

**SILVIA SABOIA MARTINS**

**Jogo patológico no gênero feminino:  
características clínicas e de  
personalidade**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de  
Doutor em Medicina

São Paulo

2003

**SILVIA SABOIA MARTINS**

**Jogo patológico no gênero feminino:  
características clínicas e de  
personalidade**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de  
Doutor em Medicina

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Valentim Gentil Filho

Co-orientador: Dr. Hermano Tavares

São Paulo

2003

*Para meu marido Murilo.*

*Para meus pais.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Valentim Gentil Filho, pela orientação sempre crítica e pertinente.

Ao Dr. Hermano Tavares, pelo incentivo, estímulo, exemplo e pela co-orientação.

À Dra. Daniela Sabbatini da Silva Lobo, pela colaboração e trabalho conjunto.

À toda equipe do AMJO.

Aos pacientes avaliados para esta tese.

À FAPESP pelo auxílio recebido ao longo de todo o doutoramento (Processos FAPESP 00/14215-9 e 02/02650-8).

# SUMÁRIO

**Resumo**

**Summary**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	1
1.1. Epidemiologia	4
1.2. Características Sócio-demográficas	5
1.3. Curso e Evolução	6
1.4. Tipos de jogos	9
1.5. Diferenças entre jogadores e jogadoras quanto aos critérios DSM-IV	10
1.6. Procura por tratamento	11
1.7. Comorbidades Psiquiátricas	12
1.8. Personalidade	16
1.9. Comportamentos de Risco	18
1.10. Fases de envolvimento com o jogo e subtipos de jogadores	20
1.11. Diferenciando jogadores de jogadoras	21
<b>2. OBJETIVOS</b>	26
<b>3. HIPÓTESES</b>	28
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b>	30
4.1. Critérios de inclusão	31
4.2. Critérios de exclusão	31
4.3. Investigação das variáveis de pesquisa	32
4.3.1. Avaliação de variáveis sócio-demográficas	32
4.3.2. Avaliação de variáveis de Jogo	33
4.3.3. Entrevista de avaliação Psicopatológica e de Comorbidades em Eixo I	36
4.3.4. Escalas de avaliação de Personalidade	37
4.3.5. Variáveis de Progressão definidas como presença ou ausência de “ <i>telescoping effect</i> ”	41
4.3.6. Avaliação de comportamentos de risco associados	42
4.4. Análise Estatística	42
4.4.1. Diferenças entre gêneros	43
4.4.1.1. Análise univariada preliminar	43
4.4.1.2. Análise multivariada das diferenças de gênero	45
4.4.2. Variáveis de progressão responsáveis pelo “ <i>telescoping effect</i> ”	45
4.4.2.1. Análise univariada das variáveis responsáveis pelo “ <i>telescoping effect</i> ”	45

4.4.2.2. Análise de regressão para “ <i>telescoping effect</i> ” no primeiro e segundo períodos de progressão	46
4.4.3. Comportamentos de risco associados	46
4.4.3.1. Comportamentos de risco e gênero	46
4.4.3.2. Fatores associados a comportamentos de risco	47
<b>5. RESULTADOS</b>	48
5.1. Diferenças entre gêneros	48
5.1.1 Análise univariada preliminar	48
5.1.2. Análise multivariada das diferenças de gênero	68
5.2. “ <i>Telescoping effect</i> ”	70
5.2.1. Análise univariada para “ <i>telescoping effect</i> ”	70
5.2.2. Regressão Logística para “ <i>telescoping effect</i> ” no primeiro e segundo períodos de progressão	74
5.3. Comportamentos de risco	76
5.3.1. Comportamentos de risco e gênero	76
5.3.2. Fatores associados a comportamentos de risco	79
<b>6. DISCUSSÃO</b>	85
6.1. Perfil sócio-demográfico das amostras	85
6.2. Principais diferenças entre jogadores e jogadoras	86
6.3. Comorbidade psiquiátrica e gravidade psicopatológica	90
6.4. Jogo e personalidade	91
6.5. “ <i>Telescoping Effect</i> ”	93
6.6. Comportamentos de risco e gênero	96
6.7. Fatores associados a comportamentos de risco	98
6.8. Limitações do estudo	100
<b>7. CONCLUSÃO</b>	102
<b>8. ANEXO</b>	105
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	108

## RESUMO

MARTINS, S.S. **Jogo Patológico no Gênero Feminino: Características Clínicas e de Personalidade**. São Paulo, 2003, 139p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O número de mulheres com problemas relacionados ao jogo vem experimentando grande crescimento nos últimos anos, a exemplo do que ocorre na dependência de álcool e de outras drogas. Esse aumento, de acordo com estudos anteriores, pode ser creditado a variados fatores: a universalização de jogos mais acessíveis para as mulheres (que geram menor preconceito social), como o bingo eletrônico; o fato de mulheres utilizarem o jogo como válvula de escape para as tensões cotidianas e para eventuais crises depressivas; uma progressão média mais rápida (“*telescoping effect*”- T.E.) do jogar social ao jogar patológico para mulheres do que para homens. Embora identificado em vários estudos, o T.E. existente em mulheres não foi devidamente analisado em suas possíveis origens. Com vistas a elucidar essa questão, esta tese busca possíveis diferenças entre os gêneros que expliquem o T.E. e que possam ser relevantes para o manejo e tratamento do JP. Comparamos 78 mulheres e 78 homens jogadores patológicos quanto a características sócio-demográficas e clínicas, existência de comorbidades psiquiátricas, preferência por tipo de jogo, personalidade, e perfil de comportamentos de risco. Os instrumentos utilizados no estudo foram: para diagnóstico, a SOGS (*South Oaks Gambling Screen*) e os critérios diagnósticos do DSM-IV para Jogo Patológico (JP); para investigação de comorbidade, o SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*); para estudo de personalidade, o Inventário de Temperamento e Caráter e a *Barratt Impulsiveness Scale*. Constata-se que há uma maior proporção de solteiros entre as jogadoras do que entre os

jogadores, e que jogadoras começam a jogar e têm problemas com jogo com mais idade do que os jogadores. Uma maior proporção de jogadoras do que jogadores preferem jogos eletrônicos e mais jogadoras do que jogadores jogam por escapismo. Mais jogadores têm diagnóstico de abuso/dependência de álcool, ao passo que mais jogadoras têm diagnóstico de depressão. Para um curso acelerado de JP contribuem significativamente, além do gênero, o fato de se iniciar com mais idade na atividade de jogar e a preferência por jogos eletrônicos – características que, como já se mencionou, estão mais associadas a jogadoras que a jogadores. As diferenças clínicas observadas entre os gêneros levam à necessária conclusão de que essa variável tem que ser considerada para a elaboração de estratégias de prevenção e tratamento de JP, pois são justamente as jogadoras (que apresentam uma progressão mais rápida para dependência, com menor intervalo para uma possível ação preventiva), o grupo que mais resiste a procurar ajuda junto a profissionais de saúde ou a grupos de Jogadores Anônimos (J.A.).



## **SUMMARY**

**MARTINS, S.S. Female Pathological Gambling: Clinical and Personality Features.** São Paulo, 2003, 139p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

### **FEMALE PATHOLOGICAL GAMBLING: CLINICAL AND PERSONALITY FEATURES.**

Over the last years, more women are having gambling problems, similar to what has happened in alcohol and drug addiction. This phenomenon, according to previous studies, can be related to different variables: the growth of new gambling venues with increased access for women, such as electronic bingo venues, the fact that women gamble to escape from problems and to minimize depression, and a faster progression (telescoping effect- T.E.) of social gambling to pathological gambling (PG) in women. Even though the T.E. has been identified in different studies, little has been done to investigate its causes. As an effort to clarify this matter, this thesis investigates possible gender differences that might explain T.E. and that might be important for prevention and treatment strategies of PG. We compare 78 male and 78 female gamblers regarding: sociodemographic characteristics, clinical features, psychiatric comorbidities, personality and game preferences; and risk-taking behaviors. Pathological gamblers were assessed for diagnosis through the SOGS (South Oaks Gambling Screen) and the DSM-IV criteria for PG; the SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) was used to investigate psychiatric comorbidity; and the TCI (Temperament and Character Inventory), and the BIS (Barratt Impulsiveness Scale version 11) were used to investigate personality features. More females are single; females start gambling and have gambling problems later in life than males. More

females prefer electronic games and gamble to escape from problems. Males have more diagnosis of alcohol abuse/dependence, while females have more diagnosis of depression. Besides gender, starting to gamble later in life and preference for electronic games – both features associated to female gamblers –, are responsible for T.E. in PG. The clinical differences observed between genders lead to the conclusion that this variable should be considered in prevention and treatment strategies for PG. It must be remembered that female gamblers, who effectively have a faster progression to PG – which reduces the window for prevention –, are the ones who resist to seek professional treatment for PG or Gamblers Anonymous (G.A.) groups.

## 1. INTRODUÇÃO

Problemas relacionados a jogos de azar são antigos. Objetos relacionados a jogos e apostas datados de 3000 A.C. foram identificados como remanescentes da Babilônia antiga, e problemas causados por jogos são descritos na literatura clássica das mais diversas culturas (BLUME, 1995). ORFORD (1985) cita artigo de France de 1902, no qual há relatos de que diversos imperadores romanos eram jogadores inveterados. Na Idade Média, na Europa, já havia loterias, e o primeiro sistema lotérico patrocinado por um governo data de 1566 no reinado de Elizabeth I na Inglaterra (CLOTFELTER; COOK, 1989). Kraepelin descreveu “*gambling mania*” há mais de 100 anos (BLACK; MOYER, 1998). Em 1886, Dostoiévski escreveu "O Jogador" para saldar suas próprias dívidas de jogo. Na obra há passagens nas quais é retratada uma mulher jogadora (DOSTOIÉVSKI, 1998):

*“A vovó estava nervosa, irritada; percebia-se que a roleta a obcecava. Já não prestava atenção a nada mais e parecia bastante distraída...”*

*“Já tarde, em torno de uma hora da manhã, vim a saber por Potapych como havia terminado a jornada da vovó. Havia perdido tudo que eu havia trocado para*

*ela, quer dizer, mais dez mil rublos. O polonês ao qual ela havia dado dois fredericos se grudara nela e dirigiu seu jogo o tempo todo...”*

Freud, em 1928, analisou a condição patológica do escritor no artigo "Dostoiévski e o parricídio" (FREUD, 1996). FULLER (1974), contudo, relata que as teorias freudianas a respeito do jogo patológico (JP) não levaram em consideração a existência de mulheres jogadoras patológicas<sup>1</sup> (MARK; LESIEUR, 1992).

O jogo patológico (JP) somente foi oficialmente reconhecido na classificação psiquiátrica a partir da sua inclusão no DSM-III (APA, 1980). Atualmente, está incluído na seção de "Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local" do DSM-IV (APA, 1994), e na seção de "Transtornos de Hábitos e Impulsos" da CID-10 (WHO, 1992).

Estudos epidemiológicos mostram que houve aumento da prevalência de JP nos últimos 30 anos nos EUA (PETRY; ARMENTANO, 1999; SHAFFER et al., 1999). Atualmente, sua prevalência é estimada entre 1 e 4% da população geral dos EUA e do Canadá (LADOUCEUR, 1991; SHAFFER et al., 1999; POTENZA et al., 2001a). WELTE et al. (2001), em estudo epidemiológico norte americano, mostram que ocorreu um aumento de JP entre as mulheres: razão homem-mulher de JP ao longo da vida de 2:1, e razão homem-mulher de JP no último ano de 1:1. Não existem dados epidemiológicos sobre JP no Brasil. DEL PORTO (1996) alerta para a possibilidade de aumento da expressão dessa patologia na nossa população devido à popularidade crescente dos jogos eletrônicos.

---

<sup>1</sup> A partir deste ponto, jogadores(as) patológicos(as) são designados simplesmente como jogadores(as).

Apesar de não ser o objetivo principal dessa tese, é necessário abrir um parêntese para a constante discussão em nosso país quanto à legalização dos jogos de azar. A legalização do bingo no Brasil, proposto como forma inofensiva de diversão, pode já ter levado a um aumento da ocorrência de problemas relacionados ao jogo, principalmente entre as mulheres (TAVARES et al., 2001). Quando se considera a legalização, abertura e investimento em cassinos, deve-se pensar em investimento equivalente em prevenção e tratamento dos novos jogadores e de seus familiares, que serão possivelmente afetados pelo aumento do acesso a jogos de azar (CUSTER; MILT, 1985; VOLBERG, 1993; LESTER, 1994; TAVARES et al., 1999). ROOM, TURNER e IALOMITEANU (1999) avaliaram o impacto da abertura de um cassino em Niagara Falls (Canadá), demonstrando aumento dessa atividade na população local, com conseqüente aumento de problemas relacionados ao jogo.

Do mesmo modo que na dependência de álcool e de outras substâncias, tem-se observado um aumento na quantidade de mulheres com problemas relacionados ao jogo nos últimos anos (SOMMERS, 1988; OHTSUKA et al., 1997). A ocorrência de dependências em geral, comportamentos de abuso, e particularmente JP, tem sido associada a múltiplos fatores, tais como: contexto sociocultural (ROOM, 1996; SHAFFER, 1997), sintomatologia psiquiátrica (BLACK; MOYER, 1998) e personalidade (STEEL; BLASZCZYNSKI, 1998). Existem semelhanças entre JP e dependências químicas: dificuldade em controlar o impulso para jogar (abusar de substâncias) e a persistência no ato de jogar (usar substâncias), apesar de suas conseqüências negativas (TAVARES et al., 1999; BLACK; MOYER, 1998; APA, 1994). Alguns autores consideram o JP como sendo uma dependência

comportamental, uma dependência sem a ingestão de substância exógena (HOLDEN, 2001; POTENZA et al., 2002).

ETTORRE (1989) afirma que profissionais que trabalham com dependentes químicos tendem a ignorar as características específicas das mulheres dependentes, sendo lícito supor que o mesmo ocorra com as jogadoras. MARK e LESIEUR (1992) enfatizam a necessidade de mais pesquisas sobre mulheres jogadoras para desenvolver estratégias específicas de prevenção e novas modalidades de tratamento. Essa necessidade parece ser reforçada pelo viés masculino da maior parte dos estudos existentes sobre jogadores, cujas amostras são majoritariamente compostas de homens (LINDEN et al., 1986; ROY et al., 1989; BECOÑA et al., 1996; BLACK; MOYER, 1998; STEEL; BLASZCZYNSKI, 1998).

### **1.1 Epidemiologia**

Estudo australiano demonstrou que metade dos jogadores naquele país eram mulheres (HRABA; LEE, 1996). Estudos de prevalência de JP ao longo da vida na população geral mostram razão homem-mulher de 2:1 a 3:1 (SOMMERS, 1988; LADOUCEUR, 1991; BLAND et al., 1993; COMAN et al., 1997; SHAFFER et al., 1999). WELTE et al. (2001), em estudo epidemiológico mais recente que analisa a prevalência atual de JP nos E.U.A., encontraram uma razão homem-mulher de 1:1, o que sugere um aumento recente de JP entre as mulheres.

De acordo com LESIEUR et al. (1991) o aparecimento desse tipo de problema se dá mais tardiamente nas mulheres do que nos homens. LADOUCEUR et al. (1994), ao analisarem população de 1.471 estudantes com média de idade de 18 anos, chegaram à conclusão que 5,7% da população do sexo masculino e 0,6% da do

sexo feminino tinham diagnóstico de JP (razão homem/mulher de 9,5:1). Já entre 1.771 universitários com idade média de 22 anos, LESIEUR et al. (1991) encontraram uma razão homem/mulher de 4:1. O mesmo fenômeno foi constatado em amostras clínicas por TAVARES et al. (2001), GRANT; KIM (2002) e LADD; PETRY (2002).

## **1.2 Características Sócio-demográficas**

Dentre os poucos estudos sobre mulheres jogadoras, destaca-se o de STRACHAN e CUSTER (1993) que avaliaram 52 jogadoras do grupo de Jogadores Anônimos (J.A.) de Las Vegas em 1989. Os autores identificaram a jogadora típica daquela região como caucasiana (83%), de 30-49 anos (76%), casada (67%), com filhos (75%), com segundo grau completo (74%), e cujo jogo preferido era o vídeo-pôquer (90%). Entre as complicações associadas ao jogo foram relacionadas: tentativas de suicídio (23%), alcoolismo (10%), dependência de drogas ilícitas (23%) e dependência de drogas lícitas (15%). Eles relataram que 10% das mulheres se prostituíam com fim exclusivo de obter dinheiro para jogar. Não foi feita comparação com homens jogadores. TAVARES et al. (2001), analisaram 39 jogadoras brasileiras que procuraram tratamento no Ambulatório do Jogo Patológico e Outros Transtornos do Impulso (AMJO), apontaram uma maioria de solteiras (59%), e preferência pelo bingo (64%). Nesse estudo, comparou-se jogadoras com uma amostra masculina (38 jogadores): a única diferença sócio-demográfica encontrada foi uma maior proporção de solteiros entre as mulheres do que entre os homens (59% contra 26%). LESIEUR (1988), avaliou 50 jogadoras de J.A. e também encontrou uma maior quantidade de mulheres solteiras do que homens solteiros.

É também digno de nota o estudo de GRANT e KIM (2002), que, ao analisarem 78 jogadoras que procuraram tratamento clínico em Minnessota (E.U.A.), encontraram o seguinte perfil médio: 48 anos de idade, pelo menos segundo grau completo (67%), casada (58%). Bem como o de LADD e PETRY (2002), que avaliaram 40 jogadoras em tratamento clínico em Connecticut (E.U.A.), que tinham em média 48 anos, 12 anos de educação formal e eram casadas (53%).

### **1.3 Curso e Evolução**

Conforme o exposto em item anterior, os homens se iniciam no jogo mais jovens do que as mulheres. Além disso, apresentam problemas relacionados ao jogo mais cedo do que as mulheres (LESIEUR et al., 1991; TAVARES et al., 2001; GRANT; KIM, 2002; LADD; PETRY, 2002). De acordo com o estudo de TAVARES et al. (2001), os homens começaram a jogar, em média, com 20 anos e as mulheres, em média, com 34 anos; os homens tinham, em média, 28 anos quando apresentaram o primeiro problema relacionado ao jogo, enquanto as mulheres tinham, em média, 40 anos. GRANT e KIM (2002) observaram que mulheres começaram a jogar com 33 anos, em média, ao passo que homens se iniciaram na atividade em torno dos 26 anos. De maneira semelhante, no estudo de LADD e PETRY (2002), homens começaram a jogar com 26 anos, em média, e mulheres com média de 40 anos.

No entanto, na maior parte dos estudos, não há diferença entre gêneros na idade de procura por tratamento (TAVARES et al., 2001; GRANT; KIM, 2002). No estudo de TAVARES et al. (2001), mulheres procuraram tratamento, em média, aos 44 anos, e homens com idade média de 42 anos. GRANT e KIM (2002) verificaram



que mulheres procuraram tratamento farmacológico para JP com idade média de 48 anos, e homens com média de idade de 46 anos. A destoar desses dados, estão os obtidos por LADD e PETRY (2002) em estudo com jogadores em tratamento clínico: homens procuraram tratamento para jogo mais cedo do que mulheres (37 anos contra 44 anos), diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

Já foi sugerido que a progressão para JP ocorra mais rapidamente em mulheres (ROSENTHAL, 1992; VOLBERG, 1994; BLACK; MOYER, 1998; TAVARES et al., 2001; POTENZA et al., 2001b; LADD; PETRY, 2002). No estudo de TAVARES et al. (2001), que compararam 39 jogadoras e 38 jogadores, o tempo total de envolvimento com jogo antes da procura por tratamento era mais de duas vezes maior para os homens: 8 anos e meio, em média, para jogadoras contra 20 anos, em média, para homens. No trabalho de POTENZA et al. (2001b), que analisaram usuários de uma linha telefônica de apoio a jogadores (“*gambling helpline*”), sem diagnóstico formal de JP, mulheres tinham jogado em média 7 anos e homens em média 10 anos ( $p < 0,005$ ). LADD e PETRY (2002), avaliando 70 jogadores e 45 jogadoras, observaram que homens tinham 14 anos de envolvimento com jogo em média, contra 4 anos de média para mulheres.

Do mesmo modo que em mulheres alcoolistas e dependentes de opióides, a progressão mais rápida para JP no gênero feminino foi nomeada “*telescoping effect*” (T.E.) (LISANSKY, 1957; ANGLIN et al., 1987; PIAZZA et al., 1989; BLANKFIELD, 1990; QUINBY; GRAHAM, 1993; HOCHGRAF et al., 1995; SCHUCKIT et al., 1995; LEWIS et al., 1996; SCHUCKIT et al., 1998; RANDALL et al., 1999). O T.E. foi primeiramente descrito no alcoolismo por LISANSKY (1957), que mostrou que mulheres procuravam tratamento após um período menor de

dependência de álcool do que homens. PIAZZA et al. (1989) confirmaram a existência de T.E. em mulheres alcoolistas: as mulheres apresentaram os mesmos sintomas de alcoolismo do que os homens em menor espaço de tempo e o período médio de tempo entre o primeiro problema causado por álcool e a procura por tratamento foi menor para as mulheres do que para os homens (10 anos versus 15 anos, respectivamente). LEWIS et al. (1996) verificaram que mulheres começam a beber mais tardiamente do que homens, mas desenvolvem problemas já nos primeiros 2 anos de uso de bebidas alcoólicas.

SCHUCKIT et al. (1998) sugerem que o T.E. em mulheres alcoolistas poderia ser creditado a uma maior procura das mulheres por tratamento. O estudo de PIAZZA e colaboradores (1989), por seu turno, indica que mulheres alcoolistas desenvolvem sintomas relacionados à dependência de álcool mais rapidamente que homens, sendo esse T.E. a razão da busca mais precoce por tratamento, e não o inverso.

PIAZZA et al. (1989) descartam, ainda, a influência de preconceitos sociais com relação a mulheres dependentes de álcool na velocidade da procura por tratamento. ZILBERMAN et al. (no prelo) concordam que é improvável que o T.E. em mulheres alcoolistas e dependentes de drogas seja efeito de uma maior pressão social para procura de tratamento, pelas seguintes razões: a) a dependência química, em mulheres, é menos visível para a sociedade; b) por serem, em grande parte, solteiras, separadas ou viúvas, essas mulheres tendem a ter menos suporte social; c) muitas dessas mulheres, quando casadas, têm maridos também dependentes químicos; d) o estigma social pode funcionar, na verdade, como inibidor da procura por tratamento, pelo medo de essa dependência tornar-se pública (BLUME, 1990;

GRELLA, 1996; SCHOBER; ANNIS, 1996; SAULNIER, 2000). Por analogia, é possível dizer que as observações de ZILBERMAN et al. (no prelo) também são válidas para mulheres com diagnóstico de JP.

Até o momento as possíveis causas do T.E. em jogadores foram pouco investigadas. BREEN e ZIMMERMANN (2002) avaliaram 44 jogadores (dos quais 17 eram mulheres) com o objetivo de identificar possíveis causas para uma progressão mais rápida de JP. O único fator isolado foi a preferência por jogos eletrônicos.

#### **1.4 Tipos de jogos**

ADEBAYO (1998) mostra que, na população geral, o gênero determina a preferência por tipo de jogo: mulheres preferem jogos com resultados aleatórios; homens, jogos que requeiram alguma habilidade. De acordo com DELFABBRO e WINEFIELD (2000), mulheres da população geral interagem mais emocionalmente com o jogo do que homens, tendendo a tratar a máquina como um “amigo eletrônico”. Mulheres sem diagnóstico de JP parecem praticar uma gama menor de jogos que homens também sem diagnóstico de JP (HRABA; LEE, 1996). Na população geral australiana homens apostam mais freqüentemente em esportes, corridas, loterias, jogos de cartas e cassinos, enquanto mulheres preferem bingo (DELFABBRO; WINEFIELD, 1996).

Como o jogo é visto como uma atividade tradicionalmente masculina, nem todo tipo de jogo é culturalmente aceito pela população feminina (HING; BREEN, 2001). LESIEUR e BLUME (1991) sugerem que mulheres preferem jogos que sejam legais em seu país. IBÁÑEZ et al. (2003) mostram que o bingo é o jogo preferido

pelas espanholas. HING e BREEN (2001) descrevem o acesso das australianas a caça-níqueis como fácil e de grande aceitação social, o que podemos supor também aconteça no Brasil.

POTENZA et al. (2001b) avaliaram preferência por tipo de jogo em usuários de uma linha telefônica de apoio a jogadores (*“gambling helpline”*): havia uma maior proporção de homens que jogavam jogos estratégicos (jogos de carta e esportes), ao passo que proporcionalmente mais mulheres preferiam jogos não-estratégicos (caça-níqueis). De maneira análoga, no estudo clínico de GRANT e KIM (2002) um número maior de jogadoras optavam por bingo e caça-níqueis, enquanto mais jogadores apostavam em esportes, jogos de cartas, corridas de cavalo e jogos de mesa de cassino. No estudo de LADD e PETRY (2002), realizado com jogadores que tinham procurado tratamento, as mulheres preferiam caça-níqueis, e uma maior proporção de homens apostavam mais em cartas e corridas de cavalo.

### **1.5 Diferenças entre jogadores e jogadoras quanto aos critérios DSM-IV**

De todos os estudos sobre JP, apenas o de CRISP e colaboradores (2000) comparou jogadores e jogadoras quanto a possíveis diferenças nos critérios DSM-IV (APA, 1994). De acordo com o estudo, mais homens do que mulheres se preocuparam com o jogo, cometeram atividades ilegais para financiar o jogo, e colocaram em perigo ou perderam um relacionamento significativo, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional por causa do jogo (critérios 1, 8 e 9 do DSM-IV – APA, 1994). Mulheres, por seu turno, relataram jogar para fugir de problemas mais do que homens (critério 5 do DSM-IV – APA, 1994). Alguns autores sugerem que mulheres jogam como forma de escapar de problemas ou aliviar o

humor disfórico (LESIEUR et al., 1991; COMAN et al., 1997; BROWN; COVENTRY, 1997; GRANT; KIM, 2002).

### **1.6 Procura por tratamento**

O estudo de MARK e LESIEUR (1992) constata que mulheres estão sub-representadas em locais de tratamento de JP. LESIEUR (1984) mostrou que apenas 2% dos membros dos grupos de J.A. de Nova Jérsei, nos EUA, eram mulheres, e que apenas 14% das ligações para a linha “800 - *Gambler*” eram feitas por jogadoras. VOLBERG e STEADMAN (1988) constataram que apenas 7% dos indivíduos em programas de tratamento de JP em Nova Iorque (EUA) eram mulheres. No estudo de POTENZA e colaboradores (2001b) apenas 13,6% de 309 homens e 8,4% de 191 mulheres tinham freqüentado grupos de J.A.

A explicação para esses números poderia residir na crença, por parte de mulheres jogadoras, de que programas de tratamento criados para homens, e os profissionais nele envolvidos, podem não estar preparados, ou não ter recursos, para lidar com problemas específicos do gênero feminino (REED, 1985; CRISP et al., 2000).

Além de haver uma subrepresentação de mulheres em grupos de tratamento, profissionais de saúde mental quase não investigam problemas relacionados a jogo quando mulheres os procuram, de acordo com DOWNING (1991) e MARK e LESIEUR (1992). BLUME e LESIEUR (1990), entrevistaram 50 mulheres jogadoras do grupo de J.A. e observaram que 29 (58%) já haviam consultado algum profissional de saúde mental, porém, 17 (34%) não mencionaram que eram

jogadoras, 8 (16%) foram consideradas como portando um problema menor quanto a jogo e apenas 4 (8%) foram encaminhadas por seus terapeutas ao J.A.

HODGINS e el-GUEBALY (2000) investigaram possíveis razões para não procurar tratamento em um grupo de jogadores não-tratados. O fator identificado como o mais importante foi o desejo do jogador de lidar com o problema sozinho. Outros fatores significativos foram: vergonha, estigma social, incapacidade de compartilhar problemas, e achar que jogar não era um problema.

TAVARES, MARTINS e colaboradores (2002, vide apêndice) pesquisaram quatro fatores que poderiam adiar a procura por tratamento em 84 jogadores: a resistência em parar de jogar antes de recuperar as perdas, vergonha (medo do problema tornar-se público), dificuldades financeiras em pagar tratamento (ou mesmo deslocar-se até locais de tratamento), e falta de vontade de mudar seu comportamento. Desejo de recuperar as perdas e vergonha, mostraram-se como as principais barreiras psicológicas entre o jogador e o tratamento. Os gêneros masculino e feminino não se diferenciaram quanto aos motivos para adiar a procura por tratamento.

### **1.7 Comorbidades Psiquiátricas**

Não se estudou a ocorrência de comorbidades psiquiátricas especificamente em mulheres jogadoras. As amostras estudadas constituíam-se apenas de homens jogadores ou eram majoritariamente masculinas (BECOÑA et al., 1996; BLACK; MOYER, 1998; CROCKFORD; el-GUEBALY, 1998). Faltam estudos que avaliem a ocorrência de outros transtornos psiquiátricos em jogadoras e os comparem com jogadores para verificar as particularidades de cada gênero.

É sabido que o perfil de comorbidades psiquiátricas pode ser diferente de acordo com o sexo em alcoolistas (GREENFIELD; O'LEARY, 2002): entre as mulheres predominam transtornos do humor (CORNELIUS et al., 1995), ansiosos (WEISS et al., 1993) e alimentares (ROSS et al., 1988); entre os homens, transtorno de personalidade anti-social (CORNELIUS et al., 1995). Pensando-se no JP como uma dependência comportamental (HOLDEN, 2001), é lícito supor que o perfil de comorbidades psiquiátricas também será diferente entre homens e mulheres jogadores.

Em artigo de revisão sobre comorbidades psiquiátricas e JP, CROCKFORD e el-GUEBALY (1998) mostram que pesquisas realizadas tanto em jogadores na população geral, como em amostras clínicas de JP (em sua maioria homens), apresentavam taxas de 25 a 63% de comorbidade com dependência de substâncias ao longo da vida. Apesar desse intervalo ser amplo, essas taxas de comorbidades são mais altas do que as encontradas na população geral (KESSLER et al., 1994). A recíproca parece ser também verdadeira: de 9 a 16% de pacientes com diagnóstico de dependência de álcool ou outras substâncias também receberam diagnóstico de JP (CROCKFORD; el-GUEBALY,1998). PETRY (2000), avaliando grupo de 103 homens dependentes de drogas, dos quais 31 também receberam diagnóstico de JP, mostrou que dependentes de substâncias com diagnóstico de JP associado tinham mais sintomas psiquiátricos do que os sem diagnóstico de JP. PETRY (2002b) observa que aproximadamente um quarto dos jogadores que procuram tratamento relatam um problema passado com substância, mas uma quase exclusividade do jogo como comportamento de abuso atual. Outros estudos identificam altos níveis de tabagismo em jogadores (HEWITT et al., 1994; SMART; FERRIS, 1996).

Estudos prévios com jogadores (predominantemente homens) identificaram altas taxas de comorbidade com depressão (variando de 21% a 75%), porém ainda não se sabe se a depressão é causa ou resultado do JP (RAYLU; OEI, 2002). CROCKFORD e el-GUEBALY (1998) questionam a comorbidade entre JP e depressão, sugerindo que os estudos que apresentaram essa relação continham dados inconsistentes, com amostras selecionadas que não refletiriam os jogadores como um todo. Os mesmos autores argumentam que num único estudo que avaliou jogadores na comunidade comparados a um grupo controle (BLAND et al., 1993), os resultados indicam apenas prevalência ao longo da vida mais elevada de distímia entre jogadores patológicos e não de depressão ou de episódios maníacos. No entanto, afirmam que deve existir um subgrupo de jogadores com comorbidade com transtornos afetivos, o que poderia contribuir para a perpetuação do comportamento de jogo (CROCKFORD; el-GUEBALY,1998). Por outro lado, CUNNINGHAM-WILLIAMS et al. (1998), avaliando jogadores patológicos em um estudo epidemiológico, mostram que na maioria dos casos a depressão precede o problema com jogo.

Em estudo comparando 30 membros do J.A. (20 homens e 10 mulheres) a 30 jogadores sociais, GETTY e colaboradores (2000) observaram que mulheres jogadoras recebiam mais diagnósticos de depressão do que homens jogadores e do que jogadores sociais. Os autores sugerem que a depressão poderia: a) motivar ou manter o comportamento de jogar; b) ser o resultado das perdas causadas pelo jogo; ou c) atuar nos dois sentidos em relação ao JP. Existe também a possibilidade de que os sintomas depressivos atuem no sentido de fazer com que os jogadores procurem tratamento específico para JP. Sem que se façam estudos longitudinais e mais



estudos epidemiológicos de jogadores, é difícil determinar a relação correta entre transtornos depressivos e JP.

Alguns poucos estudos (McCORMICK et al., 1984; LINDEN et al., 1986) sugerem haver altos índices (8 a 38%) de prevalência de transtornos bipolares entre jogadores (episódios maníacos ou hipomaníacos), porém esses resultados não foram corroborados por estudos mais recentes e podem ser resultantes de viés na seleção das amostras.

Há poucos trabalhos que analisaram a comorbidade de JP com transtornos ansiosos, variando essa de 13 a 28%, porém cada um deles mostrou padrões diferentes dos subtipos de transtornos ansiosos, não havendo, portanto, um padrão consistente (CROCKFORD; el- GUEBALY, 1998). BLASZCZYNSKI et al. (1991) mostraram que jogadores que completaram tratamento para JP tiveram redução nos níveis de ansiedade, quando comparados a jogadores que continuavam jogando. CUNNINGHAM-WILLIAMS e colaboradores (1998), em seu estudo epidemiológicos sobre JP, mostram que na maioria dos casos a presença de fobias antecede o JP. Assim como no caso de comorbidade com depressão, ainda não está claro se a ansiedade em jogadores é causa ou consequência do JP (RAYLU; OEI 2002).

Quanto aos transtornos de Eixo II, BLAND et al. (1993) encontraram 40% de prevalência de transtorno de personalidade anti-social em jogadores do gênero masculino na população geral, já BLASZCZYNSKI et al. (1989), avaliando 109 homens em tratamento ou no J.A., verificaram que 14,6% dos jogadores receberam esse diagnóstico. STEEL e BLASZCZYNSKI (1998) analisaram 82 jogadores (22

mulheres) em tratamento e verificaram que 93% do total preenchiam critério para algum transtorno de personalidade.

### **1.8 Personalidade**

De acordo com MARK e LESIEUR (1992), todos os trabalhos que analisaram características de personalidade de jogadores foram feitos em amostras predominantemente masculinas.

ROY et al. (1989) compararam 19 jogadores do sexo masculino com controles normais e obtiveram índices significativamente mais altos de neuroticismo e psicoticismo em jogadores, de acordo com o modelo de Eysenck (EYSENCK; EYSENCK, 1980). Dados semelhantes também foram obtidos por BLASZCZYNSKI et al. (1986). Em ambos os estudos não foi feita comparação com amostra feminina. STEEL e BLASZCZYNSKI (1998) utilizaram a escala de impulsividade de Eysenck (EYSENCK; EYSENCK, 1977) para avaliar as características de personalidade de 82 jogadores, dos quais apenas 22 eram mulheres: observaram altos níveis de impulsividade em jogadores comparados a dados normativos. No entanto, não compararam as sub-amostras masculina e feminina entre si.

Até o momento, dois estudos utilizaram o TPQ (*Tridimensional personality questionnaire*, Cloninger, 1987), que avalia apenas fatores de temperamento, para avaliar a personalidade de jogadores (TAVARES, 2000; KIM; GRANT, 2001). Em ambos, jogadores apresentaram o fator “Busca de Novidades” (relacionado à impulsividade) mais alto do que portadores de transtorno obsessivo-compulsivo e controles normais. Nenhum dos dois estudos fez comparações entre gêneros.

MENDLOWICZ et al. (2000), estudaram as características de personalidade de sujeitos normais e verificaram que mulheres apresentam escores mais elevados do que os homens no fator “Dependência de Recompensa” da TCI (*Temperament and Character Inventory*) (CLONINGER et al., 1993; CLONINGER et al., 1994; BRÄNDSTROM et al., 1998). Estudos em populações normais no Japão também mostraram o fator “Dependência de Recompensa” mais elevado em mulheres do que em homens (TAKEUCHI et al., 1993; TANAKA et al., 1998). MESZAROS et al. (1999) verificaram que o fator “Esquiva ao Dano” (CLONINGER et al., 1993) era mais alto em mulheres dependentes de álcool, quando comparadas a homens com a mesma patologia. Estudo de POMERLEAU et al. (1992) demonstrou resultado semelhante em tabagistas.

Poucos são os estudos que avaliam o impacto do gênero sobre as características de personalidade em indivíduos com diagnóstico de abuso ou dependência química (VUKOV et al., 1995; MESZAROS et al., 1996). É necessário salientar que os poucos estudos que exploraram este enfoque até o momento falharam em controlar duas importantes fontes de confusão: variações no perfil sócio-demográfico e prevalência de sintomas depressivos (ROY et al., 1989; POMERLEAU et al., 1992; VUKOV et al., 1995; MESZAROS et al., 1996; STEEL; BLASZCZYNSKI, 1998; MESZAROS et al., 1999). MENDLOWICZ et al. (2000), analisando voluntários normais (sem alterações de Eixo I ou Eixo II pelo DSM- IV), observaram que a situação profissional influencia os fatores “Dependência de Recompensa” e “Cooperatividade” do modelo de Cloninger (CLONINGER et al., 1993). Também é bem estabelecido pela literatura que transtornos depressivos são mais prevalentes no gênero feminino (REGIER et al., 1984) e que o fator “Esquiva

ao Dano” pode ser superestimado pela ocorrência de depressão (CLONINGER et al., 1996, HANSENNE et al., 1999).

### **1.9 Comportamentos de risco**

O JP parece estar associado a vários comportamentos de risco (WESTPHAL et al., 2000). Comportamentos de risco e JP podem ter o mesmo substrato psicobiológico. Já se levantou a hipótese, por exemplo, de que fatores genéticos no sistema dopaminérgico poderiam contribuir para uma desregulação no sistema de recompensa cerebral, levando a abuso de drogas e comportamentos de risco (BLUM et al., 1996; COMINGS, 1998). Genes de receptores dopaminérgicos têm sido associados a comorbidades psiquiátricas e psicopatologia mais grave em jogadores (IBÁÑEZ et al., 2001).

A impulsividade, que, como já se viu, é traço comum da personalidade de jogadores, está normalmente associada a comportamentos de risco (PETRY, 2001; ZUCKERMAN, 1994), tais como: atividades ilegais, abuso de drogas (STANFORD; BARRATT, 1992; LIRAUD; VERDOUX, 2000; PETRY, 2001), e tentativas de suicídio (CORRUBLE et al., 1999; CONNOR et al., 2001).

Comportamentos de risco já associados a JP incluem: abuso de drogas (PROIMOS et al. 1998; BLANCO et al. 2001, PETRY, 2001), atividades ilegais para financiar o jogo (POTENZA et al. 2000), comportamento sexual de risco (PETRY, 2000), e tentativas de suicídio (DeCARIA et al., 1996; PETRY; ARMENTANO, 2001). De acordo com POTENZA et al. (2000), jogadores mais jovens tenderiam a se engajar mais em atividades ilegais por conta do jogo. Vale ressaltar que a impulsividade está indiretamente relacionada à idade de um indivíduo, podendo diminuir com o envelhecimento (PFOHL, 1999).

Apenas o estudo de POTENZA et al. (2000) compara jogadores de ambos os gêneros quanto à prática de atividades ilegais para financiamento do jogo. Não foram identificadas diferenças significativas. Não há estudos comparando outros comportamentos de risco entre jogadores e jogadoras.

É sabido que existem diferenças de gênero na população geral em relação a comportamentos de risco. Por exemplo, mulheres tendem a cometer mais tentativas de suicídio do que homens. Um estudo epidemiológico norte-americano mostra que 5,4% das mulheres já tentaram cometer suicídio, contra 1,9% dos homens (DUBE et al., 2001). Homens têm índices mais altos de abuso de álcool do que mulheres na população geral brasileira (6,5% versus 3,1%, respectivamente) (ANDRADE et al., 2002). Mais homens (13%) do que mulheres (5,5%) tendem a apresentar comportamento sexual de risco, de acordo com estudo epidemiológico norte-americano (HOLTZMAN et al., 2001).

Por fim, potenciais diferenças nos comportamentos de risco entre homens e mulheres jogadores poderiam reforçar a necessidade de tratamento diferenciado para os dois grupos.

Além disso, de acordo com a literatura, comportamentos de risco em jogadores podem estar associados a diferentes fatores, tais como: idade (PROIMOS, 1998; PETRY, 2002), sintomas depressivos e ansiosos (PHILLIPS et al., 1997; POTENZA et al., 2000), e impulsividade (PETRY, 2000; PETRY, 2001), que merecem ser investigados.

### **1.10 Fases de envolvimento com o jogo e subtipos de jogadores**

CUSTER e MILT (1985), após avaliarem jogadores homens, propuseram um modelo no qual ocorreriam três fases no curso do JP: uma fase inicial de ganhos/vitórias, uma segunda fase de perdas, e a fase do desespero. LESIEUR e ROSENTHAL (1991) modificaram esse modelo acrescentando uma quarta fase final, a de “entrega dos pontos”, e passaram a levar em consideração também as mulheres jogadoras.

Na primeira fase, a de ganhos/vitórias, os prêmios conseguidos funcionam como estímulo positivo e levam esses indivíduos a investir cada vez mais tempo e dinheiro na atividade. De acordo com LESIEUR e ROSENTHAL (1991), essa fase ocorre mais frequentemente em homens do que em mulheres. Mais da metade das jogadoras entrevistadas por LESIEUR (1988) disseram ter começado a jogar para escapar de problemas do cotidiano (e aliviar sintomas depressivos e ansiosos). A partir dessas constatações, os autores propõem que existam dois subtipos de jogadores: o “jogador em busca de ação” e o “escapista”. Entre os “escapistas” haveria uma maior proporção de mulheres.

Na segunda fase, o jogador começa a perder, fato que não consegue tolerar. Começa, então, a jogar para “recuperar o prejuízo”. Se antes a possibilidade de recompensa financeira induzia o indivíduo ao jogo, sua ausência é agora a principal motivação para um investimento ainda maior de tempo e recursos: a grande parte do seu dinheiro vai para o jogo, o jogador passa a tomar emprestado de outras pessoas. Começam, nesta fase, as mentiras para familiares e amigos.

Na terceira fase, a fase do desespero, o jogador passa a cometer atos ilícitos para financiar o jogo, deteriora seu relacionamento com familiares, fica irritadiço e pode, eventualmente, ter idéias suicidas.

Na quarta fase, a de “entrega dos pontos”, o jogador percebe que não vai conseguir recuperar suas perdas no jogo. Passa a jogar apenas pela excitação e ação que o jogo a ele proporciona. Joga até se sentir exausto.

### **1.11 Diferenciando jogadores de jogadoras**

É importante ilustrar o comportamento de jogo de homens e mulheres jogadoras. Seguem-se, portanto, dois casos clínicos atendidos pela autora no Ambulatório do Jogo Patológico e outros Transtornos do Impulso (AMJO).

Caso 1: João, 31 anos, masculino, caucasiano, casado, segundo grau completo.

*“João diz ser compulsivo por jogo há vinte anos. Conta que desde criança já era fascinado por jogo e competição. Na adolescência, envolveu-se com jogos populares tais como dominó, sinuca e baralho. Até completar 24 anos de idade, João jogou quase que diariamente, mas, apesar de manter um estilo de vida perdulário, não se comprometeu financeiramente, pois ao mesmo tempo tornou-se um comerciante de sucesso. Nessa época, casou-se e continuou jogando com frequência, ainda que sua esposa tentasse controlá-lo, indo buscá-lo em bingos e salas de jogos. Há dois anos nasceu sua primeira filha e desde então seu comportamento de jogo se intensificou, pois a esposa parou de controlá-lo. Logo depois, a esposa procurou ajuda no Jog-Anon (grupo de apoio para familiares de jogadores) e levou João ao*

*J.A.. Sob orientação do Jog-Anon a esposa não mais o policiou, e ele, muito angustiado, passou a jogar mais ainda. Chegou a freqüentar irregularmente o J.A. por dois meses, período no qual conseguiu ficar cerca de 40 dias abstinente (maior período de abstinência até hoje). Nessa época, tentando compensar as perdas no jogo, começou a trabalhar como agiota. Continuou jogando desenfreadamente com piora significativa após nova gravidez da esposa. Foi então que veio procurar tratamento no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP”.*

Caso 2: Maria, 47 anos, feminino, caucasiana, curso superior incompleto.

*“Maria conta que joga sem controle há três anos. Era empresária bem sucedida em seu ramo de atuação. Está casada pela segunda vez e, há alguns anos, vem tendo dificuldades de relacionamento com seu marido e com a filha adolescente, o que a deixa triste. Há três anos foi a um bingo pela primeira vez, incentivada por sua mãe. Diz que desde a primeira vez sentiu que sua reação não foi normal. Enquanto as outras pessoas queriam ir embora, Maria não queria parar de jogar, “só pensava nos números” (sic). Na semana seguinte voltou ao bingo sozinha, para não ser atrapalhada. Em menos de um mês já jogava bingo eletrônico diariamente. Diz que no bingo sentia-se distante dos problemas de casa e de sua empresa. Após um ano, faliu, porém continuou jogando. Há dois anos sobrevive praticando pequenos golpes e vive apenas para jogar. Já foi expulsa de casa pelos familiares, e, nesses períodos, chegou a se prostituir para ter dinheiro para o jogo. Tem pelo menos quinhentos mil reais de dívidas. Desesperada, decidiu procurar tratamento no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP.”*



Aparentemente homens e mulheres apresentam curso e evolução diferenciados de JP, tendo as mulheres curso e evolução mais rápidos. Pode-se supor que, se essa diferença realmente existe, ela seja consequência das diferenças de gênero. Acreditamos que haja uma maior prevalência de depressão e ansiedade em mulheres jogadoras do que em homens jogadores. Essa maior prevalência de depressão e ansiedade em jogadoras poderia contribuir para o fenômeno do T.E.

Existe a possibilidade de que jogadores e jogadoras tenham diferentes características de personalidade, e que essas diferenças possam influenciar a progressão do JP. A exemplo do que ocorre em mulheres alcoolistas e tabagistas (MESZAROS et al., 1999; POMERLEAU et al., 1992), mulheres jogadoras poderiam ter o fator “Esquiva ao Dano” do modelo de Cloninger (CLONINGER et al., 1993) mais alto do que homens jogadores. Esse fator está associado a afetos negativos e maior vulnerabilidade à depressão (CLONINGER et al., 1996, HANSENNE et al., 1999) e poderia estar relacionado ao T.E.

Outro fator que merece ser levado em consideração é a possibilidade de jogadores e jogadoras preferirem diferentes tipos de jogos. Sugerimos que haja um maior número de jogadoras do que jogadores que prefira os jogos eletrônicos (MUSANTE, 1999) e que a preferência por jogos eletrônicos esteja relacionada com um curso e evolução mais rápido de JP.

A frequência de resultados vencedores em jogos eletrônicos é pré-determinada e sua ordem de aparecimento é aleatória. Contudo, esses jogos têm outras formas de encorajar o jogador a continuar apostando. REID (1986) observou que resultados “próximos” porém não vitoriosos (por exemplo, três morangos numa

linha quando quatro seriam premiados) ocorrem com uma frequência superior ao esperado se tais resultados estivessem sendo gerados aleatoriamente. Ele chamou esta estratégia de efeito “*near-miss*”. Segundo GRIFFITHS (1995) o efeito “*near miss*” é um artifício para contornar leis que prefixam a frequência de resultados e taxas de retorno financeiro, porque não altera as probabilidades de ganhar ou perder no jogo, porém gratifica o jogador psicologicamente sem custo financeiro adicional. O efeito “*near-miss*” provocaria no jogador a falsa sensação de que a vitória está próxima (REID, 1986; GRIFFITHS, 1995) e pode aumentar a ocorrência de comportamentos disfuncionais relacionados a jogos de azar (MUSANTE, 1999).

Outras características que podem acentuar o potencial para desenvolvimento de JP nos jogos eletrônicos são (GRIFFITHS, 1993; LOBA et al., 2001): a) o tempo muito curto entre aposta e resultado que permite re-apostas sucessivas; b) emissão de estímulos sonoros e visuais mais intensos nas vitórias do que nas derrotas; c) visores que mostram créditos disponíveis para aposta, mas não exibem quanto tempo e dinheiro já foram gastos pelo jogador. Jogos tradicionais, por sua vez, têm uma ação menos contínua e oferecem maior possibilidade de interação social (BREEN; ZIMERMANN; 2002).

A associação de jogos eletrônicos a uma progressão mais rápida de JP foi constatada por BREEN e ZIMERMANN (2002), em estudo com apenas 44 jogadores, dos quais 17 mulheres, que propuseram três explicações para esse fato: a) existe um mecanismo intrínseco aos jogos eletrônicos que os tornam mais aditivos; b) há uma vulnerabilidade intrínseca em jogadores que preferem jogos eletrônicos (vulnerabilidade esta, que ainda merece ser esclarecida); c) talvez a conveniência e disponibilidade dessas máquinas seja a causadora da progressão mais rápida.

Assim como é importante o estudo de fatores associados ao curso e progressão de JP, o estudo dos comportamentos de risco associados à síndrome também se faz necessário. As descrições de evolução do JP sugerem uma combinação de impulsividade e estresse emocional com retro-alimentação mútua e conduzindo a resultados catastróficos como os exemplificados nos dois relatos de caso anteriores. Novamente, diferenças constitucionais entre os gêneros podem determinar vulnerabilidade distinta à impulsividade ou ao estresse emocional. Sendo assim, o estudo dos comportamentos de risco em JP sob a perspectiva do gênero pode auxiliar na construção de estratégias mais específicas para prevenção, tratamento e redução de danos associados a JP.

## 2. OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho é o estudo das características específicas de mulheres jogadoras patológicas com enfoque em características que podem influenciar seu curso clínico e comportamentos de risco associados.

Com relação ao curso clínico, os objetivos específicos são:

1. Verificar se o curso clínico em mulheres jogadoras patológicas é realmente mais rápido do que em homens jogadores patológicos,
2. Investigar potenciais fatores para T.E. (*“telescoping effect”*) entre variáveis sócio-demográficas, clínicas e de personalidade que diferenciam mulheres jogadoras de homens jogadores.

Com relação aos comportamentos de risco associados, os objetivos específicos são:

3. Verificar diferenças no perfil de comportamentos de risco para cada gênero (tentativa de suicídio, atividades ilegais para financiar o jogo, comportamento sexual de risco, uso abusivo de álcool e tabagismo),
4. Verificar a associação dos comportamentos de risco com a impulsividade e ansiedade e depressão, como medidas de estresse emocional.

### 3. HIPÓTESES

Baseados nos objetivos estipulados, formulamos as seguintes hipóteses:

- a) H<sub>1</sub>: Jogadoras e jogadores se diferenciam com relação a variáveis sócio-demográficas, clínicas e de personalidade relevantes para o manejo e tratamento de JP;

H<sub>0</sub>: Jogadoras e jogadores não podem ser diferenciados com base nessas variáveis.

- b) H<sub>1</sub>: A progressão do jogar social para o jogar patológico se dá mais rapidamente para mulheres do que para homens (T.E.);

H<sub>0</sub>: Não existem diferenças de progressão entre homens e mulheres.

- c) H<sub>1</sub>: A presença de T.E. no gênero feminino é melhor explicada pelas diferenças encontradas nos perfis sócio-demográficos, clínicos e de personalidade. Logo, num modelo de regressão que tem T.E. como variável de estudo e gênero como fator, o acréscimo dessas variáveis sócio-

demográficas, clínicas e de personalidade anula a significância do fator gênero;

H<sub>0</sub>: T.E. é melhor explicado por outras variáveis não contempladas nesta regressão e o acréscimo das variáveis sócio-demográficas, clínicas e de personalidade não anulam a significância da variável gênero no modelo.

- d) H<sub>1</sub>: Os gêneros feminino e masculino se diferenciam com relação a um perfil de comportamentos de risco associados a JP;

H<sub>0</sub>: Não existe diferença entre os gêneros com relação a comportamentos de risco associados a JP.

- e) H<sub>1</sub>: A ocorrência de comportamentos de risco em jogadores se associa ao estresse emocional (ansiedade e depressão) e à impulsividade;

H<sub>0</sub>: Jogadores que expressam outros comportamentos de risco não apresentam níveis mais elevados de estresse emocional ou impulsividade.

#### **4. MATERIAL E MÉTODOS**

O presente estudo foi realizado com pacientes que procuraram tratamento para Jogo Patológico (JP) no Ambulatório do Jogo Patológico e Outros Transtornos do Impulso (AMJO - existente desde Janeiro de 1998), vinculado ao Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). Matérias informando a oferta de tratamento para Jogo Patológico foram publicadas em jornais e revistas de ampla circulação da cidade de São Paulo. Foram avaliados 78 pacientes jogadores patológicos do gênero feminino e 78 pacientes jogadores patológicos do gênero masculino dos pacientes que procuraram o ambulatório para tratamento no período de abril de 1998 a fevereiro de 2001, constituindo uma amostra de conveniência. Todos os indivíduos selecionados residiam no Estado de São Paulo há pelo menos 10 anos. Foi excluída da amostra apenas uma paciente cuja avaliação sugeria a presença de psicopatologia delirante.



#### 4.1. Critérios de Inclusão

Foram estabelecidos como critérios de inclusão:

- I. Diagnóstico de Jogo Patológico especificado pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10 – W.H.O., 1992) e pelo Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais 4ª Edição (DSM IV-APA,1994);
- II. Confirmação diagnóstica através da escala *South Oaks Gambling Screen*<sup>2</sup> (SOGS – BLUME; LESIEUR, 1988), são classificados como jogadores patológicos indivíduos com pontuação igual ou superior a 5;
- III. Assinatura do termo de consentimento, pós informação.

#### 4.2 Critérios de exclusão

Foram estabelecidos como critérios prévios de exclusão:

- I. Pacientes que apresentassem patologia clínica que demandasse tratamento emergencial em caráter de internação;
- II. Os pacientes que se recusassem a participar do protocolo de pesquisa pela não assinatura do termo de consentimento
- III. Portadores de oligofrenia, ou afecção do sistema nervoso central com prejuízo grave das funções cognitivas;
- IV. Portadores de transtorno psicótico que pudesse comprometer as respostas às escalas em uso.

Os critérios III e IV foram verificados pela seção 14 do SCAN (vide item 4.1.1), destinada ao rastreamento de sintomas psicóticos e distúrbios cognitivos proeminentes.

---

<sup>2</sup> A SOGS já conta com uma versão traduzida e validada para o português, no Brasil, desenvolvida em dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (OLIVEIRA, 1997).

Uma única paciente avaliada foi excluída da amostra:

*“Paula, 42 anos, solteira, negra, segundo grau completo, sem residência fixa. A paciente disse estar envolvida com atividades de jogo 24 horas por dia, porém, como estava inadimplente nos últimos 2 meses, na maior parte do tempo ela se limitava a observar os sorteios nas casas de bingo. Contou que deixava uma casa de apostas quando essa se fechava, procurando outra que estivesse aberta para se “hospedar”. Eventualmente, algum gerente se apiedava de sua condição e lhe oferecia comida e abrigo por uma noite, às vezes, algum cliente da casa emprestava-lhe dinheiro para jogar uma ou duas cartelas. Paula se referia a essas pessoas como ‘os seus amigos’, tecendo conjecturas sem fundamento na realidade sobre as suas reais identidades (nobres disfarçados, agentes secretos e mafiosos). Ela perguntou ao entrevistador se este não temia alguma represália do crime organizado por estar se imiscuindo em assunto tão delicado, depois tornou-se evasiva e pediu para interromper a avaliação, não retornando para conclusão. Diagnóstico final: transtorno delirante persistente (F22.0)”*.

### **4.3. Investigação das variáveis de pesquisa**

#### **4.3.1. Avaliação de variáveis sócio-demográficas**

Utilizou-se o Questionário de avaliação sócio-demográfica para alcoolistas (QDSD) desenvolvido no GREA e adaptado para jogadores por Tavares, em forma de entrevista semi-estruturada para investigação das seguintes variáveis sócio-demográficas:

- idade

- anos de educação formal
- procedência atual e remota
- etnia
- estado civil
- número de filhos
- situação profissional
- classe econômica
- escolaridade do pai
- escolaridade da mãe
- religião

#### **4.3.2 Avaliação de Variáveis de Jogo**

Utilizou-se um Questionário de avaliação de variáveis de jogo (questões da escala QDSD citada no item 4.3.1) desenvolvido por Tavares, em forma de entrevista semi-estruturada, a escala SOGS (BLUME; LESIEUR, 1988) e os critérios diagnósticos para Jogo Patológico especificados no Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais 4<sup>a</sup> Edição (DSM IV-APA,1994, para investigação das seguintes variáveis de jogo:

- curso e evolução do comportamento de jogo:
  - idade de início do ato de jogar (primeira aposta)
  - idade de aparecimento do primeiro problema
  - idade de procura por tratamento
  - período de Jogo Social (definido como intervalo de anos entre idades de início e primeiro problema por jogo)

- período de Jogo Problemático (definido como intervalo de anos entre idades do primeiro problema com jogo e procura por tratamento)

Conforme observado em estudo anterior (TAVARES et al., 2001), apesar de investigada a **idade de intensificação do ato de jogar**, alguns jogadores têm clara dificuldade em precisá-la, já que para alguns deles o aumento não ocorreu após uma grande vitória ou evento pontual, mas sim como um processo progressivo que leva tempo. Por outro lado, as outras idades foram facilmente coletadas pois são associadas a eventos marcantes, isto é, a primeira aposta, o primeiro grande problema diretamente causado pelo jogo. Consequentemente, para garantir maior confiabilidade na análise estatística, os intervalos Jogo Social e Jogo Intenso, utilizados no trabalho de TAVARES et al. (2001), foram condensados num intervalo único **Jogo Social**, em oposição ao período subsequente iniciado após o primeiro problema impactante causado por jogo, denominado **Jogo Problemático**.

- jogo preferencial no momento da procura por tratamento (dividido em 2 categorias):
  - jogos modernos (jogos eletrônicos tais como: bingo, vídeo-pôquer e outros vídeos)
  - jogos tradicionais (baralho, bicho, loterias, corrida de cavalos, jogos de cassino, associados ou não a jogos modernos)
- quantidade média de horas/dia gastas em atividades de jogo no último mês;
- tratamentos anteriores para JP;
- pontuação total na SOGS;

- critérios diagnósticos para JP de acordo com o DSM-IV (APA, 1994):
  - critério 1: preocupação com o jogo (por ex., preocupa-se com reviver experiências de jogo passadas, avalia possibilidades ou planeja a próxima parada, ou pensa em modos de obter dinheiro para jogar)
  - critério 2: necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores, a fim de obter a excitação desejada
  - critério 3: esforços repetidos e fracassados no sentido de controlar, reduzir ou cessar com o jogo
  - critério 4: inquietude ou irritabilidade, quando tenta reduzir ou cessar com o jogo
  - critério 5: joga como forma de fugir de problemas ou de aliviar um humor disfórico (por ex., sentimentos de impotência, culpa, ansiedade, depressão)
  - critério 6: após perder dinheiro no jogo freqüentemente volta outro dia para ficar quite (“recuperar o prejuízo”)
  - critério 7: mente para familiares, para o terapeuta ou outras pessoas, para encobrir a extensão do seu envolvimento com o jogo
  - critério 8: cometeu atos ilegais, tais como falsificação, fraude, furto ou estelionato, para financiar o jogo
  - critério 9: colocou em perigo ou perdeu um relacionamento significativo, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional por causa do jogo
  - critério 10: recorre a outras pessoas com o fim de obter dinheiro para aliviar uma situação financeira desesperadora causada pelo jogo

### 4.3.3. Entrevista de avaliação psicopatológica e de comorbidades em Eixo I

*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*, finalidade e estrutura:

O SCAN é uma entrevista semi-estruturada com o objetivo de propiciar uma investigação psicopatológica sistemática e um inventário de sintomas que investiga as principais síndromes em Psiquiatria. Está dividido em duas partes: a primeira investiga síndromes neuróticas e a segunda psicoses, síndromes degenerativas e sintomas associados a perturbações formais da cognição. Neste estudo, foi utilizada apenas a primeira parte que é dividida em seções que investigam grupos diagnósticos específicos. A seção 14 serve como instrumento de rastreamento de sintomas da segunda parte e foi utilizada para se excluir portadores de síndromes psicóticas, ou outra condição que não permitisse a adequada compreensão dos objetivos do estudo por parte do paciente. Usando-se o programa CATEGO (um conjunto de algoritmos desenvolvidos para análise dos dados do SCAN via computador), pode-se obter a classificação diagnóstica pelo DSM IV ou CID-10 (WING et al., 1990).

Neste estudo, o SCAN foi utilizado com os seguintes objetivos:

- investigar características psicopatológicas dos dois grupos: mulheres jogadoras patológicas e homens jogadores patológicos,
- investigar patologias em comorbidade.

O IPq-HC-FMUSP dispõe de centro de treinamento e orientação no uso do SCAN, em projeto do Laboratório de Investigação Médica do Departamento de

Psiquiatria (LIM-23), coordenado pela Dra. Laura Helena da S. G. Andrade (centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para pesquisa e treinamento em Saúde Mental). Foi utilizada a versão em português do SCAN traduzida por Andrade e colaboradores (1998). A autora submeteu-se a treinamento no uso do SCAN. As entrevistas com SCAN foram conduzidas em sua maioria pela autora, ou por outro psiquiatra do AMJO, igualmente treinado na aplicação da entrevista (Dra. Daniela Sabbatini da Silva Lobo).

#### **4.3.4 Escalas de Avaliação de Personalidade**

##### **Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) - conceito e estrutura:**

O ITC, tradução para o português validada no Brasil (FUENTES et al., 2000) da TCI (CLONINGER et al., 1993) foi utilizado para verificar características de personalidade. O ITC (FUENTES et al., 2000) é um questionário de auto-preenchimento com 240 questões baseado no modelo de personalidade de Cloninger (CLONINGER et al., 1993) que abrange tanto variações normais quanto anormais nos dois maiores componentes de personalidade: temperamento e caráter (CLONINGER et al., 1994; BRÄNDSTRÖM et al., 1998). Este modelo é composto por quatro dimensões de temperamento e três dimensões de caráter. As dimensões de temperamento são traços que são moderadamente hereditários e moderadamente estáveis durante toda a vida. O temperamento consiste em diferenças individuais nas respostas emocionais básicas, tais como raiva e medo. As quatro dimensões do temperamento são:

- I. Busca de Novidade (escore mínimo de 0, máximo de 40):

Fator do temperamento que engloba excitabilidade exploratória frente a situações novas, decisões impulsivas, extravagância e rápida perda de controle.

- II. Esquiva ao Dano( escore mínimo de 0, máximo de 35):

Fator do temperamento que favorece a inibição de comportamentos, engloba os subfatores da avaliação pessimista e preocupação antecipatória, insegurança com estranhos, fadiga e astenia.

- III. Dependência de Recompensa (escore mínimo de 0, máximo de 24):

Fator do temperamento que influi na manutenção de comportamentos dependentes de reforço positivo, é subdividido em sentimentalismo, vínculo social e dependência de reconhecimento pelo grupo.

- IV. Persistência (escore mínimo de 0, máximo de 8):

Fator de temperamento definido como resistência a interromper determinado comportamento mesmo se confrontado com frustração ou ausência de recompensa.

As dimensões de caráter são traços fracamente hereditários e moderadamente influenciados por aprendizagem social, cuja estruturação depende do tempo e de maturação do indivíduo. O caráter refere-se a diferenças individuais no estabelecimento de metas, valores e emoções conscientes tais como vergonha, culpa e empatia. As três dimensões do caráter são:



- I. Auto- direcionamento (escore mínimo de 0, máximo de 44):

Este fator quantifica o grau de responsabilidade, a capacidade de estabelecer metas e obter recursos, bem como o grau de auto-aceitação de um indivíduo.

- II. Cooperatividade (escore mínimo de 0, máximo de 42):

Este fator diz respeito à capacidade que uma pessoa tem de se identificar com outras pessoas, sentindo-se como parte integrante da sociedade. Indivíduos cooperativos são tolerantes, empáticos, têm compaixão, ajudam os outros e são fiéis a princípios preestabelecidos.

- III. Auto-transcendência (escore mínimo de 0, máximo de 33):

Este fator mede o quanto uma pessoa percebe o universo como um todo, sentindo-se parte integrante do mesmo. São pessoas imaginativas, abnegadas e idealistas.

Há diversos estudos que dão suporte à validade do modelo de Cloninger (CLONINGER et al., 1993) e seu uso para entender comportamentos e síndromes clínicas (BRÄNDSTRÖM et al., 1998). O ITC, entre outras escalas disponíveis para avaliação de personalidade, foi escolhido por ser de auto-preenchimento, o que favorece sua aplicação em grandes amostras.

#### ***Barratt Impulsiveness Scale versão 11 (BIS-11) conceito e estrutura:***

A BIS-11 (PATTON et al., 1995) foi utilizada para avaliar características de impulsividade, componente importante da personalidade de jogadores patológicos (ROY et al., 1989; BLASZCZYNSKI et al., 1997; STEEL; BLASZCZYNSKI, 1998; TAVARES, 2000). BARRATT propôs conceito de impulsividade como sendo a

capacidade ou incapacidade de controlar pensamentos e ações. Decisões súbitas, gestos rápidos e ausência de planejamento ou de consideração das conseqüências futuras advindas do próprio comportamento são características apontadas por autores que aproximam impulsividade ao conceito de precipitação (BARRATT, 1993).

A BIS foi oficialmente revisada 10 vezes, entre 1965 e 1995. Nela, foram definidas três subdivisões do conceito de impulsividade (BARRATT; STANFORD, 1995):

- Impulsividade por Desatenção (escore mínimo de 8, máximo de 32): - característica de pensar, decidir e concluir apressadamente,
- Impulsividade Motora (escore mínimo de 10, máximo de 40): - significa agir sem pensar
- Impulsividade por Falta de Planejamento (escore mínimo de 12, máximo de 48): - representa a incapacidade de antever conseqüências futuras e comportamento voltado para objetivos imediatos.

A versão utilizada neste estudo é de número 11 (PATTON et al., 1995), a mais recente, cedida pelo próprio Barratt para o primeiro estudo sobre jogadores patológicos realizado em nosso ambulatório (TAVARES, 2000) Ela foi traduzida para o português por Tavares, H, sendo esta tradução checada por uma retro-tradução realizada por tradutor independente juramentado. As versões original e retro-traduzida foram comparadas e apresentaram concordância semântica aceitável para todos os itens. No momento está em andamento a validação da versão em português em projeto de iniciação científica do AMJO.

#### **4.3.5 Variáveis de Progressão definidas como presença ou ausência de “telescoping effect”.**

Não há consenso na literatura sobre a definição do “telescoping effect” O T.E. foi primeiramente descrito no alcoolismo por LISANSKY (1957): mulheres procuravam tratamento após um período menor de dependência de álcool do que homens. Já se sugeriu que esse fenômeno também ocorresse em mulheres jogadoras (ROSENTHAL, 1992; VOLBERG, 1994; BLACK; MOYER, 1998; TAVARES et al., 2001; POTENZA et al., 2001b; LADD; PETRY, 2002).

Optou-se por subdividir a amostra em dois períodos de progressão (vide item 4.3.2):

- Primeiro intervalo de progressão: do início do ato de jogar (primeira aposta) ao aparecimento do primeiro problema, dividindo a amostra em sujeitos com e sem “telescoping effect” pela mediana deste intervalo.
- Segundo intervalo de progressão: do aparecimento do primeiro problema à procura por tratamento, dividindo a amostra em sujeitos com e sem “telescoping effect” pela mediana deste intervalo (de acordo com TAVARES et al., 2001).

Estes intervalos da progressão são questões da escala QDSD citada no item 4.3.1.

#### **4.3.6 Avaliação de comportamentos de risco associados**

Utilizou-se questões da escala QDSD (citada no item 4.3.1) desenvolvida por Tavares, em forma de entrevista semi-estruturada, o SCAN (vide item 4.3.3). e o critério diagnóstico 8 para Jogo Patológico (vide item 3.3.2, DSM IV-APA,1994), para investigação dos seguintes comportamentos de risco em jogadores e jogadoras:

- tentativas de suicídio (SCAN)
- atividades ilegais (critério 8 do DSM-IV: cometeu atos ilegais, tais como falsificação, fraude, furto ou estelionato, para financiar o jogo)
- comportamento sexual de risco (QDSD: comportamento de risco para infecção pelo vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, adaptado de DARKE et al., 1991)
- uso abusivo de álcool (SCAN)
- tabagismo (SCAN)

Uso abusivo de álcool foi incluído como comportamento de risco em jogadores pelo fato de o uso de álcool poder contribuir significativamente para o descontrole do comportamento de jogo (BARON; DICKERSON, 1999).

#### **4.4. Análise Estatística**

Para essa etapa do estudo foi solicitado assessoria estatística da Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. O co-orientador Dr. Hermano Tavares também auxiliou a autora na análise estatística. Antes de iniciar a análise estatística dos dados, a autora foi aluna do curso de Regressão Linear Múltipla da Faculdade de

Saúde Pública da USP.

#### **4.4.1. Diferenças entre gêneros**

##### **4.4.1.1 Análise univariada preliminar**

Inicialmente as sub-amostras masculina e feminina foram contrastadas quanto a possíveis diferenças sócio-demográficas. Para esta finalidade, as duas foram comparadas por teste t (variáveis contínuas) e teste de  $\chi^2$  (variáveis categoriais) para as 11 variáveis mencionadas no item 4.3.1. Optou-se por comparar resultados de diferenças sócio-demográficas significativas com dados da população geral brasileira (IBGE, 2000) pelo teste de  $\chi^2$  (variáveis categoriais).

A seguir, foi realizado um estudo comparativo da variáveis de jogo (citadas no item 4.3.2) entre as duas sub-amostras. Utilizou-se teste t (variáveis contínuas) e teste de  $\chi^2$  (variáveis categoriais).

As seguintes comorbidades psiquiátricas foram investigadas através do SCAN. Foram computados apenas os diagnósticos presentes nos dois últimos anos prévios à entrevista de avaliação:

- Abuso/Dependência de substâncias psicoativas:
  - tabaco,
  - álcool,
  - outras drogas;

- Transtornos do Humor:
  - transtornos depressivos,
  - transtornos bipolares<sup>3</sup>
- Transtornos Ansiosos:
  - fobias,
  - transtorno obsessivo-compulsivo,
  - transtorno do pânico.

O teste de  $\chi^2$  foi usado para análise de dados categoriais.

Por fim, para finalizar a análise exploratória univariada das diferenças entre gêneros, jogadores e jogadoras foram comparados de acordo com os fatores de personalidade da BIS-11 (PATTON et al., 1995) e do ITC (FUENTES et al., 2000) (citados no item 4.3.4). Análise multivariada de covariância (ANCOVA) foi utilizada para análise dos dados contínuos controlados para depressão e ansiedade (covariáveis), pois a avaliação de fatores de personalidade pode ser influenciada por sintomas depressivos e ansiosos (ITO et al., 1995; HANSENNE et al., 1999).

---

<sup>3</sup> Optamos pela classificação transtornos bipolares ao invés de simplesmente transtorno bipolar. Atualmente o conceito de espectro bipolar, do qual vários subtipos clínicos fariam parte, vem sendo considerado como uma melhor definição para se classificar este grupo de transtornos afetivos (GOODWIN; JAMISON, 1990). Esta categoria inclui: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar e ciclotimia (F30, F31 e F34 da CID-10 – W.H.O., 1992)

#### **4.4.1.2 Análise multivariada das diferenças de gênero**

Para se avaliar quais os principais fatores que discriminam jogadores de jogadoras, as variáveis com significância menor ou igual a 0,05 nas análises univariadas (variáveis independentes) foram colocadas num modelo multivariado *stepwise* de regressão logística com gênero como variável dependente.

#### **4.4.2 Variáveis de progressão responsáveis pelo “telescoping effect”**

A amostra total de 156 sujeitos foi dividida em duas sub-amostras de sujeitos com “telescoping effect” e sem “telescoping effect” para os dois intervalos de progressão (vide item 4.3.5). Conforme citado no item 4.3.5, os dois períodos de progressão de JP foram dicotomizados com base na mediana de cada intervalo. Sujeitos cujo primeiro intervalo de progressão (início de jogo até primeiro problema) foi inferior à mediana foram classificados como portadores de “telescoping effect”. O ponto de corte determinado para o segundo intervalo de progressão (do primeiro problema ao primeiro tratamento) foi também baseado na mediana, sujeitos com duração igual ou inferior a este valor foram classificados como portadores de “telescoping effect” para este período.

##### **4.4.2.1 Análise univariada das variáveis responsáveis pelo “telescoping effect”**

As variáveis dicotomizadas de progressão foram contrastadas em uma análise univariada com as variáveis sócio-demográficas (citadas no item 4.3.1), variáveis de jogo e comorbidades psiquiátricas (vide itens 4.3.2 e 4.3.3) e de personalidade (vide item 4.3.4) através do teste de  $\chi^2$ . As variáveis contínuas foram categorizadas em quartis.

#### **4.4.2.2 Análise de regressão para “*telescoping effect*” no primeiro e segundo períodos de progressão**

Para se avaliar quais fatores são os principais responsáveis pelo “*telescoping effect*”, durante ambos os períodos (jogo social e jogo problemático, vide item 4.3.5), as variáveis com significância menor ou igual a 0,05 na análise univariada (variáveis independentes) foram colocadas em dois modelos multivariado *stepwise* de regressão logística, um para cada período de progressão, com presença ou ausência de T.E. como variável dependente.

#### **4.4.3 Comportamentos de risco associados**

##### **4.4.3.1 Comportamentos de risco e gênero**

Inicialmente foram investigadas diferenças no perfil de comportamentos de risco (vide item 4.3.6) para cada gênero, primeiro em uma análise univariada através do teste de  $\chi^2$ , e depois por uma análise de regressão logística, com gênero como variável dependente e os comportamentos de risco (tentativas de suicídio, atividades ilegais para financiamento do jogo, comportamento sexual risco, uso abusivo de álcool e tabagismo) como variáveis independentes.

Apesar de termos pensado em incluir uso abusivo de substâncias (outras drogas) como comportamento de risco associado a jogo, nessa etapa do estudo verificou-se que essa inclusão não seria possível, pois o número de sujeitos da amostra com esse diagnóstico era muito pequeno.



#### **4.4.3.2 Fatores associados a comportamentos de risco**

A seguir, com a finalidade de investigar possíveis fatores associados a cada comportamento de risco (vide item 4.3.6), optou-se por montar um modelo de análise de variâncias multivariado (MANOVA) para cada comportamento de risco. Gênero foi incluído como co-fator nos modelos onde esta variável apresentava impacto significativo sobre o comportamento em questão.

Os seguintes fatores foram analisados (variáveis independentes):

- idade (QDSD)
- sintomas ansiosos (SCAN)
- sintomas depressivos (SCAN)
- impulsividade, avaliada pela BIS

Optamos por selecionar as variáveis acima para esta etapa da análise por ser sabido que as mesmas podem ter relação com os comportamentos de risco investigados. (PROIMOS et al., 1998). Sabe-se que a idade do sujeito está relacionada a comportamentos de risco (PETRY, 2002a). Já sintomas depressivos e ansiosos são altamente prevalentes em jogadores patológicos e podem contribuir para comportamentos de risco (PHILLIPS et al., 1997; POTENZA et al., 2000).

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Diferenças entre gêneros**

#### **5.1.1. Análise univariada preliminar**

##### **Características Sócio-Demográficas**

A Tabela 1 descreve as variáveis sócio-demográficas para os dois gêneros. Teste t e  $\chi^2$  foram usados respectivamente para análise de dados contínuos e categoriais.

**Tabela 1a: Comparação de características sócio-demográficas para jogadores e jogadoras.**

Características	Média ± DP	Intervalo de Confiança da Média (95%)	t	p <sup>b</sup>
<i>Idade (anos)</i>				
Jogadores (n=78)	41,4 ± 9,9	39,1 – 43,6	-1,73	0,085
Jogadoras (n=78)	44,1 ± 9,4	41,9 – 46,2		
<i>Anos de Educação Formal</i>				
Jogadores (n=78)	11,7 ± 3,6	10,8 – 12,5	- 0,29	0,773
Jogadoras (n=78)	11,8 ± 3,6	11,0 – 12,6		
<i>Indicador de Classe Econômica (1,5 - 15,0)<sup>a</sup></i>				
Jogadores (n=78)	5,2 ± 2,8	4,5 – 5,8	- 1,38	0,169
Jogadoras (n=78)	5,8 ± 2,9	5,1 – 6,5		

<sup>a</sup> O Indicador de Classe Econômica é calculado através da soma do número total de cômodos, banheiros, automóveis de passeio, televisões coloridas, empregados, aparelhos de som, máquinas de lavar, vídeo cassetes, computadores, geladeiras e aspiradores de pó ou equivalente, existentes na moradia do indivíduo, dividido pelo total de habitantes (IBGE, 1998).

<sup>b</sup> Graus de liberdade=154

**Tabela 1b: Comparação de características sócio-demográficas para jogadores e jogadoras.**

Características	Jogadores (n=78)	Jogadoras (n=78)	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Etnia</i>						
Caucasiano (a)	65 (83%)	63 (81%)	0,0	1,19	0,5 – 2,7	0,835 <sup>a</sup>
Não caucasiano (a)	13 (17%)	15 (19%)				
<i>Procedência</i>						
São Paulo Capital	45 (58%)	41 (53%)	1,4	1,01	0,5 - 2,2	0,493 <sup>b</sup>
São Paulo Interior	13 (17%)	19 (24%)				
Outras localidades	20 (25%)	18 (23%)				
<i>Estado Civil</i>						
Casado (a) <sup>c</sup>	53 (68%)	39 (50%)	4,5	2,12	1,1 – 4,16	<b>0,034<sup>a</sup></b>
Solteiro (a) <sup>d</sup>	25 (32%)	39 (50%)				

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1<sup>b</sup> Graus de liberdade=2<sup>c</sup> Inclui legalmente casados e em concubinato<sup>d</sup> Inclui solteiros, separados/divorciados e viúvos

**Tabela 1b: Comparação de características sócio-demográficas para jogadores e jogadoras (continuação).**

Características	Jogadores (n=78)	Jogadoras (n=78)	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Número de filhos</i>						
Sem filhos	22 (28%)	22 (28%)	1,0	0,80	0,3 – 1,8	0,799 <sup>a</sup>
1 filho (a)	14 (18%)	11 (14%)				
2 filhos	22 (28%)	20 (26%)				
3 filhos ou mais	20 (26%)	25 (32%)				
<i>Situação Profissional</i>						
Empregado (a)	52 (67%)	43 (55%)	1,7	1,63	0,8 – 3,1	0,189 <sup>b</sup>
Desempregado (a)	26 (33%)	35 (45%)				

<sup>a</sup> Graus de liberdade=3<sup>b</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 1b: Comparação de características sócio-demográficas para jogadores e jogadoras (continuação).**

Características	Jogadores (n=78)	Jogadoras (n=78)	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Escolaridade do pai</i>						
Menos que 4 <sup>a</sup> série	20 (26%)	25 (32%)	3,4	1,99	0,8 – 4,6	0,336 <sup>a</sup>
4 <sup>a</sup> série	20 (26%)	25 (32%)				
5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> série	11 (14%)	11 (14%)				
1 <sup>o</sup> colegial ou mais	27 (34%)	17 (22%)				
<i>Escolaridade da mãe</i>						
Menos que 4 <sup>a</sup> série	20 (26%)	25 (32%)	4,4	2,50	0,9 – 6,7	0,217 <sup>a</sup>
4 <sup>a</sup> série	20 (26%)	26 (33%)				
5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> série	20 (26%)	18 (23%)				
1 <sup>o</sup> colegial ou mais	18 (22%)	9 (12%)				
<i>Religião</i>						
Católica	64 (82%)	55 (71%)	3,9	0,76	0,3 – 2,1	0,139 <sup>b</sup>
Espírita	68 ( 8%)	14 (18%)				
Outras	8 (10%)	9 (11%)				

<sup>a</sup> Graus de liberdade=3<sup>b</sup> Graus de liberdade=2

As Tabela 2 e 3 descrevem a comparação do estado civil de jogadores e jogadoras com homens e mulheres da população geral brasileira (IBGE, 2000), divididos em quartis de faixas etárias.

**Tabela 2: Comparação do estado civil de jogadores com homens da população geral brasileira.**

Faixa etária	Jogadores		Homens		$\chi^2$	p <sup>a</sup>
	(n=78)		População geral			
	Casado <sup>b</sup>	Solteiro <sup>c</sup>	Casado <sup>b</sup>	Solteiro <sup>c</sup>		
< 36 anos	14 (58%)	10 (42%)	6.275.031 (30%)	14.567.756 (70%)	15,9	< <b>0,001</b>
36 a 42 anos	13 (59%)	9 (41%)	3.508.753 (60%)	2.385.263 (40%)	0,02	0,885
43 a 50 anos	13 (81%)	3 (19%)	6.438.224 (69%)	2.925.946 (31%)	3,8	<b>0,050</b>
> 50 anos	13 (81%)	3 (19%)	7.066.866 (72%)	2.742.288 (28%)	0,4	0,133

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1

<sup>b</sup> Inclui legalmente casados e em concubinato

<sup>c</sup> Inclui solteiros, separados/divorciados e viúvos



**Tabela 3: Comparação do estado civil de jogadoras com mulheres da população geral brasileira.**

Faixa etária	Jogadoras		Mulheres		$\chi^2$	p <sup>a</sup>
			População geral			
	(n=78)		(n=49.130.232)			
	Casada <sup>b</sup>	Solteira <sup>c</sup>	Casada <sup>b</sup>	Solteira <sup>c</sup>		
< 36 anos	10 (67%)	5 (33%)	8.251.936 (38%)	13.420.291 (62%)	16,9	<b>&lt; 0,001</b>
36 a 42 anos	12 (60%)	8 (40%)	3.734.010 (58%)	2.667.158 (42%)	0,2	0,774
43 a 50 anos	10 (45%)	12 (55%)	6.115.143 (61%)	3.838.106 (39%)	5,1	<b>0,023</b>
> 50 anos	7 (33%)	14 (67%)	6.040.767 (54%)	5.060.821 (46%)	8,9	<b>0,003</b>

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1

<sup>b</sup> Inclui legalmente casados e em concubinato

<sup>c</sup> Inclui solteiros, separados/divorciados e viúvos

Ambas sub-amostras, masculina e feminina, têm perfil sócio-demográfico compatível com a classe média brasileira, de acordo com o último censo populacional (IBGE, 2000). Porém, homens e mulheres jogadores deste estudo apresentam maior índice de desemprego (33% e 45%, respectivamente) do que o índice de desempregados na população geral da mesma classe social (em torno de 15%) (SEADE, 2002), o que é estatisticamente significativo (homens:  $\chi^2=8,9$ ,  $p=0,003$ ; mulheres:  $\chi^2=21,4$ ,  $p<0,001$ ).

### Variáveis de Jogo

A Tabela 4 mostra a distribuição das variáveis de comportamento de jogo para as amostras de jogadores e jogadoras. Teste t e  $\chi^2$  foram usados respectivamente para análise de dados contínuos e categoriais.

**Tabela 4a: Comparação de características de jogo.**

Características	Média $\pm$ DP (anos)	Intervalo de Confiança da Média (95%)	t	p <sup>a</sup>
<i>Idade de Início</i>				
Jogadores (n=78)	22,5 $\pm$ 10,3	20,2 – 24,8	-7,81	< <b>0,001</b>
Jogadoras (n=78)	36,4 $\pm$ 11,9	33,7 – 39,1		
<i>Idade de aparecimento do primeiro problema</i>				
Jogadores (n=78)	34,9 $\pm$ 9,3	32,8 – 37,1	-4,58	< <b>0,001</b>
Jogadoras (n=78)	41,9 $\pm$ 9,6	39,7 – 44,1		
<i>Idade de procura por tratamento</i>				
Jogadores (n=78)	41,1 $\pm$ 10,0	38,8 – 43,3	-1,83	0,069
Jogadoras (n=78)	43,9 $\pm$ 9,4	41,8 – 46,1		

<sup>a</sup> Graus de liberdade=154

**Tabela 4a: Comparação de características de jogo (continuação).**

Características	Média ± DP (anos)	Intervalo de Confiança da Média (95%)	t	p <sup>b</sup>
<i>Jogo Social</i> <sup>b</sup>				
Jogadores (n=78)	12,5 ± 8,9	10,4 – 14,5	4,82	< 0,001
Jogadoras (n=78)	5,5 ± 9,2	3,5 – 7,5		
Mediana = 4 anos				
<i>Jogo Problemático</i> <sup>c</sup>				
Jogadores (n=78)	6,1 ± 7,2	4,5 – 7,8	4,92	< 0,001
Jogadoras (n=78)	2,0 ± 1,8	1,6 – 2,4		
Mediana = 2 anos				
<i>Nº de Horas de Jogo/dia</i>				
Jogadores (n=78)	6,0 ± 3,6	5,2 – 6,8	-1,56	0,121
Jogadoras (n=78)	7,0 ± 4,8	5,9 – 8,1		
<i>Pontuação na SOGS</i>				
Jogadores (n=78)	14,1 ± 3,2	13,4 – 14,9	0,15	0,880
Jogadoras (n=78)	14,1 ± 3,1	13,3 – 14,8		

<sup>a</sup> Graus de liberdade=154<sup>b</sup> Intervalo de anos entre idades de início e primeiro problema por jogo<sup>c</sup> Intervalo de anos entre idades de primeiro problema e procura por tratamento para jogo

**Tabela 4b: Comparação de características de jogo.**

Características	Jogadores (n=78)	Jogadoras (n=78)	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p <sup>a</sup>
<i>Jogos Preferenciais no momento da procura por Tratamento</i>						
Jogos Modernos <sup>b</sup>	46 (59%)	64 (82%)	8,9	0,31	0,1 – 0,6	<b>0,003</b>
Jogos Tradicionais <sup>c</sup>	32 (41%)	14 (18%)				
<i>Tratamento Anterior para Jogo<sup>d</sup></i>						
Sim	18 (23%)	9 (12%)	2,9	0,44	0,2 – 1,0	0,090
Não	60 (77%)	69 (88%)				
<i>Jogadores Anônimos</i>						
Sim	25 (32%)	12 (15%)	5,1	0,39	0,2 – 0,8	<b>0,023</b>
Não	53 (68%)	66 (85%)				

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1

<sup>b</sup> Jogos modernos: jogos eletrônicos (bingo, vídeo-pôquer, outros vídeos)

<sup>c</sup> inclui jogos tradicionais (baralho, bicho, loterias, corrida de cavalos, jogos de cassino) associados ou não a jogos modernos

<sup>d</sup> Inclui tratamento psicoterápico e psiquiátrico

**Tabela 4b: Comparação de características de jogo (continuação).**

Características	Jogadores (n=78)	Jogadoras (n=78)	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p <sup>a</sup>
<i>Critério 1 DSM-IV</i>						
Sim	6 ( 8%)	10 (12%)	0,6	0,57	0,2 – 1,6	0,429
Não	72 (92%)	68 (88%)				
<i>Critério 2 DSM-IV</i>						
Sim	19 (24%)	30 (39%)	3,0	0,51	0,3 – 1,0	0,085
Não	59 (76%)	48 (61%)				
<i>Critério 3 DSM-IV</i>						
Sim	4 ( 5%)	3 ( 4%)	0,0	1,35	0,3 – 6,2	1,000
Não	74 (95%)	75 (96%)				
<i>Critério 4 DSM-IV</i>						
Sim	22 (28%)	17 (22%)	0,5	1,41	0,7 – 2,9	0,460
Não	56 (72%)	61 (78%)				
<i>Critério 5 DSM-IV<sup>b</sup></i>						
Sim	42 (54%)	61 (78%)	9,3	3,08	1,5 – 6,2	<b>0,002</b>
Não	36 (46%)	17 (22%)				

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1<sup>b</sup> “Escapismo”

**Tabela 4b: Comparação de características de jogo (continuação).**

Características	Jogadores (n=78)	Jogadoras (n=78)	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p <sup>a</sup>
<i>Critério 6 DSM-IV</i>						
Sim	8 (10%)	5 (6%)	0,3	1,67	0,5 – 5,3	0,562
Não	70 (90%)	73 (94%)				
<i>Critério 7 DSM-IV</i>						
Sim	2 (3%)	4 (5%)	0,2	0,49	0,9 – 2,7	0,677
Não	76 (97%)	74 (95%)				
<i>Critério 8 DSM-IV</i>						
Sim	41 (53%)	34 (44%)	0,9	0,70	0,4 – 1,3	0,336
Não	37 (47%)	44 (56%)				
<i>Critério 9 DSM-IV</i>						
Sim	13 (17%)	21 (27%)	1,8	0,54	0,2 – 1,2	0,175
Não	65 (83%)	57 (73%)				
<i>Critério 10 DSM-IV</i>						
Sim	10 (13%)	18 (23%)	2,1	0,49	0,2 – 1,1	0,144
Não	68 (87%)	60 (77%)				

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1

### **Comorbidades psiquiátricas**

A Tabela 5 mostra os resultados. O teste de  $\chi^2$  foi usado para análise de dados categoriais.



**Tabela 5 : Comparação de comorbidades psiquiátricas.**

Comorbidades	Jogadores n=78	Jogadoras n=78	Total n=156	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p <sup>a</sup>
<i>Abuso/Dependência</i>							
<i>de Substâncias</i>	50 (64%)	55 (71%)	105 (67%)	0,5	0,75	0,4 - 1,5	0,495
Tabaco	45 (58%)	56 (72%)	101 (65%)	2,8	0,54	0,3 - 1,0	0,094
Álcool	14 (18%)	3 (4%)	17 (11%)	6,6	5,47	1,5 - 19,9	<b>0,010</b>
Outras drogas	3 (4%)	5 (6%)	8 (5%)	0,1	0,58	0,1 - 2,5	0,717
<i>Transtornos</i>							
<i>do Humor</i>	40 (51%)	56 (73%)	96 (62%)	6,7	0,40	0,2 - 0,8	<b>0,010</b>
Transtornos							
Depressivos	37 (47%)	55 (71%)	92 (59%)	7,7	0,38	0,2 - 0,7	<b>0,006</b>
Transtornos							
Bipolares	3 (4%)	3 (4%)	6 (4%)	0,0	1,00	0,2 - 5,1	1,000

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 5 : Comparação de comorbidades psiquiátricas (continuação).**

Comorbidades	Jogadores n=78	Jogadoras n=78	Total n=156	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p <sup>a</sup>
<i>Transtornos</i>							
<i>Ansiosos</i>	29 (37%)	36 (46%)	65 (42%)	0,9	0,69	0,4 – 1,3	0,330
Fobias	16 (21%)	29 (37%)	45 (29%)	4,5	0,44	0,2 - 0,9	0,340
<i>Transtorno</i>							
Obsessivo- Compulsivo	8 (10%)	7 (9%)	15 (10%)	0,0	1,16	0,4 - 3,4	1,000
<i>Transtorno</i>							
do Pânico	4 (5%)	4 (5%)	8 (5%)	0,0	1,00	0,2 – 4,1	1,000

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1

## Personalidade

A Tabela 6 mostra as variáveis de personalidade analisadas nos jogadores e jogadoras.

**Tabela 6a: Pontuação nas escalas de Personalidade para jogadores e jogadoras, Escala de Impulsividade de Barratt (ANCOVA).**

Características	Média <sup>a</sup>	Erro Padrão	Intervalo de Confiança (95%)	F	p <sup>b</sup>
<i>BIS-Desatenção (8 - 32)</i>					
Jogadores (n=78)	20,7	0,34	20,4 – 21,7	1,16	0,283
Jogadoras (n=78)	21,9		20,9 – 22,2		
<i>BIS-Impulsividade Motora (10 - 40)</i>					
Jogadores (n=78)	23,7	0,54	22,9 - 25,1	2,12	0,148
Jogadoras (n=78)	25,4		24,1 - 26,2		
<i>BIS-Falta de Planejamento (12 - 48)</i>					
Jogadores (n=78)	31,6	0,47	30,9 - 32,7	2,32	0,130
Jogadoras (n=78)	30,1		29,8 – 31,7		
<i>BIS – Total (30 - 120)</i>					
Jogadores (n=78)	76	1,06	74,7 - 78,9	0,16	0,691
Jogadoras (n=78)	78,3		75,3 – 79,5		

<sup>a</sup> Controlado para ansiedade e depressão

<sup>b</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 6b: Pontuação nas escalas de Personalidade para jogadores e jogadoras, Inventário de Temperamento e Caráter (ANCOVA).**

Características	Média <sup>a</sup>	Erro Padrão	Intervalo de Confiança (95%)	F	p <sup>b</sup>
<b>Temperamento</b>					
<i>Fator Busca de</i>					
<i>Novidade (0 - 40):</i>					
Jogadores (n=78)	25,0	0,57	24,1 - 26,3	0,38	0,537
Jogadoras (n=78)	25,9		24,6 - 26,8		
<i>Fator Esquiva ao</i>					
<i>Dano (0 - 35)</i>					
Jogadores (n=78)	16,6	0,62	16,3 - 18,8	1,59	0,209
Jogadoras (n=78)	19,6		17,5 - 19,9		
<i>Fator Dependência de</i>					
<i>Recompensa (0 - 24)</i>					
Jogadores (n=78)	13,3	0,40	12,4 - 14,0	6,68	<b>0,011</b>
Jogadoras (n=78)	14,7		13,9 - 15,5		
<i>Fator Persistência</i>					
<i>(0 - 8)</i>					
Jogadores (n=78)	4,5	0,21	4,0 - 4,8	0,00	0,987
Jogadoras (n=78)	4,3		4,0 - 4,8		

<sup>a</sup> Controlado para ansiedade e depressão

<sup>b</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 6b: Pontuação nas escalas de Personalidade para jogadores e jogadoras, Inventário de Temperamento e Caráter (ANCOVA, continuação).**

Características	Média <sup>a</sup>	Erro Padrão	Intervalo de Confiança (95%)	F	p <sup>b</sup>
<i>Caráter</i>					
<i>Fator Auto-Direcionamento</i> (0 - 44)					
Jogadores (n=78)	22,3	0,77	19,7 - 22,7	3,97	0,764
Jogadoras (n=78)	19,9		19,4 – 22,4		
<i>Fator Cooperatividade</i> (0 - 42)					
Jogadores (n=78)	29,5	0,66	27,7 - 30,3	2,92	0,090
Jogadoras (n=78)	30,1		29,3 – 31,9		
<i>Fator Auto-Transcendência</i> (0 - 33)					
Jogadores (n=78)	18,7	0,67	17,5 – 20,2	0,09	0,757
Jogadoras (n=78)	19,4		17,8 – 20,5		

<sup>a</sup> Controlado para ansiedade e depressão

<sup>b</sup> Grau de liberdade=1

### **5.1.2 Análise multivariada das diferenças de gênero**

A Tabela 7 mostra as variáveis que persistiram no modelo como as principais diferenças entre jogadores e jogadoras.

**Tabela 7 : Principais fatores responsáveis pelas diferenças de gêneros (Regressão Logística).**

Fatores	Jogadores n=78	Jogadoras n=78	Wald $\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p <sup>a</sup>
<i>Idade de início</i>						
< 18 anos	31 (40%)	6 (8%)	32,1	3,27	2,2 - 4,9	<b>&lt;0,001</b>
18 a 26 anos	28 (36%)	12 (15%)				
27 a 40 anos	14 (18%)	25 (32%)				
> 40 anos	5 (6%)	35 (45%)				
<i>DSM-IV - Critério 5 "Escapismo"</i>						
Sim	42 (54%)	61 (78%)	6,2	3,00	1,3 – 7,0	<b>0,013</b>
Não	36 (46%)	17 (22%)				
<i>Abuso/Dependência de Álcool</i>						
Sim	14 (18%)	3 (4%)	5,9	6,56	1,4 – 29,9	<b>0,015</b>
Não	64 (82%)	75 (96%)				
<i>Jogadores Anônimos</i>						
Sim	25 (32%)	12 (15%)	4,1	0,39	0,2 – 1,0	<b>0,043</b>
Não	53 (68%)	66 (85%)				

<sup>a</sup> Graus de liberdade=4

## **5.2. “Telescoping effect”.**

### **5.2.1. Análise univariada para “telescoping effect”.**

Conforme citado no item 4.4.2, os dois períodos de progressão de JP foram dicotomizados com base na mediana de cada intervalo. Sujeitos cujo primeiro intervalo de progressão (início de jogo até primeiro problema) foi igual ou inferior a 3 anos foram classificados como portadores de “telescoping effect”. O ponto de corte determinado para o segundo intervalo de progressão (do primeiro problema ao primeiro tratamento) foi de 2 anos, sujeitos com duração igual ou inferior a este valor foram classificados como portadores de “telescoping effect” para este período.

A Tabela 8 mostra as variáveis que se correlacionaram significativamente com as variáveis dicotomizadas de progressão.



**Tabela 8 : Comparação das variáveis sócio-demográficas, variáveis clínicas e de personalidade entre indivíduos com e sem “telescoping effect.”**

Variáveis	“Telescoping Effect”	Sem “Telescoping Effect”	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<b>Primeiro período de progressão (ponto de corte =3)</b>						
	n=77	n=79				
<i>Idade de início</i>						
< 18 anos	3 (4%)	34 (43%)	62,3	–	–	<0,001 <sup>a</sup>
18 a 26 anos	12 (15%)	28 (35%)				
27 a 40 anos	26 (34%)	13 (17%)				
> 40 anos	36 (47%)	4 (5%)				
<i>Tipo de Jogo</i>						
Jogos Modernos	66 (86%)	44 (56%)	15,5	4,77	2,2 – 10,4	<0,001 <sup>b</sup>
Jogos Tradicionais	11 (14%)	35 (44%)				
<i>Gênero</i>						
Feminino	57 (74%)	21 (27%)	33,2	0,13	0,1 – 0,3	<0,001 <sup>b</sup>
Masculino	20 (26%)	58 (73%)				
<i>Abuso/Dependência De Álcool</i>						
Sim	4 (5%)	13 (17%)	4,0	0,28	0,1 – 0,9	0,046 <sup>b</sup>
Não	73 (95%)	63 (83%)				

<sup>a</sup> Graus de liberdade=3

<sup>b</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 8 : Comparação das variáveis sócio-demográficas, variáveis clínicas e de personalidade entre indivíduos com e sem “telescoping effect”, variáveis categoriais (continuação).**

Variáveis	“Telescoping Effect”	Sem “Telescoping Effect”	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<b>Segundo período de progressão (ponto de corte = 2)</b>						
	n=87	n=69				
<i>Idade de início</i>						
< 18 anos	10 (12%)	27 (39%)	24,3	–	–	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
18 a 26 anos	21 (24%)	19 (28%)				
27 a 40 anos	23 (26%)	16 (23%)				
> 40 anos	33 (38%)	7 (10%)				
<i>Idade de aparecimento do primeiro problema</i>						
< 31 anos	14 (16%)	25 (36%)	16,2	–	–	<b>0,001<sup>a</sup></b>
31 a 37 anos	18 (21%)	18 (26%)				
38 a 45 anos	23 (26%)	18 (26%)				
> 45 anos	32 (37%)	8 (12%)				
<i>Tipo de Jogo</i>						
Jogos Modernos	70 (81%)	40 (58%)	8,3	2,99	1,5 – 6,1	<b>0,004<sup>b</sup></b>
Jogos Tradicionais	17 (19%)	29 (42%)				

<sup>a</sup> Graus de liberdade=3

<sup>b</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 8 : Comparação das variáveis sócio-demográficas, variáveis clínicas e de personalidade entre indivíduos com e sem “telescoping effect”, variáveis categoriais (continuação).**

Variáveis	“Telescoping Effect”	Sem “Telescoping Effect”	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<b>Segundo período de progressão (ponto de corte=2)</b>						
<i>Transtornos depressivos</i>						
Sim	59 (68%)	33 (48%)	6,4	2,30	1,2 – 4,4	<b>0,018</b>
Não	28 (32%)	36 (52%)				
<i>Abuso/Dependência de Álcool</i>						
Sim	5 (6%)	12 (17%)	4,2	0,29	0,1 – 0,9	<b>0,039</b>
Não	82 (94%)	57 (83%)				
<i>Gênero</i>						
Feminino	55 (63%)	23 (33%)	12,6	0,29	0,1 – 0,6	<b>&lt;0,001</b>
Masculino	32 (37%)	46 (67%)				

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1

### **5.2.2. Regressão Logística para “*telescoping effect*” no primeiro e segundo períodos de progressão**

A Tabela 9 mostra as variáveis que persistiram nos modelos multivariados *stepwise* de regressão logística durante ambos os períodos (jogo social e jogo problemático).

**Tabela 9 : Fatores responsáveis pelo "telescoping effect" no períodos de Jogo Social e Jogo Problemático(Regressão Logística).**

Fatores	"Telescoping Effect"	Sem "Telescoping Effect"	Wald $\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<b>Primeiro período de progressão</b>		n=77	n=79			
<i>Idade de início</i>						
< 18 anos	3 (4%)	34 (43%)	27,4	0,27	0,2 – 0,4	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
18 a 26 anos	12 (15%)	28 (35%)				
27 a 40 anos	26 (34%)	13 (17%)				
> 40 anos	36 (47%)	4 (5%)				
<i>Tipo de Jogo</i>						
Jogos Modernos	66 (86%)	44 (56%)	5,4	3,27	1,2 – 8,9	<b>0,020<sup>b</sup></b>
Jogos Tradicionais	11 (14%)	35 (44%)				
<i>Gênero</i>						
Feminino	57 (74%)	21 (27%)	3,9	0,41	0,2 – 0,9	<b>0,048<sup>b</sup></b>
Masculino	20 (26%)	58 (73%)				
<b>Segundo período de progressão</b>		n=87	n=69			
<i>Idade de início</i>						
< 18 anos	10 (12%)	27 (39%)	21,1	0,46	0,3 – 0,6	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
18 a 26 anos	21 (24%)	19 (28%)				
27 a 40 anos	23 (26%)	16 (23%)				
> 40 anos	33 (38%)	7 (10%)				

<sup>a</sup> Graus de liberdade=3<sup>b</sup> Grau de liberdade=1

### **5.3 Comportamentos de risco**

#### **5.3.1 Comportamentos de risco e gênero**

Inicialmente foram investigadas diferenças no perfil de comportamentos de risco para cada gênero. A Tabela 10 mostra os resultados da análise univariada. A Tabela 11 mostra o resultado final, segundo uma análise de regressão logística.

Devido ao número reduzido de jogadores que relataram uso abusivo de drogas (3 homens e 4 mulheres), esta variável não foi incluída na análise estatística.

**Tabela 10 : Comparação de comportamentos de risco por gênero.**

Comportamentos de risco	Jogadores n=78	Jogadoras n=78	Total n=156	$\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p <sup>a</sup>
<i>Tentativa de Suicídio</i>							
Sim	5 (6%)	17 (22%)	22 (14%)	6,4	4,07	1,4 - 11,7	<b>0,011</b>
Não	73 (94%)	61 (78%)	134 (86%)				
<i>Atividades Ilegais</i>							
Sim	41 (53%)	34 (44%)	75 (48%)	0,9	0,70	0,4 - 1,3	0,336
Não	37 (47%)	44 (56%)	81 (52%)				
<i>Comportamento Sexual de Risco</i>							
Sim	25 (32%)	9 (11%)	34 (22%)	8,4	3,62	1,6 - 8,4	<b>0,004</b>
Não	53 (68%)	69 (89%)	122 (78%)				
<i>Uso abusivo de Álcool</i>							
Sim	14 (18%)	3 (4%)	17 (11%)	6,6	5,47	1,5 - 19,8	<b>0,010</b>
Não	64 (82%)	75 (96%)	139 (89%)				
<i>Tabagismo</i>							
Sim	45 (58%)	56 (72%)	101 (65%)	2,8	0,54	0,28 - 1,0	0,094
Não	33 (42%)	22 (28%)	55 (35%)				

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 11 : Comparação de comportamentos de risco por gênero (Regressão Logística).**

Comportamentos de risco	Jogadores n=78	Jogadoras n=78	Total n=156	Wald $\chi^2$	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p <sup>a</sup>
<i>Tentativa de Suicídio</i>							
Sim	5 (6%)	17 (22%)	22 (14%)	8,2	0,19	0,1 - 0,6	<b>0,004</b>
Não	73 (94%)	61 (78%)	134 (86%)				
<i>Comportamento Sexual de Risco</i>							
Sim	25 (32%)	9 (11%)	34 (22%)	9,3	0,23	0,1 - 0,6	<b>0,002</b>
Não	53 (68%)	69 (89%)	122 (78%)				
<i>Uso abusivo de Álcool</i>							
Sim	14 (18%)	3 (4%)	17 (11%)	4,5	0,23	0,1 - 0,9	<b>0,035</b>
Não	64 (82%)	75 (96%)	139 (89%)				

<sup>a</sup>Graus de liberdade=3



### **5.3.2 Fatores associados a comportamentos de risco**

Gênero, quando significativo (tentativas de suicídio, comportamento sexual de risco e uso abusivo de álcool), foi incluído no modelo como co-fator para controle de viés conforme já explicado no item 4.4.3.2. Os resultados da MANOVA encontram-se nas Tabelas de 12 a 16.

**Tabela 12: Fatores de risco para tentativa de suicídio(MANOVA) <sup>a</sup>.**

Características	<u>Tentou Suicídio (n=22)</u>			<u>Não tentou Suicídio (n=134)</u>			F	p <sup>b</sup>
	Média	Erro Padrão	Intervalo de Confiança da Média (95%)	Média	Erro Padrão	Intervalo de Confiança da Média (95%)		
Idade	39,2	2,44	32,5 – 42,2	43,3	0,83	41,8 – 45,1	5,61	<b>0,019</b>
Sintomas ansiosos (0 – 130)	36,7	4,21	24,9 – 41,6	27,5	1,44	25,0 – 30,7	1,46	0,229
Sintomas depressivos (0 - 99)	31,9	3,18	21,4 – 34,0	20,3	1,08	18,4 – 22,7	4,54	<b>0,035</b>
Escala de Impulsividade de Barratt (30 – 120)	77,4	2,41	73,2 – 82,7	77,1	0,82	75,6 – 78,8	0,08	0,776

<sup>a</sup> Gênero incluído como co-fator<sup>b</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 13: Fatores de risco para atividades ilegais (MANOVA).**

Características	Atividades Ilegais (n=75)			Sem atividades ilegais (n=81)			F	p <sup>a</sup>
	Média	Erro Padrão	Intervalo de Confiança da Média (95%)	Média	Erro Padrão	Intervalo de Confiança da Média (95%)		
Idade	40,8	1,11	38,9 – 43,2	44,5	1,06	42,4 – 46,6	5,01	<b>0,027</b>
Sintomas ansiosos (0 – 130)	30,3	1,91	26,9 – 34,4	27,4	1,84	23,1 – 30,4	2,15	0,144
Sintomas depressivos (0 – 99)	23,2	1,49	20,6 – 26,5	20,7	14,4	17,4 – 23,1	2,69	0,110
Escala de Impulsividade de Barratt (30 – 120)	80,0	1,05	78,0 – 82,2	74,4	1,01	72,3 – 76,3	16,38	<b>&lt;0,001</b>

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 14: Fatores de risco para comportamento sexual de risco (MANOVA) <sup>a</sup>.**

Características	Comportamento sexual de risco (n=34)			Sem comportamento sexual de risco (n=122)			F	p <sup>b</sup>
	Média	Erro Padrão	Intervalo de Confiança da Média (95%)	Média	Erro Padrão	Intervalo de Confiança da Média (95%)		
Idade	38,9	1,87	35,4 – 42,8	43,8	0,88	41,9 – 45,4	4,93	<b>0,028</b>
Sintomas ansiosos (0 – 130)	28,5	3,22	26,6 – 39,3	28,9	1,51	25,3 – 31,3	1,73	0,191
Sintomas depressivos (0 – 99)	21,4	2,52	18,9 – 28,8	22,0	1,18	19,13 – 23,8	0,74	0,392
Escala de Impulsividade de Barratt (30 – 120)	79,8	1,81	77,6 – 84,8	76,4	0,85	74,5 – 77,9	6,22	<b>0,014</b>

<sup>a</sup> Gênero incluído como co-fator<sup>b</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 15:** Fatores de risco para uso abusivo de álcool (MANOVA)<sup>a</sup>.

Características	<u>Com abuso (n=17)</u>			<u>Sem abuso (n=139)</u>			F	p <sup>b</sup>
	Média	Erro Padrão	Intervalo de Confiança da Média (95%)	Média	Erro Padrão	Intervalo de Confiança da Média (95%)		
Idade	43,4	3,10	37,4 – 49,5	42,6	0,83	40,9 – 44,2	0,01	0,758
Sintomas ansiosos (0 – 130)	35,0	5,20	28,0 – 48,5	28,0	1,39	24,8 – 30,3	3,97	<b>0,048</b>
Sintomas depressivos (0 – 99)	25,9	4,04	18,9 – 34,9	21,4	1,08	18,9 – 23,1	1,98	0,162
Escala de Impulsividade de Barratt (30 – 120)	81,3	2,96	75,5 – 87,2	76,6	0,79	74,9 – 78,1	2,47	0,118

<sup>a</sup> Gênero incluído como co-fator<sup>b</sup> Grau de liberdade=1

**Tabela 16: Fatores de risco para tabagismo (MANOVA).**

Características	Fumantes (n=101)			Não – fumantes (n=55)			F	p <sup>a</sup>
	Média	Erro Padrão	Intervalo de Confiança da Média (95%)	Média	Erro Padrão	Intervalo de Confiança da Média (95%)		
Idade	42,9	0,98	40,8 – 44,7	42,5	1,34	40,2 – 45,5	0,00	0,968
Sintomas ansiosos (0 - 130)	30,1	1,67	26,3 – 32,9	26,4	2,29	23,0 – 32,1	0,50	0,479
Sintomas depressivos (0 - 99)	23,0	1,30	20,0 – 25,1	19,9	1,78	17,3 – 24,5	0,60	0,439
Escala de Impulsividade de Barratt (30 – 120)	77,3	0,94	75,4 – 79,0	76,9	1,34	74,9 - 80,0	0,02	0,890

<sup>a</sup> Grau de liberdade=1

## **6. DISCUSSÃO**

### **6.1. Perfil Sócio-Demográfico das Amostras**

A maioria dos jogadores e jogadoras pertence à classe média, é relativamente educada (em média, têm segundo grau completo), e está inserida em um contexto familiar típico.

A primeira diferença entre homens e mulheres digna de nota é a existência de uma maior proporção de solteiras (inclui solteiras, separadas/divorciadas e viúvas) entre as jogadoras do que entre os jogadores. Constata-se, também, que há mais solteiras entre as mulheres jogadoras com idade superior a 43 anos do que o IBGE (2000) indica existir na população geral. O número de filhos de jogadores e jogadoras é semelhante, o que nos faz pensar que essas mulheres têm uma estrutura familiar precária e estão em desvantagem social em relação a seus pares masculinos. O perfil sócio-demográfico das jogadoras deste estudo é semelhante ao obtido por TAVARES e colaboradores (2001) e LESIEUR (1988). Podemos supor que a solidão e a falta de suporte social tenham contribuído para que essas mulheres começassem a jogar. Por exemplo, em um ambiente de jogo legalizado, tal como o bingo, essas mulheres poderiam se sentir seguras, acolhidas e menos solitárias.

A porcentagem de casados entre mulheres e homens jogadores com idade inferior a 35 anos é maior do que a média nacional para a mesma faixa etária, segundo dados de 2000 do IBGE . Apesar de especulativo, isto sugere que a entrada precoce na vida adulta (casamento, filhos, obrigações familiares) possa, de alguma maneira, estar relacionada com o fato de essas pessoas terem procurado o jogo. Futuros estudos deveriam investigar a relação da entrada precoce na vida adulta com JP.

## **6.2 Principais diferenças entre jogadores e jogadoras**

Com relação à nossa primeira hipótese, confirmamos a existência de diferenças entre jogadoras e jogadores quanto à variáveis sócio-demográficas, clínicas e de personalidade.

O primeiro fator a ser destacado é a idade de início do ato de jogar: homens iniciam-se no geral mais precocemente do que mulheres. O mesmo fenômeno é constatado por LESIEUR e colaboradores (1991), TAVARES et al. (2001), GRANT; KIM (2002) e LADD; PETRY (2002). Contudo, permanece em aberto a questão: por que mulheres começam a jogar mais tarde? São várias as possíveis respostas para essa questão. Uma primeira hipótese levanta a questão de que os jogos de azar, tradicionalmente vistos como uma atividade de lazer masculina, não seriam igualmente acessíveis ou culturalmente aceitos pela população feminina (OHTSUKA et al., 1997; HING; BREEN, 2001). A exploração comercial do bingo eletrônico foi legalizada no Brasil em 1994. O bingo praticado de forma amadora geralmente é visto como meio de levantamento de fundos para atividades beneficentes. É possível que esse fato tenha



concedido ao bingo comercial uma aceitabilidade social maior, propiciando maior acesso à população feminina.

Uma segunda hipótese seria de que mulheres até os 40 anos ainda estariam ocupadas com cuidados e educação de filhos, não tendo tempo para jogar. Desse modo, o início tardio do jogo poderia estar associado à “síndrome do ninho vazio” ou seja, a partir da perda de alguns de seus papéis sociais, tais como maternidade e cuidados com a família (BARBER, 1989; DENNERSTEIN et al., 2002), e da falta de substitutos saudáveis para tais papéis, mulheres passariam a preencher seu tempo com o jogo. Além disso, essas mulheres estariam passando pela crise da meia-idade, a peri-menopausa, período que abrange mudanças psicobiológicas, tais como o medo de perder a identidade feminina e uma maior vulnerabilidade a sintomas psiquiátricos (NOVAES et al., 1998). Essas são hipóteses que merecem ser esclarecidas em estudos futuros.

O segundo fator evidenciado pela análise multivariada é a maior proporção de jogadoras com resposta positiva ao critério 5 do DSM-IV (APA, 1994): “joga como forma de fugir de problemas ou de aliviar um humor disfórico (por ex., sentimentos de impotência, culpa, ansiedade, depressão)”, em conformidade com LESIEUR et al. (1991), COMAN et al. (1997), BROWN; COVENTRY (1997), CRISP et al. (2000), e GRANT; KIM (2002). Isso nos leva a pensar que estresse, transtornos depressivos e ansiosos podem ter uma relação estreita com o início, curso e evolução do JP em mulheres jogadoras, o que merece ser melhor investigado, pois inclusive podem ser sintomas específicos para amostras de jogadores que procuram tratamento, e não para jogadores na população geral.

TREVORROW e MOORE (1998) compararam 18 mulheres com problemas com jogo eletrônico a 57 jogadoras sociais e constataram que apenas as jogadoras patológicas atribuíam o hábito de jogar a sentimentos de alienação e sensação de solidão. De acordo com HING e BREEN (2001), o ato de jogar pode funcionar como um “anestésico”, podendo até induzir um estado dissociativo em jogadoras.

No estudo de CRISP e colaboradores (2000), que avaliaram 583 jogadoras e 696 jogadores, além da diferença no critério 5 do DSM-IV (APA, 1994), foi encontrada diferença de gêneros nos critérios 1, 8 e 9 do DSM-IV (APA, 1994): mais homens do que mulheres se preocuparam com o jogo, cometeram atos ilegais para financiar o jogo, e colocaram em perigo ou perderam um relacionamento significativo, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional por causa do jogo. Sendo nossa amostra comparativamente menor, talvez tenha faltado poder estatístico para demonstração de outras diferenças quanto aos critérios do DSM-IV (APA, 1994) no presente estudo.

Outro fator importante na diferenciação dos gêneros é a maior prevalência entre homens da amostra de abuso/dependência de álcool ( $\chi^2=6,6$ ,  $p=0,010$ ). Esse resultado é semelhante ao encontrado por MacCALLUM e BLASZCZYNSKI (2002) em estudo com 48 homens e 27 mulheres com diagnóstico de JP. A frequência de abuso/dependência de álcool para homens jogadores nesta amostra supera taxas de prevalência de abuso/dependência de álcool estimadas para homens na população geral na mesma região de São Paulo (18% e 6,5%, respectivamente) (ANDRADE et al., 2002), mas não para mulheres.

Devido à natureza transversal deste estudo, não há como saber se o

abuso/dependência de álcool ocorreu antes ou depois do início do ato de jogar, pois apenas foram avaliadas as comorbidades psiquiátricas dos últimos dois anos. A relação entre JP e abuso/dependência de álcool é complexa e ainda pouco estudada (MacCALLUM; BLASZCZYNSKI, 2002). O uso de álcool pode precipitar recaídas em jogadores por prejudicar a capacidade de julgamento e aumentar sua autoconfiança (DAGHESTANI et al., 1996). Por outro lado, indivíduos que param de beber mas continuam jogando, podem vir a ter problemas familiares, financeiros e emocionais que podem precipitar uma recaída ao ato de beber (SPUNT et al., 1998; MacCALLUM; BLASZCZYNSKI, 2002).

Por fim, há que se destacar as diferenças entre gênero no que se refere à participação prévia em grupos de J.A. Mais homens do que mulheres avaliados neste estudo já tinham freqüentado grupos de J.A. Esse resultado está de acordo com estudos realizados em dependentes de álcool e drogas, nos quais mulheres procuram tratamento inespecífico, enquanto homens buscam tratamento específico para a dependência (WEISNER et al., 1995; GRELLA, 1996).

A adesão de mulheres a programas fundamentados em 12 de passos e 12 tradições é apontada por vezes como problemática, por diferentes razões. Grupos de orientação feminista criticam a auto-confissão da impotência perante o objeto de abuso, exigida logo na introdução (passo 1), argumentando que o tratamento de mulheres dependentes deve privilegiar mais autonomia e competência, do que rendição (ZILBERMAN et al., no prelo). BLUME e ZILBERMAN (no prelo) também comentam sobre focos de interesse diferenciados entre homens e mulheres que realizam tratamento de grupo para dependências. Os homens parecem se deter em questões financeiras e

profissionais, ao passo que mulheres priorizam questões emocionais e familiares. MARK e LESIEUR (1992) comentam que em ambientes dominados por homens, como J.A., o discurso dos participantes se assemelha ao estereótipo do “velho guerreiro”, que narra seu sofrimento e se jacta de sua recuperação. É possível que mulheres, que habitualmente referem perda financeira no jogo menor do que homens (HRABA; LEE, 1996), sintam-se desconfortáveis em expor suas questões nestas circunstâncias.

### **6.3 Comorbidade psiquiátrica e gravidade psicopatológica**

A análise univariada preliminar dos dados de comorbidade merece algumas considerações. São dignas de nota as taxas de comorbidade psiquiátrica bastante elevadas se comparadas a amostras populacionais, seja da própria região onde este estudo foi desenvolvido (ANDRADE et al., 2002), seja de outras regiões (BRESLAU et al., 2001; KESSLER et al., 1994; ANDREWS et al., 1999; ANDREWS et al., 2001; AYUSO-MATEOS et al., 2001). O fato desta ser uma amostra clínica impede a generalização para jogadores na comunidade que não procuraram tratamento. Entretanto, isto não diminui o valor empírico do presente estudo ao documentar uma particular gravidade psicopatológica entre jogadores que recorrem a tratamento, que está em acordo com estudos anteriores (CROCKFORD; el-GUEBALY, 1998; PETRY, 2000; RAYLU; OEI, 2002). Isto sugere a necessidade de investigação de métodos de atração que propiciem intervenções mais precoces.

Apesar de nenhuma variável de comorbidade ter persistido no modelo final de regressão múltipla que discriminou jogadoras e jogadores, as diferenças de comorbidade entre gêneros são de suma importância clínica, uma vez que podem definir prioridades e

estratégias terapêuticas. O número elevado de categorias diagnósticas consideradas nesta análise (8), dificulta a apreciação das diferenças de comorbidade entre gêneros. No entanto, mesmo se adotássemos um índice de significância mais restritivo para compensar a probabilidade aumentada de um erro alfa advindo de múltiplas comparações (por exemplo, uma correção de Bonferroni,  $p = 0,05 \div 8 = 0,00625$ ), o diagnóstico de depressão sobressairia como uma diferença angular na psicopatologia de jogadoras e jogadores. De fato, a associação entre depressão, jogo e escapismo é um denominador comum entre o presente estudo e os demais estudos que investigam mulheres que jogam (LESIEUR et al., 1991; COMAN et al., 1997; BROWN; COVENTRY, 1997; CRISP et al., 2000; GRANT; KIM, 2002; GETTY et al., 2000; TAVARES et al., 2001).

#### **6.4 Jogo e personalidade**

Apesar de não-significativo na análise multivariada, é importante discutir o perfil de personalidade dos jogadores desta tese. Este é o primeiro estudo que utiliza o ITC (FUENTES et al., 2000) para avaliar a personalidade de jogadores e comparar os fatores de temperamento e caráter entre homens e mulheres jogadores. Somente dois estudos utilizaram o TPQ (*Tridimensional personality questionnaire*, CLONINGER, 1987), que avalia apenas os fatores de temperamento, para avaliar a personalidade de jogadores (TAVARES, 2000; KIM; GRANT,2001), sem, contudo, fazer comparações entre gêneros.

Quanto aos fatores de temperamento, homens e mulheres jogadores se

diferenciam apenas em “Dependência de Recompensa” ( $p=0,011$ ). Logo, de acordo com o postulado pelo modelo de Cloninger (CLONINGER et al., 1993), mulheres jogadoras são, provavelmente, mais dependentes de suporte emocional, mais suscetíveis a pressões sociais, e mais sensíveis a rejeição do que homens jogadores. Não causa espície esse resultado, já que outros estudos, feitos tanto com populações femininas normais (TAKEUCHI et al., 1993; TANAKA et al., 1998; MENDLOWICZ et al., 2000), quanto com mulheres com outros transtornos psiquiátricos (LEPINE et al., 1994; YOUNG et al., 1995; JOHNSON et al., 1997), mostram o fator “Dependência de Recompensa” mais alto em mulheres do que em homens. Portanto, é lícito supor que esta seja uma característica da personalidade de mulheres como um todo e não somente de mulheres jogadoras.

Não confirmamos a suposição de que o fator “Esquiva ao Dano” do ITC (FUENTES et al., 2000) fosse mais alto em mulheres jogadoras do que em homens jogadores. Também não foi encontrada nenhuma associação desse fator com o T.E. Pode ser que, ao incluirmos depressão e ansiedade como co-variáveis no modelo estatístico para análise de fatores de personalidade tenhamos hipercorrigido o modelo e não permitido que essas diferenças aparecessem. Acreditamos que a presença de depressão e ansiedade possa enviesar a avaliação de alguns fatores de personalidade (CLONINGER et al., 1996, HANSENNE et al., 1999), o que justificaria esse procedimento de controle. Por outro lado, fatores de personalidade alterados poderiam tornar os indivíduos mais vulneráveis causando o aparecimento dos sintomas depressivos e ansiosos (TANAKA et al., 1998; GUNDERSON et al., 1999); nesse caso a inclusão de depressão e ansiedade no modelo estatístico seria indesejável. Uma terceira possibilidade seria uma

combinação parcial das duas alternativas anteriores: alguns traços de personalidade aumentam a expressão de sintomas depressivos e ansiosos, por sua vez depressão e ansiedade aumentam artificialmente a expressão desses mesmos traços. Neste caso, algum controle para sintomas depressivos e ansiosos seria necessário, porém não podemos prever a extensão ideal do controle. A melhor maneira de solucionar esse impasse seria através de um estudo longitudinal. Outras alternativas mais viáveis poderiam ser a comparação de jogadores e seus parentes em primeiro grau quanto aos fatores de personalidade, ou a avaliação da personalidade de jogadores antes e depois do tratamento.

### **6.5 “Telescoping effect”**

Com relação à nossa segunda hipótese, os períodos de “Jogo Social” e “Jogo Problemático” são menores para as mulheres, em acordo com estudos anteriores (ROSENTHAL, 1992; VOLBERG, 1994; BLACK e MOYER, 1998; TAVARES et al. 2001; POTENZA et al., 2001b; LADD e PETRY, 2002). Desse modo, confirmamos a existência do T.E. em mulheres jogadoras, o que parece ser um fenômeno importante na progressão para JP em mulheres.

Vale lembrar que o intervalo para prevenção de JP está reduzido nessas mulheres, pois o intervalo de “Jogo Social” é pequeno, o que faz com que seja necessário adotar medidas para alertar jogadoras sociais da possibilidade de desenvolverem JP. Parece-nos que o T.E. não é resultado de uma maior procura de mulheres do que homens por tratamento, já que mulheres têm menor suporte social, têm

medo de expor seu problema com jogo, e tendem a achar que grupos de J.A. são voltados às necessidades masculinas (REED, 1985; CRISP et al., 2000).

No período de “Jogo Social” foram identificados três fatores principais: começar a jogar mais velho, preferência por jogos modernos e gênero feminino. Logo, a combinação desse três fatores aumentaria a possibilidade de T.E. A inclusão das variáveis “idade de início” e “tipo de jogo” no modelo de regressão diminuiu a significância da variável gênero, porém não a anulou. Isto quer dizer que parte da progressão acelerada observada em mulheres na primeira metade do curso de JP é explicada pela introdução tardia aos jogos eletrônicos, porém deve haver outros fatores de vulnerabilidade a JP associados ao gênero ainda não identificados. Vale lembrar que, devido a esse resultado, nesse período a janela de oportunidades para prevenção de JP é muito menor para mulheres do que para homens.

GRANT e KIM (2001), em estudo com 131 jogadores, também observam que jogadores que se iniciam mais velhos na atividade são os que apresentam progressão mais rápida até o aparecimento do primeiro problema causado por jogo, porém o período por eles avaliado corresponde à soma de nossos períodos de “Jogo Social” e “Jogo Problemático”. PETRY (2002a), por seu turno, verifica que isso ocorre em mulheres jogadoras, mas não em homens jogadores. Ainda não está claro por que quem começa a jogar com mais idade apresenta problemas causados por jogo num período de tempo menor do que quem começa a jogar mais jovem. Podemos supor que quem começa a jogar jovem tem menos tempo e dinheiro para jogar, tem menos compromissos financeiros, e possui outros interesses além do jogo. Além disso, comportamentos inconseqüentes em jovens tendem a ser mais tolerados pelos familiares. A combinação



de todos esses fatores pode fazer com que haja uma demora na identificação da atividade de jogar como um problema.

O tipo de jogo escolhido também influencia o tempo de progressão. A preferência por jogos modernos (bingo eletrônico, vídeo-pôquer, caça-níqueis eletrônicos) parece ser um dos responsáveis pelo T.E, o que é semelhante ao encontrado por BREEN e ZIMERMANN (2002). Em relação à preferência por tipos de jogos de acordo com o gênero, os dados desta tese são semelhantes aos de POTENZA et al. (2001b), LADD e PETRY (2002), e de GRANT; KIM (2002). Em um estudo clínico (GRANT; KIM, 2002) foi observado que jogadoras preferiam bingo e caça-níqueis, e jogadores preferiam apostar em esportes, jogos de cartas, corridas de cavalo e jogos de mesa de cassino. Mulheres justificavam sua preferência por caça-níqueis pela sensação de isolamento que estes lhes propiciavam. A falta de interesse em interagir com outras pessoas as afastava de mesas de jogo em cassinos. SCHULL (2002) propõe que mulheres utilizam os jogos eletrônicos como um mecanismo de fuga e alívio de suas responsabilidades habituais, tanto de cuidados com marido e/ou filhos, quanto do trabalho.

Um único fator foi identificado como responsável pela progressão mais rápida no período de “Jogo Problemático”: começar a jogar mais velho. Nem gênero, nem a existência de depressão, nem a preferência por tipo de jogo, apesar de estatisticamente significativos na análise univariada, foram indicados como preponderantes na análise multivariada. Logo, nesse período a nossa terceira hipótese está confirmada, pois o acréscimo de uma variável clínica ao modelo de regressão logística anulou a significância do fator gênero. Isto significa que o início tardio do ato de jogar precisa ser

analisado mais a fundo, pois está intrinsecamente ligado a uma fase da vida na qual tanto homens quanto mulheres começam a perder seus papéis sociais (por exemplo: aposentadoria, filhos já crescidos), o que pode fazer com que o jogo ocupe boa parte do tempo de suas vidas.

Em resumo, as estratégias de prevenção de JP na população geral devem considerar indivíduos com mais idade, que prefiram jogos eletrônicos e do gênero feminino, tentando-se, com isso, evitar a passagem de “Jogo Social” para “Jogo Problemático”.

#### **6.6 Comportamentos de risco e gênero**

De acordo com nossa quarta hipótese, existe diferença entre os gêneros com relação a comportamentos de risco associados a JP.

É maior o índice de tentativas de suicídio entre jogadoras que entre jogadores (22% contra 6%, respectivamente). De acordo com DeCARIA et al. (1996), 17 a 24% dos jogadores, independentemente de gênero, tentam o suicídio ao menos uma vez na vida, porcentagem que, neste estudo, encontra paralelo apenas entre mulheres. Nossos resultados, ao menos para mulheres jogadoras, são semelhantes ao estudo de PETRY e KILUK (2002), que verificaram que 17% de 342 jogadores haviam tentado o suicídio. São condizentes, ainda, com o fato de mulheres, em geral, apresentarem maiores taxas de tentativas de suicídio do que homens (KESSLER et al., 1999). Os índices aferidos em nosso estudo, porém, em ambos os gêneros, são bem mais altos do que os encontrados em estudo epidemiológico norte-americano (1,9% para homens e 5,4% para mulheres – DUBE et al., 2001). Essas altas taxas podem ser explicadas, ao menos em parte, pela alta

prevalência de sintomas depressivos encontrada em jogadores (PETRY; ARMENTANO, 1999; HOLLANDER et al., 2000). De fato, como já discutido em itens anteriores, em nossa amostra, 59% dos jogadores apresentam algum tipo de transtorno depressivo, o que é semelhante ao obtido por PETRY e KILUK (2002). BLASZCZYNSKI e FARRELL (1998) apontam como sendo o período de maior risco para suicídio em jogadores aquele que se sucede a uma perda, tal como a prisão por atividade ilícita ou a descoberta por parte de familiares das dívidas de jogo

Não encontramos diferença entre gêneros no que tange a atividades ilegais para financiamento do jogo. Nesse aspecto, nosso resultado se assemelha ao do estudo de POTENZA et al. (2000). Entretanto, em nossa amostra, 48% dos jogadores já praticaram alguma atividade ilegal, índice muito superior ao encontrado por POTENZA et al. (2000): 20,7%. Há que se ressaltar que a amostra do estudo de POTENZA et al. (2000) era constituída por usuários de uma linha telefônica de apoio a jogadores (“*gambling helpline*”), ao passo que a nossa é formada por jogadores em busca de tratamento. É possível que jogadores que procuram tratamento tenham sintomas mais graves de JP, o que poderia explicar o maior engajamento de indivíduos de nossa amostra em atividades ilegais. Há ainda uma diferença entre os estudos a ser ressaltada: POTENZA et al. (2000) observaram que mais jogadores que jogadoras de sua amostra haviam sido presos em decorrência dessas práticas ilegais, variável não investigada nesta tese. Divergem de ambos estudos os dados obtidos por CRISP et al. (2000) junto a jogadores australianos, no qual 32,9% dos homens e 24,2% das mulheres já haviam cometido alguma atividade ilegal para financiar o jogo, diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Mais homens do que mulheres deste estudo apresentam comportamento sexual de risco. Não há como compararmos este resultado com outros estudos realizados com jogadores, pois o único outro estudo que investigou comportamento sexual de risco em jogadores tinha apenas 4 mulheres em sua amostra (PETRY, 2000). Segundo estudo epidemiológico norte-americano, mais homens que mulheres apresentam comportamento sexual de risco (HOLTZMAN et al., 2001). Ao cotejar os dois estudos, percebe-se que esse tipo de comportamento de risco é mais comum entre jogadores que na população geral: 32% contra 13% no caso dos homens, e 11% versus 5,5% das mulheres.

O uso abusivo de álcool é mais freqüente entre jogadores que entre jogadoras e não há diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres jogadores no que tange ao tabagismo.

### **6.7 Fatores associados a comportamentos de risco**

A nossa quinta hipótese foi confirmada, pois comportamentos de risco em jogadores se associam a estresse emocional (ansiedade e depressão) e impulsividade. Todavia, eles não se correlacionam aos mesmos comportamentos, indicando dois subgrupos que requerem estratégias de manejo de risco diferenciadas. Estresse emocional relacionou-se com uso abusivo de álcool e tentativa de suicídio, o que sugere um caráter escapista (CLONINGER, 1986). Impulsividade relacionou-se a atividades ilegais e comportamento sexual de risco, ambos comportamentos com características de transgressão social. Neste caso, o jogador parece endossar o risco com vistas à gratificação, o que revela um caráter de busca de estimulação (ZUCKERMAN, 1994).

Entre indivíduos deste estudo com média de idade mais baixa são mais freqüentes os casos de tentativa de suicídio. Nossos resultados divergem dos obtidos por PETRY e KILUK (2002), para quem a idade não tem influência nesse tipo de comportamento. Sintomas depressivos estão associados a tentativas de suicídio neste estudo e no de PETRY e KILUK (2002). A ausência de associação entre tentativa de suicídio e impulsividade contraria relatos anteriores (COORUBLE et al., 1999; CONNOR et al., 2001). É possível que, impulsividade seja um fator relevante quando considerados sujeitos na população geral, porém na presente amostra depressão pode ter sobressaído por ser o fator que melhor determina o risco de suicídio entre sujeitos impulsivos.

Nossos dados indicam que média de idade mais baixa e maior impulsividade estão associados a atividades ilegais para financiamento de jogo. POTENZA et al. (2000) já havia observado que jogadores com média de idade mais baixa (37 anos) tenderiam a se engajar mais em atividades ilegais por conta do jogo. Não havia estudos prévios avaliando a associação entre impulsividade e atividades ilegais em jogadores.

Maior impulsividade e média de idade mais baixa também estão associados a comportamento sexual de risco. Esse resultado contrapõe-se ao do estudo de PETRY (2000): comportamento sexual de risco seria mais comum em jogadores mais velhos. Cumpre ressaltar que a amostra do estudo de PETRY (2000) era composta de indivíduos com diagnóstico primário de abuso/dependência de drogas identificados posteriormente como prováveis jogadores – e não por jogadores em busca de tratamento para jogo – o que pode explicar a dessemelhança entre os estudos. PETRY (2000) não identificou associação entre impulsividade e comportamento sexual de risco, porém o seu grupo

controle era composto por indivíduos com abuso/dependência de drogas, que sabidamente apresentam alta impulsividade (EYSENCK et al., 1985). PETRY (2000) tampouco fez comparações dentro do grupo de jogadores quanto à impulsividade, metodologia adotada em nosso estudo.

Nosso estudo indica que o único fator associado ao uso abusivo de álcool em jogadores é a presença atual de sintomas ansiosos. Não é possível afirmar, entretanto, se os sintomas ansiosos são causa ou consequência do abuso de álcool, pois o álcool tem efeito agudo ansiolítico e, a médio prazo, efeito ansiogênico (LOTUFO-NETO, 1991).

Nenhum dos fatores investigados estão associados ao tabagismo nos jogadores desta tese. PETRY e ONCKEN (2002), avaliando 317 jogadores, verificaram que jogadores tabagistas apresentavam mais sintomas ansiosos no mês anterior à avaliação do que jogadores não-tabagistas.

É interessante notar que média de idade mais baixa despontou como um fator associado a tentativas de suicídio, atividades ilegais para financiamento do jogo e comportamento sexual de risco. Logo, jogadores mais jovens podem estar envolvidos em mais de um comportamento de risco, o que pode levar a consequências danosas. Deve-se investir em prevenção e tratamento de jogadores jovens para minimizar os danos.

## **6.8 Limitações do estudo**

Algumas das limitações deste estudo foram apontadas acima. Elas incluem: 1) foi baseado em amostra clínica, ou seja, os resultados obtidos talvez não possam ser generalizados para jogadores como um todo, principalmente para aqueles que não

procuram tratamento; 2) apenas foram avaliadas comorbidades relacionadas aos dois anos anteriores à coleta de dados, logo, não se investigou o papel dessas comorbidades ao longo da vida; 3) não se avaliou a relação temporal das comorbidades psiquiátricas com eventos significantes durante o curso do JP.

Essas limitações não prejudicam aquela que acreditamos que seja a principal contribuição desse estudo: evidenciar as diferenças clínicas e de preferência por tipos de jogos entre homens e mulheres jogadores, o que pode ajudar a balizar tratamentos mais eficientes para ambos.

## 7. CONCLUSÃO

O presente estudo de gênero em JP e a comparação com outros estudos na área, nos permitem concluir que:

- Jogadoras e jogadores patológicos apresentam diferenças significativas em uma gama ampla de variáveis demográficas, clínicas e de comorbidade. Dentre essas variáveis destacam-se como principais discriminadoras entre os grupos: o fato de mais jogadoras começarem a jogar mais velhas, uma maior proporção de jogadoras jogarem por “escapismo”, o fato de mais jogadores terem diagnóstico de uso abusivo/dependência de álcool e o fato de um maior número de jogadores já ter freqüentado grupos de J.A.;
- O curso acelerado (“*telescoping effect*”) de JP em jogadoras é um fenômeno importante, foi observado em estudos anteriores e confirmado no estudo atual. A progressão do jogar social ao jogar patológico, dividida neste estudo em duas fases (uma inicial, o “Jogo Social”, e outra tardia, o “Jogo Problemático”), correlaciona-se com diferentes fatores de progressão de acordo com a fase. O



gênero feminino parece acumular fatores de vulnerabilidade ao JP. O início tardio, após a quarta década de vida, correlaciona-se com uma progressão mais rápida ao longo de ambas as fases de evolução para JP. Jogos computadorizados correlacionam-se com uma progressão mais rápida na primeira fase.;

- Além dos riscos inerentes à atividade de jogo excessivo, o JP associa-se a outros comportamentos de risco. Gênero feminino associa-se a tentativas de suicídio, enquanto gênero masculino associa-se a uso abusivo de álcool e comportamento sexual de risco. Estresse emocional (ansiedade e depressão) associa-se com tentativas de suicídio e uso abusivo de álcool. Impulsividade associa-se a atividades ilegais para financiamento do jogo e comportamento sexual de risco. Jogadores jovens merecem especial atenção uma vez que baixa idade associa-se com uma maior variedade de comportamentos de risco (atividades ilegais, comportamento sexual de risco e tentativa de suicídio).

- As diferenças relatadas corroboram a percepção de que gênero deveria ser considerado em todas as intervenções voltadas para a prevenção e tratamento de JP:
  - Prevenção: estratégias devem levar em consideração o contingente de mulheres que começam a jogar tardiamente e explorar fatores potenciais de abuso de jogo associados à meia-idade, por exemplo, o envolvimento escapista com jogo como forma de compensação pela perda de alguns papéis sociais. É fundamental ter em mente que o intervalo de tempo para a intervenção preventiva dentre os que se iniciam tardiamente no jogo é muito menor;
  - Tratamento: a dificuldade de engajamento em J.A. por parte de algumas mulheres aponta para a necessidade de revisão de modelos clássicos de tratamento e sua adaptação às diferenças observadas entre os gêneros;
  - Minimização de riscos e danos: a alta comorbidade com depressão e elevada taxa de tentativas de suicídio sugerem uma associação entre transtorno de humor e JP. Uma vez que transtornos depressivos são mais comuns em mulheres, novamente, gênero e suas interações com outros fatores, como idade e impulsividade, precisam ser contemplados quando o intuito for a redução de danos.

## 8. ANEXO

### TRABALHOS RELACIONADOS COM ESTE PROJETO

#### **TRABALHOS PUBLICADOS RELACIONADOS COM ESTE PROJETO:**

Martins SS, Lobo DSS, Tavares H, Gentil V. Pathological gambling in women: a review  
**Revista do Hospital das Clínicas da FMUSP**, 57 (5):235-242, 2002.

Tavares H, Martins SS, Zilberman ML & el- Guebaly N. Gamblers seeking treatment:  
why haven't they come earlier? **Addictive Disorders and their Treatment**, 1: 65-69,  
2002.

Tavares H, Martins SS, Lobo DSS, Silveira C, Gentil V & Hodgins DC. Factors at play  
in faster progression for female gamblers: an exploratory analysis. **Journal of Clinical  
Psychiatry**, 64 (4):433-438, 2003.

Martins SS, Tavares H, Lobo DSS, Galetti AM, Gentil V. Pathological gambling, gender  
and risk-taking behaviors. **Addictive Behaviors**. (no prelo).

**TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS RELACIONADOS COM ESTE PROJETO:**

Martins SS, Caetano SCC, Fuentes D, & Tavares H. **Características de personalidade de mulheres que recebem diagnóstico de Jogo Patológico** Pôster apresentado no 18º Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 25 a 28 de outubro de 2000.

Martins SS, Caetano SCC, Fuentes D, & Tavares H. **Personality characteristics of female pathological gamblers.** Apresentado na sessão “Young investigators poster session” do American Psychiatric Association Annual Meeting (A.P.A.), New Orleans, LA, 5 a 10 de maio de 2001.

Martins SS. **Jogo Patológico em Mulheres:** Tema Livre apresentado na Mesa Redonda: “Particularidades dos Transtornos Psíquicos da Mulher” no XIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Recife PE, 31 de outubro a 3 de novembro de 2001.

Martins SS. **Jogo Patológico em Mulheres: Características Clínicas.** Tema Livre apresentado na Mesa Redonda: “Jogo Patológico” no VII Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica, I Congresso Sul-Sudeste de Psiquiatria Clínica e II Congresso Paulista de Psiquiatria Clínica, Campinas, 14 a 16 de junho de 2002

Martins SS, Tavares H, Lobo DSS, Galetti AM & Gentil V. **Pathological gambling, gender and risk-taking behavior in a Brazilian setting.** Apresentado na sessão “Young investigators poster session” do American Psychiatric Association Annual Meeting (A.P.A.), Philadelphia, PA, 18 a 23 de maio de 2002.

Martins SS, Tavares H, Lobo DSS, Galetti AM & Gentil V. **Jogo Patológico, gênero e comportamentos de risco.** Apresentado na 45<sup>a</sup> Conferência Internacional de Prevenção e Tratamento das Dependências (ICAA), São Paulo e Rio de Janeiro, 8 a 13 de dezembro de 2002.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>4</sup>

ADEBAYO, B. Gambling behaviour of students in grades 7 and 8 in Alberta, Canada.

**Journal of School Health**, v.68, p.7-11, 1998.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (A.P.A.) **Diagnostic and Statistical**

**Manual of Mental Disorders (DSM III)**. 3 ed., Washington, D.C., 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (A.P.A.) **Diagnostic and Statistical**

**Manual of Mental Disorders (DSM IV)**. 4 ed., Washington, D.C., 1994.

ANDRADE, L.H.S.G.; WEREBE, D.; SILVEIRA, C. **SCAN: Schedules for Clinical**

**Assessment in Neuropsychiatry versão 2.1 para o português**, mimeo, 1998.

---

<sup>4</sup> A apresentação das referências bibliográficas segue as orientações estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT – membro da INTERNATIONAL STANDARDIZATION (ISO), segundo a norma NB – 66 – Referências Bibliográficas. Trata-se do sistema adotado pela Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ANDRADE, L.H.S.G.; WALTERS, E.E.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, v.37, p.316-325, 2002.

ANDREWS, G.; HALL, W.; TEESSON, M.; HENDERSON, S. **The mental health of Australians**. Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Australia, 1999. 43p.

ANDREWS, G.; HENDERSON, S.; HALL, W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian national mental health survey. **British Journal of Psychiatry**, v.178, p.145-153, 2001.

ANGLIN, M.D.; HSER, Y.I.; MCGLOTHLIN, W.H. Sex differences in addict careers, II. Becoming addicted. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v.13, p.59-71, 1987.

AYUSO-MATEOS, J.L.; VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L.; DOWRICK, C.; LEHTINEN, V.; DALGARD, O.S.; CASEY, P.; WILKINSON, C.; LASA, L.; PAGE, H.; DUNN, G.; WILKINSON, G.; & the ODIN GROUP. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. **British Journal of Psychiatry**, v.179, p.308-316, 2001.

BARBER, C.E. Transition to the empty nest. In: BAHR, S.J.; PETERSON, E.T., ed.

**Aging and the family.** Lexington, M.A., Health and Company, 1989. p.15-32.

BARON, E.; DICKERSON, M. Alcohol consumption and self-control of gambling

behavior. **Journal of Gambling Studies**, v.15, n.1, p.3-15, 1999.

BARRATT, E.S. Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological and environmental data. *In:* McCOWN, W.G.; JOHNSON, J.L.; SHURE, M.B. eds.

**The Impulsive Client: theory, research and treatment.** Washington, D.C., American Psychological Association, 1993. p.39-56.

BARRATT, E.S.; STANFORD, M.S. Impulsiveness. *In:* COSTELLO, C.G. ed.

**Personality Characteristics of the Personality Disordered.** Chichester, John Wiley & Sons Inc., 1995. p.91-119.

BECOÑA, E.; LORENZO, M.D.C.; FUENTES, M.J. Pathological gambling and

depression. **Psychological Reports**, v.78, p.635-640, 1996.

BLACK, D.W.; MOYER, T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects

with pathological gambling behavior. **Psychiatric Services**, v.49, n.11, p.1434-1439, 1998.



- BLANCO, C.; MOREYRA, P.; NUNES, E.V.; SÁIZ-RUIZ, J.; IBÁÑEZ, A.  
Pathological gambling: addiction or compulsion? **Seminars in Clinical Neuropsychiatry**, v.6, n.3, p.167-176, 2001.
- BLAND, R.C.; NEWMAN, S.C.; ORN, H.; STEBELSKY, G. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.38, p.108-112, 1993.
- BLANKFIELD, A. Female Alcoholics. II. The expression of alcoholism in relationship to gender and age. **Acta Psychiatrica Scandinava**, v.81,p.448-452, 1990.
- BLASZCZYNSKI, A.; WILSON, A.C.; McCONAGHY, N. Sensation-seeking and pathological gambling. **British Journal of Addiction**, v.81, n.1, p.113-117, 1986.
- BLASZCZYNSKI, A.; McCONAGHY, N. Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling". **The International Journal of the Addictions**, v.24, p.337-350, 1989.
- BLASZCZYNSKI, A.; McCONAGHY, N.; FRANKOVA, A. Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. **British Journal of Addiction**, v.86, n.3, p.299-306, 1991.

BLASZCZYNSKI, A.; STEEL, Z.; McCONAGHY, N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. **Addiction**, v.92, n.1, p.75-87, 1997.

BLASZCZYNSKI, A.; FARRELL, E. A case series of 44 completed gambling-related suicides. **Journal of Gambling Studies**, v.14, p.93-109, 1998.

BLUM, K.; SHERIDAN, P.J.; WOOD, R.C.; BRAVERMAN, E.R.; CHEN, T.J.; CULL, J.G.; COMINGS, D.E. The D2 dopamine receptor gene as a determinant of reward deficiency syndrome. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v.89, n.7, p.396-400, 1996.

BLUME, S.B.; LESIEUR, H.R. Identifying pathological gamblers in your practice: the South Oaks Gambling Screen (SOGS). **Clinical Update: The South Oaks Hospital Journal**, v.1, n.3, p.1-6, 1988.

BLUME, S.B. Chemical dependency in women. Important issues. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v.16, p.297-307, 1990.

BLUME, S.B.; LESIEUR, H.R. Characteristics of pathological gamblers identified among patients on psychiatric admissions service. **Hospital & Community Psychiatry**, v.41, n.9, p.1009-1012, 1990.

BLUME, S.B. Pathological gambling: an addiction to an altered psychological state.

**British Medical Journal**, v.311, p.522-523, 1995.

BLUME, S.B.; ZILBERMAN, M.L. Addiction in women. *In*: GALANTER, M.;

KLEBER, H.D. eds. **The American Psychiatric Press of Substance Abuse**. 3 ed.

Washington, D.C., American Psychiatric Press. [no prelo].

BRÄNDSTRÖM, S.; SCHLETTE, P.; PRYZBECK, T.R.; LUNDBERG, N.;

FORSGREN, T.; SIGVARDSSON, S.; NYLANDER, P.O.; NILSSON, L.G.;

CLONINGER, R.C.; ADOLFSSON, R. Swedish normative data on personality using the temperament and character inventory. **Comprehensive Psychiatry**, v.39,

n.3, p.122-128, 1998.

BREEN, R.B.; ZIMERMANN, M. Rapid onset of pathological gambling in machine

gamblers. **Journal of Gambling Studies**, v.18, n.1, p.31-43, 2002.

BRESLAU, N.; JOHNSON, E.O.; HIRIPI, E.; KESSLER, R. Nicotine dependence in

the United States. Prevalence, trends and smoking persistence. **Archives of**

**General Psychiatry**, v.58, p.810-816, 2001.

BROWN, S.; COVENTRY, L. **Queen of Hearts: the needs of women with gambling**

**problems**. Financial and Consumers Rights Council, Melbourne, 1997.

- CASTELLANI, B.; RUGLE, L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. **International Journal of the Addictions**, v.303, n.3, p.275-289, 1995.
- CLONINGER, C.R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. **Psychiatric Developments**, v.3, p.167-226, 1986.
- CLONINGER, C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. **Archives of General Psychiatry**, v.44, p.573-588, 1987.
- CLONINGER, C.R.; SVRAKIC, D.M.; PRZYBECK, T.R. A psychobiological model of temperament and character. **Archives of General Psychiatry**, v.50, p.975-990, 1993.
- CLONINGER, C.R.; PRYZBECK, T.R.; SVRAKIC, D.M.; WETZEL, R.D. **The temperament and character inventory (TCI). A guide to its development and use.** St Louis, MO. Washington University, Center for Psychobiology of Personality, 1994.
- CLONINGER, C.R. Assessment of the impulsive-compulsive spectrum of behavior by the seven-factor model of temperament and character. In: OLDHAM, J.M.; HOLLANDER, E.; SKODOL,, A.E. eds. **Impulsivity and Compulsivity.** Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1996. p.59-95.

CLOTFELTER, C.T.; COOK, P.J. **Selling hope: state lotteries in America.**

Cambridge, MA, Harvard University Press, 1989.

COMAN, G.J.; BURROWS, G.D. ; EVANS, B.J. Stress and anxiety as factors in the

onset of problem gambling: implications for treatment. **Stress Medicine**, v.13,

p.235-244, 1997.

COMINGS, D.E. The molecular genetics of pathological gambling. **CNS Spectrums-**

**The International Journal of Neuropsychiatric Medicine**, v.3, n.6, p.20-37,

1998.

CONNOR, K.R.; DUBERSTEIN, P.R.; CONWELL, Y.; SEIDLITZ, L.; CAINE, E.D.

Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies.

**Suicide & Life-threatening Behavior**, v.31, n.4, p.367-85, 2001.

CORNELIUS, J.; JARRETT, P.J.; THASE, M.E.; FABREGA, H.Jr.; HAAS, G.L.;

JONES-BARLOCK, A.; MEZZICH, J.E.; ULRICH, R.F. Gender effects on the

clinical presentation of alcoholics at a psychiatric hospital. **Comprehensive**

**Psychiatry**, v. 36, n.6, p.435-440, 1995.

CORRUBLE, E.; DAMY, C.; GUELFY, J.D. Impulsivity: a relevant dimension in

depression regarding suicide attempts? **Journal of Affective Disorders**, v.54, n.3,

p.211-215, 1999.

CRISP, B.R.; THOMAS, S.A.; JACKSON, A.C.; THOMASON, N.; SMITH, S.;  
BORRELL, J.; HO, W.; HOLT, T.A. Sex differences in the treatment needs and  
outcomes of problem gamblers. **Research on Social Work Practice**, v.10, n.2,  
p.229-242, 2000.

CROCKFORD, D.N.; el-GUEBALY, N. Psychiatric comorbidity in pathological  
gambling: a critical review. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.43, p.43-50,  
1998.

CUNNINGHAM-WILLIAMS, R.M.; COTTLER, L.B.; COMPTON, W.M.;  
SPITZNAGEL, E.L. Taking chances: problem gamblers and mental health  
disorders – results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study.  
**American Journal of Public Health**, v.88, n.7, p.1093-1096, 1998.

CUSTER, R.L.; MILT, H. **When luck runs out**. New York, Facts on File Publications,  
1985.

DAGHESTANI, A.; ELENZ, E.; CRAYTON, J.W. Pathological gambling in  
hospitalised substance abusing veterans. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.57,  
p.360-362, 1996.

DARKE, S.; HALL, W.; HEATHER, N.; WARD, J.; WODAK, A. The reliability and validity of a scale to measure HIV risk-taking behavior among intravenous drug users. **AIDS**, v.5, n.2, p.181-185, 1991.

DeCARIA, C.M.; HOLLANDER, E.; CROSSMAN, R.; WONG, C.M.; MOSOVICH, S.A.; CHERKARSKY, S. Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.57, p.80-84, 1996. Supplement 8.

DELFABBRO, P.H.; WINEFIELD, A.H. **Community gambling patterns and the prevalence of gambling-related problems in South Australia, with particular reference to gaming machines**. Report commissioned by the Department of Family and Community Services, University of Adelaide, Adelaide, 1996.

DELFABBRO, P.H.; WINEFIELD, A.H. Predictors of irrational thinking in regular slot machines gamblers. **American Journal of Psychology**, v.134, p.117-128, 2000

DEL PORTO, J.A. Compulsões e impulsos: cleptomania, jogar compulsivo, comprar compulsivo, compulsões sexuais- In: MIGUEL, E.C. ,ed. **Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo: Diagnóstico e Tratamento**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996. p.109-116.

DENNERSTEIN, L.; DUDLEY, E.; GUTHRIE, J. Empty nest or revolving door? A prospective study of women's quality of life in midlife during the phase of children leaving and re-entering home. **Psychology Medicine**, v.32, n.3, p.545-550, 2002.

DOSTOIÉVSKI, F. **O Jogador (diário de um jovem)**. Trad. de Roberto Gomes. Porto Alegre, L & PM Editores, 1998. 246p.

DOWNING, C. Sex role setups and alcoholism. In: VAN DEN BURGH, N., ed. **Feminist perspectives on treating addictions**. New York, Springer, 1991. p.47-60.

DUBE, S.R.; ANDA, R.F.; FELITTI, V.J.; CHAPMAN, D.P.; WILLIAMSON, D.F.; GILES, W.H. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the adverse childhood experiences studies. **Journal of the American Medical Association**, v.286, n.24, p.2089-3096, 2001.

ETTORRE, B. Women and substance use/abuse: towards a feminist perspective or how to make a dust fly. **Women's Studies International Forum**, v.12, p.593-602, 1989.



EYSENCK, S.B.G.; EYSENCK, H.J. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. **British Journal of Social and Clinical Psychology**, v.16, p.57-68, 1977.

EYSENCK, H.; EYSENCK, S. **Manual of the Eysenck personality Questionnaire**. London, Hodder and Stoughton, 1980.

EYSENCK, S.B.G.; PEARSON, P.R.; EASTING, G.; ALLSOP, J.F. Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. **Personality and Individual Differences**, v.6, p.516-619, 1985.

FARRELL, M.; HOWES, S.; BEBBINGTON, P.; BRUGHA, T.; JENKINS, R.; LEWIS, G.; MARDSEN, J.; TAYLOR, C.; MELTZER, H. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. **British Journal of Psychiatry**, v.179, p.432-437, 2001.

FREUD, S. **Obras completas de Sigmund Freud, Tomo III**. Trad. de LÓPEZ – BALLESTEROS Y DE TORRES, L. 1.ed. Madrid, Biblioteca Nueva, 1996. Cap 157, p.3004-3015: Dostoyevski y el parricidio.

FUENTES, D.; TAVARES, H.; CAMARGO, C.H.P.; GORENSTEIN, C. Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger– Validação da Versão em Português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W, eds. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. 4 ed. São Paulo, Lemos Editorial, 2000. p.363-376.

FULLER, P. Introduction . In: HALLIDAY J.; FULLER P., eds. **The Psychology of Gambling**. New York, Harper & Row, 1974. p.1-114 apud MARK, M.E.; LESIEUR, H.R., 1992, p.553.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTUADAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Taxa de desemprego segundo tipo de desemprego na região metropolitana de São Paulo. **Pesquisa de Emprego e Desemprego**, 2002. ([www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br)).

GOODWIN, F.K.; JAMISON, K.R. **Manic–depressive illness**. New York, Oxford, Oxford University Press, 1990. Cap 3, p.53-76: Evolution of the bipolar-unipolar concept.

GRANT, J.E.; KIM, S.W. Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. **Comprehensive Psychiatry**, v.43, n.1, p.56-62, 2002.

GREENFIELD, S.F.; O'LEARY, G. Sex differences in substance use disorders. In: LEWIS-HALL, F., WILLIAMS, T.S.; HERRERA J., eds. **Psychiatric Illness in Women: Emerging Treatments and Research**. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing, 2002. p.467-533.

GRELLA, C.E. Background and overview of mental health and substance abuse treatment systems: meeting the needs of women who are pregnant or parenting. **Journal of Psychoactive Drugs**, v.28, p.319-343, 1996.

GRIFFITHS, M.D. Fruit machine gambling: the importance of structural characteristics. **Journal of Gambling Studies**, v.9, p.101-120, 1993.

GRIFFITHS, M. The psychology of gambling: an overview. In: GRIFFITHS, M., ed. **Adolescent Gambling**. New York, NY, Routledge, 1995.p.1-33.

GUNDERSON, J.G.; TRIEBWASSER, J.; PHILLIPS, K.; SULLIVAN, C.N. Personality and vulnerability to affective disorders. In: CLONINGER, C.R., ed. **Personality and Psychopathology**. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999. p.3-32.

HANSENNE, M.; REGGERS, J.; PINTO, E.; KJIRI, K.; AJAMIER, A.; ANSSEAU, A. Temperament and Character Inventory (TCI) and Depression. **Journal of Psychiatric Research**, v. 33, p.31-36, 1999.

HEWITT, D.; HODGSON, M.; BELLEAU, D.; BUTCHER, P.; GIROUX, G.; JACOBS, H. and others. **Spirit of bingo land: a study of problem gambling among Alberta native people.** Edmonton, AB, Nechi Training and Research and Health Promotions Institute, 1994.

HING, N.; BREEN, H. Profiling lady luck: an empirical study of gambling and problem gambling amongst female club members. **Journal of Gambling Studies**, v.17, n.1, p.47-69, 2001.

HOCHGRAF, P.B.; ZILBERMAN, M.L.; ANDRADE, A.G. Women alcoholics: social, demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, v.30, p.427-432, 1995.

HODGINS, D.C.; el-GUEBALY, N. Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. **Addiction**, v.95, p.777-789, 2000.

HOLDEN, C. "Behavioral" addictions: do they exist? **Science**, v.294, p.980-982, 2001.

HOLLANDER, E.; BUCHALTER, A.J.; DeCARIA, C.M. Pathological Gambling. **The Psychiatric Clinics of North America**, v.23, n.3, p.629-642, 2000.

HOLTZMAN, D.; BLAND, S.; LANSKY, A.; MACK, K.A. HIV-related behaviors and perceptions among adults in 25 states:1997 behavioral risk factor surveillance system. **American Journal of Public Health**, v.91, n.11, p.1882-1888, 2001.

HRABA, J.; LEE, G. Gender, gambling and problem gambling. **Journal of Gambling Studies**, v.12, p.83-101, 1996.

IBÁÑEZ, A.; BLANCO, C.; DONAHUE, E.; LESIEUR, H.R.; PÉREZ DE CASTRO, I.; FERNÁNDEZ-PIQUERAS, J.; SÁIZ-RUIZ, J. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. **American Journal of Psychiatry**, v.158, p.1733-1735, 2001.

IBÁÑEZ, A.; BLANCO, C.; MOREYRA, P.; SÁIZ-RUIZ, J. Gender differences in pathological gambling. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.62, p.295-301, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (I.B.G.E.) **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Volume Brasil**, 2000.

ITO, L.M.; GORENSTEIN, C.; GENTIL, V.; MIYAKAWA, E. Minnesota Multiphasic Personality Inventory correlates of panic disorder with agoraphobia: changes with treatment. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.28, p.961-965, 1995.

JOHNSON, D.E.; WAID, L.R.; ANTON, R.F. Childhood hyperactivity, gender and Cloninger's personality dimensions in alcoholics. **Addictive Behaviors**, v.22, p.649-653, 1997.

KESSLER, R.C.; McGONAGLE, K.A.; NELSON, C.B.; HUGHES, M.; SWARTZ, M.; BLAZER, D.G. Sex differences in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. **Journal of Affective Disorders**, v.30, p.15-26, 1994.

KESSLER, R.C.; BORGES, G.; WALTERS, E.E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, v.56, p.617-626, 1999.

LADD, G.; PETRY, N.M. Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. **Experimental and Clinical Psychopharmacology**, v.10, n.3, p.302-309, 2002.

LADOUCEUR, R. Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.36, p.732-734, 1991.

LADOUCEUR, R.; DUBÉ, D.; BUJOLD, A. Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.39, n.5, p.289-293, 1994.

LEPINE, J.P.; PELISSOLO, A.; TEODORESCU, R.; TEHERANI, M. Evaluation of the psychometric properties of the French version of the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). **Encephale**, v.20, p.747-753, 1994.

LESIEUR, H.R. The compulsive gambler's spiral of options and involvement. **Psychiatry**, v.42, p.79-87, 1979.

LESIEUR, H.R. The Chase: Putting good money after bad. In: LESIEUR, H.R. ed. **The Chase. Career of the compulsive gambler**. Rochester, Schenkman Books Inc., 1984. p.1-22.

LESIEUR, H.R. The female pathological gambler. In: EADINGTON, W.R., ed. **Gambling studies: Proceedings of the 7<sup>th</sup> International Conference on gambling and risk-taking**. Reno, NV, University of Nevada, 1988. p.230-258

LESIEUR, H.R.; BLUME, S. When lady luck loses: women and compulsive gambling. In: VAN DEN BERGH, N, ed. **Feminist perspectives on addictions**. New York, Springer Publishing Company, 1991. p.181-197.

LESIEUR, H.R.; CROSS, J.; FRANK, M.; WELCH, M.; WHITE, C.M.; RUBINSTEIN, G.; MOSELEY, K.; MARK, M. Gambling and pathological gambling among university students. **Addictive Behaviors**, v.16,p.517-527, 1991.

LESIEUR, H.R.; ROSENTHAL, R.J. Pathological Gambling: A Review of the Literature (Prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). **Journal of Gambling Studies**, v.7, p.5-40, 1991.

LESTER, D. Access to gambling opportunities and compulsive gambling. **International Journal of Addictions**, v.29, n.12, p.1611-1616, 1994.

LEWIS, C.E.; BUCHOLZ, K.K.; SPITZNAGEL, E.; SHAYKA, J.J. Effects of gender and comorbidity on problem drinking in a community sample. **Alcoholism: Clinical & Experimental Research**, v.20, p.466-476, 1996.

LINDEN, R.D.; POPE, H.G.Jr.; JONES, J.M. Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.47, p.201-203, 1986.

LIRAUD, F.; VERDOUX, H. Which temperamental characteristics are associated with substance use in subjects with psychotic and mood disorders? **Psychiatry Research**, v.93, p.63-72, 2000.

LISANSKY, E.S. Alcoholism in women: social and psychological concomitants. **Quarterly Journal of Studies on Alcohol**, v.18, p.588-623, 1957.



LOBA, P.; STEWART, S.H.; KLEIN, R.M.; BLACKBURN, J.R. Manipulations of features of standard video lottery terminal (VLT) games: effects on pathological and non-pathological gamblers. **Journal of Gambling Studies**, v.17, n.4, p.297-320, 2001.

LOTUFO-NETO, F. **Relações alcoolismo e estados fóbico-ansiosos**. São Paulo, 1991. 166p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

MacCALLUM, F.; BLASZCZYNSKI, A. Pathological gambling and comorbid substance use. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v.36, n.3, p.411-415, 2002.

MARK, M.E.; LESIEUR, H.R. A feminist critique of problem gambling research. **British Journal of Addiction**, v.87, p.549-565, 1992.

McCORMICK, R.A.; RUSSO, A.M.; RAMIREZ, L.F.; TABER, J.I. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. **American Journal of Psychiatry**, v.1, p.215-218, 1984.

MENDLOWICZ, M.V.; GIRARDIN, J.L.; CHRISTIAN GILLIN, J.; AKISKAL, H.S.; FURLANETTO, L.M.; RAPAPORT, M.H.; KELSOE, J.R. Sociodemographic predictors of temperament and character. **Journal of Psychiatric Research**, v.34, p.221-226, 2000.

MESZAROS, K.; WILLINGER, U.; FISHER, G.; SCHÖNBECK, G.; ASCHAUER, H.N. The Tridimensional Personality Model: influencing variables in a sample of detoxified alcohol dependents. **Comprehensive Psychiatry**, v.37, n.2, p.109-114, 1996.

MESZAROS, K.; LENZINGER, E.; HORNIK, K.; FÜREDER, T.; WILLINGER, U.; FISHER, G.; SCHÖNBECK, G.; ASCHAUER, H.N. The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.23, n.3, p.483-486, 1999.

MUSANTE, J. Women and gambling. **Connecticut Post**, New Haven, Sept. 22, 1999. p.A1, p.A12.

NOVAES, C.; ALMEIDA, O.P.; de MELO, N.R. Mental health among perimenopausal women attending a menopause clinic: possible association with premenstrual syndrome? **Climacteric**, v.1, p.264-270, 1998.

OLIVEIRA, M.P.M.T. **Jogo Patológico: um estudo sobre jogadores de bingo, videopoker e jockey club**. São Paulo, 1997. Dissertação (mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

ORFORD, J. **Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions**. New York, N.Y., John Wiley & Sons Inc., 1985.

OHTSUKA, K.; BRUTON, E.; DeLUCA, L.; BORG, V. Sex differences in pathological gambling using gaming machines. **Psychological Reports**, v.80, n.1051-1057, 1997.

PATTON, J.H.; STANFORD, M.S.; BARRATT, E.S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. **Journal of Clinical Psychology**, v.51, n.6, p.768-774, 1995.

PETRY N. M. Gambling problems in substance abusers are associated with increased sexual risk behaviors. **Addiction**, v.95 n.7, p.1089-1110, 2000.

PETRY N.M. Substance abuse, pathological gambling and impulsiveness. **Drug and Alcohol Dependence**, v.63, p.29-38, 2001.

PETRY, N.M. A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. **The Gerontologist**, v.42, n.1, p.92-99, 2002a.

PETRY, N.M. Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. **Addictive Behaviors**, v.27, p.1-14, 2002b.

PETRY, N.M.; KILUK, B.D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. **Journal of Nervous and Mental Disorders**, v.190, n.7, p.462-469, 2002.

PFOHL, B. Axis I and axis II: comorbidity or confusion? In: CLONINGER, C. R., ed. **Personality and Psychopathology**. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999. p.83-98.

PHILLIPS, D.P.; WELRY, W.L.; SMITH, M.M. Elevated suicide levels associated with legalized gambling. **Suicide and Life Threatening Behaviors**, v.27, p.373-378, 1997.

PIAZZA, N.J.; VRBKA, J.L.; YEAGER, R.D. Telescoping of alcoholism in women alcoholics. **International Journal of Addictions**, v.24, p.19-28, 1989.

POMERLEAU, C.S.; POMERLEAU, O.F.; FLESSLAND, K.A.; BASSON, S.M. Relationship of Tridimensional Personality Questionnaire Scores and Smoking Variables in Female and Male Smokers. **Journal of Substance Abuse**, v.4, p.143-154, 1992.

POTENZA, M.N.; STEINBERG, M.A.; McLAUGHLIN, S.D.; WU, R.;  
ROUNSAVILLE, B.J.; O'MALLEY, S.S. Illegal behaviors in problem gambling:  
analysis of data from a gambling helpline. **Journal of American Academy  
Psychiatry Law**, v.28, n.4, p.389-403, 2000.

POTENZA, M.N.; KOSTEN, T.R.; ROUNSAVILLE, B.J. Pathological gambling.  
**Journal of the American Medical Association**, v.286, n.2, p.141-144, 2001a.

POTENZA, M.N.; STEINBERG, M.A.; McLAUGHLIN, S.D.; WU, R.;  
ROUNSAVILLE, B.J.; O'MALLEY, S.S. Gender-related differences in the  
characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. **American Journal  
of Psychiatry**, v.158, p.1500-1505, 2001b.

POTENZA, M.N.; FIELLIN, D.A.; HENINGER, G.R.; ROUNSAVILLE, B.J.;  
MAZURE, C.M. Gambling: an addictive behavior with health and primary care  
implications. **Journal of General and Internal Medicine**, v.17, p.721-732, 2002.

PROIMOS, J.; DuRANT, R.H.; PIERCE, J.D.; GOODMAN, E. Gambling and other risk  
behaviors among 8th to 12th grade students. **Pediatrics**, v.102, n.2, e23, 1998.

QUINBY, P.M.; GRAHAM, A.V. Substance abuse among women. **Primary Care**,  
v.20, p.131-140, 1993.

RANDALL, C.L.; ROBERTS, J.S.; Del BOCA, F.K.; CARROLL, K.M.; CONNORS, G.J.; MATTSON, M.E. Telescoping of Landmark Events associated with Drinking: a Gender comparison. **Journal of Studies on Alcohol**, v.60, n.2, p.252-260, 1999.

RAYLU, N.; OEI, T.P.S. Pathological gambling. A comprehensive review. **Clinical Psychology Review**, v. 22, n.7, p.1009-1061, 2002.

REED, B.G. Drug misuse and dependency in women: The meaning and implications of being considered a special population or minority group. **The International Journal of the Addictions**, v.20, p.13-62, 1985.

REGIER, D.A.; MYERS, J.K.; KRAMER, M.; ROBINS, L.N.; BLAZER, D.G.; HOUGH, R.L.; EATON, W.W.; LOCKE, B.Z. The NIMH epidemiological catchment area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. **Archives of General Psychiatry**, v.41, n.10, p.934-941,1984.

REGIER, D.A.; BOYD, J.H.; BURKE, J.D. Jr.; RAE, D.S.; MYERS, J.K.; KRAMER, M.; ROBINS, L.N.; GEORGE, L.K.; KARNO, M.; LOCKE, B.Z. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. **Archives of General Psychiatry**, v.45, n.11, p.977-986, 1988.

REID, R.L. The psychology of the near miss. **Journal of Gambling Behavior**, v.2, p.32-39, 1986.

ROOM, R. Gender roles and interactions in drinking and drug use. **Journal of Substance Abuse**, v.8, p.227-239, 1996.

ROOM, R.; TURNER, N.E.; IALOMITEANU, A. Community effects of the opening of the Niagara Casino. **Addiction**, v.94, n.10, p.1449-1466, 1999.

ROSENTHAL, R.J. Pathological gambling. **Psychiatric Annals**, v.22, p.72-78, 1992.

ROSS, H.E.; GLASER, F.B.; GERMANSON, T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. **Archives of General Psychiatry**, v.45, p.1023-1031, 1988.

ROY, A.; CUSTER, R.; LORENZ, V.; LINNIOLA, M. Personality factors and pathological gambling. **Acta Psychiatrica Scandinava**, v.80, p.37-39, 1989.

SAULNIER, C.F. Women-specific alcohol use(r) intervention programs: a preliminary dimension analysis based on specialized services in Western New York State. **Substance Use & Misuse**, v.35, p.1585-1612, 2000.

SCHOBER, R.; ANNIS, H.M. Barriers to help-seeking for change in drinking a gender-focused review of the literature. **Addictive Behaviors**, v.21, p.81-92, 1996.

SCHUCKIT, M.A.; ANTHENELLI, R.M.; BUCHOLZ, K.K.; HESSELBROCK, V.M.; TIPP, J. The time course of development of alcohol-related problems in men and women. **Journal of Studies on Alcohol**, v.56, p.218-225, 1995.

SCHUCKIT, M.A.; DAEPPEN, J.B.; TIPP, J.E.; HESSELBROCK, M.; BUCHOLZ, K.K. The clinical course of alcohol-related problems in alcohol dependent and nonalcohol dependent drinking women and men. **Journal of Studies on Alcohol**, v.59, p.581-90, 1998.

SCHULL, N.D. Escape mechanism: women, caretaking and compulsive machine gambling. Working paper number 41. **Center for Working Families**, University of California, Berkeley, 2002.

SHAFFER, H.J. The most important unresolved issues in addictions: conceptual chaos. **Substance Use and Misuse**, v.32, n.11, p.1573-1580, 1997.

SHAFFER, H.J.; HALL, M.N.; VANDER-BILT, J. Estimating the prevalence of disordered gambling behaviour in the United States and Canada: a research synthesis. **American Journal of Public Health**, v.89, n.9, p.1369-1376, 1999.



SMART, R.G.; FERRIS, J. Alcohol, drugs and gambling in the Ontario adult population.

**Canadian Journal of Psychiatry**, v.41, p.36-45, 1996.

SOMMERS, I. Pathological gambling: estimating prevalence and group characteristics.

**The International Journal of the Addictions**, v.23, p.477-490, 1988.

SPUNT, B.; DuPONT, I.; LESIEUR, H.; LIBERTY, H.J.; HUNT, D. Pathological

gambling and substance misuse: a review of the literature. **Substance Use and**

**Misuse**, v.33, n.13, p.2535-2560, 1998.

STANFORD, M.S.; BARRAT, E.S. Impulsivity and the multi-impulsive personality

disorder. **Personality and Individual Differences**, v.13, p.831-834, 1992.

STEEL, Z.; BLASZCZYNSKI, A. Impulsivity, personality disorders and pathological

gambling severity. **Addiction**, v.93, n.6, p.895-905, 1998.

STRACHAN, M.L.; CUSTER, R.L. Female compulsive gamblers in Las Vegas In:

EADINGTON, W.R.; CORNELIUS, J.A., eds. **Gambling Behaviour and**

**Problem Gambling**. Reno, NV, Institute for the Study of Gambling and

Commercial Gaming, 1993. p.235-238.

- TAKEUCHI, M.; YOSHINO, A.; KATO, M.; YUTAKA O.; KITAMURA, T.  
Reliability and validity of the Japanese version of the Tridimensional Personality  
Questionnaire among university students. **Comprehensive Psychiatry**, v.34,  
p.273-279, 1993.
- TANAKA, E.; SAKAMOTO, S.; KIJIMA, N.; KITAMURA, T. Different personalities  
between depression and anxiety. **Journal of Clinical Psychology**, v.54, p.1043-  
1051, 1998.
- TAVARES, H.; GENTIL, V.; OLIVEIRA, C.S.; TAVARES, A.G. Jogadores  
patológicos, uma revisão: psicopatologia, quadro clínico e tratamento. **Revista de  
Psiquiatria Clínica**, v.26, n.4, p.179-187, 1999.
- TAVARES, H. **Jogo patológico e suas relações com o espectro impulsivo-  
compulsivo**. São Paulo, 2000. 184p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina,  
Universidade de São Paulo.
- TAVARES, H.; ZILBERMAN, M.L.; BEITES, F.J.; GENTIL, V. Gender differences in  
gambling progression. **Journal of Gambling Studies**, v.17, n.2, p.151-159, 2001.
- TAVARES, H.; MARTINS, S.S.; ZILBERMAN, M.L.; el-GUEBALY, N. Gamblers  
seeking treatment: why haven't they come earlier? **Addictive Disorders and  
Their Treatment**, v.1, n.2, p.65-69, 2002.

- TREVORROW, K.; MOORE, S. The association between loneliness, social isolation and women's electronic gaming machine gambling. **Journal of Gambling Studies**, v.14, n.3, p.263-284, 1998.
- VOLBERG, R.A.; STEADMAN, H.J. Refining prevalence estimates of pathological gambling. **American Journal of Psychiatry**, v.145, p.808-814, 1988.
- VOLBERG, R.A. Estimating the prevalence of pathological gambling in the United States. In: EADINGTON, W.R.; CORNELIUS, J.A., eds. **Gambling Behaviour and Problem Gambling**. Reno, NV, Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 1993. p.365-378.
- VOLBERG, R. The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health. **American Journal of Public Health**, v.84, p.237-241, 1994.
- VUKOV, M.; BABA-MILKIC, N.; LECIC, D.; MIJALKOVIC, S.; MARINKOVIC, J. Personality dimensions of opiate addicts. **Acta Psychiatrica Scandinava**, v.91, p.103-107, 1995.
- WEISNER, C.; GREENFIELD, T.; ROOM, R. Trends in the treatment of alcohol problems in the U.S. general population, 1979 through 1990. **American Journal of Public Health**, v.85, p.55-60, 1995.

WEISS, R.D.; MIRIN, S.M.; GRIFFIN, M.L.; GUNDERSON, J.G.; HUFFORD, C.  
Personality disorders in cocaine dependence. **Comprehensive Psychiatry**, v.34,  
n.3, p.145-149, 1993.

WELTE, J.; BARNES, G., WIECZOREK, W., TIDWELL, M.C.; PARKER, J. Alcohol  
and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and  
comorbidity. **Journal of Studies on Alcohol**, v.62, n.5, p.706-712, 2001.

WESTPHAL, J.R.; JOHNSON, L.J.; STODGHILL, S.; STEVENS, L. Gambling in the  
South: implications for physicians. **South Medical Journal**, v.93 n.9, p.850-858,  
2000.

WING, J.K.; BABOR, T.; BRUGHA, T.; BURKE, J.; COOPER, J.E.; GIEL, R.;  
JABLENSKI, A.; REGIER, D.; SARTORIUS, N. SCAN: Schedules for Clinical  
Assessment in Neuropsychiatry. **Archives of General Psychiatry**, v.47, p.589-  
593, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (W.H.O.) **The ICD-10 Classification of Mental  
and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.**  
Geneva, 1992.

YOUNG, L.T.; BAGBY, R.M.; COOKE, R.G.; PARKER, J.D.; LEVITT, A.J.; JOFFE, R.T. A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. **Psychiatry Research**, v.58, p.139-43, 1995.

ZILBERMAN, M.L.; TAVARES, H.; el-GUEBALY, N. Gender similarities and differences: The prevalence and course of alcohol and other substance-related disorders. **Journal of Addictive Diseases**. [no prelo].

ZILBERMAN, M.L.; TAVARES, H.; ANDRADE, .A.G.; el-GUEBALY, N. The impact of na outpatient program for women with substance-related disorders on retention. **Substance Use and Misuse**. [no prelo].

ZUCKERMAN, M. **Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking**. 1 ed. New York, Cambridge University Press,1994.