a oposição, mas também a solidariedade, que pode estabelecer-se entre a impulsão e a compulsão. A impulsividade pode ser definida como sendo “ações pouco refletidas, expressas prematuramente desnecessariamente arriscadas ou inapropriadas para uma determinada situação da qual podem resultar danos não desejados” (*Ibidem*: 1). Enquanto representem uma incapacidade para resistir a impulsos agressivos, estes comportamentos podem estender-se à cleptomania, à piromania ou à tricotilomania, por exemplo, mas igualmente, enquanto

³ Contabilizamos aqui os resultados aos dois testes: SOGS e PGSI (ver desenvolvimentos a seguir).

⁴ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

sintomas de outras doenças mentais, a outras adicções comportamentais tais como a compulsão sexual, a compulsão para comprar ou a dependência da Internet. Partilhando a característica de um desejo irresistível de agir de uma certa forma numa determinada situação, as doenças de déficit impulsivo podem ser consideradas como uma subcategoria do espectro das doenças obsessivo-compulsivas (*Ibidem*).

Comportamentos impulsivos e compulsivos podem assim ser compreendidos em referência a um mesmo *continuum*, sendo que a compulsão procura aliviar um sentimento de ansiedade ou de desconforto, enquanto a impulsão procura obter prazer, excitação ou uma gratificação. Nos dois casos trata-se de uma incapacidade de inibir ou de adiar um comportamento e, ao longo do tempo, um comportamento impulsivo pode tornar-se compulsivo (ausência de excitação) e um comportamento compulsivo apresentar-se como uma impulsão (consolidação de um hábito) (Berlin *et al.*, 2008: 1). Nesta linha, muitos autores vão considerar que o jogo patológico/abuso de substâncias são parcialmente associados aos mesmos marcadores neurobiológicos (Potenza, 2001; Stein *et al.*, 2018; Potenza, 2008). Estas similitudes observam-se ao nível de critérios de diagnóstico, epidemiologia e historial clínico (Petry, 2002).

Esta taxinomia inclusiva foi no entanto contrariada por muitos autores que procuraram analisar as convergências e as divergências entre adicção de substâncias e comportamentos aditivos, no caso que nos interessa aqui, o jogo patológico, interrogando-se sobre modelos de entendimento e a adoção de modos de intervenção terapêutica idênticos (Spunt *et al.*, 1998; Blanco *et al.*, 2001; Petry, 2002, 2006; Potenza, 2001). Black, Shaw e Blum (2010), por exemplo, consideram que o jogo patológico não está provavelmente relacionado com uma doença obsessivo-compulsiva e que ele deveria ser classificado como uma doença do controlo impulsivo.

Em 1989, Michael Walker começava por duvidar que as várias etiquetas que lhe eram atribuídas – *problem gambling*, *excessive gambling*, *compulsive gambling*, *pathological gambling*, e *addictive gambling* – pudessem aplicar-se corretamente às práticas de jogo problemático, que também não se enquadraria na categoria das “novas dependências psicológicas”. O autor discordava, em qualquer circunstância, da possibilidade de fazer entrar o jogo patológico na categoria das adicções de substâncias porque isso descaracterizaria por completo esta categoria (*Ibidem*).

Muitos outros procuram defender esta diferença (Spunt *et al.*, 1998; Blanco *et al.*, 2001; Petry, 2006), chegando à conclusão de que o jogo patológico apresenta sintomas atribuídos ao modelo de abuso de substâncias e a uma doença do tipo obsessivo-compulsivo, ficando no entanto mais próxima do primeiro⁵ do que da segunda (Blanco *et al.*, 2001; Potenza, 2008), o que justifica que o jogo patológico acabe por ser lido a partir dos dois modelos teóricos.

⁵ Sobretudo no caso da dependência à cocaína, segundo Potenza (2008), embora a conceptualização do jogo patológico se tenha inspirado mais na literatura sobre o alcoolismo (Rankin, 1982: 185, cit por Walker, 1989).

Este sincretismo teórico é justificado, ainda, pelo facto de não haver um único tipo de jogador patológico, mas sim diferentes subtipos (Blanco *et al.*, 2001; Milosevic e Ledgerwood, 2010; Goffman, 1970; Blaszczynski e Nower, 2002) que exigiriam modelos de análise e modos terapêuticos diferenciados. Abordagens mais relacionais, como as praticadas pela psicanálise, poderiam complementar as que se obtêm através da análise psicológica ou através de marcadores neurobiológicos (Alvarez-Monjaras *et al.*, 2019).

Não tendo competência para discutir estas orientações, resta-nos constatar que o diagnóstico das situações clínicas de jogo problemático exige uma matriz complexa de fatores suscetíveis de estarem associados à sua etiologia, à sua severidade, à sua dinâmica ou às dimensões sugeridas pelos quadros disciplinares que se queiram valorizar. Esta dificuldade traduz-se no conjunto de testes de medida propostos na literatura especializada para estudar as situações de jogo problemático numa perspectiva epidemiológica, que nos interessa aqui apresentar.

Desenvolvimentos e metodologia de recolha de informação

As controvérsias científicas em torno da categorização das situações de risco sugerem que em certas circunstâncias haverá interesse em generalizar a todos os consumos de substâncias e a todos os comportamentos potencialmente aditivos os mesmos critérios de avaliação das situações de risco. Esta generalização comportaria, no entanto, vários riscos quando a melhor compreensão transversal que ela permite das situações é contrariada pela perda da especificidade de cada uma. No caso dos jogos, a dinheiro, em particular, a diversidade morfológica das práticas e dos sentidos que elas podem ter tornaria difícil trabalhar com uma única definição de jogo patológico.

Para além das questões de categorização, quando consideramos as medidas suscetíveis de serem utilizadas para avaliar os níveis de risco encontramos, igualmente, uma grande diversidade de critérios.

Não nos compete tomar posição numa controvérsia que comportará certamente um grande nível de complexidade, como temos o hábito de as encontrar em Sociologia. No nosso contributo limitar-nos-emos, assim, a questionar a forma como as experiências individuais respondem às expectativas das definições científico-profissionais utilizadas pelas instituições para avaliar o potencial de risco das populações. Fá-lo-emos considerando três tempos:

- Num primeiro momento procederemos a uma caracterização do jogo em Portugal, considerando a população geral, por um lado, e algumas subpopulações constituídas em função do grau da sua exposição ao risco;
- Em seguida, focaremos as situações nas quais os consumos de substâncias ou as práticas de jogo apresentam algum indicador de risco, que pode variar numa

escala onde ele é mínimo até chegar às situações consideradas patológicas. A este nível, depois de discutir e apresentar resultados para cada um dos testes de dependência utilizados, procuraremos analisar as situações de riscos acumulados que resultam da coocorrência de consumos e de práticas de jogo problemáticos ao nível de um indivíduo;

- Finalmente, avaliaremos a intensidade das relações entre a prática de jogo patológico e o consumo abusivo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

Estes desenvolvimentos apoiam-se nos dados constituídos a partir do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (população residente) – INPG, realizado em Portugal nos anos de 2016-17 (com a recolha a ser feita, no essencial, em 2017), realizado a 12 024 inquiridos pelo CICS.NOVA – Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa para o SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. O desenho amostral adotado assenta num sistema polietápico, estratificado por conglomerados, com seleção das unidades primárias (concelhos) e das unidades secundárias (secções estatísticas) de forma aleatória e proporcional. A seleção das unidades de observação finais realizou-se através de sorteio sistemático na eleição dos lares e com recurso a tabelas de números aleatórios para a escolha do indivíduo a entrevistar. Trata-se de uma amostra da população residente no Continente e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos de idade (em ambos os casos, inclusive) (Balsa, Vital, e Urbano, 2018).

PERFIL DO JOGO E DOS JOGADORES EM PORTUGAL

Caracterização geral

O perfil do jogo e dos jogadores em Portugal é geralmente conhecido (Balsa, Vital, e Urbano, 2015), pelo que nos limitaremos a apresentar aqui alguns dados de prevalências gerais tomando como referência os dados recolhidos em 2016/17.

A prevalência de jogos de fortuna ou azar (jogos a dinheiro) é de 48,1% na população residente em Portugal, sendo que os homens (51,1%) são mais frequentemente jogadores do que as mulheres (45,4%). Esta diferença verifica-se em todas as idades, acentuando-se, no entanto, no grupo dos mais idosos (65-74 anos). Os jovens entre 15-24 anos jogam menos (37,4%) do que os mais velhos, sendo que a prevalência aumenta à medida que a idade avança até ao grupo dos 45-54 anos; a partir dessa idade a proporção de jogadores diminui, registando-se a prevalência mais baixa (35,9%) no grupo dos 65-74 anos. A prevalência de jogadores também adultos (15-34 anos), registando uma prevalência (43,1%) que se aproxima da média nacional (48,1%), são menos vezes jogadores do que os mais velhos (Tabela 1).

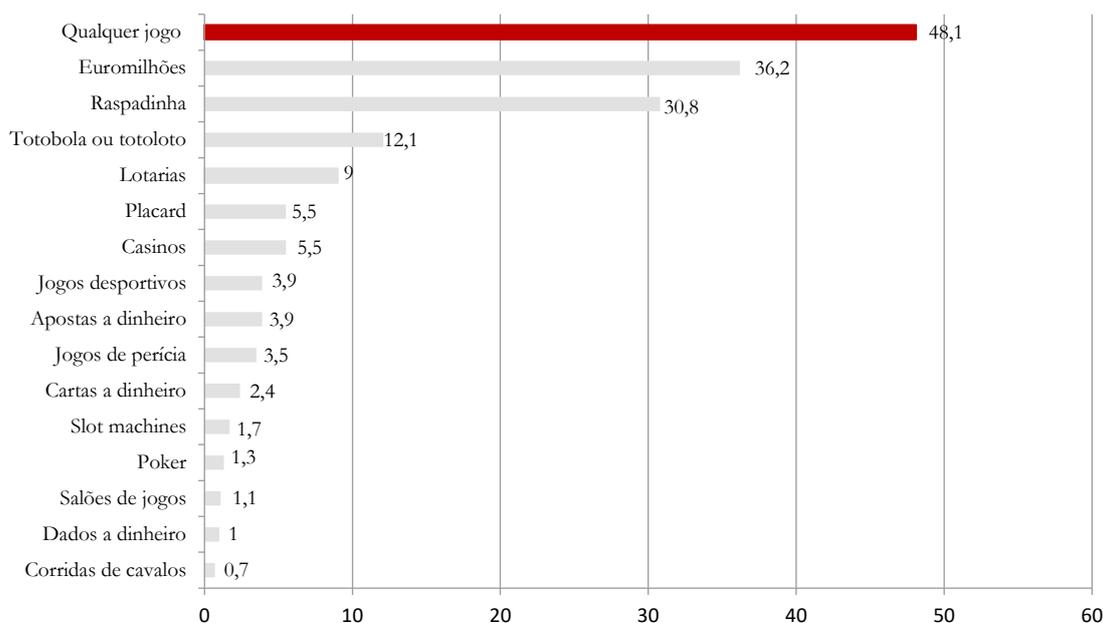
Tabela 1. Prevalência de jogos a dinheiro, por sexo e grupos de idade, 15-74 anos, 2016/17 (n=12034) (%)

	População total 15-74	Pop. Jovem adulta 15-34	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
Feminino	48,1	43,1	41,0	44,7	52,3	56,2	48,2	42,6
Masculino	51,1	46,3	44,5	47,7	53,3	58,2	50,3	50,8
Total	45,4	39,9	37,4	41,8	51,4	54,3	46,4	35,9

Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL.

No conjunto da população, o jogo do euromilhões é o que regista a prevalência mais elevada (36,2%). Em ordem decrescente seguem-se a raspadinha (30,8%), o totobola/totoloto (12,1%) e a lotaria (9,0%) (Figura 1).

Figura 1. Prevalência de jogos a dinheiro, 15-74 anos, 2016/17 (% sobre a população total)



Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL.

Em geral, os jogadores homens são mais frequentes do que as mulheres em todos os jogos, observando-se a diferença mais acentuada no Placard (9,6 contra 1,7%). O único jogo em que as mulheres dominam é o da Raspadinha: 33,5 das mulheres jogam, contra 27,7% dos homens (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de jogos a dinheiro, por sexo e grupos de idade, 15-74 anos, 2016/17 (%)

	<i>Total</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>
Qualquer jogo	48,1	51,1	45,5
Totobola ou totoloto	12,1	15,1	9,3
Lotarias	9,0	11,1	7,0
Jogos de cartas, entre amigos ou conhecidos, a dinheiro	2,4	3,4	1,5
Jogos de apostas, entre amigos ou conhecidos, a dinheiro	3,9	4,3	3,6
Jogos de apostas em salões de jogos	1,1	1,3	0,9
Jogar em casinos	5,5	5,9	5,2
Raspadinha	30,8	27,7	33,5
Euromilhões	36,2	39,8	32,9
Jogos de dados a dinheiro	1,0	1,2	0,8
Jogos de perícia a dinheiro (bilhar, snooker, golf, etc.)	3,5	3,8	3,2
Jogos desportivos	3,9	4,6	3,3
Slot machines	1,7	2,2	1,3
Corridas de cavalos	0,7	0,8	0,6
Placard	5,5	9,6	1,7
Poker	1,3	2,1	0,7

Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL

A presença física domina largamente nas práticas de jogo. Apenas nas apostas nas corridas de cavalos e no poker há uma proporção mais expressiva do jogo *online* (Tabela 3).

Tabela 3. Modo de jogar a dinheiro, por sexo e grupos de idade, 15-74 anos, 2016/17 (%)

	<i>Online</i>	<i>Presencial</i>	<i>Ambos</i>
Totobola ou totoloto	0,3	98,5	1,2
Lotarias	0,4	98,3	1,3
Jogos de cartas, entre amigos ou conhecidos, a	1,4	96,3	2,3
Jogos de apostas, entre amigos ou conhecidos, a dinheiro	1,1	98,5	0,3
Jogos de apostas em salões de jogos	4,2	90,2	5,6
Jogar em casinos	1,5	96,4	2,1
Raspadinha	0,1	99,4	0,5
Euromilhões	0,7	98,7	0,6
Jogos de dados a dinheiro	3,5	95,5	1,1
Jogos de perícia a dinheiro (bilhar, snooker, golf, etc.)	0,6	99,0	0,4
Jogos desportivos	4,3	94,4	1,3
Slot machines	3,6	95,1	1,3
Corridas de cavalos	12,2	80,8	6,9
Placard	2,8	95,8	1,4
Poker	25,4	61,5	13,1

Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL

O euromilhões, para além de ser o tipo de jogo que mais prevalece, é também o que apresenta uma regularidade de jogo maior: 1 em cada 10 indica jogar regularmente uma vez por semana. Na raspadinha, segunda modalidade de jogo mais frequente, joga-se de forma mais ocasional e sem regularidade definida.

Observam-se correlações fortes entre alguns jogos: entre o totoloto/totobola, lotaria, raspadinha e o euromilhões; entre os jogos em salões, casinos, dados, slots e poker; e entre apostas, jogos desportivos, perícia, corridas, dados a dinheiro. A partir destas confirmações, foi possível construir a tipologia de jogo, diferenciando os seguintes tipos: Jogos Santa Casa e outros jogos.

Cerca de metade dos jogadores (55,3%) declara valores inferiores a 5€ como quantia máxima gasta num só dia. Os que gastaram entre 6 a 9€ representam 17%, a mesma proporção que diz gastar entre 10 a 15€. Estes valores são igualmente os mais indicados quando consideramos os gastos mensais habituais.

Nove em cada dez jogadores afirmam que nunca voltam a jogar no outro dia para recuperar o dinheiro que perderam. Entre os 10% que o faz, a maior parte (8,9%) afirma que algumas vezes o faz e alguns afirmam que o fazem na maioria das vezes ou mesmo sempre que perdem (1,6% e 2,0%, respetivamente).

Quase 97% dos jogadores dizem nunca ter afirmado ter ganho dinheiro não sendo verdade. Também 97% sentem que não têm problema com apostas a dinheiro ou com o jogo. No entanto, 13,2% afirmam que já apostaram mais do que pretendiam. 3,6% dizem que já houve pessoas que os criticaram ou lhes disseram que tinham problemas com o jogo, e que têm a noção de que essas críticas ou observações que os indivíduos aceitam ser verdadeiras. 2,4% já se sentiram culpados considerando a forma como jogam e 1,7% também já sentiram que não eram capazes de parar de jogar mesmo se o quisessem. 1,8% já esconderam talões de apostas para que outros não soubessem que tinham jogado. 2,0% dos jogadores já discutiram com as pessoas com quem vivem por causa da forma como lidam ou gastam o dinheiro e num terço desses casos estão envolvidos gastos com o jogo. 0,7% já teve de pedir dinheiro emprestado para o jogo ou para pagar dívidas de jogo; para a maioria dos que o fizeram, o recurso mais comum foi utilizar o dinheiro destinado aos gastos da casa.

A grande maioria dos jogadores (88,7%) indica não conhecer ninguém que tenha ou tenha tido problemas com o jogo. No caso de haver pessoas nessas situações, o mais comum é ser um amigo.

O interesse pelo dinheiro que pode ser ganho é, de longe, o motivo mais importante para a prática de jogo. O desafio que o jogo oferece ou o entretenimento que ele permite aparecem como as razões mais invocadas a seguir (Tabela 4).

Tabela 4. Grau de importância de cada uma das razões de jogo, 15-74 anos, 2016/17
(% sobre população jogadora ao longo da vida)

	<i>Muito</i>	<i>Importante</i>	<i>Pouco</i>	<i>Nada</i>
Eu jogo pelo desafio que é	4,2	30,5	24,1	41,2
Eu jogo como um escape ao tédio	1,4	8,7	19,8	70,1
Eu jogo pelo dinheiro que possa receber/ganhar	52,9	31,4	7,8	7,9
Eu jogo pela excitação que provoca	3,1	14,0	20,3	62,6
Eu jogo como um escape à tristeza e à depressão	1,6	6,4	12,1	79,9
Eu jogo como forma de socializar/conviver com os	2,4	14,5	15,4	67,7
Eu jogo para relaxar	2,6	10,2	13,2	74,0
Eu jogo como entretenimento	5,6	20,6	17,6	56,1
Eu jogo por outros motivos	2,7	9,4	10,1	77,8

Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL.

Perfil dos jogadores em situação de risco

As práticas de jogo e o investimento dos indivíduos são muito diversificados, como acabamos de constatar. Interessa-nos agora considerar situações particulares nas quais os jogadores aparecem associados a algum indicador de risco. No nosso estudo trabalhamos com os dois testes de jogo problemático mais utilizados – o SOGS e o PGSI – que serão discutidos a seguir, aos quais estão associados itens diferentes. Considerando estes itens, independentemente do teste aos quais eles estão associados, dispomos de um conjunto de indicadores que podem denotar, quando observados ao nível de um indivíduo, algum problema. É claro que os testes operam as suas medidas adicionando o número de itens observados para construir uma escala de risco. No máximo da pontuação, os indivíduos são considerados como jogadores patológicos no caso do SOGS ou como prática de jogo problemática no teste PGSI. Assim, constituímos duas subpopulações agrupando 1) por um lado, os indivíduos que nalgum dos testes obtém a pontuação máxima e 2) num outro grupo considerámos os indivíduos a nível dos quais se observa pelo menos um desses indicadores. Quer dizer que, nesta última subpopulação, encontramos os jogadores “problemáticos” mas também todos os que, não chegando a esse patamar, declaram ter tido, ao longo da sua prática de jogador, algum problema. Mesmo se entre estes jogadores encontramos situações de risco muito pouco relevantes na perspetiva da intervenção clínica, de um ponto de vista sociológico eles devem ser distinguidos dos jogadores que não enfrentam nenhum problema, seja por que as suas práticas são responsáveis, seja por que, os seus estatutos sociais lhes permitem gerir práticas, designadamente frequência de jogo e montantes gastos que, no caso de outros estatutos, denotariam prática de risco. Por facilidade de exposição, designaremos esta subpopulação como “jogadores em risco”.

A tabela 5 apresenta estas duas subpopulações que comparamos 1) com a população total; 2) com a população constituída por todos os jogadores.

Tabela 5. Comparação população geral, população jogadora, população com relação ao jogo, população com relação ao jogo e/ou consumo de canábis e álcool, e população não jogadora

		População geral 15-74 anos N=12 024	População jogadora ⁶ N=5 788	População com relação ao jogo ⁷ N=1 140	População com problemas relacionados com o jogo ⁸ N=155	População não jogadora N=6 237
Sexo	Masculino	48,3	51,2	61,9	65,6	45,5
	Feminino	51,7	48,8	38,1	34,4	54,5
Grupos decenais de idade	15-24	14,3	12,2	8,3	9,0	16,2
	25-34	17,8	16,5	17,8	14,4	19,0
	35-44	19,9	21,6	23,3	20,4	18,3
	45-54	18,6	21,7	22,7	28,9	15,7
	55-64	16,3	16,4	16,6	18,4	16,3
	65-74	13,1	11,6	11,2	8,9	14,4
Média de idades		43,83	44,36	45,08	45,34	43,35
Situação perante o trabalho	Trabalha	49,2	59,6	64,0	59,2	38,9
	Desempregado	13,9	11,4	10,0	13,2	16,4
	Reformado	15,4	14,6	14,9	12,9	16,2
	Estudante	9,1	6,4	4,1	4,0	11,8
	Tarefas lar	5,9	4,2	3,2	4,5	7,5
	Outros (licença, baixa, procura 1.º emprego, incapacitado, vive de rendimentos)	6,4	3,7	3,9	6,2	9,0
Pessoas no agregado doméstico	1	16,9	14,6	15,5	12,0	19,0
	2	33,9	32,9	32,3	28,0	34,9
	3	26,6	28,2	25,2	23,8	25,1
	4	15,6	17,7	15,3	16,4	13,7
	5 ou mais	6,9	6,5	11,8	19,7	7,3
Rendimento líquido inquirido	Até 250 euros	12,0	8,6	8,0	8,7	15,8
	Entre 251 e 500 euros	24,4	21,5	16,0	18,9	27,6
	Entre 501 e 750 euros	33,7	35,6	41,8	34,9	31,5
	Entre 751 e 1000 euros	15,6	17,2	18,5	17,8	13,3
	Entre 1001 e 1250 euros	6,0	6,8	6,2	9,0	5,2
	Entre 1251 e 1500 euros	3,4	4,5	3,7	3,6	2,1

⁶ Sim para prevalência de qualquer jogo.

⁷ Score acima de zero nos testes SOGS e PGSI.

⁸ Uso problemático no teste PGSI e/ou probabilidade de ser jogador patológico no teste SOGS.

Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos

Rendimento líquido do agregado	Mais de 1501 euros	10,7	5,3	5,7	7,1	4,5
	Até 500	19,6	12,8	9,8	12,6	27,0
	Entre 501 a 750	20,1	18,8	18,8	25,0	21,6
	Entre 751 a 1000	18,9	19,2	21,3	16,5	18,5
	Entre 1001 a 1250	13,5	16,3	17,1	14,7	10,5
	Entre 1251 a 1500	10,8	12,8	12,4	8,8	8,6
	Entre 1501 a 1750	5,8	7,5	9,4	10,0	4,0
	Entre 1751 a 2000	3,8	4,1	4,2	6,9	3,4
Nível de escolaridade	Mais de 2001	7,6	8,2	6,9	5,6	6,5
	Nenhum	3,1	0,8	0,8	0,8	5,5
	Primeiro ciclo	24,0	20,5	19,7	17,9	27,5
	Segundo e terceiro ciclos	33,1	35,8	37,4	39,8	30,2
	Secundário	25,3	27,4	27,2	30,4	23,1
Indicador socioprofissional individual de classe	Superior	14,6	15,4	14,8	11,1	13,7
	Empresários, dirigentes e prof. liberais	21,4	21,4	20,4	25,1	21,4
	Prof. Técnicos e de enquadramento	12,3	12,1	14,0	16,6	12,7
	Trabalhadores independentes	7,5	7,8	8,5	7,4	7,2
	Agricultores independentes	0,5	0,5	0,7	1,2	0,5
	Empregados executantes	37,6	37,2	34,6	32,7	38,3
	Operários	17,5	18,8	19,3	16,5	15,8
Classe social de origem	Assalariados agrícolas	3,1	2,3	2,5	0,5	4,2
	Empresários, dirigentes e prof. liberais	37,2	37,2	34,5	39,1	37,2
	Prof. Técnicos e de enquadramento	4,5	3,8	5,9	6,5	5,5
	Trabalhadores independentes	8,9	9,5	9,4	11,0	8,0
	Agricultores independentes	1,5	1,5	2,0	3,5	1,4
	Empregados executantes	19,7	19,7	19,7	18,7	19,6
	Operários	17,8	18,2	19,1	17,2	17,3
Quantidade de jogos	Assalariados agrícolas	10,4	10,0	9,4	4,0	11,0
	0	51,5	--	--	--	100,0
	1	17,9	36,9	29,8	29,4	0,0
	2	14,5	30,0	25,5	10,8	0,0
	3	5,8	12,0	14,6	12,2	0,0

Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos

	4	4,2	8,6	10,8	18,3	0,0
	5 ou mais	6,1	12,5	19,3	29,4	0,0
Frequência qualquer jogo	Semanal	22,8	47,6	54,4	53,2	0,0
	Mensal	17,5	36,6	33,8	28,8	0,0
	Anual	7,4	15,4	11,0	14,0	0,0
	Nunca	52,4	--	--	--	100,0
Quantia máxima gasta em aposta num só dia	Nunca	51,6	--	--	--	100,0
	Menos de 10 euros	26,7	55,1	28,2	7,0	0,0
	Dez ou mais euros	21,4	44,1	71,0	89,4	0,0
Tipo de jogo	Não joga	51,9	--	--	--	100,0
	Jogos SCM	46,9	97,5	95,5	86,2	0,0
	Outros jogos	1,2	2,5	4,5	13,8	0,0
Consumo de qualquer substância psicoativa ilícita		10,3	10,1	13,1	16,4	10,4

Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL.

Vemos assim que a subpopulação dos jogadores patológicos se eleva a 155 indivíduos – 0,027% do grupo dos jogadores –, enquanto os jogadores em risco constituem um grupo de 1440 indivíduos ou seja 24,87% do conjunto dos jogadores. Quer dizer que se as situações mais gravosas das escalas representam um número muito reduzido de indivíduos, o mesmo não se verifica quando consideramos os jogadores em risco que representam, aproximadamente, um quarto do conjunto dos jogadores⁹.

Vejam os quais são as características individuais e sociológicas associadas a cada uma destas situações.

No grupo dos jogadores, que comparamos com as características da população geral, estão mais representados os homens (51,2 contra 48,3% na população geral, como já tínhamos visto). Quando consideramos os jogadores com riscos esta proporção passa para 61,9% e para 65,6% quando consideramos os jogadores patológicos.

Os grupos de idade entre os 35 e os 54 anos estão bem representados nos jogadores, mas eles também dominam no grupo dos jogadores com riscos enquanto nos jogadores patológicos estão melhor representados os grupos entre 45 e 64 anos.

Os indivíduos que trabalham estão sobre representados no grupo dos jogadores (59,6%), enquanto eles só representam 49,2% na população geral e eles constituem quase os dois terços (64%) dos jogadores com riscos e 59,2% dos jogadores patológicos onde estão igualmente bem representados os indivíduos sem atividade

⁹ Alguns dos indicadores utilizados fazem parte do teste SOGS, cuja referência temporal é a prática ao longo da vida, enquanto outros são específicos do PGSI cuja referência temporal é os últimos 12 meses.

(licença, baixa, procura do primeiro emprego e incapacitados) e os que vivem de rendimentos.

Os agregados familiares com 3 e 4 pessoas dominam no grupo dos jogadores, enquanto no caso dos jogadores com riscos e patológicos estão melhor representados os agregados com 5 e mais pessoas.

Nas populações de jogadores e dos jogadores com riscos os rendimentos individuais proporcionalmente melhor representados são os que se situam entre 500 e 1000 euros, enquanto nos jogadores patológicos eles são mais elevados, situando-se entre os 1000 e 1250 e os acima de 1500 euros.

Na população de jogadores estão sobre representados o segundo e terceiro ciclos, o secundário e o superior. No caso dos jogadores com riscos estão melhor representados os segundo e terceiros ciclos aos quais se juntam no grupo dos jogadores patológicos os detentores de um diploma de ensino secundário.

Todas as categorias socioprofissionais se encontram proporcionalmente representadas na população de jogadores, mas nos jogadores com riscos pesam proporcionalmente mais as profissões técnicas e de enquadramento e os trabalhadores independentes. Nos jogadores patológicos sobressaem os Empresários dirigentes e profissões liberais e as Profissões técnicas de enquadramento.

Um terço dos jogadores pratica só um jogo e dois terços entre 1 e 2. Nos jogadores com riscos esta proporção desce para um pouco mais de metade aumentando, pelo contrário os indivíduos que jogam 3 ou 5 e mais. Já nos jogadores patológicos, quase metade (47,7%) pratica mais de 4 jogos.

84,2% da população de jogadores jogam com uma frequência semanal (47,6%) ou mensal (36,6%). Os jogadores com riscos têm uma assiduidade de jogo maior (54% joga semanal e 33,8% mensalmente), que se mantém em níveis equivalentes nos jogadores patológicos.

44,1%, 71% e 89,4% dos jogadores, dos jogadores com riscos e dos jogadores patológicos, respetivamente, já apostaram mais de 10 euros num só dia.

97,5% dos jogadores praticam os jogos da Santa Casa, 2,5% outros jogos. A proporção de outros jogos eleva-se para 4,5% no caso dos jogadores com riscos e para 13,8% no caso dos jogadores patológicos.

Em média, 10,1% dos jogadores e dos jogadores com riscos consumiram alguma substância ilícita ao longo da vida, quer dizer que se trata de um consumo próximo da média nacional, que é de 10,3%. No caso dos jogadores patológicos a prevalência do consumo de qualquer droga é de 16,4%.

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Propomos-nos focar agora a nossa atenção nas práticas de jogo e nos consumos de substâncias considerando as situações problemáticas. Vamos, num primeiro momento, apresentar os diferentes testes que utilizamos, uma vez que a prevalência de padrões de consumo problemático ou abusivo, ou de problemas com o jogo, depende em grande parte das questões, definições e metodologias utilizadas (Anderson e Baumberg, 2006). Apresentaremos igualmente os resultados que os dois testes – SOGS e PSGI – permitem obter para a nossa população de inquérito e procuraremos ainda, numa primeira aproximação, analisar as situações de risco acumulado pelos indivíduos através dos diferentes consumos e práticas a que recorrem.

Instrumentos de avaliação dos consumos

CAST (cannabis-abuse screening test)

A canábis é a substância psicoativa ilícita mais usada no mundo. Em Portugal a prevalência desta substância ao longo da vida é de 9,7% na população geral (15-74 anos), e de 15,1% na população jovem (15-34 anos).

Existem muitos instrumentos de avaliação concebidos para detetar o consumo problemático da canábis. No Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, um dos testes utilizados é o CAST (*Cannabis-Abuse Screening Test*). Uma das razões para a sua utilização prende-se com o facto de o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) sugerir a sua utilização para uma mais efetiva comparação dos vários estudos e entre diferentes países, facilitando assim a monitorização dos fenómenos relacionados com o uso problemático da canábis.

O CAST, instrumento desenvolvido pelo Observatório Francês das Drogas e Toxicodependências, é composto por seis questões que procuram identificar padrões e comportamentos de risco associados ao uso de canábis nos últimos 12 meses (Legleye *et al.*, 2007). Todas as perguntas são respondidas numa escala de 5 pontos (1 “nunca”, 2 “raramente”, 3 “de tempos a tempos”, 4 “algumas vezes”, 5 “muitas vezes”).

Legleye *et al.* (2007), no artigo de validação do teste, propõem uma dicotomização da escala, que é construída com base na definição de limites para a imputação de valores 0 e 1 por questão. O primeiro limite é a alternativa “de tempos a tempos” para as duas primeiras questões, que permite que as pessoas indiquem que não têm problemas, enquanto para as restantes perguntas o limite está na alternativa “raramente”.

A razão dada pelos autores desta diferença é porque as duas primeiras questões apontam para medidas ligadas à sazonalidade, enquanto as restantes quatro questões

apontam para estados ou situações enfrentadas pelo indivíduo devido ao consumo. Com esta classificação, a pontuação final da escala situa-se entre os 0 e os 6 pontos: sem risco (0 pontos), risco baixo (1 a 2 pontos), risco moderado (3 pontos), e risco elevado (4 a 6 pontos).

Segundo o CAST, 0,7% da população apresenta um risco moderado ou elevado associado ao consumo de canábis. Já 0,8% apresenta um risco baixo e 3,0% não apresentam quaisquer riscos associados ao consumo desta substância. Os consumos de risco moderado e elevado são superiores entre os homens e os mais jovens.

AUDIT (alcohol use disorders identification test)

Atualmente, na União Europeia, não existe uma metodologia de pesquisa comparativa estandardizada para medir a prevalência de consumo de álcool, bem como do consumo excessivo de álcool, episódios de consumo excessivo de álcool (*binge drinking*) e abuso e dependência de álcool, mesmo depois de projetos como o SMART¹⁰ e o RARHA¹¹.

A Organização Mundial de Saúde, por seu turno, colocou o álcool como parte da sua agenda pública ainda na década de 1980. E tem sido esta a desenvolver sistematicamente sistemas válidos e instrumentos universais. O desenvolvimento de critérios de diagnóstico e instrumentos correspondentes para operacionalizar esses critérios tem uma história longa e complicada, da qual não nos ocuparemos aqui (ver Hasin, 2003).

De acordo com Bloomfield, Hope e Kraus (2013), atualmente três medidas principais tendem a dominar a pesquisa de população sobre álcool: o CIDI-SAM, o AUDADIS, e o AUDIT. Tendo sido todos desenvolvidos aproximadamente na mesma época, apenas o CIDI e o AUDIT foram destinados a uso comparativo internacional (Bloomfield, Hope e Kraus, 2013).

Atendendo aos contextos nacional, europeu e internacional, quando tivemos de optar por um instrumento de avaliação de dependência e de consumo abusivo de álcool, uma das escolhas recaiu sobre o AUDIT (*alcohol use disorders identification test*).

Segundo o documento Rede de Referência / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool (Ministério da Saúde / Instituto da Droga e da Toxicodependência,

¹⁰ SMART – *Standardizing Measurement of Alcohol Related Troubles*. Um dos objetivos deste projeto financiado pela Comissão Europeia era o de “Desenvolver metodologia de pesquisa comparativa estandardizada sobre consumo excessivo, *binge drinking*, embriaguez, contextos de consumo, e dependência de álcool.” (Moskalewicz e Sieroslowski, 2010: 4).

¹¹ RARHA – *Reducing Alcohol Related Harms. Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)*, projeto cofinanciado pela Comissão Europeia no quadro do *Health Programme (2008–2013)* e coordenado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Um dos *Work Packages* tinha como objetivos fortalecer a monitorização dos padrões de consumo e dos danos relacionados com o álcool na Europa (Moskalewicz, Room e Thom, 2016: 8).

2011), de modo a facilitar a deteção de problemas ligados ao álcool, devemos começar por utilizar o AUDIT C, que inclui apenas as três primeiras questões do AUDIT (Babor *et al.*, 2001) e constitui o primeiro momento de preenchimento. Neste caso, a pontuação máxima é de 12 e acima de 4 (maior ou igual a 5), no homem, ou acima de 3 (maior ou igual a 4), na mulher, classifica-se como sendo consumo excessivo de álcool. Uma pontuação menor, abaixo destes valores, corresponde a uma classificação do consumo de baixo risco. A primeira pergunta versa a frequência dos consumos; a segunda, a quantidade de álcool num dia de consumos; e a terceira, a frequência de episódios do consumo acentuado (*binge drinking*).

Relativamente ao AUDIT, quanto mais alta a pontuação (que varia entre 0 e 40), maior a probabilidade do consumo de álcool do indivíduo estar a afetar a sua saúde e segurança e maior a probabilidade de estarmos perante uma dependência alcoólica: consumo sem risco (0 pontos), consumo de baixo risco (1 a 3 pontos nas mulheres e 1 a 4 pontos nos homens), consumo de risco médio (4 a 7 nas mulheres e 5 a 7 nos homens), consumo de risco elevado ou risco nocivo (8 a 19 pontos), e dependência (20 a 40 pontos).

O teste foi aplicado à população consumidora ao longo da vida, mas para efeitos de possíveis comparações nacionais e internacionais utilizou-se um filtro para a população consumidora no último ano.

Fazendo uso do AUDIT C, o consumo excessivo na população geral em Portugal situa-se nos 15,1%, sendo mais elevado a partir dos 45 anos; em contrapartida, 43,1% da população total caracterizam-se por um consumo de baixo risco.

Utilizando a versão completa do AUDIT, verifica-se que 4,9% da população apresenta um consumo de bebidas alcoólicas sem risco, 37,1% um consumo de baixo risco e 12,6% um consumo de risco médio. É de 2,8 a percentagem de consumidores de risco elevado/dependentes alcoólicos. A diferença de sexo é expressiva, o que se traduz posteriormente por uma maior presença do consumo sem risco ou de baixo risco nas mulheres e de maior expressividade do consumo de elevado risco ou dependência nos homens. O consumo de risco elevado ou dependência é superior entre os inquiridos com idades compreendidas entre os 35 e os 74 anos.

SOGS (South Oaks gambling screen)

Muitos instrumentos para medir o jogo problemático foram desenvolvidos com diferentes objetivos (avaliação, diagnóstico, pesquisas epidemiológicas, investigação, etc.). No entanto, nem todos os instrumentos passaram por um rigoroso processo de avaliação das suas características psicométricas. Entre as medidas de “self-report” utilizadas em estudos de prevalência, o SOGS e o PGSI atendem aos critérios para serem considerados instrumentos válidos e confiáveis (Barbaranelli *et al.*, 2013).

Em Portugal, antes da utilização do SOGS no INPG, um estudo de Lopes (2010) aferiu-o para a cultura portuguesa, o que nos levou a optar por este instrumento em detrimento de outros.

O *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) é um questionário desenvolvido com base nos critérios do DSM-III para rastrear o jogo patológico em populações clínicas (Lesieur e Blume, 1987). O melhoramento do questionário e a seleção de itens produziram uma escala de 20 questões que foram validadas em grandes grupos de jogadores patológicos e grupos de controlo. Este permite avaliar o impacto do jogo em diversos domínios da vida do jogador: familiar, social, profissional, recursos financeiros e aspetos emocionais. Os autores do SOGS definiram como "prováveis jogadores patológicos" os indivíduos com uma pontuação de 5 ou mais.

Validado inicialmente em amostras da população clínica, o SOGS foi posteriormente validado em amostras da população geral, em vários contextos e culturas (ver Abbott e Volberg, 1996; Stinchfield, 2002; Volberg, Abbott, Ronnberg e Munck, 2001; Volberg e Vales, 1998). A principal crítica apresentada ao SOGS prende-se com o facto de mostrar baixa precisão de classificação na população geral, sobrestimando a prevalência de jogo patológico (Gambino e Lesieur, 2006). Stinchfield (2002), no entanto, ao investigar a precisão da classificação de SOGS na população geral com base nos critérios do DSM-IV (4a ed.; American Psychiatric Association, 1994), revelou uma alta taxa de acerto (0,96), com alta sensibilidade (0,99), especificidade modesta (0,75), taxas de falso positivo baixo (0,04) e falso negativo baixo (0,11).

Uma crítica relativa a este é que, embora o SOGS seja essencialmente um instrumento de triagem, ele geralmente é usado como uma ferramenta de diagnóstico. Outra crítica é que atribui muito peso ao número de diferentes tipos de dívidas acumuladas. Além disso, foi desenvolvido com base nos critérios do DSM-III, critérios que foram alterados para formar o DSM-IV. Não obstante a importância destes argumentos, manter o SOGS na pesquisa epidemiológica tem a vantagem de permitir comparações com outros estudos (Shaffer *et al*, 1999; Cox *et al*, 2004).

As questões foram, no nosso questionário, aplicadas à população jogadora ao longo da vida. O score resultante do somatório das respostas é o seguinte: sem problemas (0 pontos), alguns problemas (1 a 4 pontos), e probabilidade de ser jogador patológico (5 a 20 pontos).

Segundo o teste SOGS, é de 46,2% a população que não apresenta quaisquer problemas de dependência no que aos jogos de fortuna ou azar diz respeito. Apresentam alguns problemas 1,2% da população, enquanto 0,6% tem probabilidade de ser jogador patológico. A probabilidade de ser jogador patológico é superior entre os jogadores do sexo masculino e entre os que têm idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos.

Encontramos uma correlação significativa do teste SOGS com os seguintes jogos: totoloto/totobola (Pearson=0,385, sig < 0,001), lotarias (Pearson=0,328, sig < 0,001), apostas (Pearson= 0,202, sig < 0,001), raspadinha (Pearson= 0,694, sig < 0,001), euromilhões (Pearson=0,792, sig < 0,001) e placard (Pearson=0,255, sig < 0,001).

Para além do motivo mencionado acima para a utilização do SOGS no terceiro INPG, decidimos usar o SOGS por outros dois motivos, apesar das críticas a que este instrumento foi submetido. Primeiro, ainda é um dos instrumentos mais usados para avaliar problemas de jogo. Segundo, como não existiam estudos de prevalência representativos a nível nacional e regional, na população geral em Portugal, a inclusão do SOGS facilita a comparação dos resultados da população residente em território nacional com os de outros países. Na quarta aplicação do INPG decidimos complementar o SOGS com o PGSI porque este emergiu como um dos sucessores mais promissores do SOGS para a medição dos problemas de jogo. De facto, o PGSI fornece “uma medida mais contínua (e não dicotómica) e mais social (e não clínica) do jogo problemático” (Orford *et al*, 2010: 32).

PGSI (Problem gambling severity index)

O PGSI é um questionário de nove questões concebido para monitorizar o jogo problemático numa população normal. A lógica por trás desse questionário foi o desenvolvimento de um instrumento novo e mais significativo para avaliar o jogo problemático em investigações na população geral (Ferris e Wynne, 2001). O PGSI faz parte de um instrumento de avaliação maior, o Canadian Problem Gambling Index (CPGI), um questionário de 31 itens desenvolvido a partir de uma revisão da literatura e dos instrumentos de jogo problemático existentes. O PGSI demonstrou validade e confiabilidade satisfatórias, além de altas correlações com a frequência de jogo e com a quantidade de tempo e dinheiro gastos no jogo; a precisão da classificação em relação ao DSM-IV resultou em alta sensibilidade (0,83) e perfeita especificidade (1,00) (ver Stinchfield, Govini e Frisch, 2005; Holtgraves, 2009).

O PGSI categoriza os sujeitos em quatro grupos de acordo com sua pontuação total: sem problemas de jogo (0 pontos), nível baixo de problemas com algumas consequências negativas ou não identificadas (1 a 2 pontos), nível moderado de problemas, com algumas consequências negativas (3 a 7 pontos), e jogo problemático com consequências negativas e uma possível perda de controlo (8 a 27 pontos).

Para os dados de que dispomos para a população geral, o teste PGSI apresenta uma confiabilidade boa (Alpha de Cronbach = 0,824).

Considerando os últimos 12 meses, 38,4% da população geral são jogadores e não apresentam problemas com o jogo, 6,3% são jogadores com problemas de baixo nível, com consequências negativas ou consequências não identificadas, 2,1% apresentam

problemas moderados e 1,0% corresponde a situações de jogo problemático com consequências negativas e perda de controlo.

A partir de questões e de valores diferentes, as tendências nos resultados do teste PGSI são similares às encontradas no teste SOGS: são os grupos etários dos 35-44, 45-54 e 55-64 anos aqueles que apresentam um registo mais elevado de situações potencialmente problemáticas com o jogo; são também os homens os que se destacam como jogadores com problemas, quando comparados com as mulheres.

Observa-se uma correlação significativa entre o *Teste Problem Gambling Severity Index* e os seguintes jogos: apostas (Pearson=-0,229, sig < 0,001), casinos (Pearson=-0,200, sig < 0,001), euromilhões (Pearson=0,120, sig < 0,001), perícia a dinheiro (Pearson=-0,170, sig < 0,001), slot machines (Pearson=-0,166, sig < 0,001), corridas de cavalos (Pearson=-0,225, sig < 0,001) e poker (Pearson=-0,187, sig < 0,001).

Situações de riscos acumulados

A questão que nos colocamos agora é a de saber em que medida os indivíduos acumulam riscos consumindo substâncias psicoativas lícitas - aqui consideraremos o álcool - ou ilícitas, como o uso de cannabis, e práticas de jogo.

O facto de que os testes relativos às práticas de jogo problemático não terem referências temporais coincidentes entre si e igualmente com as temporalidades dos consumos de substâncias psicoativas permite-nos analisar os riscos acumulados ao longo da vida de um indivíduo, não necessariamente acumulados em simultâneo.

A tabela 6 apresenta a acumulação de riscos medidos pelo AUDIT C e pelo PSGI, respetivamente para o consumo problemático de álcool e o jogo problemático. Os resultados obtidos mostram que a relação entre o consumo problemático de álcool e as práticas de jogo problemático não é linear. Por um lado, observamos uma relação de associação entre as diferentes posições dos testes, que leva a que haja uma sobre representação de indivíduos nas células que se encontram na diagonal: associação entre abstinência de álcool e prática de jogo sem problema; associação entre baixo risco no consumo de álcool baixo risco no jogo e associação entre consumo excessivo de álcool e jogo com risco moderado e problemático. No entanto, observamos igualmente a existência de indivíduos que não consomem álcool e que registam uma situação de jogo problemático (Tabela 6).

O mesmo exercício feito utilizando o teste SOGS mostra as mesmas orientações embora com alguns cambiantes: observamos uma convergência entre o consumo excessivo medido pelo AUDITC e o risco moderado e problemático do jogo; o consumo de álcool com risco moderado associa-se maioritariamente a padrões de jogo sem problemas e, finalmente, abstinentes de álcool que registam práticas com risco no jogo mas agora mais ao nível dos riscos moderados (Tabela 7).

Tabela 6. Testes Audit C e PGSI

	Sem problemas de jogo	Problemas de jogo de nível baixo	Problemas de jogo de nível moderado	Uso problemático do jogo	Total
Não consumidor	31,0 (1434)	19,9 (150)	28,4 (73)	41,5 (51)	29,7 (1708)
Consumidor de baixo risco	50,0 (2312)	55,3 (416)	47,1 (121)	27,6 (34)	50,1 (2883)
Consumidor excessivo	18,9 (875)	24,7 (186)	24,5 (63)	30,9 (38)	20,2 (1162)
Total	100% (4621)	100% (752)	100% (257)	100% (123)	100% (5753)

Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL.

Tabela 7. Testes Audit C e SOGS

	Sem problemas	Alguns problemas	Probabilidade de ser jogador patológico	Total
Não consumidor	29,6 (1651)	38,5 (55)	30,9 (21)	29,8 (1727)
Consumidor de baixo risco	50,8 (2834)	28,7 (41)	30,9 (21)	50,0 (2896)
Consumidor excessivo	19,6 (1092)	32,9 (47)	38,2 (26)	20,1 (1165)
Total	100% (5577)	100% (143)	100% (68)	100% (5788)

Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL.

Quando consideramos a relação do jogo problemático com o consumo de canábis, observamos igualmente uma associação entre os diferentes níveis de risco (Tabela 8).

A Tabela 9, a seguir, apresenta-nos a repartição das situações de risco distribuídas entre o teste CAST e o teste SOGS.

Tabela 8. Testes CAST e SOGS

	Não jogador	Sem problemas de jogo	Alguns problemas de jogo	Probabilidade de ser jogador patológico	Total
Não consumidor			90,9 (130)	94,0 (63)	95,5 (11487)
Consumidor sem risco	4,0 (251)	2,0 (113)	0,7 (1)	0,0 (0)	3,0 (365)
Consumidor de baixo risco	0,9 (57)	0,6 (34)	2,8 (4)	0,0 (0)	0,8 (95)
Consumidor risco moderado ou alto	0,6 (36)	0,5 (28)	5,6 (8)	6,0 (4)	0,6 (76)
Total	100% (6236)	100% (5577)	100% (143)	100% (67)	(100%) 12024

Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL.

Tabela 9. Repartição das situações de risco nos testes CAST e SOGS

	<i>Sem problemas de jogo</i>	<i>Alguns problemas de jogo</i>	<i>Probabilidade de ser jogador patológico</i>	<i>Total</i>
Consumidor sem risco	64,6 (113)	7,7 (1)	0,0 (0)	59,4 (114)
Consumidor de baixo risco	19,4 (34)	30,8 (4)	0, (0)	19,8 (38)
Consumidor risco moderado ou alto	16,0 (28)	61,5 (8)	100,0 (4)	20,8 (40)
Total	100,0% (175)	100,0% (13)	4 (100,0) (4)	100,0% (192)

Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL.

ANÁLISE DAS COCORRÊNCIAS ENTRE JOGO PATOLÓGICO E CONSUMO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS

Apresentação do modelo de análise

Pretendemos agora analisar as relações de coocorrência entre situações de jogo patológico e situações de dependência à cannabis.

Autores como Hammond *et al* (2019) testaram a relação entre o consumo de canábis, a prática do jogo problemático e distúrbios psiquiátricos. Os autores discutem primeiro a forma como o jogo patológico (considerado como um distúrbio de controlo do impulso) e o uso abusivo de substâncias é similar. Focam-se depois no consumo abusivo de substâncias entre jogadores patológicos. É feita ainda neste artigo uma referência a um estudo sobre utilizadores de metadona e a situação do jogo patológico, em Nova Iorque, sendo que as conclusões apontam para que 21% da população alvo fossem prováveis jogadores patológicos, enquanto 9% eram jogadores problemáticos, ou seja, tinham tido um qualquer problema decorrente do jogo.

Nesta relação entre jogo, uso de substâncias e perturbações mentais, Ferentzy *et al* (2013) falam de um número considerável de jogadores problemáticos e de consumidores abusivos que têm problemas mentais, particularmente ao nível de distúrbios de personalidade. Os autores referem que, apesar das limitações do conhecimento que se tem das relações devido à escassez de estudos, são reportadas frequentemente, e em todo o mundo, a elevada correlação entre o jogo problemático e o abuso de substâncias psicoativas. Spunt *et al.* (citados por Ferentzy *et al*, 2013) apontam para o facto de a prevalência do jogo problemático entre os consumidores de substâncias (álcool e outras drogas) serem quatro a dez vezes superiores às que se verificam na população geral.

Na revisão da literatura, Griffiths *et al.* (referidos por Ferentzy *et al*, 2013) fazem cinco observações pertinentes a propósito desta relação entre o jogo problemático e o uso de substâncias: (1) alguns tipos de jogo são mais prováveis que outros para os consumidores problemáticos de substâncias psicoativas (é o caso das *slot machines*); (2) dado que o jogo problemático é multifacetado, provavelmente é um síndrome e não um distúrbio singular, tendo posteriormente implicações em termos de tratamento entre os que têm co morbilidade; (3) o sexo, a cultura e a idade estão relacionados de maneiras complexas com as substâncias escolhidas, assim como com o jogo e com padrões de uso de substâncias psicoativas; (4) tanto o abuso de drogas como o jogo problemático têm dimensões temporais, e os investigadores interessados na co morbilidade de ambos terão de ter em conta os diferentes estádios de carreira de jogo e de consumo de substâncias e (5) enquanto a investigação em torno do jogo problemático está bem ciente do significado dos distúrbios do uso mórbido de

substâncias psicoativas, o campo de investigação acerca do abuso de substâncias psicoativas raramente tem em consideração o uso problemático do jogo.

Wareham e Potenza (2010) apontam para as similaridades entre o jogo patológico e o abuso de substâncias psicoativas enquanto comportamentos aditivos: 1) repetido envolvimento com um comportamento apesar das consequências adversas; 2) envolvimento compulsivo no comportamento; 3) autocontrolo reduzido sobre o envolvimento e a participação no comportamento; e 4) presença de um estado de ânsia ou de desejo apetitivo, que precede tipicamente o envolvimento no comportamento compulsivo no consumo de substâncias, aparenta aplicar-se também ao jogo problemático.

Com base nestas premissas, consideramos importante aprofundar, com base nas experiências singulares dos indivíduos, o conhecimento da relação entre o consumo de substâncias psicoativas e a situação de jogo problemático. Não havendo nos inquéritos nacionais ao consumo de substâncias psicoativas em Portugal quaisquer indicadores acerca da psicopatologia e da saúde mental em geral dos indivíduos, limitaremos a aplicação do modelo acima referido para medir a relação entre os consumos de substâncias ilícitas e o jogo problemático e patológico. Vamos recorrer, para isso, ao modelo de regressão logística.

Metodologia para o modelo em análise

As variáveis que foram mobilizadas na análise são as que se reportam aos consumos de substâncias psicoativas em geral, e da canábis em particular, ao consumo problemático de bebidas alcoólicas (AUDIT) e ao uso problemático do jogo (SOGS).

Na impossibilidade de construir um modelo de moderação em que o uso de canábis seria a moderadora da relação entre distúrbios mentais e jogo problemático (Hammond *et al*, 2019), testamos a relação entre o jogo e o uso de substâncias. Em relação ao jogo, baseados em Hammond *et al* (2019) assumimos quatro posições diferentes: 1) baixa frequência e não jogo; 2) baixo risco; 3) risco; e 4) jogo patológico. Numa perspetiva clínica, e atendendo ao que são os efeitos estimados do uso de canábis em termos de psicopatologias, testamos os efeitos assumindo diferentes situações na variável independente: 1) o uso de qualquer substância psicoativa ao longo da vida; 2) o uso de canábis ao longo da vida; 3) o uso problemático de bebidas alcoólicas; 4) o uso combinado de substâncias psicoativas e consumo problemático de álcool.

Para além da relação entre as variáveis acima elencadas, parece-nos pertinente, numa segunda etapa, testar a moderação tendo como variável independente a idade, como variável efeito o uso problemático do jogo e como variável moderadora o consumo de canábis. Também o contrário será testado, i.e., o consumo de canábis como

dependente e o jogo como moderadora, sustentado na similaridade e relação de comorbidade entre ambos os comportamentos que Spunt *et al.* (1998) e Ferentzy *et al.* (2013) apontam nos seus estudos.

Resultados e discussão final

Nas suas conclusões, Hammond *et al.* (2019) apontam para o facto de maior severidade de jogo problemático estar associada a psicopatologias e uso de substâncias.

De acordo com os dados de que dispomos, não nos é possível tratar relações que envolvam a existência de psicopatologias. No entanto, encontramos, à semelhança de Hammond *et al.*, uma relação entre o jogo problemático e o consumo de substâncias.

Numa primeira abordagem bivariada, os resultados dos testes de correlação apontam para uma relação significativa do teste SDS (de dependência de canábis) a diversos jogos, sendo as relações mais significativas as que se estabelecem com o de dados a dinheiro (Pearson=-0,101, sig < 0,001), corridas de cavalos (Pearson=-0,199, sig < 0,001) e poker (Pearson=-0,132, sig < 0,001).

Os nossos resultados apontam igualmente para uma correlação significativa entre a raspadinha (Pearson=-0,104, sig < 0,001), o euromilhões (Pearson=-0,207, sig < 0,001) ou o placard (Pearson=-0,084, sig < 0,001) e os valores ao teste AUDIT C.

A relação entre o jogo problemático e os consumos abusivos de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas é consolidada pelo modelo de regressão logística, quando avaliamos a probabilidade de ocorrer uma situação de jogo patológico (SOGS) considerando algumas características pessoais (nomeadamente os grupos etários) e alguns comportamentos (como o ter consumo de álcool excessivo, a partir dos valores no teste AUDIT e o ser consumidor de canábis de alto risco, com score elevado no CAST).

Sabemos que, tanto num como noutra teste de dependência de jogo, a percentagem de jogadores com problemas pode comprometer uma análise que procure encontrar fatores preditores de tal comportamento. Contudo, na pesquisa de uma relação entre os diferentes tipos de comportamentos de risco, pareceu-nos interessante explorar este modelo de análise de regressão linear múltipla. Os resultados da regressão logística realizada apontam para um efeito significativo dos fatores tanto no teste SOGS (teste LR: $X^2(1) = 35,431$; $p < 0,001$), como no teste PGSI (teste LR: $X^2(1) = 72,225$; $p < 0,001$). Confirma-se o modelo: existem comportamentos de consumo que são preditores da existência de uso problemático do jogo. Em termos de características pessoais, o género masculino constitui-se como um fator de risco de consumo.

Ser consumidor de álcool excessivo aumenta a probabilidade de ser também jogador problemático. Ser consumidor de alto risco de canábis aumenta de forma ainda maior a probabilidade de ser também jogador problemático.

O recurso a ambos os testes permitiu ainda perceber a presença dos grupos etários como fator diferenciador do uso problemático do jogo, quando a avaliação desse uso é feita a partir do PGSI. No caso do SOGS, não há efeito significativo dos grupos etários.

Tabela 10. Preditores do uso problemático do jogo (regressão logística)

	SOGS jogo problemático ⁽¹⁾		PGSI jogo problemático ⁽²⁾	
	B	Wald	B	Wald
Masculino	0,775	8,467**	0,784	15,640***
15-24 anos	----	----	----	----
25-34 anos	----	----	----	----
35-44 anos	----	----	0,759	4,258*
45-54 anos	----	----	1,238	12,624***
55-64 anos	----	----	1,012	7,987***
AUDIT excessivo	0,958	14,000***	0,785	16,080***
CAST alto risco	2,253	12,407***	2,769	37,686***
Nagelkerke <i>R</i> ²	0,055		0,068	

Nota: 15-24 anos (0 – não 15-24 anos; 1 – 15-24 anos); 25-34 anos (0 – não 25-34 anos; 1 – 25-34 anos); 35-44 anos (0 – não 35-44 anos; 1 – 35-44 anos); 45-54 anos (0 – não 45-54 anos; 1 – 45-54 anos); 55-64 anos (0 – não 55-64 anos; 1 – 55-64 anos); AUDIT excessivo (0 – não AUDIT excessivo, 1 – AUDIT excessivo); CAST alto risco (0 não CAST alto risco, 1 – CAST alto risco).

(1) SOGS jogo problemático: 0 – não SOGS jogo problemático; 1 – SOGS jogo problemático. * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001.

(2) PGSI problemático: 0 – não PGSI problemático; 1 – PGSI problemático. * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001.

Fonte: IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, CICS.NOVA, FCSH, UNL.

Os dados, orientações de leitura e consequentes reflexões produzidas ao longo deste capítulo parecem-nos permitir fornecer pistas para futuros desenvolvimentos em torno dos comportamentos relacionados com a prática de jogo e da coocorrência de práticas de consumo de substâncias psicoativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbott, M. e Volberg, R. (2006). The measurement of adult problem and pathological gambling. *International Gambling Studies* 6 (2), 175-200.

Alvarez-Monjaras *et al.* (2019). A developmental model of addictions: Integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. *Attachment & Human Development*, 21 (6), 616–37. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1498113>.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Anderson, P., e Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.

Babor *et al.* (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care, manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization (WHO).

Balsa, C., Vital, C. e Urbano, C. (2018). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017*. Lisboa, SICAD. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/181/IV_INPG_2016_17_PT.PDF.

Balsa, C., Vital, C. e Urbano, C. (2015). *Perfil do jogo e dos jogadores em Portugal com base nos resultados do III Inquérito Nacional à População Geral, Portugal 2012*. Lisboa, SICAD. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/161/PerfiJogoJogadoresPT_INPG2012.pdf.

Barbaranelli *et al.* (2013). Estimating the prevalence of adult problem gambling in Italy with SOGS and PGSI. *Journal of Gambling*, 28. DOI: <http://dx.doi.org/10.4309/jgi.2013.28.3>.

Berlin, H. *et al.* (2008). Understanding the differences between impulsivity and compulsivity. Disponível em: <https://www.psychiatrictimes.com/impulse-control-disorders/understanding-differences-between-impulsivity-and-compulsivity>.

Black, D., Shaw, M. e Blum, N. (2010). Pathological gambling and compulsive buying: do they fall within an obsessive-compulsive spectrum?. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12 (2), 175–85. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20623922>.

Blanco *et al.* (2001). Pathological gambling: addiction or compulsion?. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 6 (3), 167–76. <https://doi.org/10.1053/SCNP.2001.22921>.

Blaszczynski, A. e Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addictions* 97, 487-499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>.

Bloomfield, K., Hope e A., Kraus, L. (2013). Alcohol survey measures for Europe: A literature review. *Drugs: education prevention and policy*, 20 (5), 348-360. <http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2011.642906>.

Cox, B. *et al.* (2004). Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV based interview in a community survey of problem gambling. *Can J Psychiatry* 49 (4), 258-264.

Data Crítica - Estudos de Opinião e Mercado (2001). *O estado da Nação – Como está o Portugal de hoje*, síntese dos resultados, resultados finais.

Ferentzy, P. *et al.* (2013). Illicit drug use and problem gambling. *ISRN Addiction*, 2013, Article ID342392. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/342392>.

Ferris, J., e Wynne, H. (2001). *The Canadian problem gambling index*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

Gambino, B., e Lesieur, H. (2006). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A rebuttal to critics. *Journal of Gambling Issues* 17. doi:10.4309/jgi.2006.17.10.

Goffman, E. (1970). *Strategic interaction*. Oxford: Basil Blackwell.

Hammond *et al.* (2019). Cannabis use, problem-gambling severity, and psychiatric disorders: Data from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Psychol Addict Behav*. doi: 10.1037/adb0000472.

Hasin, D. (2003). Classification of alcohol use disorders. *Alcohol Research and Health* 27, 5–17.

Holtgraves, T. (2009). Evaluating the problem gambling severity index. *Journal of Gambling Studies* 25, 105–120.

Legleye *et al.* (2007). Validation of the CAST, a general population cannabis abuse screening test. *Journal of Substance Use*. 12 (4), 233-242.

Lesieur, H. e Blume, S. (1987). “The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*. 144, 1184-1188.

Lopes, H. (2010). Update of gambling dependence research in Portugal. *9th EASG Conference Presentation*, Viena. Disponível em: <http://www.easg.org/website/conference.cfm?id=13&cid=13§ion=INFORMATION>.

Milosevic, A. e Ledgerwood, D. (2010). The subtyping of pathological gambling: a comprehensive review. *Clinical Psychology Review* 30 (8): 988-998. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.013>.

Ministério da Saúde / Instituto da Droga e da Toxicodependência (2011). *Rede de referência / articulação para os problemas ligados ao álcool*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Moskalewicz, J., Room, R. e Thom, B. (2017). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU: Baseline assessment and suggestions for future action*. Synthesis report. PARPA - The State Agency for Prevention of Alcohol Related Problems.

Moskalewicz, J. e Sieroslowski, J. (2010). *Drinking population surveys - guidance document for standardized approach*. Final report prepared for the project standardizing measurement of alcohol-related troubles-SMART.

Moskalewicz, J., Room, R. e Thom, B. (2016). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU: Baseline assessment and suggestions for future action*. Synthesis report. PARPA - The State Agency for Prevention of Alcohol Related Problems.

Orford *et al.* (2010). PGSI and DSM-IV in the 2007 British gambling prevalence survey: Reliability, item response, factor structure and inter-scale agreement. *International Gambling Studies* 10 (1), 31–44.

Petry, N. (2002). How treatments for pathological gambling can be informed by treatments for substance use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 10 (3), 184–92. <https://doi.org/10.1037//1064-1297.10.3.184>.

Petry, N. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling?. *Addiction*, 101 Suppl 1 (September), 152–60. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01593.x>.

Potenza, M. (2001). The neurobiology of pathological gambling. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 6 (3), 217–26. <https://doi.org/10.1053/SCNP.2001.22929>.

Potenza, M. (2008). Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences* 363 (1507), 3181–89. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0100>.

Shaffer, H. *et al.* (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *American Journal of Public Health* 89 (9), 1369–1376.

Spunt *et al.* (1998). Pathological gambling and substance misuse: a review of the literature. *Substance Use & Misuse* 33 (13), 2535–60. <https://doi.org/10.3109/10826089809059340>.

Stein, D. *et al.* (2018). Balancing validity, utility and public health considerations in disorders due to addictive behaviours. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 17 (3), 363–64. <https://doi.org/10.1002/WPS.20570>.

Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors* 27 (1), 1–19.

Stinchfield, R. Govoni, R., e Frisch, R. G. (2005). DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling: Reliability, validity, and classification accuracy. *American Journal on Addictions* 14, 73-82.

Vaccaro, A. e Potenza, M. (2019). Diagnostic and classification considerations regarding gaming disorder: Neurocognitive and neurobiological features. *Frontiers in Psychiatry* 10 (June), 405. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00405>.

Volberg, R., Abbott, M., Rönnerberg, S. e Munck, I. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104, 250–256.

Volberg, R. e Vales, P. (1998). *Gambling and problem gambling in Puerto Rico*. Report to the Puerto Rico Treasury Department.

Walker, M. (1989). Some problems with the concept of "gambling addiction"?: Should theories of addiction be generalized to include excessive gambling?. *Journal of Gambling Behavior* 5 (3), 179–200. <https://doi.org/10.1007/BF01024386>.

Wareham, J. e Potenza, M. (2010). Pathological gambling and substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 36 (5), 242–247. doi:10.3109/00952991003721118.

Whiting *et al.* (2019). An exploratory study of relationships among five-factor personality measures and forms of gambling in adults with and without probable pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 35 (3), 915–28. <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9809-4>.

Perturbação ou Abuso de Jogo? Navegação à vista nos Limites do Diagnóstico

Pedro Hubert

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da indústria ligada ao jogo tem sido enorme assim como a quantidade de apostadores. Uma minoria destes jogadores sofre de perturbação de jogo (jogo patológico, JP) acrescido de outra minoria com problemas de abuso (JA, fase clínica anterior à da patologia). O número de jogadores de risco ou de abuso também tem aumentado a sua procura de tratamento, no Instituto da Apoio ao Jogador (IAJ). Noutros países, tal como em Portugal as prevalências efetuadas por Balsa, SICAD e NOVA com 4 anos de diferença são reveladoras: em 2013; Jogadores patológicos = 0,3% e jogadores abuso = 0,3%, tendo evoluído em 2017 para: Jogadores patológicos = 0,6% e Jogadores abuso = 1,2%. As percentagens no Reino Unido situam-se, nos adultos, entre 0,7% de perturbação de jogo acrescidos de 1,1% de jogadores de abuso (Wardle, Langham & Rogers, 2019). O objetivo deste estudo de caso foi de tentar, tanto quanto possível, a) classificar/definir limites de diagnóstico e perceber, estabelecer uma ligação equilibrada com o paciente e assim delinear a intervenção mais ajustada, eficaz que pode ir da simples redução de riscos a uma psicoterapia muito aprofundada. O estudo deste caso espera contribuir também para realçar a importância que deve ser dada aos b) diferentes tipos de prevenção e intervenção consoante a fase do problema de jogo em que o sujeito se encontra e c) as consequências do problema de jogo numa fase de abuso que não devem ser desvalorizadas, antes pelo contrário, pois afetam para além da área familiar, financeira, projetos de vida profissionais, pessoais, valores, autoestima assim como outras pessoas próximas. Os danos afetam uma proporção muito maior da população do que aqueles que podem ser definidos como jogadores problemáticos: para cada pessoa com problemas, cerca de cinco a dez pessoas são afetadas negativamente (Productivity Commission, 1999).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O *Continuum*: jogo recreativo – jogo de abuso – perturbação de jogo (jogo patológico). Uma parte significativa deste texto foi retirada da tese de doutoramento (Hubert, 2015) “Jogador patológico online e offline: caracterização e comparação”

O jogo patológico repousa num *continuum*. Aqueles que estão numa “zona cinzenta”, e cujo nível de adicção é moderado, são em maior número do que aqueles cuja adicção é severa, considerando que qualquer linha delimitadora, acima da qual se possa afirmar um problema de jogo, está condenada a ser arbitrária, mas será sempre necessário estabelecer referências (Orford, 2011). Esta progressão inicia-se no jogador ocasional e recreativo que é, de facto, a maioria da população. Oriundos desta população geral, surgem alguns jogadores que começam a ter problemas com o seu comportamento de jogo, que pode ser mais ou menos grave, culminando nos dependentes, que perdem, frequentemente, o controlo e trocam de forma sistemática as suas antigas prioridades.

Esta curva de risco não contempla de forma igual as populações ditas de risco, como os jovens ou os idosos, por terem características bem peculiares.

As três fases: jogador recreativo, abusivo e patológico

O jogador recreativo, tal como a sua designação o sugere, é aquele que aposta nas horas de lazer, por divertimento e não tem qualquer problema ou consequência resultante do seu comportamento. Jogar é um determinado comportamento cuja frequência varia em função das pessoas e que pode, ou não, ter resultados prejudiciais, devendo ser visto como distinto de adicção ou compulsão, não podendo ser considerado como irresponsável, antissocial ou patológico (Oakes, Smout & Smith, 2008). A vasta maioria dos jogadores inicia o comportamento de jogar porque é uma atividade de passatempo agradável e sem problemas (Griffiths, Hayer, & Meyer, 2009). A grande maioria das pessoas já apostou e as estimativas de prevalência sugerem que até 90% dos adultos jogaram pelo menos uma vez na vida (Kuss & Griffiths, 2012). A maioria dos jogadores recreativos aposta em jogos sociais como a lotaria ou o euromilhões. Jogar não é inerentemente patológico, imoral ou associado a qualquer tipo de problema psicológico. Uma grande parte das pessoas que decidem apostar a dinheiro fazem-no de forma responsável e sem qualquer problema.

Algumas perguntas podem surgir nesta fase: porquê, quando e como é que um indivíduo sai desta zona, inofensiva e sem problemas, e se desloca para a área do abuso, sendo que as mesmas perguntas são válidas para a passagem do jogo excessivo/abusivo para o jogo patológico. Para perceber a real dimensão dos problemas, é necessário perceber bem o desenvolvimento do jogo patológico, no que respeita às dificuldades cognitivas, mentais e comportamentais relacionadas com a

perda de controlo de um indivíduo no comportamento de jogo, que arrasta consequências económicas e sociais (European Commission, 2011).

Ao termo jogador abusivo correspondem várias designações como: “jogador-problema”, “jogador excessivo”, “jogador em risco”, “jogador suave ou moderado”, “jogador não saudável”, entre outros que, não obstante, são menos comuns ou menos científicos. O abuso é considerado uma forma mais suave de adicção, que também pode preocupar e provocar problemas ao utilizador, mas este tem mais controlo no comportamento e tem mais capacidade de estabelecer limites e regular o seu uso (Young, 2004 :402). A denominação mais comum é jogador-problema (*problem gambler*), que é ambíguo, pois alguns autores referem-no como sendo jogador abusivo, mas englobando também o próprio jogo patológico. Os termos jogador-problema ou jogador patológico são frequentemente utilizados no mesmo sentido, todavia, não é esta aceção, de todo, correta, tal como os técnicos rapidamente se apercebem na sua prática, dada a variedade e intensidade de perturbações que existem (McCown & Howat, 2007).

Jogador abusivo ou jogador-problema é definido como sendo alguém que preenche três a quatro critérios de diagnóstico do DSM-IV, sendo estimado que nos EUA a prevalência para estes jogadores ao longo da vida seria entre 1.5% e 3.7%, e no ano em curso, entre 0.7% e 2% (Ciarrocchi, 2002). Com a recente publicação do DSM-5 (APA, 2013), a perturbação de jogo, já enquanto dependência comportamental, passou a estar dividida em três fases: ligeira, moderada ou grave, consoante o número de critérios de diagnóstico preenchido pelo jogador com problemas. Os jogadores-problema são análogos aos abusadores de substâncias, que são diagnosticados desta forma por oposição ao diagnóstico da dependência de substâncias, apesar de, à data, ser uma população pouco estudada (Blaszczynsky, Ladouceur & Shaffer, 2004). O termo *heavy drinker* reflete bem a ideia do indivíduo que, não sofrendo de alcoolismo, não deixa de ter problemas com a sua forma de beber excessiva. Observou-se que os jogadores-problema podem beneficiar de algum tipo de redução no seu comportamento de jogo, mas é pouco provável que aceitem um tratamento (Petry, 2005). Segundo Delfabro e Lacouter (2010), a percentagem de jogadores patológicos na Austrália varia entre 0.4% e 0.6% da população adulta, enquanto os jogadores abusivos variam entre os 2% e os 2.5%.

A fase da dependência é caracterizada pela perda de controlo, a obsessão, compulsividade e impulsividade, assim como a corrupção de valores e princípios. O resgate, iniciado na fase anterior, atinge aqui um forte pico, que é acompanhado por todo um leque de distorções cognitivas, redutoras da realidade e da vontade. A perturbação de jogo é facilmente compreensível pela intensidade revelada nos critérios de diagnóstico do DSM-5, como vimos anteriormente. Aumentam a perda de controlo e de abstinência, de atividades ilegais e de sentimentos de culpa. Os jogadores negam os seus problemas e têm um sentimento exagerado de poder e

controle. O seu humor é modificado, e perdem a sua vontade, que pode incidir na ideação suicida. Por fim, consequências negativas nas suas vidas ao nível ocupacional e relacional deixam os jogadores isolados. A curva de risco, o *continuum* de severidade nas consequências negativas, a progressão ascendente de intensidade e de problemas que acompanham a evolução do jogador que se iniciou recreativamente, se deparou com o abuso e terminou na patologia, é hoje em dia um facto pouco questionável. Este fenómeno verifica-se noutras adições como o álcool, drogas e tabaco, e revela que existe uma progressão que evolui no tempo a uma velocidade e intensidade variáveis, mas sempre com gravidade acrescida e que é involuntária, no sentido em que ninguém desejou tornar-se dependente.

Evidências epidemiológicas indicam altos níveis de “agitação” dentro e fora do comportamento problemático e de risco. Na Grã-Bretanha, um estudo de acompanhamento de jogadores altamente envolvidos em apostas (indivíduos com cartões de fidelidade para grandes casas de apostas) mostrou que cerca de uma em cada três pessoas definida como não problemática, de baixo risco ou moderada (de acordo com suas pontuações do Problem Gambling Severity Index) aumentou a cotação de jogo problemático quando entrevistados um ano depois (Wardle *et al.*, 2017).

Pesquisas longitudinais na Austrália constataram que o número de jogadores problemáticos recém-identificados era responsável por metade da taxa de prevalência, significando altos graus de movimento dentro e fora desse tipo de comportamento. Essa volatilidade reforça os argumentos para direcionar os recursos para a prevenção de danos, a fim de evitar uma escalada (Wardle, Langham & Rogers, 2019).

Os danos causados pelo jogo afetam a saúde e o bem-estar e, mesmo em baixos níveis de risco, contribuem para uma perda de qualidade de vida semelhante às consequências a longo prazo de um acidente vascular cerebral moderado, transtorno moderado do uso de álcool e incontinência urinária (Browne *et al.*, 2016), e agregam mais custos sociais do que aqueles de pessoas que jogam em níveis problemáticos por causa do maior número de pessoas que as vivenciam. Pesquisas australianas descobriram que até 85% dos danos causados pelo jogo vinham daqueles que não eram categorizados como jogadores problemáticos (Browne *et al.*, 2017).

Isso indica que os cálculos atuais dos custos sociais do jogo na Grã-Bretanha se concentram apenas nos custos gerados pelo pequeno número de jogadores categorizados como patológicos, e assim provavelmente serão subestimados. Como tal, é provável que haja uma carga considerável, mas ainda não quantificada, sobre os sistemas de saúde, assistência social e judiciário que lidam com as consequências desses danos (...) sabendo-se também que cada sujeito com problema de jogo vai afetar negativamente entre 5 a 10 pessoas (Wardle, Langham & Rogers, 2019).

Seria conveniente saber em função deste *continuum*: Se é reversível? Se é possível intervir e tratar o apostador numa fase intermédia? Quais os sinais e sintomas a ter em atenção? E como deve ser feita a intervenção e o tratamento? Se em fase de dependência o tratamento implica abstinência ou controlo do comportamento de jogo? Nas mulheres, nos idosos e nos jovens esta curva é mais intensa, rápida e severa, mas também o parece ser no jogo via Internet, em função dos fatores estruturais e situacionais, com toda uma conjuntura que para tal contribui. É necessário iniciar investigação junto da população para melhorar a nossa compreensão do impacto que a prevenção e o tratamento possam ter nos diferentes tipos de jogadores com problemas e nas suas diferentes fases (Volberg, 2007).

O DSM-5 não inclui a classificação de abuso, ou seja o patamar clínico de problema de jogo que antecede a dependência ou perturbação de jogo. Existe apenas “perturbação de jogo”, ligeira (4-5 respostas positivas), moderada (6-7 respostas positivas) ou severa (8-9 respostas positivas) ou não há quadro clínico.

Na nossa opinião esta ausência proporciona uma lacuna na possibilidade alargada de diagnóstico, como ignora uma população significativa em forte risco de progredir para a dependência impedindo assim intervenção precoce seja em modo preventivo ou tratamento. Para além disso, um apostador com problemas de abuso pode sofrer de problemas graves (familiares, académicos, etc.) mas também pode comprometer irremediavelmente relações conjugais, profissionais ou outras.

Esperamos com este estudo de caso poder contribuir para uma intervenção precoce mais eficaz, mais enquadrada e focada na fase de abuso e respetivo sintomas de um tipo de paciente diferente, num estágio diferente, que aspira a soluções ajustadas ao seu caso.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Background

S. veio a uma primeira consulta em finais de 2017 com uma dúvida precisa. Esta questão resumia-se a perceber se tinha ou não um problema com o seu comportamento relacionado com as apostas desportivas *online*, apesar da existência de episódios claros de descontrolo (perseguir perdas, atrasos nos pagamentos, mentiras, etc.) Voltaria quase um ano depois revelando novas situações que iremos analisar seguidamente.

S. é um gestor/consultor industrial com 40 anos, casado há 15 anos, pai de 2 filhos, licenciado e mestrado aos 21 anos, oriundo de um meio socioeconómico médio-baixo. A sua família aparentemente funcional estava inserida na comunidade, não

existindo problemas de maior à exceção do divórcio recente dos pais e uma atual premissa do pai.

S. nunca teve problemas de comportamento, consumo de substâncias ou sofreu de algum tipo de problema de saúde física ou mental. Esteve sempre particularmente ligado ao desporto, foi bom aluno e, durante uma fase da vida, esteve ligado a atividades com grupos de jovens na igreja. As maiores dificuldades foram as dificuldades económicas pontuais, as discussões e problemas de saúde com os pais. Sempre esteve empregado, referindo que, entre a preguiça e a ambição, opta frequentemente pela família em detrimento da carreira, mas que antes das apostas desportivas já tinha tentado enriquecer de forma “fácil e rápida” nos investimentos de bolsa. Os seus objetivos principais de vida são a família e a mulher, poder usufruir destes em viagens e outras formas que lhe proporcionem qualidade de vida, assim como estabilidade no trabalho e dedicar-se a lazeres como o desporto.

Descrição do problema

Para além de algumas perdas relacionadas com investimentos na bolsa (derivados e forex), S. nunca manifestou qualquer problema de abuso ou dependência comportamentais. Começou a interagir regularmente com o computador a partir dos 18 anos, iniciou a atividade do jogo em apostas desportivas *online* há cerca de 10 anos e sempre utilizou o *pc*, *tablet* e *smartphones* para apostar utilizando sobretudo o MB ou cartões de crédito para as respetivas transações, não participando em simultâneo em fóruns desportivos ou redes sociais associadas. O que mais o atraía no jogo *online* era o divertimento e a possibilidade de poder ganhar dinheiro, assim como a facilidade de informação sobre todas as possibilidades de apostar, um acesso fácil ao histórico das suas apostas e sobretudo a privacidade que o jogo remoto permite.

S. refere nunca ter ganho nenhum prémio significativo nas primeiras vezes que apostou e sempre apostou exclusivamente em apostas desportivas, por “saber muito” sobre desporto, em especial, futebol e ténis. Foi aumentando a quantidade de tempo e intensidade das apostas ao longo dos anos e apostava preferencialmente nos horários entre as 9h e 13h e as 13h e as 17h. O S. apostava todos os dias entre 2 a 3 horas diárias, sentindo que o ideal seria apostar apenas 5 dias por semana, 1 hora por dia e 2 horas aos dias de fim-de-semana.

O montante máximo que apostou num só dia situa-se entre os 10.000 e os 20.000 euros, e sempre que perdia voltava para tentar recuperar o dinheiro perdido. Sentia que na maior parte das vezes apostava mais do que pretendia, sentindo-se por vezes incapaz de parar, escondendo “indícios” das suas apostas (talões de apostas, transferências, etc.) e sentindo culpa devido à sua relação problemática com o jogo.

Nunca substituiu o seu problema de jogo por outra dependência comportamental (compras, tv, desporto...), nem por substâncias, não fuma, nunca teve problemas associados a ansiedade ou depressão e também nunca teve ideia suicida.

Numa lista de 20 valores/princípios, aqueles que foram mais pontuados foram: a Consciência, o Autodomínio, a Família e a Saúde.

O Problema

S. ganhou quantias razoáveis de dinheiro que o ajudaram, juntamente com a sua família, a ter uma melhor qualidade de vida (viagens, férias, carro, etc.). No espaço de seis meses, com conhecimento por parte da mulher, ganhou num site em particular cerca de 170.000 euros, quantia essa que veio a perder em aproximadamente 2 anos após o encerramento desta casa de apostas em Portugal (e ser proibido de apostar em alguns sites onde conseguia ganhar), tendo ficado com uma pequena parte (cerca de 2.000 euros). S. deslocou-se uma primeira vez à nossa consulta para tentar perceber se tinha um problema de jogo patológico e se conseguiria apostar controladamente e assim voltar a ganhar dinheiro. Após estas perdas e passado cerca de um ano de tentativas para voltar a ganhar uma boa quantia de dinheiro sem sucesso, voltou com a mesma pergunta mas ainda mais consciente da sua incapacidade de se controlar e da sua incapacidade para obter dinheiro com as apostas desportivas. S. atribui uma parte significativa deste insucesso ao facto daquele preciso site/plataforma, com determinadas condições e características em que apostava, o ter proibido de lá jogar.

Não conseguimos dar-lhe uma resposta taxativa e foi-lhe sugerido fazer o tratamento, numa abordagem essencialmente cognitiva-comportamental baseada em 20 sessões individuais, sendo que as primeiras com regularidade semanal e passando a quinzenal posteriormente e à medida que os trabalhos terapêuticos iam sendo elaborados. S. participou em psicoterapias de grupo com outros jogadores patológicos (onde poderiam coexistir outras dependências) durante um período de 3-4 meses. Durante esse período deveria seguir uma série de linhas orientadoras que cumpriu de forma muito genuína e motivada. O objetivo proposto seria o de ser o próprio a definir se teria um problema de jogo compulsivo, podendo optar por um comportamento de abstinência total de jogo a dinheiro ou se iria tentar apostar de forma controlada recuperando a capacidade de ganhar dinheiro com as apostas desportivas, em particular se tiver um fundo de maneio suficiente e puder apostar em sites com determinadas características.

Método/Diagnóstico

Os dois instrumentos utilizados para avaliar a perturbação de jogo de S. foram: 1) o SOGS – *South Oaks Gambling Screen* de Lesieur & Blume (1987) aferido para a cultura portuguesa em que S. pontuou com mais de 5 respostas positivas enquadrando-se desta forma na designação de “provável jogador patológico”, ou seja como tendo perturbação de jogo; e também 2) Os critérios de diagnósticos para Perturbação de Jogo do DSM-5 (APA, 2013) (ver anexo 2). As respostas positivas foram sobretudo ao nível de a) esforços sem sucesso para controlar/reduzir o jogo, b) preocupação com o jogo, c) voltar a apostar para recuperar perdas, d) omitir/enganar outros sobre a quantidade de tempo gasto *online*, e) prejuízo de relações significativas/académicas/profissionais devido ao jogo.

A INTERVENÇÃO

Devemos referir que durante todo o processo S. mostrou uma atitude interessada, motivada, honesta, voluntariosa, tendo aumentado o nível de autoconsciência perante um desenvolvimento pessoal já por si bastante elevado.

Contrato terapêutico

No anexo 2 onde constam os critérios de diagnóstico, preenchidos pelo próprio com 5 respostas positivas que equivalem ao patamar de “perturbação de jogo ligeira”, podemos ver também as 10 alíneas do contrato terapêutico.

S. concordou com todas as sugestões, exceção feita a: abstinência total de qualquer tipo de jogo e participação em grupo de ajuda mútua (Jogadores Anónimos) que ficaram em branco e a autoexclusão de locais de jogo físicos ou virtuais que foi assinalada com um “Não”.

Lista de consequências e de crenças perante as apostas (anexo 3 e anexo 4)

As consequências com maior relevo foram: ocupar muito tempo, corromper valores como honestidade, respeito próprio, lealdade, etc., sentir vergonha e culpa. As crenças com maior impacto foram: tenho um sistema que funciona, sou uma pessoa com pensamentos (atitude positiva, tenho muita experiência, sei mais sobre o jogo do que a maioria dos outros apostadores, já ganhei noutras alturas e preciso mesmo de fazer dinheiro.

Pessoas significativas

Pessoas significativas na sua vida

S. sempre teve relacionamentos saudáveis, de proximidade, confiança e estruturados ao longo da vida, seja com pais, outros familiares ou amigos. A relação com pai é que foi/é de: “diálogo muito difícil, conflituosa, próxima fisicamente mas distante emocionalmente”.

A importância da mulher

Este relacionamento conjugal que dura há mais de 20 anos parece sólido e representa uma das principais motivações para S. deixar de apostar. Este define esta relação como “muito boa, próxima, aberta, confiança, cumplicidade e de ajuda mútua”. A sua mulher participou em duas sessões individuais (uma no início do processo e outra na fase do segundo contrato terapêutico) no sentido de ouvir a sua perspectiva sobre toda esta situação. Em ambas as psicoterapias comoveu-se traduzindo uma ansiedade forte sobre o futuro, mas também uma tristeza e frustração pelo “afastamento”, falta de tempo/disponibilidade emocional do marido com ela e com os filhos assim como algumas atitudes mais impacientes e intolerantes em relação à família; fatores dos quais S. sempre teve plena consciência.

História de vida

S. teve um percurso de vida dentro dos padrões normais da nossa cultura. Filho de pais que viajaram para Lisboa para terem melhores condições de vida, ambos trabalharam para proporcionar aos filhos uma qualidade de vida e estudos que não tiveram. S. teve alguns problemas de saúde, sempre foi bom aluno, bem-comportado, tendo amigos e gosto por desporto sem consumos ou “comportamentos desviantes”, trabalhando ainda nas férias para obter algum dinheiro para si sendo “muito poupado”. O grupo de jovens de cariz cristão a que pertenceu ajudou-o a vencer a timidez e trouxe-lhe bastante autoconfiança. As relações entre os pais deterioraram-se e o stress em casa era intenso, existia muito controlo de saídas e dinheiro. Após concluir a universidade trabalhou e acabou por permanecer nesta empresa onde se encontra há muitos anos por ter um ambiente agradável, bom vencimento, ser estável, com flexibilidade de horário e sem stress, não levando preocupações para casa podendo assim dedicar-se à família. Esta variável de ganhar bem sem tirar tempo à família é particularmente importante e também explica o facto de não ter tido uma progressão na carreira que seria possível, tanto dentro, como fora da empresa e a importância que o apostar e ganhar muito dinheiro (facilmente) pode ter no projeto de vida do S.

Trabalho terapêutico sobre: Padrões de comportamento-sentimentos-pensamentos e valores associados

Um dos trabalhos terapêuticos mais importantes evidenciou que:

- Os comportamentos mais presentes, mais importantes, positivamente ou negativamente na vida de S. foram: a) mentir/disfarçar; b) manipular; c) confrontar/discutir; d) evitar/retrair/não reagir e e) chorar.
- Os sentimentos mais presentes, mais importantes, positivamente ou negativamente na sua vida. foram: a) ansiedade/angústia; b) revolta/injustiça/ingratidão; c) arrependimento/culpa; d) aflição/medo; e) alívio.
- Os valores mais presentes, mais importantes, positivamente ou negativamente na sua vida foram: a) verdade/fidelidade/honestidade; b) bom senso e ponderação; c) respeito/compreensão; d) paciência/tolerância; e) eficácia/exigência.

Os grupos de crenças mais presentes, mais importantes, positivamente ou negativamente na sua vida foram:

- a) O meu pai (apesar da minha compreensão) é um problema e causa-me maus momentos;
- b) A avaliação que os outros fazem de mim é muito importante. Tenho de dar uma imagem forte/positiva de mim mesmo e não mostrar fraqueza (“dourar pílula ou gabar-me”);
- c) Se me exponho torno-me vulnerável, logo o melhor é calar, evitar conflitos e conhecer/analisar os outros para assim poder ganhar poder,
- d) Sempre que tiver necessidade de ser eficaz ou “salvar a pele” posso mentir, manipular e/ou exercer poder sobre os outros,
- e) O sucesso no jogo cumpre duas funções: dá-me poder e permite-me mostrar aos outros que sou capaz (também retaliar contra o mundo).

O trabalho terapêutico que se seguiu (e segue) é em grande parte centrado nas melhores soluções que o S. encontra para estas crenças.

Psicoterapias individuais e de grupo

As psicoterapias individuais

A regularidade e assiduidade nas consultas foi constante assim como a evolução na tomada de consciência das variáveis envolvidas, fruto também dos trabalhos

terapêuticos feitos com empenho e profundidade. Cada vez mais, os tópicos das consultas giravam em torno do projeto existencial e profissional diferente, versus uma estratégia de vida assente nas apostas que estavam a funcionar. Uma luta entre a paixão e razão, entre o que funcionou e já não funciona, entre o manter e o arriscar numa nova estratégia. Esta tomada de consciência do verdadeiro problema foi gerando dúvida, apreensão, ansiedade, frustração e culpa.

Sessão da resolução de problema

Numa das sessões da psicoterapia de grupo foi sugerida a abordagem do tópico “resolução de problemas” e ao perguntar quem seria voluntário para colocar um problema de difícil solução na sua vida, S. ofereceu-se.

O problema inicial era algo como “como controlar o jogo de forma a apostar e ganhar muito”. Ao seguirmos as etapas de resolução de problema (1) Definir o problema (escreva-o), 2) Dividi-lo em partes fáceis de gerir e analisar (as diferentes variáveis e elementos), 3) Fornecer várias soluções alternativas (1º todas as alternativas e depois as melhores), 4) Selecionar a melhor solução (aquela que mais se adapta às suas necessidades), 5) Planear com precisão os passos que daria para alcançar a solução, 6) Executar e analisar/avaliar o resultado. Chegámos à conclusão, tão evidente quanto surpreendente de que: apesar de adorar jogar, o que realmente importava era ganhar muito dinheiro sem prejudicar o seu bem-estar e da família.

O que lhe diziam os pares nas psicoterapias de grupo

Quase todos os elementos do grupo disseram que S. tinha um problema relacionado com jogo e que “estava em negação”, “que racionalizava muito tudo”, “que estava com dificuldades em assumir a derrota do seu sistema”, “encalhara”, “que o pior poderia estar para vir”.

Um dos *feedbacks* que mais impacto teve em S. foi quando um jovem de 19 anos, jogador patológico (filho de jogador patológico), lhe disse que a forma de estar e ver as coisas de S. lhe faziam lembrar o seu pai.

O segundo contrato terapêutico, respetiva “adenda” e a “travessia no deserto”

Chegou então o momento, ao fim de cerca de 15 sessões, de debater o que S. sentia ser melhor começar a fazer para a sua vida....

Chegara o momento de experimentar e optar. Após debate com o psicólogo, consulta da mulher, opinião de grupo, S. tomou a decisão de fazer a seguinte experiência: Iria tentar apostar de forma controlada, e desta forma, tentar voltar a ganhar quantias significativas de dinheiro (apesar de não o fazer no seu site de eleição, por não poder),

fazendo algo de que gosta muito, não sente como esforço e permite a qualidade de vida pretendida para si e para a sua família.

Uma experiência que teria por base um novo contrato terapêutico entre início de fevereiro e final de junho de 2019 que consistia em: a) só fazer 5 apostas por dia, b) apostar no máximo 10% do saldo disponível (banca), c) num máximo de 45 minutos diários de tempo relacionado com apostas desportivas (consulta de históricos, *odds*, fóruns, apostas, etc.), d) a partir do saldo inicial de 200 euros conseguir no final de Junho a quantia de 3000 euros, e) preencher diariamente uma grelha (anexo 5) com o número de apostas, os ganhos/perdas e o tempo gasto. A grelha tem uma continuação de avaliação diária com um sinal de mais ou menos em função dos níveis de paciência, humor, participação, disponibilidade (para si e outros), tempo no telemóvel, stress, euforia, frustração, sociabilidade e qualidade de sono. A sua mulher também preenche esta grelha em função do que vê e sente em S.

A “adenda” ao segundo contrato terapêutico é detalhe importante e significativo: houve necessidade por parte de S. ao fim de um mês de experiências de aumentar os limites de apostas por dia para 20 (em vez de 5) e de passar a duração para 60mn (em vez de 45), pois de outra forma não teria margem de manobra para conseguir os seus objetivos.

As conclusões vão-se fazendo e são debatidas durante as consultas que se desenrolam numa base mensal. Por razões profissionais, sobretudo as sessões de psicoterapias de grupo foram interrompidas mantendo-se as consultas individuais.

A decisão de S. foi no sentido de se manter a apostar.

DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Discussão

Considerações

Abuso ou dependência? Não temos dúvidas sobre a perturbação de jogo ligeira em que S. se encontrava quando nos consultou. Também não temos dúvidas de que provavelmente ele transita frequentemente entre as classificações de abuso e dependência, com todas as consequências inerentes a que assistimos.

Verificamos um equilíbrio entre fatores protetores e fatores de risco que tentámos trabalhar ao longo do processo terapêutico, tendo consciência de que alguns poderiam ser ambíguos ou contraproducentes.

Fatores de risco como: vontade de ganhar dinheiro, ilusão de controlo, ter ganho bastante dinheiro com jogo anteriormente, prazer no jogo, competitividade, clivagem entre racional e emocional, disponibilidade financeira, consequências do jogo

“limitadas” ou sem ir “ao fundo do poço”, orgulho, etc., vão chocando com fatores protetores como: consciência e vontade de resolver problema de jogo, bom desenvolvimento pessoal, estar empregado, família/mulher funcional, boa rede social e integração na sociedade, algum controlo de impulso, etc. Assim, segundo Slutske (2007), os estudos que identificam os fatores de risco para o jogo abusivo irão também aumentar a compreensão dos fatores de risco para o jogo patológico, uma vez que, aparentemente, as únicas diferenças entre os dois resultados/consequências consistiriam em que mais fatores de risco (e não diferentes) seriam necessários para desenvolver, mais do que jogo abusivo, jogo patológico. Concordamos com esta ideia e seria útil redefinir estes fatores de risco neste novo contexto, mas ainda mais significativo seria identificar os fatores protetores.

A importância de uma aproximação, abordagem correta (não facciosa) permitiu uma aliança terapêutica com S. sem maximizar ou minimizar o problema e as consequências do problema de jogo do S. tentando situar-nos numa perspetiva justa e equilibrada. Em segundo lugar e partindo desta observação podemos igualmente ajustar a intervenção de forma mais adequada. O primeiro passo da resolução de problema é a definição tão correta quanto possível do próprio. Se o problema fosse “radicalizado” no sentido da dependência e desse facto decorresse a natural sugestão de abstinência de qualquer tipo de jogo a dinheiro correr-se-ia o risco de S. abandonar o tratamento e ficasse novamente entregue a si próprio, ou na direção contrária poderia ser interpretado como uma “autorização” para poder continuar a apostar pois os riscos seriam reduzidos ou controláveis. Houve desta forma a possibilidade de colocar em prática ambas as possibilidades com a devida monitorização, nossa e dele.

Se considerarmos a frase de Carl Rogers que utilizou a expressão “alargar o campo de consciência” do sujeito como um dos objetivos da missão psicoterapêutica, então pensamos que o propósito foi atingido uma vez que foi o próprio paciente a identificar o seu estágio e a tomar as medidas que lhe fizeram sentido, restando ao psicólogo acompanhá-lo neste percurso, recorrendo a algumas ferramentas da psicoterapia centrada na pessoa, assim como psicoterapia existencialista. Temos que referir, por uma questão ética, mas baseado apenas na nossa experiência empírica do IAJ e de alguns outros colegas que foram consultados com casos semelhantes, que o prognóstico deste tipo de jogadores ao escolher apostar controladamente, acabaram por perder controlo de uma forma ou outra, mais tarde ou mais cedo, recorrendo novamente ao processo terapêutico. Será este o caminho inevitável? Que poderíamos fazer para alterar esta tendência? Seria fundamental iniciar investigação a este nível.

Interpretações:

O que nos parece que está verdadeiramente em causa é a incapacidade de abandonar, desistir, perceber a ineficácia da estratégia de vida utilizada por S. para ganhar um bom dinheiro para si e para a sua família sem comprometer os seus valores, a sua qualidade e ideologia de vida. Existe dificuldade na conjugação/equilíbrio entre o racional e o emocional, com os seus próprios valores. O que foi acontecendo, na nossa perspetiva, ao longo destes 10 anos de jogo mais intenso foi uma incapacidade para parar, analisar e perceber que poderiam existir outras soluções para atingir os seus objetivos de vida. Houve um “encalhar” neste projeto de vida que fomentou isolamento, afastamento da família, desinvestimento na carreira profissional (ou outras alternativas), alguns danos ao nível da relação conjugal e com filhos, mas sobretudo ao nível dos valores particularmente importantes para o S. a) verdade/fidelidade/honestidade; b) bom senso e ponderação; c) respeito/compreensão; d) paciência/tolerância; e) eficácia/exigência) com inevitáveis repercussões ao nível da autoestima, autoeficácia e autocontrolo.

Por outro lado, existe este longo e difícil, impasse, ambivalência, duplo registo que é mantido (Como podemos verificar no Anexo 1 – Testemunho/Reflexão do próprio). Porquê? Incapacidade, falta de vontade, manter desafio, orgulho?

Enquanto permanece na dúvida entre apostar ou não, ser jogador patológico ou não, vai acabando sempre por resvalar/recair no jogo. Não será esta uma “estratégia” ou “discurso montado” para assim se manter? Atinge desta forma dois objetivos: a) continua a jogar o que lhe dá muito prazer e b) não assume o controlo/potencial para mudar profissionalmente para melhor (o que lhe causa desconforto/irritação pois sabe que também teria de abandonar o jogo por serem atividades incompatíveis). A importância (não assumida) dada aos outros sobre o seu desempenho pessoal/profissional e o medo da mudança (assumir o seu projeto pessoal independentemente da avaliação dos outros. Vontade de poder e sabotagem do processo terapêutico versus sentir, mudar e evoluir).

O plano terapêutico a desenvolver deverá terminar, ser mais interventivo ou apenas acompanhar, reformular o amadurecimento, até à tomada de consciência mais plena?

Conclusão

Tentámos com este estudo de caso alertar para as consequências do abuso de problema de jogo frequentemente minimizado; ajudar a entender/diferenciar os limites entre abuso e dependência para poder desta forma intervir na direção da prevenção e/ou tratamento (ambulatório, internamento, linha ajuda telefónica, etc.), assim como evidenciar as dificuldades sentidas no processo terapêutico.

O real impacto não foram as dívidas, divórcios, desemprego, ansiedade/depressão etc. mas sim o adiamento de um projeto de vida, o não atingir do potencial da própria pessoa e as respetivas consequências ao nível da autoestima, autoeficácia, satisfação e realização pessoal/ profissional. Supondo que não havia existido um pedido de ajuda profissional e a situação se mantinha ou mesmo que S. optasse por não mudar: quais poderão ser as consequências num futuro médio/longo prazo?

Limitações

Este estudo tem todas limitações de um caso de estudo que assenta no individual, na qualidade em vez da quantidade e respetiva estatística.

Este estudo caso ainda está a decorrer e todos os intervenientes necessitam de mais tempo para estabelecer conclusões.

Sugestões

São necessários mais estudos qualitativos e quantitativos no que respeita ao percurso (*continuum* de progressão de problemas de jogo), às consequências (a todos os níveis), fatores de risco e protetores, das diferentes fases de progressão do problema de jogo assim como investigação ao nível da prevenção e intervenção adequada à fase do problema.

As áreas do tratamento, da prevenção podem beneficiar muito do estudo específico desta população, assim como a saúde pública, a própria indústria do jogo e componente de jogo responsável associado, o legislador (publicidade, proteção consumidor), sociologia, economia, entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5*. Lisboa: Climepsi Editores.

Balsa, C., Vital, C. e Urbano, C. (2014). *III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2012*. Lisboa: SICAD.

Balsa, C., Vital, C. e Urbano, C. (2017). *IV Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2016/17 I relatório final*. Lisboa: SICAD

Blaszczynsky, A., Ladouceur, P. & Shaffer, H. (2004). A science-based framework for responsible gambling. The Reno Model. *Journal of Gambling Studies*, 20, 301-317.

Browne M, Langham E, Rawat V, *et al.*, (2016). *Assessing gambling-related harm in Victoria: a public health perspective*. Victorian Responsible Gambling Foundation

Browne M, Greer N, Armstrong T, *et al.*, (2017). *The social cost of gambling to Victoria*. Victorian Responsible Gambling Foundation.

Ciarrocchi, J. (2002). *Counseling problem gamblers. A self-regulation manual for individual and family therapy*. San Diego: Academic Press.

Delfabro, P.& Lacouter, T. (2010). *The definition and predictors of relapse in problem gambling*. Adelaide: Flinders University. Disponível em: https://www.responsiblegambling.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/225799/The-Definition-and-Predictors-of-Relapse-in-Problem-Gambling.pdf

European Commission (2011). *Workshop on online gambling: Detection and prevention of problem gambling and gambling addiction*, Bruxelas. Disponível em http://ec.europa.eu/internal_market/gambling/docs/workshops/workshop-ii-conclusions_en.pdf

Griffiths, M., Hayer, T. & Meyer, G. (2008). Problem gambling – An emerging public health issue in Europe. In G. Meyer, T. Hayer & M. Griffiths (Eds.). *Problem gambling: A European perspective* (pp. xix-xx). Nova York: Springer More.

Kuss, D., & Griffiths, M. (2012). Online gambling addiction in adolescence: a literature review of empirical research. *Journal of Behavioral Addiction*, 1, 3-22. doi:10.1556/jba.12012.1.1

Hubert, P. (2015). *O jogador patológico online e offline: Caracterização e comparação*. Tese doutoramento, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa.

Hubert, P (2016). *O Problema do Jogo: O tratamento da dependência invisível, dos videojogos à mesa do casino*. Lisboa: Plátano Editora.

Lesieur, H. & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American journal of psychiatry*, 144, 1184-1188.

McCowan, W. & Howatt, W. (2007). *Treatment of gambling problems*. New Jersey, NJ: Wiley & Sons.

Oakes, J., Smout, M. & Smith, D. (2008). *The definition and predictors of relapse in problem gambling*. Adelaide, Australia: Flinders University Report.

Orford, J., (2011). *An unsafe bet? The dangerous rise of gambling and the debate we should be having*. Oxford, UK: John Wiley & Sons.

Petry, N. (2005). *Pathological gambling: etiology, comorbidity and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Productivity Commission. Australia's gambling industries. Report no 10. Australian government, 1999.

Slustke, W. S., (2007). Longitudinal studies of gambling behavior. In G. Smith, D. Hodgins, & R. Williams (Eds.). *Research and measurement issues in gambling studies* (pp 128-150). San Diego: Academic Press.

Volberg, R. A., (2007). Population Surveys. In G. Smith, D. Hodgins, & R. Williams, (Eds.). *Research and measurement issues in gambling studies* (pp. 33-51). San Diego: Academic Press.

Wardle H, Fuller L, Maplethorpe N, Jones H., (2017). *Follow-up study of loyalty card customers: changes in gambling behaviour over time*. GambleAware,

Wardle, H., Langham E., Rogers, R. (2019) *Gambling and public health: we need policy action to prevent harm*, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.11807>

Young, K., (2004). Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *American behavioral scientist*, 48, 402. doi: 10.1177/0002764204270278

ANEXO 1 - TESTEMUNHO/REFLEXÃO DO PRÓPRIO

Admitir que se tem um problema não é fácil, muito menos quando se trata de uma dependência. Implica exposição de uma fraqueza, implica sair da nossa zona de conforto, implica esforço.

Contudo, a tomada de consciência é o primeiro passo para um tratamento eficaz. Logo, apesar de ser um ato voluntário e individual, a tomada de consciência/admissão acaba por ser uma atitude decisiva para a recuperação.

Contraditoriamente, foram outros, sobretudo o psicólogo, mas também o grupo de ajuda e a família, que me deram o empurrão decisivo neste processo, não apontando o dedo, não acusando, não criticando, mas ajudando-me a perceber o contexto, as motivações, as crenças que me levaram a “cair na tentação”.

Considero que a descoberta do que pode estar por trás do meu comportamento aditivo é a maior mais-valia de todo este processo terapêutico. Perceber as motivações, os sinais de alerta, ver as consequências que as adições tiveram noutras pessoas, foram aspetos muito importantes na minha tomada de consciência.

Às vezes, e o meu caso é um bom exemplo, as consequências negativas de uma adicção não são demasiado visíveis ou catastróficas. Mas, “o que não mata mói” e hoje sinto que a adicção ao jogo me prejudicou e penso, embora não chegue a nenhuma conclusão clara, o que teria sido diferente na minha vida se tivesse dedicado o tempo que passei a jogar a outras coisas.

Ainda assim, não é fácil tomar uma decisão definitiva e a ambiguidade permanece. Mas, pelo menos, sei que tenho um problema, consigo classificá-lo e estou muito mais atento e consciente dos sinais de alerta.

Todos nós, em algum momento da nossa vida, precisamos de ajuda e saber procura-la é um sinal de força e não de fraqueza.

S. (Agosto 2019)

ANEXO 2 – CONTRATO TERAPÊUTICO + DSM V

Contrato Terapêutico por 6 meses			
	Sim	Não	Talvez
1) Elaborar e cumprir plano de reembolso de dívidas.	<input checked="" type="checkbox"/>		
2) Abstinência total de qualquer tipo de jogo a dinheiro.	<input checked="" type="checkbox"/>		
3) Evitar pessoas, locais e situações relacionados com jogo.	<input checked="" type="checkbox"/>		
4) Auto-exclusão de locais de jogo físicos ou virtuais.		<input checked="" type="checkbox"/>	
5) Limitar/controlar acesso a dinheiro/cartões/cheques, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>		
6) Pessoas significativas participam no tratamento.	<input checked="" type="checkbox"/>		
7) Participar em psicoterapias individuais e de grupo regulares.	<input checked="" type="checkbox"/>		
8) Fazer e ler trabalhos terapêuticos.	<input checked="" type="checkbox"/>		
9) Participar em reuniões de grupos de auto-ajuda (J.A.).	<input checked="" type="checkbox"/>		
10) Estar contactável.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Consequência se recaída ou não cumprimento de contrato:			
exemplos: sair de casa; ir para tratamento interno; deixar de ver netos; etc.			
1)			
2)			
3)			
Assinatura:			
Data:			
Critérios Diagnóstico DSM-5			
	Lig = 4-5	Mod = 6-7	Sev = 8-9
1) Necessita aumentar quantidade de \$ na aposta para obter mesmo estado de euforia/excitação.			<input checked="" type="checkbox"/>
2) Fica inquieto/irritável quando tenta reduzir ou parar comportamento de jogo.			<input checked="" type="checkbox"/>
3) Fez esforços sucessivos, sem sucesso com intuito de controlar, cortar ou reduzir jogo.	<input checked="" type="checkbox"/>		
4) Está frequentemente preocupado com jogar (ex. reviver situações, onde jogar, como obter \$).	<input checked="" type="checkbox"/>		
5) Frequentemente aposta ao sentir-se angustiado (culpado, ansioso, deprimido, desamparado).			<input checked="" type="checkbox"/>
6) Após perder \$ ao jogo volta para recuperar "perdas". (perseguido as suas próprias perdas).	<input checked="" type="checkbox"/>		
7) Omitiu/enganou familiares/terapeutas sobre tempo real gasto online.	<input checked="" type="checkbox"/>		
8) Prejudicou/perdeu relações significativas, académicas, profissionais devido ao jogo.	<input checked="" type="checkbox"/>		
9) Depende de outros para obter \$ e aliviar situação financeira desesperada devido a jogo.			<input checked="" type="checkbox"/>

ANEXO 3 – CONSEQUÊNCIAS DEVIDO AO JOGO

Lista de consequências devido ao jogo:

Dê uma pontuação de 0 a 5 conforme a o grau e gravidade da consequência,
(sendo Zero nada e 5 o máximo)



	Pontuação					
	0	1	2	3	4	5
Não conseguia concentrar-me no trabalho.				X		
Em casa só estava presente fisicamente			X			
Ocupava-me demasiado tempo.					X	
Atrasei-me em pagamentos regulares (empréstimos; renda; escola filhos; etc.)				X		
Vendi objetos; ações; etc. que já não consegui recuperar.				X		
Tive conflitos no trabalho.	X					
Tive discussões muito grandes em casa (mulher; pais; filhos; etc.)		X				
Corrompi valores como honestidade; respeito próprio; lealdade, coragem; etc.						X
Tive problemas de assiduidade, produtividade e pontualidade.			X			
Pensei em acabar com tudo.	X					
Senti vergonha e culpa.					X	
Dormi mal muitas vezes.				X		
Distanciei-me dos meus verdadeiros amigos.		X				
Família e acontecimentos familiares passaram para segundo plano.	X					
Cometi ilegalidades.	X					
Deixei de ter dinheiro para as férias.				X		
Senti-me ansioso e/ou deprimido.			X			
Tive problemas de saúde (úlceras; dores de cabeças; hipertensão; problemas de pele; etc.)	X					
Fui tendo críticas de família e amigos.		X				
Senti-me só e incapaz de atingir antigos objetivos.		X				
Tornei-me agressivo verbalmente e psicologicamente.			X			
Tornei-me agressivo fisicamente.		X				
Perdi emprego ou oportunidades profissionais, sociais; conjugais ou outras.	X					
Outras Consequências:						
>						
>						
>						

ANEXO 4 – CRENÇAS E MOTIVOS PARA JOGAR

Lista de crenças e motivos para jogar

Dê uma pontuação de 0 a 5 conforme a intensidade sentida,
(sendo Zero = nada e 5 o máximo):



	Pontuação					
	0	1	2	3	4	5
Tenho um sistema de jogar que funciona.					X	
Jogar faz-me sentir melhor.		X				
Sou uma pessoa com sorte.		X				
Jogar irá resolver os meus problemas.	X					
Sou uma pessoa com atitude/pensamentos positivos.					X	
Hoje é um dos meus dias de sorte.	X					
O destino estará lá para me ajudar.	X					
Tenho muita experiência.					X	
Depois de tantas vezes a perder, agora chegou a vez de ganhar.		X				
Sei mais sobre jogo do que a maior parte das outras pessoas que jogam.					X	
O meu sistema consegue ganhar às probabilidades.				X		
Tenho o meu objeto/roupa da sorte (amuleto).	X					
Já ganhei noutras alturas.					X	
Até já rezei e tive os "rituais" necessários.		X				
Hoje estou cheio de força e confiança.		X				
Estou na minha máquina, local ou dia de sorte.	X					
Eu mereço ganhar.	X					
Eu consigo influenciar, seja de que forma, o resultado.	X					
Hoje vou arrasar os outros jogadores.	X					
Há dias em que tenho aquele "feeling especial".	X					
Preciso mesmo de fazer dinheiro.					X	
Se não jogar hoje posso perder a noite da minha vida.				X		
Vou jogar meia hora e depois ganhe ou perca venho-me embora.				X		
Sou especial e diferente.		X				
Outras crenças:						
>						
>						
>						
>						

ANEXO 5 – REGRAS – PRIMEIRA EXPERIÊNCIA E AJUSTE

<u>ESTRATÉGIA DE JOGO</u>						
<u>Quantidade:</u>						
- Até 5 apostas diárias						
- A aposta máxima é de 10% do saldo disponível (banca)						
<u>Tempo:</u>						
- Até 45 minutos diários						
<u>Objetivo:</u>						
- 3000 euros no final de junho (saldo inicial: 200 euros --- 15 vezes mais)						
<u>Prazo:</u>						
- De 1 de fevereiro a 30 de junho de 2019 (5 meses)						
<u>REAJUSTE MARÇO/2019</u>						
<u>Quantidade:</u>						
- Até 20 apostas diárias						
- A aposta máxima é de 10% do saldo disponível (banca)						
<u>Tempo:</u>						
- Até 60 minutos diários						

ANEXO 6 – AUTOMONITORIZAÇÃO FEV. 2019

Data	Apostas	Ganhos	Tempo	Sentimentos e comportamentos									
				Paciência	Humor	Participação	Disponível	Telemóvel	Stress	Euforia	Frustração	Sociabilidade	Sono
01/fev	7	€4	01:00	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+
02/fev	11	-€16	01:30	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+
03/fev	7	€5	00:45	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
04/fev	6	-€27	00:35	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+
05/fev	7	€25	00:40	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+
06/fev	11	€4	01:20	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+
07/fev	11	€17	00:50	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+
08/fev	14	-€25	01:20	+	-	+	+	-	-	+	-	+	-
09/fev	8	-€0	00:45	+	-	+	+	-	+	+	-	+	+
10/fev	9	-€0	01:10	+	+	+	-	-	-	+	+	+	-
11/fev	3	-€15	00:15	+	-	+	+	+	-	+	-	+	+
12/fev	0	€0	00:00	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
13/fev	7	€12	00:30	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
14/fev	8	-€4	00:45	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+
15/fev	13	€12	01:00	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-
16/fev	11	-€14	01:10	+	-	+	+	-	-	+	-	+	+
17/fev	3	-€26	00:20	+	-	+	-	+	-	+	-	+	+
18/fev	6	€11	00:40	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+
19/fev	9	-€35	01:15	+	-	+	+	-	-	+	-	-	-
20/fev	8	-€45	00:50	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+
21/fev	5	-€11	00:35	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+
22/fev	9	€16	00:55	+	+	+	+	-	-	+	+	+	-
23/fev	14	€40	01:10	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
24/fev	20	€42	01:45	+	+	+	+	-	-	+	+	-	+
25/fev	20	-€2	01:30	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+
26/fev	10	€33	00:40	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
27/fev	13	-€49	01:35	+	-	+	+	-	-	+	-	-	-
28/fev	11	€14	00:50	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+
Total	261	-€16	25:40	0	7	0	2	19	20	0	16	3	7
Média	9	-€1	00:55	0%	25%	0%	7%	68%	71%	0%	57%	11%	25%

ANEXO 7 – MONITORIZAÇÃO FEV. 2019 – MULHER DE S.

Data	Sentimentos e comportamentos					
	Paciência	Humor	Participação	Disponível	Telemóvel	Stress
01/fev	NA	NA	+	NA	NA	NA
02/fev	+	+	+	+	+	+
03/fev	-	+	+	+	+	+
04/fev	-	+	+	+	+	+
05/fev	+	+	+	+	+	+
06/fev	+	+	+	+	+	+
07/fev	+	+	+	+	+	+
08/fev	+	+	+	+	+	+
09/fev	+	+	+	+	+	-
10/fev	+	+	+	+	+	+
11/fev	+	+	-	-	+	+
12/fev	+	+	+	+	+	+
13/fev	+	+	-	+	+	+
14/fev	+	+	+	+	+	+
15/fev	+	+	+	+	+	+
16/fev	+	+	+	+	+	-
17/fev	+	+	+	-	+	-
18/fev	+	+	+	+	+	+
19/fev	+	+	-	-	+	+
20/fev	+	+	+	+	+	+
21/fev	+	+	+	+	+	+
22/fev	+	+	+	+	+	+
23/fev	+	+	+	-	+	+
24/fev	+	+	+	+	+	+
25/fev	+	+	+	+	+	+
26/fev	+	+	+	+	+	+
27/fev	+	+	+	+	+	+
28/fev	+	+	+	+	+	+
Total	2	0	3	4	0	3
Média	7%	0%	11%	14%	0%	11%

ANEXO 8 – AUTOMONITORIZAÇÃO JUN 2019

Data	Apostas	Ganhos	Tempo	Sentimentos e comportamentos									
				Paciência	Humor	Participação	Disponível	Telemóvel	Stress	Euforia	Frustração	Sociabilidade	Sono
01/jun	16	-€50	00:50	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+
02/jun	12	-€100	00:45	+	-	+	+	-	-	+	-	+	-
03/jun	10	€102	00:40	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+
04/jun	12	€70	00:45	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+
05/jun	12	€69	00:50	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+
06/jun	12	€70	00:40	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
07/jun	15	€33	00:55	+	+	+	+	+	-	+	-	+	-
08/jun	19	-€151	01:00	-	+	+	+	-	-	+	-	+	+
09/jun	14	-€97	01:10	+	-	+	+	-	-	+	-	-	+
10/jun	7	€5	00:35	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-
11/jun	11	-€49	00:45	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+
12/jun	9	€68	00:40	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
13/jun	12	€36	00:50	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-
14/jun	11	-€61	00:45	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+
15/jun	7	€25	00:35	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
16/jun	8	-€87	00:40	+	+	+	+	-	+	+	-	+	-
17/jun	6	€5	00:50	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+
18/jun	14	-€50	01:05	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-
19/jun	12	-€29	01:00	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-
20/jun	2	-€81	00:20	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-
21/jun	1	-€50	00:15	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-
22/jun	0	€0	00:00	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
23/jun	0	€0	00:00	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
24/jun													
25/jun													
26/jun													
27/jun													
28/jun													
29/jun													
30/jun													
Total	222	-€322	15:55	1	3	0	1	13	14	0	15	1	11
Média	5	-€7	00:21	2%	7%	0%	2%	30%	32%	0%	34%	2%	25%

ANEXO 9 – MONITORIZAÇÃO JUN. 2019 – MULHER DE S.

Data	Sentimentos e comportamentos					
	Paciência	Humor	Participação	Disponível	Telemóvel	Stress
01/jun	+	+	+	-	-	+
02/jun	+	+	+	+	+	+
03/jun	+	+	+	+	-	+
04/jun	+	+	+	+	-	+
05/jun	+	+	+	+	+	+
06/jun	-	+	+	+	+	+
07/jun	+	+	+	+	+	+
08/jun	-	+	+	-	-	+
09/jun	+	+	+	+	-	+
10/jun	+	+	+	+	+	+
11/jun	+	+	+	+	+	+
12/jun	+	+	+	+	+	+
13/jun	+	+	+	+	-	+
14/jun	-	+	+	+	-	+
15/jun	+	+	+	+	-	+
16/jun	+	+	+	+	-	+
17/jun	+	+	+	+	-	+
18/jun	+	+	+	+	-	+
19/jun	+	+	+	+	-	+
20/jun	+	+	+	+	-	+
21/jun	+	+	+	+	-	+
22/jun	+	+	+	+	-	+
23/jun	+	+	+	+	+	+
24/jun						
25/jun						
26/jun						
27/jun						
28/jun						
29/jun						
30/jun						
Total	3	0	0	2	15	0
Média	13%	0%	0%	9%	65%	0%

Jogadores, Parentes e Dinheiro. Aproximação à experiência nas Famílias Anónimas da região de Lisboa

Luís Almeida Vasconcelos

INTRODUÇÃO

O texto que aqui se apresenta resulta de um estudo realizado por relação a um conjunto de mulheres e homens que vieram a desenvolver um padrão de jogo que os próprios designam como “compulsivo”¹.

Após uma pesquisa-piloto empreendida em 2013, o trabalho de campo etnográfico, que continua, alargou-se aos anos seguintes e tem vindo a ser realizado na região da Grande Lisboa, junto dos chamados Jogadores Anónimos (JA), grupo de autoajuda a partir do qual, e tendo-o como referência em termos do seu funcionamento, são também levadas a cabo as reuniões dos designados Familiares Anónimos (FA)². Como o nome indica, este último é participado essencialmente por parentes de jogadores, alguns deles participantes dos JA, mas tem uma existência completamente autónoma destes. Foi no contacto com integrantes do primeiro grupo que foram encontradas pessoas que concordaram em ser entrevistadas. A coordenadora do segundo permitiu que o autor destas linhas viesse a participar, quinzenalmente, entre as vinte e as vinte e duas horas de um dos dias úteis da semana, em dezenas das reuniões que o constituem. É aliás sobre as “práticas discursivas” (Fuery, 1995: 4) referentes a este último que incide a maior parte do texto que aqui se apresenta, sendo que, desta forma, o jogo e os jogadores passam a poder ser distinguidos a partir dos

¹ Quando introduzidos, estes termos ou expressões serão apresentados pela primeira vez entre aspas. Se julgado necessário, o seu sentido será aclarado.

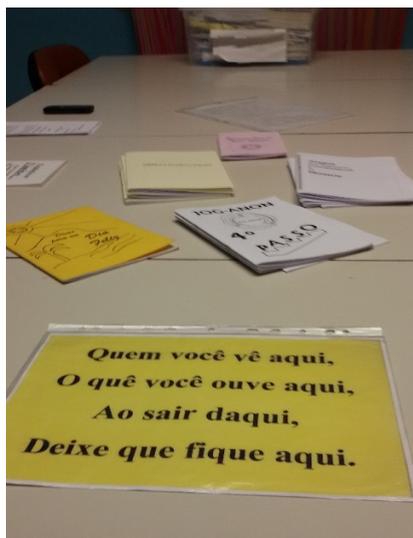
² Seguimos o trabalho de campo etnográfico acompanhando a proposta de Tim Ingold: “trabalho e estudo [não sobre mas] *com* as pessoas” (2011: 226. Sublinhado do autor). Assumindo tal perspectiva, cumpre assinalar – e agradecer! – a forma solidária como, desde o início, os Anónimos acolheram e apoiaram o trabalho do autor destas linhas. Na verdade continuam a fazê-lo, integrando-o por completo nas suas iniciativas. A esperança de todos os envolvidos, e tendo em vista a sociedade em geral, é que as questões relativas ao jogo possam vir a ter a atenção que lhes merecem.

enunciados e práticas dos parentes respetivos. O trabalho de terreno tem incluído ainda a participação em várias das chamadas Reuniões Abertas, assembleias realizadas em datas marcadas, dirigidas a quem, sem distinção, nelas queira participar. Levadas a cabo sobretudo durante o fim-de-semana ou mesmo ao final da tarde de um dia útil, as Reuniões Abertas são frequentadas sobretudo por membros dos dois grupos acima referidos – ou por pessoas que, sem pertencer a nenhum deles, acompanham a “recuperação” de um parente ou amigo. São encaradas como uma forma de dar conta das participações respetivas, nomeadamente dos progressos efetuados pelos jogadores desde a respetiva “abstinência”³. Sempre presente, a possibilidade de haver entre a assistência jogadores que, não tendo aderido aos Anónimos, possam, por via desta primeira participação, ser estimulados a fazê-lo. Os organizadores certificam-se de que haja uma mesa com salgados, biscoitos e pequenos bolos. Estas assembleias incluem pelo menos uma intervenção levada a cabo por um jogador ou por um familiar e, nalguns casos, a apresentação e discussão de um tema específico ligado ao jogo. Nessa medida e para este fim, podem, como é frequente, contar com a presença de psicólogos ou psiquiatras convidados. São de incluir ainda no trabalho de campo a presença e participação em duas Convenções. Realizadas em Lisboa no ano de 2015, uma organizada pelos JA, a outra pelas FA, seguem uma organização semelhante a um congresso.

Os Anónimos são um coletivo de autoajuda cuja organização e funcionamento segue um modelo inicialmente criado nos EUA por, e para, alcoólicos, posteriormente estendida ao uso de drogas e, para o que aqui nos ocupa, o que a própria “irmandade” caracteriza como jogo compulsivo⁴. Definem-se, de resto, como sendo dirigidos a qualquer tipo de “adicação”. Como o nome indica, tem como princípio fundador o estrito anonimato dos seus membros, razão pela qual e em todas as suas iniciativas se dão a conhecer pelo nome próprio, sem o uso de qualquer apelido. Não há, por isso, reunião regular na qual não seja lida em voz alta o enunciado que se encontra escrito num cartaz, desde o início de cada encontro colocado à vista de todos: “Quem você vê aqui, o que você ouviu aqui, ao sair daqui, deixe que fique aqui”.

³ Os Anónimos estabelecem uma diferença entre “abstinência” e “recuperação”. A primeira refere-se à paragem dos atos de jogo, a segunda à sua manutenção no tempo. A passagem de um estágio para outro é suposto revelar uma mudança de atitude: a primeira decorre de uma paragem imposta pela situação na qual o jogador se terá colocado – ruturas de relações e dívidas são as mais comuns –, a segunda pela vontade do próprio em manter-se sem jogar. Uma coordenadora do JA de uma região do país, ela própria jogadora em recuperação, resume este processo na fórmula seguinte, correspondente a um enunciado imaginário, realizado por um jogador também ele imaginário: “eu tenho de parar – eu quero parar”. Doravante, e seguindo o seu uso pelos Anónimos, os termos “jogo” e “jogadores” referem-se ao jogo e aos jogadores compulsivos.

⁴ Os Alcoólicos Anónimos são designados pelo acrónimo AA. “Irmandade” é um termo usado pela generalidade dos Anónimos para referir o conjunto das pessoas que integram a organização. Quando se trata de indicar ou nomear pessoas concretas são utilizados os termos “companheira” ou “companheiro”.



As condições mínimas para a fundação de um grupo restringem-se à existência de pessoas que se caracterizam como portadoras daquilo que designam como uma adicção, que se disponham à participação em reuniões regulares – que constituem a vasta maioria das iniciativas destes grupos – e que contribuam para o pagamento das despesas, nomeadamente o custo do aluguer das salas onde as reuniões se realizam e a reprodução da literatura dos Anónimos. Todos estes coletivos seguem uma orientação comumente designada por Doze Passos, concebidos como outras tantas linhas de orientação cujo efeito cumulativo se dirige a uma recuperação dos membros⁵. O processo da abstinência e da recuperação remete, portanto e também, para uma temporalidade específica na medida em que é enquadrada por cada um daqueles passos, tantos quantos o número de meses que constituem um ano civil. As chamadas Doze Tradicções – as contribuições em dinheiro são realizadas “de acordo com o espírito” da sétima (Jog-Anon, s.d.: 6) –, por sua vez, referem-se às linhas de orientação relativas à organização e funcionamento dos grupos (Fróis, 2009: 35). O processo de funcionamento de cada grupo é recursivo – semanal, bi ou trissemanal, ou bimensal – e remete igualmente para uma outra temporalidade também ela particular, nomeadamente no que respeita agora a estes ciclos que também o constituem⁶.

⁵ A literatura dos Anónimos inclui publicações nas quais os Doze Passos são apresentados em versões mais ou menos desenvolvidas e, até, comentadas. Para uma versão comum, que é usada nas mesmas reuniões das FA nas quais o trabalho de campo é realizado, v. Jog-Anon s.d.: 7-9. Trazida daquele país para os devidos efeitos, e reproduzida à medida das necessidades, uma parte da literatura dos Jogadores Anónimos apresenta-se em português do Brasil.

⁶ O funcionamento remete para um conjunto de princípios e normas de fácil aplicação e monitorização. Elas permitem que a organização de cada grupo possa, mesmo por relação a outro objeto – “álcool”, “drogas”, “jogo”, etc. –, ser mimetizada por um que lhe é conexo ou mesmo antecedente (Fróis 2009: 36). Foi aliás o acontecido com o primeiro grupo de FA de jogadores da região de Lisboa, cuja primeira reunião, realizada em 31 de Maio de 2011, foi promovida pela mãe de um jogador, até aí e por falta de um dirigido à sua situação específicas, participante de um grupo de familiares de utilizadores de drogas. Para a história dos Anónimos em Portugal, v. Fróis 41-53.

AUTOAJUDA

Ser um coletivo de autoajuda significa que os recursos, nomeadamente simbólicos, mobilizados para a intervenção em jogadores compulsivos ou respetivos familiares são-no por pessoas que, por um período mais ou menos prolongado de tempo, têm elas próprias uma experiência de reiteração no jogo ou, como se verá, uma proximidade doméstica com algum jogador. Num texto já clássico sobre os AA, Paul Antze estabelece uma analogia entre a ação dos grupos que os constituem (2003: 151-152) e os que Victor Turner, a propósito dos Ndembu da Zâmbia, chama “cultos de aflição” (1957). Independentemente das afeções específicas que motivam a adesão a estes grupos, o autor relewa o facto de “os rituais necessários ao cobro da aflição serem mais que estritamente curativos”: por via da sua participação, os aflitos são também iniciados no coletivo especializado pela sua recuperação (2003: 151). É a própria experiência do sofrimento que produz os especialistas que, depois, serão chamados a intervir sobre aqueles que se lhes seguem como padecentes⁷. Tal como nos Anónimos que, de resto, reafirmam que só um jogador pode compreender totalmente outro jogador⁸. Ainda por relação à experiência e a propósito dos participantes num ritual de aflição daquele povo, Turner vem a explicitar o alcance deste conceito: “*é a totalidade da pessoa e não apenas a “mente” Ndembu que é existencialmente envolvida nas questões*” implicadas em tal situação (1969: 43. Sublinhado nosso).

Não admira que as intervenções nos encontros daqueles que afirmam o jogo como condição partilhada sejam realizadas de forma a induzir naqueles a quem elas se destinam a experiência do que os participantes designam como “identificação”. A este propósito, Catarina Fróis esclarece:

A ‘identificação’ [...] é expressa de duas formas: por um lado, uma pessoa ‘identifica-se’ com quem relata a sua experiência, uma vez que reconhece as mesmas atitudes e comportamentos que ouve descrever ao outro (id., ibid.: 82).

A reunião constitui o momento e o palco principal da ação dos Anónimos, sendo a “partilha” o instrumento fundamental de participação em qualquer destes encontros. O termo designa cada intervenção aí levada a cabo – sempre realizada na primeira pessoa – e é encarada como uma espécie de dádiva através da qual, e em benefício de todos, que ouvem em silêncio, cada um exprime em voz alta a sua própria experiência.

⁷ Para uma primeira aproximação ao conceito de experiência, nomeadamente sobre o que nela é feito resultar de algo que irrompe no, e com consequências para além do, quotidiano, v. Turner 1986.

⁸ O sofrimento não é referido pelas Famílias Anónimas como uma instância abstrata. Como particularmente exemplificativo é anotado o momento após uma sessão de jogo, na qual, quando perde, o jogador vem eventualmente a tematizar as ainda maiores dificuldades que, a haver, tal perda, expressa na quantia então jogada, vem a acarretar para si próprio, para os que define como lhe estando próximos e para as relações entre ele e os outros. Ou seja, as FA tendem a referir o sofrimento causado pelo jogador como relevando de uma dimensão relacional. Aquelas perdas são entendidas pelos próprios jogadores e respetivos familiares como resultando de um processo cumulativo. Algumas delas serão, no que segue, objeto de análise.

Realizadas no seguimento de outras imediatamente subsequentes, a maior parte delas, nos termos do seu emissor e nos pormenores que são específicos à sua própria vida, reitera a prática daqueles que vieram a motivar tais intervenções, os mesmos a quem essas partilhas se dirigem (Fróis 2009: 78-81; Antunes de Campos 2010: 105-106). A plausibilidade das atitudes a adotar no futuro pelos participantes, sobretudo os mais recentes, assenta na similitude encontrada por todos nos pormenores individuais relativos ao jogo levados a cabo no passado. A sua eficácia é desde logo aferida pela prática daqueles cuja presença é mais antiga. Por essa razão e no plano das reuniões, as partilhas constituem o principal veículo no processo de identificação.

E Catarina Fróis aduz a segunda forma através da qual a identificação vem a ocorrer:

Por outro lado, a ‘identificação’ relaciona-se com o assumir de uma condição específica: alguém que sofre de uma doença (id., *ibid.*: 82)

É igualmente em processo que a doença como causação do jogo vai sendo adotada. Falamos de doença no sentido de uma designação escolhida pelos Anónimos eles próprios. Trata-se, por isso, de um conjunto de enunciados e práticas que lhes são específicas⁹. Ou, dito de outra maneira, e para usar a designação proposta por Eisenberg (1977), psiquiatra, referimo-nos – no que ela se enuncia e apreende com base num domínio de subjetividade partilhada – à doença como *illness*¹⁰.

⁹ Os Anónimos classificam o alcoolismo como doença desde pelo menos os anos trinta do século passado. Na verdade, e tendo sido os primeiros a fazê-lo, tratou-se de um processo histórico cujo desenvolvimento veio a tornar disponível tal classificação (cf. Brandt, 1997: maxime 56-57). Como se viu, ela foi feita emigrar para outras adições, nomeadamente o jogo. De um ponto de vista geral, este processo tem mais de duzentos anos; Conrad e Schneider caracterizam-no como um movimento de concepções e práticas que evoluíram “do mau comportamento para a enfermidade” (1992). Como abaixo se verá, tal movimento vale igualmente para uma dimensão mais sincrónica. Ou, dito de outra maneira, também os jogadores e seus familiares têm de aprender a encarar o jogo como uma doença.

¹⁰ Enquanto conceito, a *illness* remete para a experiência e conseqüente compreensão que alguém faz da sua própria afetação ou doença. Distingue-se da *disease*, que remete para a identificação, classificação e eventual mensuração biomédica de uma desordem, processo de central importância para a realização do diagnóstico (Eisenberg, 1977). Esta diferenciação foi projetada pelo seu autor como sendo de relevância clínica pelo que a distinção entre os dois conceitos é fundamental a fim de que, entre outros aspetos e para o que aqui nos ocupa, sejam evitadas confusões como a verificada em Ferentzy e Turner 2013, que encaram as práticas de uma e outra como concorrentes. No caso português, são os próprios Anónimos – Jogadores ou Familiares – que consideram a sua ação como complementar a outras intervenções, não se coibindo, como já anotado, de convidar terapeutas por si conhecidos, e recomendados, para, enquanto psicólogos ou psiquiatras, intervirem ativamente nas suas Reuniões Abertas e Convenções. Como exemplos de trabalhos que aplicam e desenvolvem os conceitos criados por Eisenberg, e levados a cabo por outro psiquiatra, v. Arthur Kleinman, v. 1988 e 1997. Para uma aproximação aos diferentes sectores de assistência à saúde, v. Kleinman, 1986 e Helman, 2003. Para a relação entre as práticas dos Jogadores Anónimos e a investigação sobre jogo patológico, v. Lesieur e Blume, 1987.

A DOENÇA

Em conversa levada a cabo na rua após uma reunião dos FA, um homem, nela participante pela primeira vez e pai de um jogador, refere que tinha “aprendido” que o seu filho tinha uma “doença”. Assim anunciada, a asserção não dá conta do conjunto de partilhas através das quais aquela conclusão se lhe vem a tornar operatória. Após uma intervenção imediatamente subsequente à narrativa criada pelo homem em causa – “cansado” e “já sem saber o que fazer”, agregara episódios nos quais os continuados atos de jogo do filho se cruzavam com os seus empenhados esforços para que ele os evitasse –, outras intervenções se seguem. Na primeira é enunciada de forma clara a ideia de que a pessoa em causa estava doente e que, estando-o e sofrendo por isso, deveria desde logo ser responsabilizada pela sua abstinência e recuperação, não culpabilizada por um estado que não resultava de uma escolha sua. As que se seguem, agora por relação aos seus próprios parentes ou familiares, relatam episódios comparáveis aos referidos pelo recém-chegado. O tom com que estas intervenções são feitas – por oposição à voz embargada do homem em causa, tratam-se agora de memórias emotivas, mas contadas em fala firme – encontra um paralelo no modo como ele vem afirmar a importância do que tinha aprendido.

A afirmação de que o jogo é uma doença é objeto de repetição, notadamente quando alguém está presente na reunião pela primeira vez. Tal repetição repercute-se nos membros mais antigos. Se, para uns, se trata de uma descoberta, para os outros trata-se de uma forma de, mais uma vez, tornar explícita essa proposição. O facto de ser referido – e repetido – como “doença de sentimentos e emoções” parece, num primeiro momento, não desfavorecer uma abordagem na qual as narrativas contadas sobre as práticas dos jogadores os apresentem como seres passíveis de uma condenação moral. De facto, não são raras as situações em que as partilhas levadas a cabo mesmo por familiares que aderiram ao programa há mais tempo dão conta de posições que parecem justificar um ressentimento dirigido aos jogadores assim colocados em evidência. Ora não são também raras as partilhas – muitas vezes feitas exatamente pelas mesmas pessoas – através das quais o tom que dá conta de procedimentos apresentados como moralmente injustificáveis se transforma, em algumas situações com grande ambivalência, na afirmação da doença como origem de tais práticas. A verificação desta ambivalência permite dar uma ainda maior densidade ao conceito de experiência, estabelecendo para tanto uma continuidade entre o registado em algumas reuniões dos Anónimos e as conclusões de que Turner continua a dar conta sobre o desdobramento do já mencionado ritual de aflição: “Tal como são encontrados no *Isoma* [nome do ritual em causa], os símbolos e as relações estabelecidas entre eles não constituem apenas um conjunto de classificações cognitivas para ordenar o universo Ndembu. *Elas constituem [...] um conjunto de dispositivos evocativos que despertam, canalizam e domesticam emoções poderosas como são a raiva, o medo, o afeto e a tristeza.*” (Turner 1969: 43. Sublinhado nosso).

Aquelas enunciações não abandonam a dimensão moral que é sempre trazida no seu bojo. Na sua variedade, os comportamentos passam a ser atributo de jogadores, agora tidos como uma entidade abstrata. A Joana que perde numa noite o salário do mês ou o Mário que, reiteradamente, veio a prolongar o seu jogo através da contração acumulada de uma dívida passam a ser testemunhos de uma categoria genérica – “os jogadores” ou, simplesmente, “eles” – na qual são detetadas as “falhas de carácter” que, nunca deixando de ser moralmente relevantes, se transformam em características que decorrem de uma condição patológica partilhada¹¹. Ou seja, a ténue fronteira que vem a separar as pessoas-morais-que-jogam dos jogadores-enquanto-doentes é continuamente afirmada por todos, recém-chegados ou não.

Para os jogadores eles próprios, a nova condição vai passando também a ter efeitos retroativos. São recorrentes as histórias nas quais é dada nota de uma particular situação na juventude ou num período anterior à fase compulsiva na qual vieram a encontrar-se, e em que terá emergido um comportamento, agora encarado como premonitório. Quer dizer, como o primeiro evento interpretado a contraciclo com a forma como, hoje e resultado da nova tipificação – a doença –, a pessoa se avalia a si própria: uma estranha intensidade emocional de desagrado face à perda de um jogo concreto no qual nem sequer haveria um ganho, eventualmente em dinheiro, ou qualquer comportamento, agora constituinte de ato de jogo ocorrido em situação também ela concreta. A este respeito, uma das mulheres entrevistadas faz ressaltar a inadequação daquele seu desagrado, sobretudo porque tendo ocorrido no processo do que diz ser um prazenteiro jogo de cartas com familiares próximos; uma outra dá pormenores sobre a sua primeira visita a um casino, levada a cabo na companhia de familiares, no estrangeiro, e na qual, após uma série inicial de ganhos, terá sido aconselhada pelo cunhado a abandonar a sala das *slot machines*, guardando dessa forma a quantia entretanto ganha¹². Ao contrário do que agora acha razoável – na altura, diz, não terá dado ao episódio grande relevância –, só saiu do lugar após ter jogado, e perdido, todo o dinheiro entretanto na sua posse. Trata-se, portanto, da revelação de uma “predisposição [...] que existe como conceito post facto: imperfeição ou potencialidade cuja assinatura é legível apenas em retrospecto” (Saris, 2013: 275).

Se a revelação da existência de uma doença é passível de atribuir um outro sentido ao desejo do jogador, fazendo emigrar a causa do jogo para fora da sua própria vontade,

¹¹ Todos os nomes referidos ao longo deste ensaio correspondem a pseudónimos.

¹² A designação *slot machines* é usada nos EUA para referir a generalidade das máquinas onde diversos tipos de jogos podem ser levados a cabo. Ainda que haja outras designações, usadas noutros países e geralmente referentes, cada um deles, a um tipo específico de jogo, o nome, e por isso o empregamos aqui, é também o mais usado internacionalmente (Dickerson, 1996: 154, 164). O termo mais usado pelos próprios jogadores durante o trabalho de campo foi a palavra “máquinas”. A palavra e o conceito sugerem a necessidade de uma aproximação à relação entre jogadores e máquinas, ou, nos termos de Bruno Latour, de uma antropologia simétrica que – para o que nos ocupa e mantendo a polissemia do termo “objeto” – poderia ser resumida na asserção seguinte: “Possuímos centenas de mitos contando como o sujeito [...] construiu o objeto [...] Não temos, entretanto, nada para nos contar o outro aspeto da história: como o objeto faz o sujeito” (1994: 81).

a verdade é que a revelação de tal enfermidade como sendo para toda a vida – e é assim que os Anónimos a definem, projetando-a como não tendo cura –, é passível de trazer outras consequências. Uma das habituais participantes no grupo das FA diz que, se esta conceção, a ela transmitida na primeira reunião em que esteve presente, a libertou daquilo que definiu como o “grande peso da culpa” que sentia face ao filho, a verdade, complementa, é que também ficou “angustiada” por saber que teria de lidar com tal situação durante o resto da sua vida. Ou seja, e no que pelo menos diz respeito aos familiares dos jogadores, a ambivalência pode estar presente mesmo quando, com argúcia, Gregory Bateson explica como a aproximação deste coletivo de autoajuda permite encarar de outra maneira a culpa presente nos jogadores e respetivos familiares e, assim, naquilo que isso releva diretamente de uma ordem moral, neutralizar os seus efeitos, mobilizando agora para a ação do cotidiano a totalidade dos recursos, eventualmente terapêuticos, presentes nas relações entre uns e outros (1971)¹³.

Na sua etnografia sobre os Anónimos, Catarina Fróis bem explica como o que é definido como doença constitui um estado que é “aceite axiomáticamente” e que aqueles “procuram até não tomar parte nessa discussão, negando expressamente [...] a sua validade” (id., *ibid.*: 138). Ela não se configura, no entanto, como resultado que a torna imediata e inequivocamente operatória. Constitui uma aprendizagem que decorre das suas aplicação e enunciação continuadas na prática das partilhas. Num aspeto tem esta autora inteira razão: aceitar que o jogo é uma doença não exige que se tenham de conhecer os mecanismos que a definem enquanto tal. Razão pela qual os Anónimos têm podido manter as suas práticas independentemente das mudanças ocorridas nessa definição.

O alívio exprimido pelo pai do jogador acima referido apenas permite concluir que a aprendizagem da nova categoria o mobilizou para a participação num processo com determinadas características. Ou, dito de outra maneira, a revelação da doença constitui o momento que lhe tornou possível dar início a uma mudança de perspetiva. Bem conscientes disso, alguns dos presentes foram enfáticos na forma como, ainda na sala da reunião, se lhe dirigem: “volte que isto resulta!”. À falta de um recém-chegado, os participantes repetem para si próprios este mesmo apelo, enunciando-o em unísono.

¹³ Os pais dos jogadores falam da maneira como o jogo é vivido por eles como resultado de eventual falha na educação dada aos filhos. É-lhes logo indicada a causa do jogo como sendo exterior à sua ação, razão pela qual qualquer recriminação se torna desnecessária. Por outro lado, o fato de o jogo compulsivo ser definido como uma doença para a vida – ou seja, tornando possível a sua paragem mas não a sua cura – permite precisamente que o esforço na abstinência seja levado a cabo sem nunca esquecer que, latente, o desejo de jogar pode ressurgir a qualquer o momento. Mais: a doença não permite que se jogue de forma controlada; voltar a jogar é, potencialmente, vir a jogar de forma compulsiva. Sobre esta característica e sobre a decorrente necessidade de se manter sempre abstinente – ainda a propósito do alcoolismo, por relação ao qual, como se viu, esta abordagem foi inicialmente criada –, Gilles Deleuze, fazendo apelo à análise do autor já referido, sintetiza: “Bateson mostrou como o ‘não bebo mais’ faz rigorosamente parte do alcoólatra, pois é a prova efetiva de que agora ele pode voltar a beber” (2016b: 160-161).

A SALA

Ian Hacking debate os efeitos decorrentes de um processo de classificação, para o caso levado a cabo em crianças (1999: 100-124). A propósito da chamada hiperatividade, o autor mostra como, uma vez realizada e sem prejuízo do efeito que, no momento, possa ter sobre quem é objeto de tal classificação, ela passa a ter uma história, imbricada na “matriz mais ampla de instituições e práticas que [a] englobam” (id., *ibid.*: 103). A este propósito, e no que respeita à América do Norte, relembra:

[H]ouve um tempo em que crianças descritas como hiperativas eram colocadas em salas de aula [...] nas quais os estímulos eram minimizados, a fim de que [...] não tivessem ocasião para atividade em excesso. As carteiras eram afastadas umas das outras. As paredes não tinham decoração. As janelas tinham cortinas. A professora usava um vestido preto liso, sem ornamentos. As paredes eram desenhadas a fim de refletirem um mínimo de ruído (id., *ibid.*: 103).

Tendo em conta as grandes diferenças entre adultos e crianças, familiares ou não de jogadores, com práticas bem diferenciadas passíveis das apreciações as mais diversas, bem como as ocasiões em que tal possa vir a ocorrer, a discussão apenas pretende chamar a atenção para a importância que a dimensão situacional tem para o desdobramento de tais processos e para o que neles, e em muito grande medida, releva de uma componente performativa¹⁴. A ter em conta esta aproximação, vale a pena referir que o termo “reunião” é usado pelos integrantes dos Anónimos especialmente quando, dirigindo-se a potenciais participantes, alguém leva a cabo uma convocatória específica. Quando se trata de referir a sua ação em termos genéricos, estes, nomeadamente em conversas informais, referem-se às “salas” nas quais a sua atividade é realizada.

As reuniões regulares do grupo das FA realizam-se à noite. À medida que vão chegando ao local e após saudação a quem se encontra na portaria do edifício, os participantes cumprimentam-se e, eventualmente, dividem-se por conversas levadas a cabo numa espécie de átrio interior no qual existe um pequeno bar, à frente do qual se dispõem as respetivas mesas e cadeiras. Frequentemente, as conversas estendem a sua duração pelos corredores e pelos elevadores da instituição à qual a sala é alugada e para onde, através deles e na hora marcada – as vinte horas, como se viu –, todos se dirigem. Trata-se de uma divisão que, durante o dia, integra o piso no qual funcionam diferentes atividades, nomeadamente de carácter pedagógico. Até que seja dado o início formal ao encontro, a porta mantém-se aberta. Às carteiras aí existentes os presentes dão uma nova arrumação: quais módulos, são movidas para o centro da sala. Juntas, passam a formar uma mesa retangular à volta da qual, e deslocadas para

¹⁴ O conceito de performance refere-se a situações que são constitutivas para as próprias pessoas que nelas participam – os rituais de aflição e passagem são uma entre outras –, *durante a, e através da, sua execução.*

esse fim, são colocadas as cadeiras onde os participantes virão a sentar-se. Retiradas de um contentor de plástico translúcido, desde a reunião precedente deixado arrumado no cimo do armário da sala, as publicações dos FA são colocadas lado a lado – com os vários exemplares de cada título acumulados numa pequena pilha – e dispostas no centro da mesa. A desenvoltura manifestada por certos participantes na prossecução sucessiva destas tarefas demonstra a sua familiaridade com a participação repetida em reuniões, sempre precedidas pela transformação da sala. Os sons produzidos – carteiras e cadeiras arrastadas, de mistura com as vozes dos presentes entregues às várias tarefas – cessam. A porta é fechada e todos se sentam.

No momento e rapidamente acordada entre os presentes, a coordenação dos trabalhos é atribuída a um dos participantes, geral mas não exclusivamente um dos mais assíduos, que designa – ou, caso esta se ofereça, aceita – a pessoa que irá dar início à reunião. Trata-se de alguém cuja frequência terá de ser apenas a necessária ao conhecimento dos passos que seguem. Ela traz para diante de si um exemplar de uma das publicações dispostas na mesa – as “Orientações Gerais” –, abre-o na página correspondente e, em voz alta, dá início à leitura de um texto de duas páginas, a “Abertura da Reunião”. Através de outros exemplares retirados da mesma pilha, os presentes acompanham-na em silêncio, até ao momento em que todos declamam em unísono a “Oração da Serenidade”¹⁵. A leitura em silêncio só voltará a ser interrompida quando, adiante e a pedido da leitora ou leitor designado, o participante sentado imediatamente à sua esquerda anuncia o primeiro nome. Noutra unísono, é saudado por todos. Seguindo sempre a esquerda de quem, na sua vez, faz este anúncio, a operação é repetida tantas vezes quantas as pessoas presentes¹⁶. Completada a roda, o texto remanescente volta a ser lido no modo inicial. Nalguns casos, a leitura estende-se a um dos Doze Passos, aquele com o ordinal correspondente ao número do mês no qual a reunião ocorre.

Virados para o centro da mesa, os participantes encontram-se em posição de ver e ser vistos pelos demais. Atentos, todos ouvirão em silêncio aquele que fala. Doravante,

¹⁵ “Concedei-me Senhor, SERENIDADE para aceitar as coisas que não posso modificar; CORAGEM para modificar as que posso; e SABEDORIA para distinguir umas das outras. Seguimos a grafia da publicação acima referida, disponível, como se disse, nas reuniões dos FA (Jog-Anon, s.d.: 4). O momento do unísono é indicado no texto, onde a oração surge destacada. A vasta maioria dos participantes acaba por declamá-la de cor. Apesar da presença dos termos “Oração” e “Senhor”, os Anónimos repetem a qualquer recém-chegado que o seu programa não é “religioso”. Esse facto faz parte dos procedimentos relativos à abertura de todas as reuniões regulares sendo, para tanto, inscrito no texto que as introduz (Jog-Anon, s.d.: 5). Aqui, o segundo termo é suposto referir-se a um “Poder Superior” que pode ser definido “da forma como cada um o entende” (id., ibid.: 7). Para os que afirmam não ter religião, sugere-se frequentemente que tal poder possa ser encarado como correspondendo à “força do grupo”. Desta forma, o programa é referido como sendo “espiritual”. Sem prejuízo de proporem a outros membros a assunção daquela “força”, algumas das participantes das FA declaram-se católicas sendo que, por isso e para elas, esse Poder Superior remete para a divindade transcendente do cristianismo. O tema é objeto de discussão por Catarina Fróis (2009: 111-133).

¹⁶ A título de exemplo: uma participante apresenta-se – “eu sou a Joana” – e todos respondem: “olá Joana”. Assim o queira, quem se apresenta pode aduzir ao anúncio do nome a designação do parentesco com um jogador: “eu sou a Joana, mulher de um jogador”. Quando a primeira pessoa que se apresenta o faz, as que se seguem tendem também a fazê-lo.

cada intervenção será feita seguindo a ordem de quem manifesta vontade para falar, sendo que o coordenador pode também sugerir e até mesmo estimular a intercessão de algum dos presentes. Em qualquer dos casos, não só não é permitida a interrupção de quem se encontra no uso da palavra como não será autorizado qualquer diálogo.

Às vinte e duas horas é dado início ao processo do fecho da reunião. Para tanto, é principiada a leitura de outro texto também integrado nas “Orientações Gerais”¹⁷. Em simultâneo, por iniciativa do tesoureiro e sem uma ordem pré estabelecida, é feito rodar pelos participantes um pequeno saco opaco no qual é recolhido o dinheiro que corresponde às “contribuições” dos presentes¹⁸. Com uma nova declamação em uníssono da “Oração da Serenidade”, a reunião chega formalmente ao seu termo. A ele se seguirá o apelo dirigido à participação em futuras reuniões.

A partir deste momento, são realizados no sentido inverso os procedimentos levados a cabo antes do início formal da reunião: todos se levantam, entregando-se de imediato à arrumação da sala de acordo com a disposição inicial, após o que é percorrido o caminho que leva ao exterior do edifício. Na rua, e sem prejuízo da ocorrência de mais ou menos longas trocas de impressões levadas a cabo nas escadas exteriores do edifício ou no passeio a elas fronteiro, os participantes tendem a dirigir-se para os meios de transporte que os levarão aos lugares de morada.

DINHEIRO

Em qualquer dos casos referenciados no trabalho de campo, quando se fala de jogo, fala-se de jogo a dinheiro. Assim anunciada, esta última designação – dinheiro – constitui uma categoria muito genérica. No plano etnográfico, e como domínio empírico no qual a categoria parece exprimir-se, é comum ver emergir as diferenças a serem encontradas, por exemplo, nos usos diários referentes ao numerário, nas práticas observadas a propósito do uso dos diferentes tipos de cartões eletrónicos ou nos exercícios de numeração relacionados com contas bancárias. No entanto, manipular notas e moedas não é a mesma coisa que manipular um cartão eletrónico, da mesma forma que a contagem de numerário levada a cabo numa loja e dirigida a um ato de compra não remete para a mesma temporalidade associada às contagens

¹⁷ “Encerramento da Reunião” (Jog-Anon, s.d.: 6).

¹⁸ “Os que vierem pela primeira vez não contribuem” (Jog-Anon, s.d.: 6). A autonomia financeira de cada grupo faz destas contribuições as únicas verbas disponíveis para as despesas relativas ao seu funcionamento, a saber, o pagamento do aluguer da sala e a eventual reprodução da literatura dos Anónimos. O dinheiro doado é recolhido e contabilizado por quem desempenha a função de tesoureiro. Qualquer membro do grupo pode ter acesso a esta contabilidade. Com a exceção destas contribuições voluntárias, a participação nas atividades dos Anónimos é completamente gratuita.

que, por exemplo, têm por centro as avaliações sucessivas efetuadas durante um período de tempo, e relativas ao dinheiro disponível em conta bancária.

Todas estas instâncias são passíveis de ser abarcadas pela categoria “dinheiro” e, no entanto, enquanto operações discretas, sugerem desde logo temporalidades, posturas corporais e socialidades bem diferenciadas. Do ponto de vantagem fornecido por esta multiplicidade, o dinheiro vem, assim e nas palavras de Marshall Sahlins, a constituir “um conceito totalmente esquivo” (2002: 30).

Para o que aqui se apresenta, bastará referir que a vida dos jogadores a que ele se refere, e como muitas outras pessoas, se desenrola também na circulação por todas aquelas modalidades. A constatação da presença destas formas refere-se apenas a um primeiro registo. Deverá ainda, sobretudo e para o que aqui nos ocupa, ser tido em conta o que dele releva como objeto de experiência. Para este efeito, convoca-se a reflexão de Walter Benjamin sobre o que designa como “distração” (2008 [1936]), ou seja, e na revisitação realizada por Michael Taussig, “o tipo de visão periférica esvoaçante e escassamente consciente”, resultado da “vida moderna”, do que nela se cruzam a cidade e respetiva mobilidade, o tipo de organização económica e a tecnologia (1991: 148). A fácil reprodução e a profusão de imagens daí decorrentes tornou-as omnipresentes e fugazes e, nessa medida, impossíveis de ser contempladas. Assim, e agora a propósito da relação entre as coisas e as imagens delas oferecidas pela fugaz e omnipresente publicidade – que se dirige a destinatários as mais das vezes colocados em situações nas quais, face a ela, se encontram escassamente conscientes –, Taussig aduz: “É o dinheiro, cujo poder reside no facto de *operar sobre nós visceralmente*, que nos impele para estas coisas” (id., *ibid.*: 151. Ênfase nossa). Estamos portanto a referir uma instância, eventualmente tátil, propriocetiva até (id. *Ibid.*: 149), que opera aquém e além da sua existência enquanto símbolo de valor¹⁹.

Na verdade, os Anónimos evitam nomear quantias concretas, sejam elas relativas a ganhos, como são os salários, ou a qualquer tipo de gastos. Explicam que isso se dirige à necessidade de manter uma igualdade estrita entre os seus membros, não sendo por essa via denunciadas as respetivas situações ou proveniências sociais. Muito raramente se ouve falar de verbas específicas nas reuniões²⁰. Tal não quer dizer, como se verá adiante, que o dinheiro não esteja bem imbricado – afinal ele também opera visceralmente! – nos corpos dos jogadores e seus familiares²¹. Há até situações em

¹⁹ Para uma interessante discussão sobre as questões relativas ao valor, v. Graeber, 2001. Para um exemplo do que Taussig descreve como a dimensão propriocetiva que integra a experiência do dinheiro, para o caso o numerário, v. Vasconcelos 2003: 79.

²⁰ Se alguém referir uma verba concreta, como pode ser o caso de um recém-aderente, essa pessoa é deixada falar sem interrupção. No entanto, essa quantia nunca voltará, numa reunião ou fora dela, a ser referida por qualquer outro membro. É com uma participação continuada que todos vão aprendendo a praticar esse evitamento.

²¹ Explorando a direção apontada pelo discernimento de Benjamin e Taussig, entendemos o corpo no que ele também remete para a dimensão dos “*afetos* que atravessam cada espécie de corpo [...], das *afeções* ou encontros de que ele é capaz [...], suas potências e disposições” (Viveiros de Castro, 2015: 66. Sublinhado do autor).

que os implicados têm plena consciência deste facto. A este propósito, veja-se o acontecido depois da participação numa reunião das FA, momento em que é trazida para a discussão com a mulher de um jogador o conteúdo de uma partilha realizada durante aquele encontro. Tratava-se, precisamente, da referência à percepção da publicidade, estimulada pelo texto de Walter Benjamin acima referido e introduzida na discussão nos termos propostos por este autor. Não foi difícil à mulher que participava na conversa, e respondendo a uma pergunta sobre o que estaria implícito nesse tipo de imagens, afirmar prontamente: “o dinheiro!”. Para o que aqui nos ocupa, a compreensão da sua ação é aquela que resulta do que nos seus usos convoca a experiência neles imbricada²².

FREQUÊNCIA

Caracterizando um padrão de participação nas “práticas ritualizadas” (Fainzang, 1996: 97-108) das Associações de Doze passos, e a propósito de uma das mulheres que entrevistou, Catarina Fróis refere, para os casos que coloca em evidência, a presença do que designa como uma “frequência prolongada” (id., *ibid.*: 89). Trata-se do padrão que resulta de um processo através do qual as presenças nas reuniões resultam da fixação de um conjunto de pessoas que, em certos casos durante anos, e mesmo após a recuperação do parente jogador, reitera a sua participação. A elas se juntam outras que, circulando, marcam a participação respetiva com uma presença muito esporádica. A organização mundial a que a Associação das Famílias Anónimas pertence projeta-se como sendo dirigida a familiares e amigos de jogadores compulsivos (Jog-Anon, s.d.: 1). É de notar, assim, a presença de pessoas que reclamam ter com um jogador particular uma relação de amizade, e que explicitam a vontade de ajudar o amigo em causa a dar um termo ao seu envolvimento com a reiteração no jogo. Trata-se, no entanto, de uma presença esporádica, correspondendo, na maioria dos casos, a uma prospeção sobre os recursos terapêuticos disponíveis, a que o amigo ou amiga em causa poderão eventualmente recorrer.

Ainda que por relação a uma problemática completamente distinta, releva-se o que nesta asserção releva da dimensão do encontro. As afeções podem, assim, ser equacionadas como “as capacidades que o corpo tem para afetar e ser afetado por outros corpos” (idem 2004: 6).

²² Os jogadores usam o dinheiro como plataforma de acesso ao estado proporcionado pelo ato de jogar. Dito de outra maneira, o descentramento do valor resulta da centralidade dada à performance. Esta aproximação permite lançar uma luz sobre a alternância entre o estado correspondente a uma sessão de algumas horas de jogo – ou seja, a performance – e, depois de a ela ser dado um termo, a situação correspondente à tematização das consequências – também elas operando “visceralmente” – que, em termos de perdas cumulativas, se lhe seguem. O estado resultado dessa performance em *slot machines*, é nomeado por Schüll como “a zona” (2012).

Este padrão de participação estende-se também a familiares, sendo que a efemeridade de algumas participações constitui uma preocupação para os que protagonizam uma frequência mais prolongada. Estes argumentam que o programa dos Anónimos, expresso nos “Doze Passos da Recuperação” (Jog-Anon, s.d.: 7), é concebido como uma intervenção de longo prazo – para a vida, dizem –, que não se compadece com a busca de soluções rápidas, na sua opinião procuradas pela maioria.

Como resultado do processo que resulta da dinâmica entre permanência e circulação, o que vem a ocorrer é que o conjunto dos mais assíduos é constituído por mulheres, maioritariamente casadas com, ou mães de, jogadores em recuperação, também eles, e na sua maioria, integrados nas atividades dos JA. Trata-se, portanto, de relações constituídas e avaliadas a partir de uma situação em que a reiteração no jogo coincide ou coincidiu com um período mais ou menos longo de coabitação. Casos há em que a presença nas reuniões cessa assim que a relação que motivara a participação sofre uma alteração profunda. Tal é a situação de uma mulher que frequenta um conjunto de reuniões a pedido do sogro. Também presente, este complementa a comparência de ambos com a do filho nos JA, que iniciara a abstinência após um itinerário de vários anos como jogador. Tinha como objetivo manifesto e complementar “salvar o casamento” do filho. Consumada a rutura – e dado termo à coabitação –, a mulher em causa, que até aí participara em todos os encontros, abandona a frequência das reuniões. O sogro fá-lo-ia poucos meses depois. As domesticidades e o recorte de género que lhes está associado vêm a produzir e regular a participação mais ou menos prolongada nos grupos de FA.

Veja-se agora a situação de um homem e da sua mulher, pais de um rapaz, Raul, que encontrara o seu primeiro trabalho numa loja de uma conhecida cadeia de supermercados. Com opinião forte sobre a necessidade de fazer poupanças e instando o filho a fazê-las, os progenitores, através do controlo da sua conta bancária, verificam que este não as realizava. E descobrem que empregava uma parte do salário em jogo *online*. A sua participação no grupo pretende alcançar dois objetivos: primeiro e uma vez que o rapaz se recusa a aceitar que é jogador, que alguém do grupo dos FA os ajudasse, presencialmente, a confrontar o filho com o tipo de jogo que levava a cabo; segundo, que este participasse nas reuniões dos JA. Não conseguindo o que queria em relação ao primeiro ponto e num primeiro momento, o casal deixa de frequentar as reuniões. A situação é interessante por duas razões. Em primeiro lugar, a atitude destes pais enquadra-se no, e reforça o, tropo explicitamente referido pelos participantes mais assíduos quando da presença de recém-chegados nas reuniões: o “amor firme”. A par da enunciação e aprendizagem do jogo como doença, trata-se do primeiro operador simbólico dirigido à mudança da relação com o jogador. A categoria implica desde logo a aceitação da impotência face ao desejo de jogar do parente – o primeiro dos Doze Passos –, postulando que este apenas pode mudar por iniciativa própria. Deste modo, a atenção já não se orienta para a pessoa que joga – é precisamente o imbricamento com as suas necessidades que deve ser objeto de rutura

– mas para o etograma que constitui a interação com ele²³. A firmeza destes pais contrasta com a maioria dos recém-chegados, razão pela qual, sem mais, se torna difícil compreender a razão pela qual deixam de marcar a sua presença nas reuniões²⁴.

É outro o operador – “bater no fundo do poço” – que o explica e, simultaneamente, convoca a segunda ordem de razões. Deixar de participar na mobilização dos recursos necessários à prática do jogo tem como objetivo manifesto o isolamento do jogador com as respetivas dificuldades, especialmente as que decorrem da angariação de mais dinheiro. Escute-se António a propósito do seu itinerário: “isto começa devagar e atinge dimensões desproporcionadas.” Segmento de uma partilha realizada no contexto de uma Reunião Aberta, a frase dá conta de um processo que, na sua opinião, veio a desembocar numa situação que o próprio considera desesperada. Explica que vivia com os pais e que “tinha uma boa vida”: “trabalhava numa grande empresa e ganhava bem”. Depois de um período de anos nos quais o jogo é levado a cabo principalmente com a aplicação dos recursos proporcionados pelo salário e pelos ganhos obtidos no próprio jogo, fala de “criar créditos” como uma outra “fase”. A certa altura, resume,

Já não conseguia créditos. A prestação [referente ao serviço da dívida entretanto contraída] já era mais alta que o ordenado. [...] Tinha de pedir dinheiro emprestado à minha mãe [...] A minha irmã também emprestou e joguei com o subsídio de Natal. Em Dezembro tinha cinquenta euros no bolso. E como era para ir trabalhar, para comer? Bato no fundo.

A expressão “bater no fundo do poço”, ou simplesmente “bater no fundo”, designa a altura em que o jogador se encontra colocado na situação em que se torna muito difícil projetar como até aí a sua existência enquanto jogador. Ao contrário de António, que pediu ajuda, Raul continua a insistir que tem controlo sobre a forma como joga. Recusa-se a aceitar que bateu no fundo. Sem esse reconhecimento, e independentemente do facto de não participarem em situações nas quais, e como pretendiam os seus pais, são chamados a reforçar uma ação externa dos outros membros da irmandade, os Anónimos duvidam que a paragem seja possível. Não por acaso, a “teimosia” relatada pelo pai foi imediatamente interpretada como o melhor índice de que ainda não batera no fundo, ou seja, que não estavam reunidas as condições para que fosse dado o início à abstinência.

²³ É esta rutura que constitui a prática do amor-firme. Ou seja, do que se trata é da capacidade para contrariar o jogador naquilo que são as práticas que resultam das suas necessidades, principalmente as que se dirigem à continuação do jogo. Face às situações concretas dos seus integrantes, os membros das FA insistem que tal rutura constitui um processo, pelo que propõem a um recém-chegado que ele vá contrariando o “seu adicto” apenas naquilo que sabe estar em condições de poder cumprir. Trata-se de uma prática de pequenos passos nos quais é exercitada uma capacidade crescente para contrariar as pretensões do jogador e, assim, ir modificando os quadros relacionais que vieram a acomodar tais pretensões.

²⁴ Viriam a fazê-lo num grupo a operar numa outra zona, agora nos arredores de Lisboa.

DÍVIDAS

No que o conceito remete para a dimensão temporal, o termo “dívida” deve ser usado no plural. Referimo-nos em concreto a itinerários de jogo nos quais, como é o caso de António, é apresentada uma dívida contraída à mãe e irmã, por contraste com as assumidas a organizações financeiras. A primeira remete para a inserção numa ordem que pré existe o momento em que tal dívida é contraída – daí assumir com frequência a linguagem da dádiva –, sendo que a segunda se enquadra na “ideologia utilitária do ator individual e do livre arbítrio” (Guyer, 2012: 492). Por relação à obrigação dos respetivos pagamentos, a referência serve para colocar em evidência a presença de diferentes temporalidades: na primeira, estribada numa reciprocidade que configura uma “dívida existencial” (Graeber, 2011: 57), do que se trata é de uma “temporalidade indeterminada” (Guyer, 2012: 495), sendo que, na segunda, enquadrada pela mutualidade, se está perante uma temporalidade que remete diretamente para o calendário (id., *ibid.*: 499-500). A narrativa de António explicita uma sucessão na qual se encontra a diferença entre uma e a outra e as circunstâncias em que, sobrepostas e concatenadas, elas se lhe apresentam com efeito cumulativo. Apesar de manterem uma autonomia que se exprime em situações nas quais surgem como relativamente irreduzíveis, as temporalidades e as socialidades em presença integram aqui a complexidade das circunstâncias em que António bateu no fundo²⁵.

Sem prejuízo da análise do imbricamento e concatenação das dívidas colocadas em presença, o dinheiro e os seus usos colocam um desafio analítico tanto mais interessante quanto jogadores e familiares caracterizam o desenvolvimento dos itinerários de jogo como correspondendo a um processo no qual, dizem, se “perde a noção do valor do dinheiro”. O que quer isto dizer? Ou, ainda melhor – e projetando-o como não se reduzindo à expressão de valor –, o que é que, e em simultâneo, o enunciado oculta? Estas perguntas tornam-se, e por duas razões, ainda mais pertinentes quando, por um lado, se verifica como, na prática do chamado jogo compulsivo, os seus usos tendem a ocupar uma parte considerável da atenção a que corresponde o quotidiano dos jogadores, sendo que, por outro, a tal presença e no decorrer da pesquisa etnográfica, vem a corresponder, aquém ou além da referência a quantias específicas, um evidente embaraço em explicitar pormenores sobre esse domínio.

O dinheiro e a sua circulação também podem ser analisados no âmbito mais vasto das “ordens transacionais” das quais ele faz parte (Parry & Bloch, 1989: 28-30). E uma das características que diferencia estas ordens remete precisamente para o curto e o longo prazo, quer dizer, para as diferentes escalas temporais nas quais as transações

²⁵ Para uma discussão sobre as práticas do quotidiano que colocam em relação temporalidades diversas, v. Munn 1992. Para uma aplicação desta abordagem a um comportamento aditivo, para o caso o uso de heroína, v. Vasconcelos 2003: 89-131.

vêm a ocorrer: a circulação tende a ser objeto de uma avaliação particularmente negativa sempre que as perdas do curto prazo são avaliadas como comprometendo as transações que ocorrem como resultado de uma ordem que é suposto persistir no longo prazo (id., *ibid.*: 23-30). Desta forma, é corrente ouvir aos membros dos Anónimos que a perda de dinheiro num ato isolado, e assim considerado lúdico, apenas constitui uma forma de diversão, tornando-se perigosa quando, e agora sobre os processos de reiteração no jogo, as perdas – e até os ganhos – comprometem a mais longo prazo a viabilidade do que, por exemplo, é considerada uma boa ordem doméstica²⁶. Se os usos do dinheiro forem pensados como pontos de articulação entre ordens transacionais de curto e longo prazo, então e implicitamente, é isso mesmo que está em causa numa poupança, como a exigida pelos pais do Raul. Aqui como noutros casos, e por isso encarada em si mesma como virtude, uma quantidade é passível de se constituir numa qualidade (Maurer, 2006: 24-25). De facto, o processo a que correspondem muitos usos do dinheiro remete para uma dimensão existencial, bem presente na atividade dos Anónimos²⁷.

FREQUÊNCIA PROLONGADA

É exatamente porque ele se apresenta como domínio de experiência que é impossível falar do dinheiro sem referir as relações que impregnam os seus usos (Strathern, 2014b: 296-298). António não consegue dar conta das dificuldades encontradas na fase de jogo anterior à abstinência sem referir os empréstimos contraídos à mãe e à irmã. Por sua vez, e por relação a Raul, são os pais que revelam ao grupo as práticas do filho respetivo. É aliás esta condição, a de pais, que legitima a sua participação nas FA.

Rosa é casada com um jogador e a sua participação de anos nas reuniões inicia-se durante o itinerário de jogo do marido. Pela sua parte, é corrosiva quando diz ter aprendido a reagir negativamente ao termo “jogo”, mesmo quando o vocábulo, enquanto homonímia, se refere a um conjunto de objetos, como seja o caso de um

²⁶ Quando levado a cabo com o objetivo de ganhar dinheiro, o jogo teria vindo a ser regulado por uma economia moral bem caracterizada em Panasitti e Schüll 1994. Esta situação tem sido objeto de mudanças. É esse, aliás, o argumento destes autores. Acompanhando transformações ocorridas no panorama económico global a partir dos anos oitenta do século passado, nomeadamente na redefinição da legitimidade de atividades até aí sujeitas a forte sanção moral, aquela economia tem vindo a estar sujeita a transformações muito relevantes. A este propósito e a título de exemplo, v. Alvarez 1984: 135, apud Crump, 1997: 175, nr 18.

²⁷ O dinheiro e os seus usos não remetem, em si mesmos, para qualquer dimensão ontológica. Sobre as várias formas do dinheiro, no que delas decorre também do exercício de diferentes capacidades e poderes, ver a muito útil reflexão levada a cabo em Deleuze 2016a: 15-16. Esta última aproximação é passível até de dar alguma luz ao processo reiterado do jogo e à capacidade desenvolvida pelos jogadores para espalhar pelas, e gerir a partir das, formas acima descritas os ganhos e as perdas entretanto registadas. Como se viu, e estando a falar de jogadores comuns, com rendimentos comuns – o autor refere também as capacidades de banqueiros –, tal capacidade tem um limite.

jogo de naperons ou de lençóis. Detesta a palavra, pura e simplesmente. Nos pormenores sobre a vida doméstica levada a cabo durante “a fase ativa de jogo” daquele familiar, nomeadamente no que aos usos do dinheiro diz respeito e em registo extensível a todos os outros depoimentos, dá conta de um padrão de coabitação bem caracterizado pelo que Bhrigupati Singh designa como “intimidade agonística” (2014: 171)²⁸.

Na verdade, Rosa continua a detestar a palavra, mesmo depois de o marido ter abandonado a prática do jogo e ter aderido aos JA. Mais, numa reunião realizada não muito tempo após a paragem do cônjuge faz uma afirmação na qual, explicitamente e em jeito de balanço, lamenta não ter encontrado no casamento a “proteção” que dele esperava. É logo secundada por outra participante que avalia o próprio matrimónio exatamente nos mesmos termos. Tal como a generalidade dos participantes, estas posturas mantêm alguns dos traços que haviam marcado a presença no grupo durante a fase ativa de jogo dos familiares. Dito de outra forma, num quadro que resulta do que é definido como “um estado físico imanente, um estado que não tem outro destino a não ser se perpetuar indefinidamente” (Côrtes, 2012: 72), do que se trata é de encontrar uma aproximação que dê conta de situações nas quais a mudança – afinal os maridos de Rosa e da mulher que a secundou deixaram mesmo de jogar! – vem a coexistir com expectativas relativamente inalteradas face à maneira como o devir é apresentado. Trata-se, portanto, de apreciar esta tensão como terreno a partir do qual surgem “potencialidades ambivalentes” (Singh, 2014: 166).

De uma forma geral, qualquer situação nova na vida dos jogadores abstinentes ou em recuperação é passível de ser avaliada como potencialmente perigosa. Veja-se a partilha de Maria, reformada e morando sozinha, agora que o sobrinho – o jogador em questão —, que ela educou “como filho”, se encontra a trabalhar no estrangeiro. A partilha vem a ocorrer depois de um período de ausências nas reuniões e é efetivada no momento em que o seu familiar se encontra em Portugal, de férias. Referindo-se às prendas dadas por este homem aos seus próprios sobrinhos, a participante reproduz agora o que já lhe dissera pessoalmente: “não é preciso dar prendas de oitenta euros; basta dar um dinheirinho – vinte euros – para que a coisa possa ser feita”. Ainda que a poupança como virtude moral não esteja arredada da preocupação que origina o comentário, o que esta mulher afirma recear é que o padrão a que se refere este tipo concreto e bem situado de gastos possa induzir uma situação na qual

²⁸ O conceito reporta à violência que vem a eclodir numa região da Índia como resultado das “hierarquias de casta e tribo [que] estão presentes e, *simultaneamente*, são profundamente contestadas” (id., *ibid.*: 171. Sublinhado nosso). Salvaguardando as óbvias diferenças, nomeadamente no que à escala diz respeito – trata-se aqui de dinâmicas domésticas e não conflitos que ocorrem a um nível regional –, afirmamos a pertinência do conceito para a análise do que aqui nos ocupa. E fazemo-lo por duas razões. A primeira porque em ambos os registos se constata “a copresença de modos de conflito e coabitação”. A segunda porque nos apresenta a vantagem de induzir um exercício analítico “sem predisposição para uma negação da oposição ou para uma afirmação comunitária” (id., *ibid.*: 171). Ainda que as questões relativas ao conceito “comunidade” não seja, aqui, sujeita a escrutínio, cf. Strathern 2014a: 133-157 para uma discussão sobre o significado desta categoria em diferentes situações sócio culturais.

o sobrinho volte a jogar. Trata-se de uma partilha na qual é estabelecida uma relação entre a situação que lhe causa esta preocupação mais recente e um conjunto de atitudes deste seu familiar, reportadas a um passado concomitante à fase ativa de jogo. Assim, o episódio vem a atribuir um sentido a outras ocorrências, que a narrativa se encarrega de explicitar: a mulher em causa vem a procurar na garagem algumas peças de roupa aí guardadas pelo familiar – “roupas caras, de marca” –, na sequência do pedido que, do estrangeiro, este lhe fizera para que esse vestuário fosse doado. No momento e na mesma divisão encontra uns recibos há já um tempo guardados pelo sobrinho, e correspondentes aos pagamentos realizados a instituições de crédito às quais contraira os empréstimos necessários à reiteração do jogo. A estória encarrega-se de estabelecer uma relação entre o preço putativo do vestuário, o conjunto dos pagamentos então levados a cabo e, agora, o valor das prendas. A narrativa constitui-se assim numa metonímia que trata as diferentes situações como uma espécie de signos contíguos à prática do jogo. Esta contiguidade entre as diferentes condutas, “por mais díspares e distantes que sejam”, vem, por sua vez, a fornecer a “espécie de fundo unitário que as explica” (Côrtes, 2012: 74). E é este processo que remete qualquer situação nova para um tipo de latência na qual a “recaída” se torna sempre possível²⁹.

As situações de perigo potencial estendem-se à avaliação que decorre de qualquer mudança operada no seu quadro relacional. Através de uma partilha levada a efeito em reunião posterior, Maria comenta o facto de o sobrinho ter encontrado no país em que trabalha uma nova namorada. Sabendo que planeiam ambos umas férias em Portugal, fica inquieta por não saber se deve ou não falar-lhe “no problema do jogo”. Sabendo-se tímida e lacónica – participa em muitas reuniões sem nada dizer –, estende esta inquietude à antevisão de uma situação na qual terá de interagir com alguém que não conhece. Sobre isso afirma não saber o que dizer numa conversa que eventualmente se venha a prolongar para além do tema do jogo. O que tal formulação tem de revelador é que ela já não se dirige à explicitação de como o jogo influenciou na situação relativa à coabitação com ele. Através da referência a uma pessoa que não conhece e à maneira como, apreensiva, especula sobre como será a interação com ela, do que agora se trata é de algo bem diferente. Trata-se de tornar a memória discursiva do jogo como um dos elementos instituintes da imaginação de uma relação ainda por vir.

Mais de um ano passado sobre as reuniões nas quais Maria partilhou aquela apreensão, o sobrinho e a namorada vieram passar as férias a Portugal. A experiência deste período faz com que estime a companheira do seu familiar como sendo uma pessoa encantadora, que considere terem as férias corrido muito bem e que, por isso, as avalie como tendo correspondido a um bom período para todos os envolvidos. Esta

²⁹ O termo “recaída” reporta a retoma da prática do jogo após um período mais ou menos prolongado de abstinência ou recuperação. Refere quer um ato isolado, quer o período que, eventualmente, se lhe siga.

avaliação é recebida pelas integrantes do grupo de FA com uma grande alegria. Quer as preocupações explicitadas por esta mulher, quer a forma como depois se refere ao período das férias e, ainda, o modo como o grupo agrega e aprecia tal alusão, demonstram que o processo a que corresponde a participação nos Anónimos não corresponde a uma experiência que integre uma ação e uma avaliação que se desenvolvem num “regime paranoico” de signos (Deleuze, 2016a: 18-19). Para melhor compreender o período de frequência prolongada a que se refere esta secção deverá ser tido mais uma vez em conta aquilo que os FA esperam da participação no grupo. No início, a principal motivação está ainda centrada na ação do parente que motivou a adesão. Na verdade, e mesmo relevando as mudanças operadas na vida do jogador, no que nesta se relaciona com uma trajetória entre a abstinência e a recuperação, a atenção dada pelo parente à, e a tensão criada pela, possibilidade de uma recaída mantêm-se, sobretudo nas situações por ele consideradas particularmente perigosas. Ou seja, e para voltar à formulação de Singh, “as agonísticas e as intimidades podem atravessar diferentes *intensidades*” deixando sempre “em aberto a possibilidade de um futuro partilhado e contestado” (2014: 171. Sublinhado do autor). Concomitantemente às transformações operadas nos jogadores, o que vai passando a estar também em causa é a adesão à parte do programa que coloca a atenção nas necessidades das próprias participantes. Face à presença do jogo na vida dos respetivos parentes – experienciada como constituindo um alerta permanente no parente-que-joga –, a participação nas FA, recentrando o objeto desta atenção, pode ser caracterizada, e ao contrário do que vinha acontecendo até aí, como passível de promover uma mudança na qual a ameaça de recaída não evita a emergência do que Biehl e Locke denominam “a paixão pelo possível” (2010: 319).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que com aproximações diferentes e perseguindo argumentos bem diversos, quer Gerda Reith (1999: 136-138), quer Natasha Shüll (2012: 1-2) abordam a repetição como uma das principais características do jogo. Para esta última, tal repetição constitui mesmo a estrutura que melhor explica a prática do chamado jogo patológico: face às muitas contingências da vida, o estado a que o jogador ou jogadora vêm a ter acesso através da execução repetida e repetitiva do jogo corresponde à única situação que eles vêm a experienciar como certa e absolutamente previsível. Independentemente do que possa motivar o início das suas trajetórias, altura durante a qual ele ou ela vêm a jogar para ganhar dinheiro, o que vem a seguir-se será uma situação na qual um ou a outra jogam para continuar a jogar (id. *ibid.*: 1-2)³⁰.

³⁰ No caso das *slot machines* – esta autora fez trabalho de campo em Las Vegas –, e do muito rápido desdobramento do jogo aí levado a cabo, o fluxo do jogo, *indiferente a ganhos ou perdas*, como confirmam alguns

Por paradoxal que possa parecer, há uma certa isomorfia entre esta prática do jogo e a dos Anónimos. Poder-se-ia até argumentar que reside justamente aí uma parte da sua eficácia³¹. Assim, e quando é referido o momento em que querem iniciar e manter a respetiva paragem, os jogadores são aconselhados a substituir o jogo pela participação repetida nos encontros daquela organização. Podendo, para isso, circular entre vários grupos de JA existentes numa mesma zona, o que está em causa é, para os primeiros três meses, a prossecução e performance do lema “noventa dias, noventa reuniões”. Cada uma destas reuniões obedecerá, como se viu, a uma organização totalmente padronizada. Também aqui, agora numa diferente direção, o jogador é confrontado com dois ciclos temporais. Recursivos, correspondem ao imbricamento de duas temporalidades diferenciadas: no curto prazo já não está em causa a performance do jogo, antes imperam as partilhas dirigidas à continuidade da abstinência e aos perigos da recaída; no longo prazo, já não se trata da impossível gestão das dívidas mas, e plasmadas nos Doze Passos – tantos quantos os meses de um ano –, as reflexões referentes à mudança, à reconstituição moral das relações consideradas mais significativas, ou seja, a uma parte daquilo que este coletivo define como recuperação. Ao contrário do observado no decorrer do itinerário de jogo, sobretudo na sua parte final, tais temporalidades tenderão a deixar de ser conflituais.

dos nossos entrevistados e desde que haja dinheiro para tal, é, no caso português, mantido até à hora de encerramento da sala do casino onde as máquinas se encontram. Casos há em que a busca do fluxo continua para além dessa hora, nomeadamente através do uso do computador e do jogo *online*. Tal é o caso de uma das mulheres entrevistadas e que refere esta extensão como um simulacro da operação das máquinas, nomeadamente dos estímulos sensoriais por elas produzidos e mimetizados pelo computador. Importante referir a este propósito que se tratava de uma extensão sem que a pessoa em causa jogasse a dinheiro. Referiu que tinha muito medo de usar o cartão eletrónico em operações na Internet. Ou seja, nem sempre a fronteira entre as categorias definidas como *gambling* e *gaming* – ao contrário da primeira, esta última não envolve qualquer ganho, nomeadamente em dinheiro –, são nítidas ou mutuamente exclusivas. No que à situação aqui relevada diz respeito, tais categorias têm de ser analisadas em processo.

³¹ Trata-se de uma hipótese que abarca uma discussão fascinante: até que ponto uma mudança pode ou não ser operada a partir de um hábito. Trata-se, portanto, da discussão sobre o que é “hábito” e o que é “mudança”, há muito presente, e bem persistente, na cultura ocidental, nomeadamente filosófica. A este propósito, v. Ravaisson 2008. Trata-se de uma tradução do texto seminal deste autor, “De l’Habitude”, publicado pela primeira vez ainda no Século XIX.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As traduções de obras citadas em línguas estrangeiras são da responsabilidade do autor.

Alvarez, A. (1984). *The biggest Game in Town*. Londres: Fontana.

Antunes de Campos, Edmilson (2010). *Nosso Remédio É a Palavra'. Uma Etnografia Sobre o Modelo Terapêutico de Alcoólicos Anônimos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Antze, Paul (2003). Symbolic Action in Alcoholics Anonymous. In *Constructive Drinking. Perspectives on Drink from Anthropology*. Mary Douglas Collected Works, Vol. X, Londres e Nova York, Routledge, 149-181.

Bateson, Gregory (1971). The Cybernetics of "Self". A Theory of Alcoholism. In *Steps to an Ecology of Mind*. Jason Aronson, Northvale (NJ) e Londres, 225-243.

Benjamin, Walter (2008 [1936]). *The Work of Art in the Age of Mechanical Reproduction*. Londres: Penguin.

Biehl, João, and Peter Locke (2010). Deleuze and the Anthropology of Becoming. *Current Anthropology*, 51(3), 317-351.

Brandt, Allan (1997). Behavior, Disease, and Health in the Twentieth-Century United States. The Moral Valence of Individual Risk. In *Morality + Health*, Allan Brandt and Paul Rozin, eds., Nova Iorque, Routledge, 53-77.

Conrad, Peter, and Joseph Schneider (1992). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Filadélfia, Temple University Press.

Côrtes, Mariana M. P. (2012). *Diabo e Fluoxetina. Formas de Gestão da Diferença*. Policopiado, tese de doutoramento, Campinas, UNICAMP

Crump, Thomas (1997). *The Anthropology of Numbers*. Cambridge, Cambridge University Press.

Deleuze, Gilles (2016a). Dois Regimes de Loucos. In *Dois Regimes de Loucos. Textos e Entrevistas (1975-1995)*. São Paulo, Editora 34, 15-21.

Deleuze, Gilles (2016b). Duas Questões Sobre a Droga. In *Dois Regimes de Loucos. Textos e Entrevistas (1975-1995)*. São Paulo, Editora 34, 158-162.

Dickerson, Mark (1996). Why 'Slots' Equals 'Grind' in Any Language. The cross-cultural popularity of the slot machine. In *Gambling Cultures. Studies in History and Interpretation*. Londres e Nova Iorque, Routledge, 152-166.

- Eisenberg, Leon (1977). Disease and Illness. Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23.
- Fainzang, Sylvie (1996). *Ethnologie des Anciens Alcooliques. La Liberté ou la Mort*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Ferentzy, Peter, and Nigel Turner (2013). *The History of Problem Gambling*. Nova Iorque, Springer.
- Fróis, Catarina (2009). *Dependência, Estigma e Anonimato nas Associações de 12 Passos*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Fuery, Patrick (1995). *Theories of Desire*. Melbourne. Melbourne University Press.
- Graeber, David (2001). *Toward an Anthropological Theory of Value. The False Coin of our Own Dreams*. Nova Iorque, Palgrave.
- Graeber, David (2011). *Debt. The First Five Thousand Years*. Brooklyn, Melville Publishing House.
- Guyer, Jane (2012). Obligation, Binding, Debt and Responsibility: Provocations about Temporality from Two New Sources. *Social Anthropology*, 20(4), 491-501.
- Hacking, Ian (1999). *The Social Construction of What?*. Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- Helman, Cecil (2003). Cuidado e Cura: Os Setores de Assistência à Saúde. In *Cultura, Saúde e Doença*. São Paulo, Artmed, 71-107.
- Ingold, Tim (2011). *Being Alive. Essays on Movement, Knowledge and Description*. Londres, Routledge.
- Jog-Anon - Famílias em Acção (s.d.). *Orientações Gerais*. Policopiado, edição brasileira.
- Kleinman, Arthur (1997). *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, Arthur (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nova York: Basic Books.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Latour, Bruno (1994 [1991]). *Jamais fomos modernos. Ensaio de Antropologia Simétrica*. São Paulo: Editora 34.

- Lesieur, Henry R. and Sheila B. Blume (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144 (9), 1184-1188.
- Maurer, Bill (2006). The Anthropology of Money. *Annual Review of Anthropology*, 35, 15-36.
- Munn, Nancy (1992). The Cultural Anthropology of Time. *Annual Review of Anthropology*, 21, 93-123.
- Panasitti, Mike, and Natasha Schüll (1994). *Re-articulating the Moral Economy of Gambling*. Kroeber Anthropological Society Papers, 77, 65-102.
- Parry, Jonathan, and Maurice Bloch (1989) Introduction: Money and the morality of exchange. In *Money and the Morality of Exchange*. Jonathan Parry e Maurice Bloch, eds., Cambridge, Cambridge University Press, 1-32.
- Ravaisson, Félix (2008). *Of Habit*. Translation, Introduction and Commentary of Clare Carlisle and Mark Sinclair, Londres e Nova Iorque, Continuum.
- Reith, Gerda (1999). *The Age of Chance. Gambling and Western Culture*. Londres e Nova Iorque, Routledge.
- Sahlins, Marshall (2002). *Waiting for Foucault, Still*. Chicago, Prickly Paradigm Press.
- Saris, Jamie E. (2013). Committed to Will. What's at Stake for Anthropology in Addiction. In *Addiction Trajectories*, Eugene Raikhel and William Garriott, eds., Durham, Duke University Press, 263-283.
- Schüll, Natasha Dow (2012). *Addiction by Design. Machine Gambling in Las Vegas*. Princeton, Princeton University Press.
- Schüll, Natasha Dow (2013). Balancing Acts. Gambling-Machine Addiction and the Double Bind of Therapeutics. In *Addiction Trajectories*, Durham, Duke University Press, 61-87.
- Singh, Bhrigupati (2014). How Concepts Make the World Look Different. Affirmative and Negative Genealogies of Thought. In *The Ground Between. Anthropologists Engage Philosophy*. Veena Das, Michael Jackson, Arthur Kleinman e Bhrigupati Singh, eds., Durham, Duke University Press, 159-187.
- Strathern, Marilyn (2014a). Os Limites da Autoantropologia. In *O Efeito Etnográfico*. São Paulo, Cosac Naify, 133-157.

Strathern, Marilyn (2014b). Cortando a Rede. *In O Efeito Etnográfico*. São Paulo, Cosac Naify, 295-319.

Taussig, Michael (1991). Tactility and Distraction. *Cultural Anthropology*, 6(2), 147-153.

Turner, Victor (1957). *Schism and Continuity in an African Society. A Study of Ndembu Village Life*. Manchester, Manchester University Press.

Turner, Victor (1969). *Ritual Process. Structure and Anti-Structure*. Nova Iorque, Routledge.

Turner, Victor (1986). Dewey, Dilthey, and Drama. An Essay in the Anthropology of Experience. *In The Anthropology of Experience*, Victor Tuner e Edward M. Bruner, eds., Urbana e Chicago, The University of Illinois Press, 33-44.

Vasconcelos, Luis Almeida (2003). *Heroína. Lisboa Como Território Psicotrópico nos Anos Noventa*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Viveiros de Castro, Eduardo (2004). Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation. *Tipiti*, 2(1), 3-22.

Viveiros de Castro, Eduardo (2015). *Metafísicas Canibais*. São Paulo, Cosac Naify.

Este volume inaugura uma coleção de dossiers temáticos sobre comportamentos aditivos produzidos em parceria com especialistas do meio académico e profissionais do terreno. Desta forma, o SICAD procura dinamizar a Rede Nacional de Investigadores em CAD e estimular a produção de conhecimento científico sobre comportamentos aditivos junto da comunidade académica e profissional, que são competências suas.

Este primeiro dossier temático centra-se no jogo e no uso problemático da Internet, questões que estão cada vez mais no centro das preocupações desta Direção-Geral.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

