

1. INTRODUÇÃO

Jogo Patológico

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

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

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

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

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

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

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

O idoso e os jogos de azar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O perfil do idoso jogador patológico em tratamento

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

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

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

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

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

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

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

Idade de início de jogo e subgrupos de idosos jogadores patológicos

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

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

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

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

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

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

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