

## 5. Discussão

### 5.1 Análise univariada

#### 5.1.1 Dados sócio-demográficos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.2 Regressão Logística - Modelo Final

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



#### 5.4 Implicações futuras

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

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

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

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