

Jogo e Consumos de Substâncias Psicoativas em Portugal

Casimiro Balsa

Cláudia Urbano

Clara Vital

ENQUADRAMENTO EMPÍRICO E CONCEPTUAL

Enquadramento empírico

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

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

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

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

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

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

Enquadramento conceptual

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Desenvolvimentos e metodologia de recolha de informação

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

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

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

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

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

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

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

PERFIL DO JOGO E DOS JOGADORES EM PORTUGAL

Caracterização geral

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

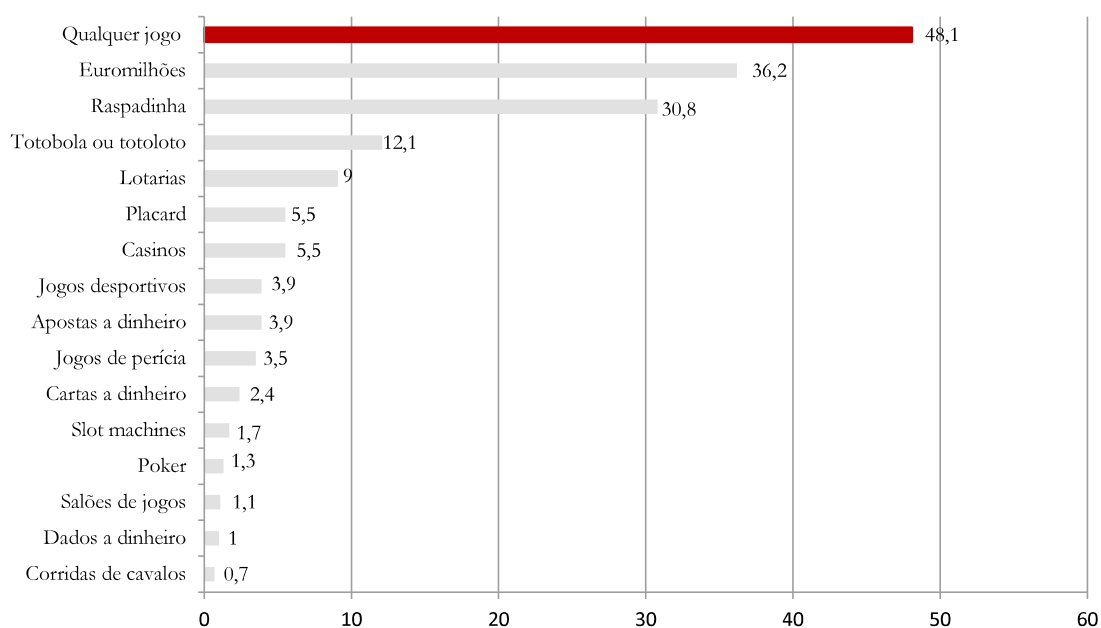
A prevalência de jogos de fortuna ou azar (jogos a dinheiro) é de 48,1% na população residente em Portugal, sendo que os homens (51,1%) são mais frequentemente jogadores do que as mulheres (45,4%). Esta diferença verifica-se em todas as idades, acentuando-se, no entanto, no grupo dos mais idosos (65-74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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Perfil dos jogadores em situação de risco

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

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

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

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

⁶ Sim para prevalência de qualquer jogo.

⁷ Score acima de zero nos testes SOGS e PGSI.

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

Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

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

Instrumentos de avaliação dos consumos

CAST (cannabis-abuse screening test)

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

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

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

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

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

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

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

AUDIT (alcohol use disorders identification test)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOGS (South Oaks gambling screen)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PGSI (Problem gambling severity index)

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

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

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

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

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

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

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

Situações de riscos acumulados

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

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

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

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

Tabela 6. Testes Audit C e PGSI

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

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

Tabela 7. Testes Audit C e SOGS

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

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

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

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

Tabela 8. Testes CAST e SOGS

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

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

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

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

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

ANÁLISE DAS COOCORRÊNCIAS ENTRE JOGO PATOLÓGICO E CONSUMO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS

Apresentação do modelo de análise

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

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

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

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

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

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

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

Metodologia para o modelo em análise

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

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

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

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

Resultados e discussão final

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	SOGS jogo problemático ⁽¹⁾		PGSI jogo problemático ⁽²⁾	
	B	Wald	B	Wald
Masculino	0,775	8,467**	0,784	15,640***
15-24 anos	----	----	----	----
25-34 anos	----	----	----	----
35-44 anos	----	----	0,759	4,258*
45-54 anos	----	----	1,238	12,624***
55-64 anos	----	----	1,012	7,987***
AUDIT excessivo	0,958	14,000***	0,785	16,080***
CAST alto risco	2,253	12,407***	2,769	37,686***
Nagelkerke R²	0,055		0,068	

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

Balsa, C., Vital, C. e Urbano, C. (2018). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017*. Lisboa, SICAD. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/181/IV INPG 2016_17_PT.PDF.

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

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

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

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

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

- Blaszczynski, A. e Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addictions* 97, 487-499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>.
- Bloomfield, K., Hope e A., Kraus, L. (2013). Alcohol survey measures for Europe: A literature review. *Drugs: education prevention and policy*, 20 (5), 348-360. <http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2011.642906>.
- Cox, B. *et al.* (2004). Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV based interview in a community survey of problem gambling. *Can J Psychiatry* 49 (4), 258-264.
- Data Crítica - Estudos de Opinião e Mercado (2001). *O estado da Nação – Como está o Portugal de hoje*, síntese dos resultados, resultados finais.
- Ferentzy, P. *et al.* (2013). Illicit drug use and problem gambling. *ISRN Addiction*, 2013, Article ID342392. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/342392>.
- Ferris, J., e Wynne, H. (2001). *The Canadian problem gambling index*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Gambino, B., e Lesieur, H. (2006). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A rebuttal to critics. *Journal of Gambling Issues* 17. doi:10.4309/jgi.2006.17.10.
- Goffman, E. (1970). *Strategic interaction*. Oxford: Basil Blackwell.
- Hammond *et al.* (2019). Cannabis use, problem-gambling severity, and psychiatric disorders: Data from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Psychol Addict Behav*. doi: 10.1037/adb0000472.
- Hasin, D. (2003). Classification of alcohol use disorders. *Alcohol Research and Health* 27, 5–17.
- Holtgraves, T. (2009). Evaluating the problem gambling severity index. *Journal of Gambling Studies* 25, 105–120.
- Legleye *et al.* (2007). Validation of the CAST, a general population cannabis abuse screening test. *Journal of Substance Use*. 12 (4), 233-242.
- Lesieur, H. e Blume, S. (1987). “The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*. 144, 1184-1188.
- Lopes, H. (2010). Update of gambling dependence research in Portugal. *9th EASG Conference Presentation*, Viena. Disponível em: <http://www.easg.org/website/conference.cfm?id=13&cid=13§ion=INFORMATION>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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