

Adição ao jogo *online*: Duas perspetivas complementares

Fernanda Maria Gonçalves Ferreira

“Adição ao Jogo *online*”: Duas perspetivas complementares.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Adição ao jogo *online*: Duas perspectivas complementares

Adição ao jogo *online*: Duas perspectivas complementares

Fernanda Maria Gonçalves Ferreira

“Adição ao Jogo *online*”: Duas perspectivas complementares.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Adição ao jogo *online*: Duas perspectivas complementares

Fernanda Maria Gonçalves Ferreira

“Adição ao Jogo *online*”: Duas perspectivas complementares.

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde sob orientação da Professora Dra. Zélia de Macedo Teixeira

Assinatura _____

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Resumo:

Esta dissertação visa compreender a adição ao jogo online, através de duas perspectivas complementares que se congregam num estudo de caso.

Analisamos o discurso de um jogador predominantemente de Blackjack online adicto a esta prática (F.) em processo de desabituação, e desenvolvemos a mesma metodologia junto da mãe deste, enquanto fonte complementar de informação, através de entrevistas semi-estruturadas. Desta análise emergiram resultados que clarificam os fatores que funcionam como determinantes da adição, que a mantêm bem como elementos indispensáveis para compreender a decisão de paragem do jogo. Nesta dinâmica conjugamos a perspectiva de F e da sua mãe. A metodologia escolhida para análise dos dados de investigação foi a *Grounded Analysis Theory*, partindo das vozes dos dois participantes e tendo como objetivo a construção de uma narrativa alternativa e assim contribuir para uma melhor análise de compreensão dos dados obtidos. Através de um processo indutivo de produção de conhecimento organizado e obedecendo a uma sequência que busca uma maior complexidade de integração, tem como objetivo final gerar uma teoria sustentada nos dados recolhidos (Fernandes & Maia, 2001). Enquanto metodologia qualitativa permite-nos aceder aos significados múltiplos que emergiram da experiência destes dois participantes.

O jogo online sustentado na sua fácil disponibilidade tem como consequência um maior isolamento do jogador, e uma vez que as recompensas financeiras são uma possibilidade alimenta o ciclo do comportamento aditivo. A observância de problemas físicos e psicológicos percebidos como graves, justificaram uma abordagem de tratamento multidisciplinar, envolvendo ajuda farmacológica, psicológica e social.

Os estudos existentes sobre o jogo online são ainda muito escassos, justificando-se o estudo qualitativo na construção do conhecimento, pela análise mais detalhada dos fatores que podem contribuir para uma melhor compreensão de todas as especificidades presentes, numa perturbação aditiva ao jogo online.

Palavras chave: Adição ao jogo (online); Estudo de caso; Abordagem qualitativa, *Grounded Analysis Theory*.

Abstract

This dissertation aims to understand gambling addiction online, through two complementary perspectives that bring together a case study.

We analyzed the speech of a predominantly online Blackjack player addicted to this practice (F.) in recovery process, and developed the same methodology applied to his mother as a complementary source of information, through semi-structured interviews. From this analysis emerged results that clarify the factors that act as determinants of gambling addiction, that maintain it, as well as some indispensable elements to understand the decision to stop the gambling. In this dynamic we combined the perspective of F and his mother. The methodology chosen for the analysis of research data was Grounded Analysis Theory, starting from the voices of the two participants and aiming to build an alternative narrative and so to contribute to a better understanding of the data analysis. Through an inductive process of knowledge production organized, and obeying a sequence that seeks a greater complexity of integration, we intended to generate a theory that could hold the collected data (Fernandes & Maia 2001). The qualitative methodology allowed us to access the multiple meanings that have emerged from the experience of these two participants.

Online gambling in its availability results in a greater isolation of the player, and because of the potential financial rewards feeds the cycle of addictive behavior. The observance of physical and psychological problems perceived as serious, justified a multidisciplinary treatment approach, involving pharmacological, psychological and social help.

The existing studies on the online gambling are still very scarce, justifying the qualitative study on knowledge construction, for more detailed analysis of the factors that can contribute to a better understanding of all the specific dimensions presented in an online gambling addictive disorder

Keywords: Gambling Addiction (*online*); Case study; Qualitative Analysis, *Grounded Analysis Theory*.

“Tenho em mim todos os sonhos do mundo.”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Os agradecimentos nunca são suficientes para satisfazer a necessidade de demonstrar o quanto estou grata a todos aqueles que fazem parte da minha existência e que com a sua generosidade me aconselharam, escutaram, motivaram para a realização desta etapa de crescimento pessoal.

Contudo não posso deixar de expressar o meu mais sincero agradecimento à minha Orientadora, Professora Doutora Zélia de Macedo Teixeira pela paciência, pela partilha de conhecimentos e pela compreensão demonstradas durante o processo de construção deste estudo.

Lembro os meus pais, José e Margarida, que com toda a certeza estariam orgulhosos com a concretização deste projeto e que sempre me ensinaram a ser humilde e a ter curiosidade em aprender.

Ao Avelino e à Inês que são os pilares da minha existência e sempre estiveram presentes nos momentos bons e nos momentos menos bons e que sempre apoiaram todas as minhas decisões, escutaram todas as minhas dúvidas, as incertezas e perdoaram o tempo que retirei ao seu convívio para me dedicar a este projeto.

Ao F e à sua mãe que aceitaram de forma genuína e com espírito aberto a participação neste estudo.

A todos

Um muito obrigado.

Índice

Introdução	9
Capítulo I – ADIÇÃO AO JOGO	
1.1. Perspetiva Histórica	11
1.2. Caracterização problema na atualidade	16
1.3. Abordagens teóricas sobre a adição ao jogo	19
1.3.1. Teorias Psicobiológicas	22
1.3.2. Teorias Psicológicas	23
1.3.3. Teorias Psicossociais	25
1.4. Etiologia do problema – genético, psicológico e social	26
1.5. Neurofisiologia da adição ao jogo	28
Capítulo II – ENQUADRAMENTO DA ADIÇÃO AO JOGO	
2.1. Quadro clínico e comorbilidades	32
Capítulo III–INTERVENÇÃO	
3.1. Intervenção Farmacológica	37
3.2. Intervenção Psicológica	39
3.3. Intervenção multidisciplinar	41
Capítulo IV – PARTE PRÁTICA: Adição ao jogo <i>online</i>: Duas perspectivas complementares	
4. Método	44
4.1 Participantes	44
4.2. Instrumentos	44
4.2.1. Entrevista semiestruturada	45
4.2.2. Questionário sócio demográfico	47
4.2.3. História clínica	48

4.3. Procedimentos	48
4.3.1. Recolha de informação	48
4.3.2. Metodologia da análise de recolha informação	49
4.3.2.1. Justificação da escolha do método qualitativo	49
4.3.2.2. <i>Grounded Theory</i> ou teoria sustentada nos dados	50
4.4. Apresentação e discussão dos resultados	52
Conclusão	87
Referências bibliográficas	89
Anexos	99

Índice de Tabelas

	Páginas:
Tabela 1)	Diferentes perspectivas sobre os transtornos de jogo (Marlatt et al., 2009) 20
Tabela 1 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 1 colocada a F. 54
Tabela 1 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 1 colocada à Mãe. 55
Tabela 2 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 2 colocada a F. 57
Tabela 2 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 2 colocada à Mãe. 59
Tabela 3 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 3 colocada a F. 62
Tabela 3 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 3 colocada à Mãe. 63
Tabela 4 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 4 colocada a F. 65
Tabela 4 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 4 colocada à Mãe. 66
Tabela 5 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 5 colocada a F. 67
Tabela 5 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 5 colocada à Mãe. 69
Tabela 6 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 6 colocada a F. 70
Tabela 6 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 6 colocada à Mãe. 72
Tabela 7 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 7 colocada a F. 73
Tabela 7 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 7 colocada à Mãe. 74
Tabela 8 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 8 colocada a F. 75
Tabela 8 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 8 colocada à Mãe. 76
Tabela 9 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 9 colocada a F. 77
Tabela 9 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 9 colocada à Mãe. 78
Tabela 10 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 10 colocada a F. 79
Tabela 10 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 10 colocada à Mãe. 80
Tabela 11 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 11 colocada a F. 81
Tabela 11 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 11 colocada à Mãe. 82
Tabela 12 a)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 12 colocada a F. 83
Tabela 12 b)	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 12 colocada à Mãe. 84
Tabela 13	Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 13 colocada à Mãe. 84

Introdução

É através do jogo que aprendemos a interagir com os outros, a arriscar, a errar, que aprendemos o respeito das regras necessárias e imprescindíveis para se viver em sociedade (Guirra & Prodócimo, 2009; Matos & Fagundes, 2010). O jogo está presente na vida de um indivíduo desde criança, sendo fundamental para que o mesmo se desenvolva, noutra fase da vida pode funcionar como uma atividade lúdica de distração e de convívio (Chainho, 2012).

Jogar pode também, e na presença de determinados fatores, tornar-se um problema. O indivíduo que joga pode desenvolver comportamentos nefastos em relação à prática do jogo, em que perde sistematicamente o controlo. Hubert (2014) descreve alguns fatores de risco, frequentemente referenciados na literatura científica, que são os seguintes: “a componente genética e hereditária, a neurobiologia, histórico de família disfuncional, traços de personalidade, estratégias de *coping* pouco elaboradas, início precoce com experiências de jogo, vulnerabilidade ao stresse, comorbilidades com outras adições e perturbações mentais, fácil acesso ao jogo, prémios ganhos, fatores sociodemográficos e gestão emocional através do jogo” (p. 33) .

Com o desenvolvimento das novas tecnologias, outros meios para a prática do jogo foram surgindo. Utilizar a internet para jogar é um comportamento comum na nossa sociedade que exige atenção especial pois os jogadores que utilizam este meio têm vindo a crescer. A American Psychological Association (APA) tem alertado para o facto de que os jovens estão especialmente em risco para problemas associados ao jogo patológico (Oliveira, Silveira & Silva, 2008).

O jogo *online*, como transtorno psicológico é um problema que afeta uma percentagem considerável da população mundial. As comorbilidades associadas são muito limitativas, requerem tratamentos e acompanhamentos prolongados, com o respetivo custo inerente, causando danos de tal forma significativos que impedem quer o indivíduo, quer a sua família de manter uma vida normal. É uma prática que nos alerta para comportamentos que têm a haver com perdas de carácter financeiro, mas não menos importante, para a quantidade de tempo despendido nesta atividade (Nelson, LaPlante, Peller, Schumann, LaBrie & Shaffer, 2008).

A adição ao jogo aparece no DSM 5 no capítulo “Transtorno relacionado com substâncias e transtornos aditivos” e pela primeira vez, o manual reconhece que este problema aditivo pode ser desenvolvido em relação a um comportamento. O jogo patológico, deixa de fazer parte do transtorno do controle dos impulsos, e passou a ser programado como a única adição comportamental, sendo o uso problemático da Internet incluído num apêndice para futuros estudos mais aprofundados (Freimuth, 2012).

A necessidade de um maior conhecimento sobre o impacto que a utilização destes novos meios de acesso fácil ao jogo produz na vida de cada utilizador, é uma constatação. Na atualidade os jogos de azar que mais atraem os jogadores são o bingo, a roleta, as máquinas de jogos de azar as corridas de cavalos, as cartas, as corridas de cães, os jogos de casino, o *poker*, o *Blackjack*, entre outros (Hoffmann, 2011).

Este estudo tem como objetivo conhecer a adição ao jogo *online*, em que o meio utilizado para jogar foi a internet, recorrendo a um estudo de caso, com o contributo de duas perspetivas que se complementam (a do jogador e a de sua mãe). Em termos mais globais o propósito último foi dar voz a dois elementos que viveram a mesma situação de forma diferente: um como adicto ao jogo em processo de recuperação e o outro enquanto figura de referência e sustentação durante praticamente todo o processo.

Para o estudo e conclusão deste propósito escolheu-se o método da *Grounded Theory*. Segundo Fernandes e Maia (2001), este método tem como objetivo último o de gerar teoria, construída com base numa rigorosa recolha e análise sistemática dos dados extraídos dos discursos dos dois participantes.

Fonte (2005) descreve a *Grounded Theory* como uma teoria que é sustentada nos dados e obedece a “determinados procedimentos organizadores: seleção do material relevante para a análise, categorização descritiva, elaboração de memorandos, categorização conceptual, categorização central, hierarquia de categorias, clarificação estrutural e a construção do discurso do grupo” (p. 294-295).

A parte teórica do presente estudo que se sustenta numa análise bibliográfica, encontra-se dividida em três capítulos. O primeiro centra-se na adição ao jogo, o segundo no enquadramento da adição ao jogo (quadro clínico e comorbilidades) e o terceiro nas diferentes abordagens de intervenção.

A parte empírica desta investigação é constituída pelo método, onde se identificam os participantes (F. e sua mãe), os instrumentos utilizados (entrevista semiestruturada, o questionário sócio demográfico e a entrevista de recolha da história clínica), o procedimento de recolha da informação (registo em papel e utilização de gravação de áudio), bem como a análise dos dados, construída com base na *Grounded Theory*. A apresentação e discussão dos resultados são o trabalho de aprofundamento da informação recolhida. A dissertação termina com a reflexão sobre todo o processo.

CAPÍTULO I – ADIÇÃO AO JOGO

1.1. Perspetiva Histórica

A existência dos jogos de azar remonta às civilizações antigas, como a Egípcia e a Greco Romana. A literatura ao longo dos tempos, tem dado ênfase a este problema. Autores como o espanhol Góngora y Argote, e os russos Lermontov e Dostoiévski, escreveram sobre este assunto através da criação de personagens populares tomadas por essa adição, que do ponto de vista social e pelo seu grande efeito destrutivo, podem ser vistas como uma das pragas mais antigas da humanidade (Bisso-Andrade, 2007).

No ano de 1886, Dostoiévski no seu livro intitulado “O jogador” utiliza uma descrição autobiográfica, para referir os diversos problemas enfrentados pelo ser humano num cenário de compulsão para o jogo. Contudo é interessante observar que só passado muito tempo da publicação deste livro, este problema começa a ser fruto de interesse e a ser abordado pela comunidade científica (Oliveira, Silveira & Silva, 2008).

Com o aparecimento da Associação dos Jogadores Anónimos nos anos sessenta na América, surge pela primeira vez a expressão jogador compulsivo, que adota os conceitos dos alcoólicos anónimos e só nos anos 80 é que se torna um problema da área da psiquiatria, altura em que é definido como um distúrbio mental (Clímaco & Ramos, 2003).

No ano de 1980 a perturbação do jogo é classificada como transtorno impulsivo no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), estando esta inclusão muito ligada e relacionada com problemas conjugais, financeiros, emocionais, legais, entre outros (Oliveira, Silveira & Silva, 2008).

Os critérios de diagnóstico incluídos no DSM-III não foram testados previamente, tendo começado com a verificação de que o indivíduo com este problema, experimentava uma falta progressiva de controle. O diagnóstico é então, construído por sete itens dando ênfase aos danos causados à família, ao indivíduo em termos pessoais e profissionais e aos problemas relacionados com dinheiro, nesta edição o jogo patológico foi classificado como um transtorno do controle dos impulsos (Reilly & Smith, 2013).

A decisão de incluir esta patologia no DSM III verifica-se a partir de um estudo de Greene, chamado: “Um estudo preliminar do Jogo Compulsivo em Nova Jersey” (Cháinho, 2012).

No DSM-IV os critérios de avaliação do jogo patológico foram revistos, e refletem as semelhanças com sintomatologia apresentada na dependência de substâncias, tais como a adição. Para ser possível efetuar um diagnóstico de acordo com o DSM-IV, deveriam estar reunidos pelo menos cinco critérios referenciados no manual, sendo que a todos é concedida igual importância, estes fazem parte da seção intitulada, "Transtornos do controle dos Impulsos" (Reilly & Smith, 2013).

O jogo patológico é assim classificado como um transtorno do controle dos impulsos pela American Psychological Association (APA), com base nas características encontradas de incapacidade do indivíduo de parar de jogar. Para uma melhor compreensão do tema, os distúrbios de controle de impulsos partilham das seguintes características: dificuldades para resistir a um impulso, desejo ou tentação para executar algum comportamento que é prejudicial para o indivíduo, existência de desconforto emocional ou tensão antes de realizar o ato, sentimentos de prazer durante a execução do comportamento em alguns casos, sentimentos negativos de culpa, remorso ou vergonha quando o ato é longo, sendo que todas estas características são possíveis de ser observadas num jogador patológico (Moreyra, Ibáñez, Saiz-Ruiz, Nissenon & Blanco, 2000).

Uma das críticas efetuadas a este enquadramento aponta a diferença existente entre a sintomatologia apresentada pela Cleptomania e a Piromania, em que os indivíduos descrevem um sentimento de opressão que os leva ao impulso de agir e frequentemente relatam uma sensação de alívio após o ato, enquanto o jogador patológico refere que muitas vezes sentem o jogo como agradável e prazeroso e só quando existem perdas surgem problemas de stress e outras patologias (Reilly & Smith, 2013).

Alguns comportamentos como os observados nos jogos de azar atuam sobre o sistema de recompensa provocando efeitos semelhantes aos do abuso de droga, o que fez com que o Transtorno do jogo tenha sido incluído no DSM 5, sendo classificado como um transtorno aditivo (Araújo & Neto, 2014). Uma das mudanças com mais significado verificada no DSM 5 tem a ver com o capítulo dos Transtornos relacionados com substâncias que foi expandido e passou a incluir o Transtorno de jogo (APA, 2013).

O grupo de trabalho do DSM 5 propôs que o jogo patológico fosse incluído na categoria – "Transtorno relacionado com substâncias e transtornos aditivos". Vários cientistas e médicos há muito acreditam que os jogadores problemáticos apresentam

problemas idênticos aos dos indivíduos com comportamentos de abuso de álcool e de abuso de substâncias, tanto a nível social como a nível neurológico, por exemplo sabe-se que o jogo, ativa o sistema de recompensa da mesma forma que uma droga. A pesquisa genética tem desempenhado um papel fundamental no estudo e identificação destas semelhanças (Reilly & Smith, 2013).

Com o lançamento do DSM 5 em 2013, surge uma grande mudança no que se refere ao conceito de dependência. O transtorno de jogos de azar (que se conhecia como jogo patológico) passou de um transtorno do impulso assim classificado no DSM-III e no DSM-IV, para transtorno por uso de substâncias fazendo parte de uma categoria denominada de transtorno relacionado com substância e transtornos aditivos. O mais importante a ressaltar foi a inclusão de um comportamento de adição ao jogo como um problema comportamental clínico (Clark, 2014; Hubert, 2014). Uma das grandes alterações na descrição clínica do DSM 5 quanto ao distúrbio de jogo é a eliminação do critério que ressaltava no passado do sujeito que "tenha cometido atos ilegais como falsificação, fraude ou roubo de desfalque para financiar o jogo." Esta alteração surge pelo facto de não existirem estudos que corroborem que um comportamento criminoso seja um fator que distingue indivíduos com transtorno de jogo e sem transtorno de jogo. Apesar de um jogador patológico cometer atos ilegais, este não é um critério para que seja feito um diagnóstico, pois os atos ilegais cometidos por estes jogadores, estão associados ao transtorno e não o contrário (Reilly & Smith, 2013).

Em Portugal, no ano de 2013, o “Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, 2013 – 2020 (PNRCAD)”, aborda a temática do jogo, descrita como um comportamento “potencialmente gerador de dependência” e tem reservado o capítulo II.B.2.3. Jogo (p. 16) para tratar desta problemática. Segundo o estudo de Lopes (2009), a taxa de prevalência de dependência em Portugal é idêntica ao dos outros países da Europa.

Reilly e Smith (2013) propõem alguma reflexão sobre a evolução da classificação da patologia do jogo no DSM 5, pois o diagnóstico para os distúrbios de jogo deixa sem resposta algumas questões, ficando por saber se a reclassificação resulta num maior reconhecimento da doença por parte das entidades governamentais, se passa a ser participado o seu tratamento pelos seguros de saúde, qual a influência que exerce

no diagnóstico destes transtornos. Estas e outras questões devem ser motivadoras de reflexão e fruto de novas pesquisas.

1. 2. Caracterização do problema na atualidade

Com o aparecimento das novas tecnologias a adição ao jogo surge em diferentes contextos. Para além das formas tradicionais de jogar, outras emergem como os jogos *online* em que estão envolvidas apostas em dinheiro, muito mais acessíveis a todos, independentemente do sexo e da idade o que torna necessário um maior investimento científico no estudo do uso da internet. Hubert (2014) caracterizou “Adição/Dependência como: comportamento compulsivo e obsessivo direcionado para um objeto de adição (com ou sem substância), que afeta negativamente todas as suas relações pessoais, familiares e profissionais. Caracterizada pela perda de controlo, é um hábito que se torna um padrão” (p.16). Refere ainda que a adição ao jogo é uma doença que contém características muito particulares que, se não for tratada atempadamente, pode ser terminal.

Os jogos de azar que mais atraem os jogadores atualmente são o bingo a roleta, as máquinas de jogos de azar, as corridas de cavalos (muito recentes em Portugal) e as corridas de cães. Os jogos de casino, em que o *Poker* é dos jogos mais controláveis pois dependem do uso de habilidade, o *Blackjack* que é menos controlável, bem como o de máquinas de roleta em que o resultado é aleatório (Hoffmann, 2011).

Utilizar a internet para jogar é um comportamento que, podendo tornar-se aditivo, exige uma atenção especial pois os jogadores que utilizam este meio têm vindo a crescer (Oliveira, Silveira & Silva, 2008). As características de proximidade, acessibilidade, facilidade de acesso e de apostas é muito mais fácil *online*, por este facto se verifica que a utilização deste meio para jogar vai facilitar o desenvolvimento de um comportamento aditivo (Chóliz, 2015).

Dandurand (1999) refere que o jogo interativo *online*, é uma forma de jogo comercial. “Ocorre num meio eletrónico chamado ciberespaço. Pode ser jogado sozinho, com outra pessoa, ou num grupo, e os jogadores não têm que estar fisicamente em conjunto. Pode ocorrer em qualquer parte do mundo. Ele está disponível para qualquer um, a qualquer hora, e em qualquer lugar, desde que o jogador tenha o *hardware* apropriado, o *software*, conhecimentos de informática e acesso à Internet” (p. 17)

O uso da internet para variados fins, vai evoluir ao longo dos anos, sofrer alterações e ser alvo de desenvolvimento. O sucesso do jogo na internet depende de vários fatores como a publicidade, a diversidade e o fácil acesso. Este fenómeno ultrapassa fronteiras e encontra-se à disposição do indivíduo 24 horas por dia (Griffiths, 2002).

Cormack e Griffiths (2012) no seu estudo “*Motivating and inhibiting factors in online gambling behaviour: A grounded theory study*”, concluem através das respostas dos inquiridos, que os jogos de azar através da internet apresentam diversas vantagens: a economia de tempo, o facto de não ser necessário uma deslocação para um local de jogo, pode fazê-lo através de casa, a qualquer hora e sem estar limitado no tempo. “O jogo pela internet é visto como uma atividade de lazer, como substituto de outras formas de passar o tempo livre” (p.6).

Não podemos deixar de referir que a internet aumenta o acesso e a facilidade de aceder aos jogos de azar sendo por isso importante uma legislação de restrição efetiva a estes jogos. Por esta via, aumentam as dificuldades de tentativa de conter o jogo, pelo facto de existirem meios (computadores pessoais, telemóveis), sempre acessíveis e disponíveis (Philips, Ogeil, Chow & Blaszczynski, 2013).

Num outro estudo, que englobou diversos países e que durou dois anos sobre o jogo de *Poker* através da internet, averiguou-se que a idade média dos jogadores era de 27,9 anos, 94.5% eram do sexo masculino, distribuídos por diversos países, 24,8% eram da Dinamarca., 17,3% da Alemanha, 9,6% da França, 6,9% da Áustria, e 6% a partir de Espanha. Peru, Itália, Grécia, Polónia, Noruega, cerca de 5% da amostra era da Suíça, Suécia e Portugal, em que 5.5% eram mulheres. Foi possível verificar as grandes quantias de dinheiro usadas nas apostas e a grande quantidade de tempo despendido com esta prática (Nelson et al., 2009).

Hubert (2014) menciona o perfil do jogador problema que joga online, como sendo do género masculino, com idade média de 30 anos, vivendo em meio urbano, com historial de jogos de computador, que reporta em média aos 16 anos, escolaridade ao nível do ensino superior e com empregos técnicos ou de carácter intelectual.

Em Portugal, a nível oficial só existem registos de trabalhos de investigação sobre o jogo patológico e as suas consequências, no ano de 2005 e passados 10 anos ainda

prevalecem muitas incertezas científicas. No Serviço Nacional de Saúde o tratamento de dependentes de jogo só teve início oficialmente em 2014 (Lopes, 2014).

O Plano Nacional para a redução de comportamentos aditivos e dependências (PNRCAD), faz referência e reconhece a necessidade da criação de uma rede terapêutica de âmbito nacional, e refere a necessidade de reforço desta intervenção nas áreas geográficas onde se encontram os casinos e as salas de jogo de bingo, privilegiando as áreas do “conhecimento e da formação, publicidade, acessibilidade e fiscalização” (p.5). (Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, 2013). Ainda e segundo o mesmo manual, este plano contém o objetivo de proporcionar oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo, através de legislação, regulamentação e fiscalização adequadas.

Para o efeito pretende: “a) Identificar os diferentes cenários de atuação e recolha de dados ilustrativos da problemática a corrigir; b) Aprofundar o estudo das questões relacionadas com a comercialização deste tipo de produtos e integração de novos «parceiros» para suporte técnico e científico na elaboração de propostas de regulamentação a desenvolver; c) Desenvolver medidas e estratégias que respondam às necessidades identificadas no âmbito dos CAD ligados ao jogo” (p.120).

Os dados, apresentados pela Santa Casa da Misericórdia sobre o jogo da “raspadinha” de 2008 a 2012, indicam um aumento em 85%, sendo de 290 milhões de Euros o rendimento bruto alcançado. Outros jogos muito atrativos que produzem no jogador a ilusão de controle, pela rapidez de resposta são o *Poker*, o *Blackjack*, a roleta e a banca francesa (Hubert, 2014).

A incidência da adição ao jogo em Portugal, é igual à maioria dos países ocidentais constatando-se que existe uma falta de conhecimento científico para trabalhar os diferentes aspetos deste transtorno. O poder político e económico não tem a motivação necessária para que programas de pesquisa e investigação sejam efetuados no sentido de se estudar melhor e mais aprofundadamente esta problemática (Lopes, 2014).

Os resultados do estudo ESPAD (European Survey on Alcohol and Drugs) efetuado em Portugal durante o ano de 2015, alargou a faixa etária de participantes, para as idades dos 13 aos 18 anos, tendo participado cerca de mil turmas de 530 escolas. Foram pela primeira vez introduzidas no questionário questões sobre as atividades ligadas ao

jogo e ao uso da internet, ficou apurado que o *gaming* (1) é das atividades mais referidas. Jogar na internet, mas sem a envolvimento de dinheiro é das práticas mais comuns no sexo masculino.

Ficou ainda demonstrado que os rapazes e raparigas mostraram interesse pela prática de jogo da lotaria, que envolve apostas a dinheiro, apostas desportivas ou lotarias. O ESPAD, é uma generalização do estudo que se realiza a nível Europeu, em mais de 40 Países e que se realiza de quatro em quatro anos com alunos dentro da faixa etária dos 16 anos (Feijão, 2016).

1.3. Abordagens teóricas sobre o jogo

Existem diferentes pontos de vista sobre a adição ao jogo, interessa conhecer quais, como explicam esta adição bem como se posicionam em relação ao problema. Para que esta curiosidade seja satisfeita torna-se necessário procurar na literatura publicações e estudos sobre este tema e que de forma abrangente e sem preconceitos se possa partilhar e refletir.

Jogar é um fenómeno que envolve muitos fatores de variados contornos, pode ser analisado de diferentes perspectivas (por exemplo, biológica, social ou psicológica). As diferentes teorias só podem beneficiar desta complementaridade ao contrário de se excluírem mutuamente (Griffiths & Delfabbro, 2001).

Alonso-Fernández (1996) alerta para a importância do conhecimento dos diferentes tipos de jogadores, o jogador profissional que faz do jogo o seu negócio e o gere segundo as suas competências quer sociais quer profissionais, o jogador patológico que joga de forma anormal como expressão sintomática de transtorno psicopatológico e ainda o o jogador adicto que não é motivado pelos ganhos, mas a falta do jogo provoca-lhe a síndrome de abstinência.

A existência de diferentes pontos de vista, não limita o olhar pelo contrário permite uma reflexão mais completa e abrangente no sentido de usar todas as teorias disponíveis que possam ajudar no processo de tratamento de uma adição ao jogo, como refere Marlatt et al. (2009), para identificarem as diferentes perspectivas resumem na

¹ Gaming, expressão que define os jogos de computador sem a envolvimento de dinheiro.

tabela 1.), as opiniões encontradas na literatura ao longo dos tempos, sobre o transtorno do jogo (p.242).

Tabela 1.) Diferentes perspectivas sobre os transtornos de jogo (Marlatt et al., 2009)

Perspetiva	Representante	Conceituação
Torpeza moral	Quinn (1891)	O jogo é um problema moral que requer piedade e conversão de valores.
Excesso comportamental	Seager (1970)	A aprendizagem social e as contingências de reforço influenciam alguns jogadores, do contrário saudáveis, a seguir um padrão de jogo excessivo.
Mau julgamento	Resecrance (1968)	Os transtornos de jogo representam estratégias de jogo deficientes, em geral representadas por jogadores ingênuos, que não entendem os jogos que jogam.
Deficiência psicológica	Jacobs (1989)	A personalidade e as vulnerabilidades emocionais convidam ao jogo ou outros excessos comportamentais como respostas adaptativas a fim de servir como um paliativo para estes problemas; sob algumas condições, estes padrões de comportamento excessivos podem servir para evitar que as pessoas voltem e um estado mais primitivo.
Conflito psicodinâmico	Linder (1950)	O jogo é encarado como um conflito intrapsíquico que tem raízes nas experiências precoces da infância.
Padrões de pensamento equivocados	Ladouceur (1996, 1998)	O jogo é encarado como um produto de cognição ilógica com relação às leis de probabilidade.
Transtorno de controle dos impulsos	DSM (American Psychiatric Association 1980,1994,2000)	O jogo é encarado como uma incapacidade de resistir a impulsos persistentes para se envolver em comportamentos destrutivos
Automedicação	Henry (1996)	O jogo é encarado como uma tentativa de enfrentar outros problemas de saúde mental não relacionados, como a ansiedade
Psicossocial	Orford (1985, 2001)	A cognição e o comportamento próprios do jogo são influenciados por muitos fatores morais e sociais responsáveis pelo seu desenvolvimento e manutenção
Vulnerabilidade biológica	Comings (1998); Comings et al. (1999)	Os transtornos de jogo refletem suscetibilidade genética e comportamentos impulsivos e excessivos
Adição	Jogadores anônimos	O jogo é encarado como uma doença crônica para a qual não há cura, exceto a abstinência.
Questão de saúde pública	Kom & Shaffer (1999)	O jogo é encarado como um risco de saúde multidimensional para o qual custos biológicos, psicológicos, económicos e sociais devem ser considerados.

Hoje podemos acrescentar a alteração introduzida pela APA (2013), descritos no DSM 5, em que o problema de jogo vem caracterizado no capítulo de “Transtorno relacionado com substância e transtornos aditivos”, sendo reconhecido e encarado como um comportamento problemático obedecendo o seu diagnóstico e intervenção a critérios muito específicos. Com base em estudos que comprovam de forma consistentes de que

alguns comportamentos, tais como jogos de azar, ativam o sistema de recompensa do cérebro com efeitos similares às drogas de abuso.

Da constante procura de respostas que expliquem os processos envolvidos numa adição ao jogo, surgem diferentes abordagens que referem os processos biológicos, cognitivos, bem como a importância da aprendizagem, da disponibilidade, da acessibilidade, vulnerabilidade e o papel dos membros da família como fatores predisponentes e facilitadores do processo aditivo (Orford, 2007).

A existência de fatores subjacentes ao indivíduo (idade, género, educação, fatores biológicos, psicológicos), as características do jogo, a facilidade de acesso bem como os ganhos, o momento e situação em que ocorre, funcionam como facilitadores para o desenvolvimento de uma adição ao jogo (Hubert, 2014).

Psicólogos e sociólogos normalmente seguem a abordagem que se foca muito na origem da adição ao jogo, têm verificado a existência de um comportamento socialmente aprendido, uma dificuldade de adaptação que pode variar de moderado para grave e cuja existência representa uma interligação entre oportunidades, contingências ambientais e suscetibilidade individual (Griffiths, 2001; Lesieur, 1989, citado por Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein & Solowoniuk, 2006).

Para conhecermos melhor os diferentes aspetos envolvidos na adição ao jogo é pertinente integrar todo o conhecimento existente sobre o tema, como referem Moreyra, et al. (2000) em que descrevem as teorias biológicas, que situam o problema nos sistemas neurotransmissores existentes no cérebro, as teorias psicológicas estão assentes em diferentes abordagens quer sustentadas nas teorias psicanalíticas quer na psicologia comportamental quer na psicologia cognitiva, entre outras.

Para uma melhor compreensão de cada uma delas, decidiu-se por uma apresentação que de forma ordenada e organizada abordasse o tema por diferentes teorias que passamos a descrever.

1.3.1 Teorias Psicobiológicas

As teorias biológicas consideram a existência de uma predisposição biológica, que em interligação com os fatores ambientais e o indivíduo, favorecem o desenrolar de problemas de jogo de azar (Luengo, 2004).

Alguns autores procuram nos vários sistemas de neurotransmissores relacionados com a excitação, regulação do humor e regulação dos sistemas de recompensa, que desempenham um papel importante na manifestação de perturbações do controle dos impulsos, bem como nas perturbações de humor, uma explicação para os problemas que envolvem uma adição ao jogo (Blaszczynski & Nower, 2002).

Clark (2010) refere que perceber os processos envolvidos na função cerebral, é muito importante para a compreensão desta temática. As diferenças encontradas entre grupos de jogadores patológicos e grupos saudáveis, identificou uma “desregulação das áreas cerebrais ligadas ao sistema de recompensa e emoção, incluindo o córtex ventromedial pré-frontal e estriado, bem como alterações no neurotransmissor da dopamina” (p.319). A existência de uma predisposição genética, demonstrada no padrão de reação a determinados problemas pessoais e emocionais do indivíduo, pode potenciar o processo aditivo ao jogo, que pode ter um desenvolvimento rápido ou ser demorado no tempo (Hubert, 2008).

Orford (2007) refere o facto de o jogo muitas vezes ser entendido como um fator de recompensa emocional, onde é possível verificar que os sistemas neurotransmissores do cérebro, tais como o sistema mesolímbico da dopamina têm um papel principal. Ainda segundo o mesmo autor, é possível observar o envolvimento do córtex pré-frontal ventromedial do cérebro nos comportamentos impulsivos, sendo uma das características presentes, bem como a ilusão do controle, outra característica possível de aferir do comportamento de um jogador aditivo, pressupõe o envolvimento da área cognitiva responsável pelos preconceitos, ilusões e a incapacidade de compreender as limitações.

As diferenças encontradas na função cerebral podem ser a explicação para o facto de existir maior ou menor suscetibilidade para o surgimento e desenvolvimento de crenças distorcidas observadas nos jogadores acerca do jogo (Clark, 2010). Hubert (2008), diz existir uma “predisposição genética que tem haver com o preenchimento de um vazio de lidar com emoções, com o prazer imediato, com a satisfação do ego” (p.11).

1.3.2. Teorias Psicológicas

Sáad (2006) afirma que “O jogo patológico tem sido considerado um distúrbio do espectro impulsivo-compulsivo sem drogas” (p. 163). Existem diversos relatos de

jogadores que descrevem sensações de caráter idêntico às relatadas pelos sujeitos que apresentam problemas de dependência de substâncias.

A abordagem cognitiva alega que o problema de o jogador continuar a jogar, encontra-se explicado pela existência de crenças distorcidas sobre os jogos de azar. Ladouceur e Walker (1996 citado por Clark, 2010) referem que “Por norma o jogador não valoriza as perdas e encontra argumentos para continuar a jogar” (p.322). Nestas distorções cognitivas segundo Muñetón (2013) pode estar a explicação para a existência de um maior grau de vulnerabilidade a uma adição ao jogo.

No estudo efetuado por Cunningham, Hodgins e Toneatto (2014) sobre a importância das distorções cognitivas e a manutenção de uma adição ao jogo, foi demonstrada a existência de uma relação entre a gravidade do problema do jogo e as distorções cognitivas nos indivíduos que desenvolveram o problema, facto que explica o papel fundamental que as mesmas podem desempenhar no desenvolvimento e manutenção desta adição.

Fong (2005) descreve algumas das distorções cognitivas e crenças mais comuns observadas nos jogadores, desde o acreditar que “eu não vou perder, enquanto estiver a usar a minha camisa da sorte” bem como “a falácia do apostado, a persistente crença de que está muito perto de conseguir ganhar embora esteja a ter maus resultados” (p.35). Os jogadores patológicos acreditam que têm uma certa habilidade especial e exclusiva e que conseguem controlar o jogo. Estes jogadores percecionam o jogo como a melhor solução para os problemas da sua vida, em especial os de ordem financeira.

Estes comportamentos estão bem explicados pela presença de uma estrutura de pensamentos não adaptativos muito intensos, que são reforçados pela desconfiança e por uma visão muito negativa do mundo, existindo, contudo, uma forte crença de superioridade (Munetón, 2013).

Hoffmann (2011) descreve o desenvolvimento de uma adição ao jogo como um sintoma de distúrbio emocional. Os fatores facilitadores deste comportamento são a “baixa autoestima, tendo como padrão um comportamento imaturo e obsessivo” (p.72).

As teorias cognitivas baseiam-se no princípio da teoria do condicionamento operante, em que o reforço representa um incentivo para a continuidade da prática de jogo (Fong, 2005).

As teorias da aprendizagem ou behavioristas, indicam a importância da observação, da imitação por modelagem, do comportamento de membros que fazem parte da família ou outros, como fator de grande importância no desenvolvimento de um comportamento de adição ao jogo (Kalischuk et al., 2006). Griffiths & Delfabbro (2001) explicam o problema de jogo, como um processo que está condicionado a um estado de necessidade em que o jogo é uma forma de dependência quer psicológica quer fisiológica.

Numa abordagem psicanalítica o foco do problema de uma adição ao jogo está na história pessoal e familiar do jogador, a preocupação reside em encontrar nas suas vivências, situações que possam explicar o comportamento. Custer (1984, citado por Oliveira & Sáad, 2006) define três fases no comportamento de jogadores, em que na primeira fase o jogador experimenta a excitação das vitórias e acredita que é um ser excepcional, na segunda fase o jogador apresenta um estado de otimismo que não se enquadra na realidade das vivências, na terceira fase a do desespero, caracteriza-se por um maior investimento de tempo e dinheiro, de um maior afastamento da família.

Rosenthal (2008) refere que as fantasias narcisistas têm origem nos pensamentos de grandiosidade e nos sentimentos de “autorização”, “pseudoindependência” e uma necessidade de negar sentimentos de insignificância e desamparo. Podem ter origem numa privação parental precoce, com o jogador apelando para o destino ou a “senhora da sorte em busca de amor, aceitação e aprovação que acredita que lhe foram negados” (p.43).

Segundo o mesmo autor a adição ao jogo pode ter “origem no inconsciente sendo uma forma de punição, no sentido de aliviar o sofrimento manifestado por sentimentos de ódio e de hostilidade em relação a outros” (p.36), e ainda que “a crença de que o jogo e as fantasias a ele associadas são uma forma de evitar, compensar ou negar afetos intoleráveis” (p. 47).

1.3.3. Teorias Psicossociais

O local onde se vive, a família, os contextos socioeconómicos, culturais, sociais e políticos podem ser explicativos e de grande importância na manutenção de uma adição ao jogo, por exemplo se o jogo é legal ou não, o grau de acessibilidade, se socialmente é uma atividade censurada, etc. (Ashley & Boehlke, 2012).

A acessibilidade e a facilidade com que se pode aceder aos jogos tem sido apontado como um fator de maior risco para o desenvolvimento de um problema de jogo, atesta-se a existência de uma relação positiva entre o aumento do número de jogadores e os problemas de jogo, quando estes são relacionados com a localização das casas de jogo (Marshall, 2005).

De referir ainda que o desejo de anonimato está bem patente na escolha dos locais para jogar. Os jogadores mostram uma preferência por locais cujo ambiente está escurecido, pois permite o anonimato e minimiza o medo do julgamento social. Os jogos *online* permitem e preservam o completo anonimato. A escolha de determinados locais específicos para jogar, como jogar e por último que jogo, podem influenciar a adição ao jogo (Thorne, Rockloff, Langham & Li, 2016).

No caso dos jogadores que só o fazem de forma lúdica, poderíamos esperar que os jogos de azar *online* pudessem não ser tão apelativos, mas o anonimato torna-se uma questão muito atrativa pois possibilita disfarçar o problema e este facto pode funcionar como uma motivação para esta prática “escondida” de jogo (McCormack & Griffiths, 2012).

As variáveis idade, sexo, condição socioeconómica e etnia, são fatores de caráter social de grande importância para compreensão do contexto em que o jogo se desenvolve. Na componente da família, os estudos concentram-se no apoio social e nos mecanismos de como lidar com o problema, sendo a preocupação mais importante a ligada à saúde (Kalischuk, et al., 2006).

Segundo Cunha (2015) alguns autores referem “haver uma relação positiva entre o aumento da gravidade do jogo patológico e da quantidade e intensidade de dificuldades individuais, conjugais e familiares associadas” (p. 342).

Na visão de Vakalahi, (2001, citado por Kalischuk et al., 2006) em termos sociais os “indivíduos com fortes ligações à família, escola e comunidade e que se identificam com as normas e os valores sociais, têm menos risco de desenvolver uma adição” (p.33).

Para uma melhor compreensão dos fatores relacionados com o desenvolvimento de uma adição ao jogo, torna-se obrigatório o estudo e o conhecimento da sua etiologia, ligada a aspetos genéticos, psicológicos e sociais.

1.4. Etiologia do problema – genético, psicológico e social

Bisso-Andrade (2007) encontra em diversos fatores a explicação para a adição ao jogo e considera que a sua “etiologia pode ser provavelmente multidimensional” (p.65), resultante da interligação que pode ser verificada nos fatores determinantes de caráter ambiental, cognitivo-comportamental e biológico.

Em diversos estudos clínicos sobre a existência ou não de uma predisposição que explique comportamentos patológicos relacionados com o jogo, verificou-se a existência de possibilidade genética para o desenvolvimento e manutenção desta patologia. As técnicas utilizadas para a investigação revelam correspondência das variantes alélicas de polimorfismos no gene do recetor de dopamina, o gene transportador da serotonina e da monoamina oxidase (Iba, Blanco, Castro, Fernandez-Piqueras & Sáiz-Ruiz, 2003).

Hubert (2008), menciona o facto de um comportamento de adição ao jogo poder também ser explicado pela existência de “uma predisposição genética que tem a haver com o preencher de um vazio, de lidar com as emoções, com o prazer imediato e com a satisfação do ego” (11).

Na opinião de Bernstein (2002, citado por Estévez & Calvete, 2007) os fatores com mais significado que se encontram presentes numa perturbação de adição ao jogo estão relacionados com “aspectos emocionais de privação, abandono, isolamento, imperfeições sociais, dependência e vulnerabilidade, subjugação e inibição emocional, sentimentos de grandeza e necessidade de aprovação” (p.37).

Segundo Abbott (2007, citado por Hubert, 2014) as questões relacionadas com os hábitos da família, podem influenciar no desenvolvimento da adição ao jogo, referindo o facto de “muitas crianças aprenderem a jogar com os seus pais ou irmãos, sendo que aqueles que denotam problemas de jogo revelam ter na sua família, e nas famílias onde cresceram, níveis mais elevados de jogadores com problemas” (p.52).

Indivíduos que têm familiares que jogam são mais permissivos nos gastos e atitudes em relação ao jogo, verificando-se nestas famílias uma forte influência quer na compulsão para o jogo, quer nas práticas permissivas observadas (Tallón, Montalvo, Jiménez & Pérez, 2011).

Sendo o jogo patológico um distúrbio emocional, o facto de se verificar no indivíduo problemas relacionados com uma baixa autoestima, comportamento imaturo e padrões de comportamento obsessivo, resulta numa maior facilidade no desenvolvimento da patologia no individuo (Hoffmann, 2011). Também há fortes evidências na literatura de que os fatores genéticos, os comportamentos e a dinâmica familiar influenciam o desenvolvimento de problemas de jogo (Kalischuk, et al., 2006).

É possível observar no jogador patológico a presença de uma estrutura de pensamentos não adaptativos muito intensos, que são reforçados pela desconfiança e por uma visão predominantemente negativa do mundo, existindo, contudo, uma forte crença de superioridade (Munetón, 2013).

Hubert (2008), faz referência ao facto de o jogador patológico possuir “muitas crenças, (perdi hoje, mas sei que amanhã recupero) e de possuir uma memória seletiva muito forte, pois tendem a lembrar-se só dos ganhos, omitindo as perdas” (p.11).

A idade aparece também como um fator importante de risco para o desenvolvimento de uma perturbação de jogo, bem como o sexo. Mulheres com mais de 50 anos apresentam maior risco e desenvolvem mais facilmente que os homens esta patologia. De ressaltar, contudo, que a adição ao jogo não é um problema só dos mais velhos, ela aparece também nas idades mais jovens (Orford, 2011, citado por Hubert, 2014).

O jogo patológico, é hoje considerado um “transtorno heterogêneo em que múltiplas variáveis interagem de diferentes maneiras” (Sharpe, 2002, citado por Ashley & Boehlk, 2012, p.30). Ainda segundo o mesmo autor, fica claro que se deve olhar para este problema de forma a considerar os fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento de um problema de adição aos jogos de azar. No entanto, é importante lembrar que, tal como acontece com outros comportamentos aditivos, é a presença e interação de diferentes e variados fatores que podem colocar o jogador em maior risco de desenvolver uma adição ao jogo. (Blaszczynski & Nower, 2002). Como o estar desempregado é um problema que aumenta o comportamento aditivo, quer como elemento de fuga do problema, quer pela necessidade de obter ganhos a todo o custo para fazer face à sua situação de desemprego (Fernández-Alonso, 1996).

Uma adição ao jogo, contém contornos muito específicos, que se manifestam num comportamento com características muito próprias, e que se mostram prejudiciais, quer para o jogador que para a sua família. O jogo, segundo Griffiths e Delfabbro (2001), “é uma atividade complexa, multidimensional, improvável de ser explicado por uma única teoria. O modelo biopsicossocial, sublinha o carácter individual e idiossincrático de o desenvolvimento de problemas de jogo e enfatiza o papel dos fatores contextuais internos e externos ao processo do jogo em si” (p.17).

Contudo o jogar não pode ser visto só como um problema. O jogo encontra-se presente ao longo das diferentes etapas da vida de um individuo. Está presente ao longo da nossa infância, nas brincadeiras de criança, na escola, sendo usado nas práticas educativas e é considerado um entretenimento e uma prática social agradável. É, pois, presença constante desde que nascemos, e fundamental para o ser humano, quando corretamente utilizado.

É importante para o nosso estudo conhecer todos os fatores que possam ter influencia e serem predisponentes desta perturbação, assim importa conhecer e refletir acerca da neurofisiologia da adição ao jogo.

1.5. A Neurofisiologia da adição ao jogo

Encontramos descrito na APA (2013) a evidência de que o transtorno do jogo produz ativação dos sistemas de recompensa do cérebro com efeitos semelhantes aos das drogas, acrescentando ainda que os sintomas do transtorno do jogo são semelhantes aos transtornos por uso de substâncias.

A imagiologia funcional é uma nova ferramenta poderosa que permite a investigação neurobiológica do funcionamento cognitivo em pessoas com e sem condições psiquiátricas como transtorno de jogo. Estas novas técnicas corroboram a existência de semelhanças a nível neurocognitivo como em outros domínios, entre a adição ao jogo e o abuso de substâncias (Potenza, 2014).

Segundo o referido por Fong (2015) “O trabalho de recolha de neuro imagem efetuado por Potenza sugere que as regiões do cérebro envolvidas no jogo patológico, ou seja, o cíngulo anterior, córtex orbito frontal e do mesencéfalo, sistema de circuitos de recompensa, são semelhantes aos encontrados no uso de substâncias” (p.25). O jogar

parece produzir uma ligação entre o sistema de recompensa emocional e as emoções que estão relacionadas com processos de perda, bem como se encontra esta ligação no uso e abuso de substâncias, estando envolvidos neste processo os sistemas neurotransmissores do cérebro e o sistema mesolímbico da dopamina. A impulsividade aparece como uma característica pessoal do jogador, sendo provável o envolvimento do córtex pré-frontal ventromedial do cérebro (Orford, 2001). Oliveira, Silveira e Silva (2008) descrevem o sistema mesolímbico de recompensa, como tendo um papel central no desenvolvimento e manutenção de dependência de substâncias, pelo que os jogadores patológicos apresentam uma dependência comportamental semelhante à dependência química.

Estudos neuro químicos encontraram alterações nos sistemas, da dopamina, serotonina e norepinefrina (Fong, 2005). O aumento de dopamina observado na presença de uma situação de jogo, pode explicar os sentimentos de prazer e bem-estar sentidos pelo jogador, bem como a continuidade do comportamento deste, apesar de todas as consequências nefastas que este comportamento traz para o indivíduo (Williams & Potenza, 2008). A dopamina é utilizada no sistema de recompensa do cérebro, como neurotransmissor responsável pelas informações, que regulam o sistema de recompensa, de expectativa, emoções e os sentimentos de prazer, envolvidos numa situação de adição ao jogo (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, Telang & Baler, 2010). Estudos realizados quer com animais quer com humanos identificam a existência de um sistema dopaminérgico que influencia os mecanismos de recompensa e reforço do comportamento (Williams & Potenza, 2008).

O córtex parietal estriado ventral, relacionado com os circuitos dopaminérgico mesolímbico é tradicionalmente considerado uma componente chave do sistema de recompensa envolvido nesta adição (Elman, Gurvits, Tschibelu, Spring, Lasko & Pitman, 2013).

Os neurotransmissores serotonina e dopamina são os responsáveis pela manifestação de comportamentos impulsivos e aditivos, e os dados atuais sugerem que também contribuem para o desenvolvimento de um problema de adição ao jogo. (Zeeb, Robbins & Winstanley, 2009).

Alguns estudos demonstrarem a existência de diferentes neurotransmissores que influenciam variadas funções do cérebro, sendo que a dopamina, serotonina e

norepinefrina funcionam como aditivos e são um fator de risco para o jogo patológico (Comings, et al. 2001), influenciando o funcionamento dos mecanismos subjacentes a comportamentos de excitação, desinibição e recompensa (Iba, et al., 2003).

Recentemente foram identificados vários sinais em jogadores com adição ao jogo, que refletem uma diminuição da capacidade para reconhecer e construir objetos e orientá-los no espaço. Essa disfunção ainda não tinha sido abordada na literatura sobre distúrbios neuropsicológico nas patologias de jogo. Foi possível fazer uma comparação entre indivíduos saudáveis e jogadores com problemas de adição, ficando demonstrado a existência de um pior desempenho dos jogadores problemáticos, na reprodução de figuras e no reconhecimento de objetos bem como no discriminar da esquerda a da direita. Estes dados são consistentes com alguns estudos, que sustentam que as deficiências não são restritas aos domínios cognitivos, mas também pode estar subjacente uma ligação ao domínio sensorio-motor (Elman et al., 2013).

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO DA ADIÇÃO AO JOGO

O Jogo como perturbação aditiva, pode ser definido como o comportamento persistente de apostar em jogos de azar apesar das consequências negativas, quer pessoais, quer sociais decorrentes desta atividade. O indivíduo deixa de ter o domínio do jogo, e torna-se incapaz de controlar quer o dinheiro gasto, quer o tempo que usa nesta atividade, mesmo quando está a perder (Souza, Silva, Oliveira, Bittencourt & Freire, 2009).

Muitas das reações observadas nestes comportamentos aparecem camufladas por outras sintomatologias de ordem psicopatológica, pelo que se torna fundamental para o nosso estudo conhecer o quadro clínico e as comorbilidades presentes nesta perturbação aditiva.

2.1. Quadro clínico e comorbilidades

O jogo patológico tem associado o facto de ser muito difícil a elaboração de um diagnóstico, pelo que muitas vezes é referenciado como sendo uma adição não visível, justificando as muitas dificuldades em detetar e identificar o tipo de jogador (Hubert, 2008; Hubert, 2014).

A adição pode ter origem em características pré-existentes no indivíduo, que perante um determinado conjunto de circunstâncias ambientais resultam numa motivação poderosa para o desenvolvimento de comportamentos de jogo, ou outros que vão constituir um problema (West, 2013). Os padrões mais característicos no comportamento de alguns jogadores que desenvolvem uma perturbação são identificados através da observação de um desejo obsessivo de jogar, da utilização de cada vez mais dinheiro e dispêndio de tempo no jogo, continuar a persistir no comportamento de jogar apesar dos conflitos e problemas que surgem quer com a família quer com o trabalho (Hoffmann, 2011).

Segundo a classificação DSM 5 (APA, 2013), o jogo patológico é caracterizado no capítulo das “Perturbações Não Relacionadas Com Substâncias”: devendo ser especificado se a sua ocorrência é (Episódica, Persistente), e qual a gravidade atual (Ligeira, Moderada, Grave), detalhadamente reproduzido no anexo A).

Nos diversos estudos, em que foram avaliados os jogadores patológicos, foi possível observar comportamentos e evidências de comorbilidades que se assemelhem aos dos transtornos por uso de substâncias, uma forte relação com os transtornos de humor

e um elevado índice de depressão entre os jogadores patológicos quando comparados com não jogadores (Black & Moyer, 1998; Weinstock et al., 2008).

É consensual a existência de mecanismos etiológicos comuns entre as diferentes adições e o jogo patológico, pois alguns jogadores também apresentam transtorno devido ao uso de álcool e consumo de outras substâncias aditivas (Alegria, Bernardi & Blanco, 2010). Assiste-se nestes jogadores a um recurso significativo a consumo de substâncias, principalmente o álcool, e outras drogas, mesmo as prescritas pelos médicos (Martinez, Navarro & Romero, 1993). Também é possível observar que o jogo é responsável por diversos problemas existentes na vida familiar, criando muito desconforto e desagregação (Hoffmann, 2011).

Nos jogadores patológicos a prevalência de outras comorbilidades como as perturbações do humor, perturbação de ansiedade, a perturbação do controle dos impulsos, o uso e abuso de álcool, drogas, tabaco, etc., tem sido demonstrada em diversos estudos, e devem ser consideradas de grande importância. As comorbilidades subjacentes podem criar dificuldades no processo de tratamento, e podem ser prejudiciais para o processo de cura (Lorains, Cowlishaw & Thomas, 2010).

As pessoas com ansiedade tendem a ver nos ganhos de jogo um meio para o alívio dos seus sintomas e problemas, como as dificuldades financeiras e as dificuldades de relacionamento pessoal, podendo estes contribuir para reforçar o comportamento aditivo, pois são a forma encontrada pelo jogador de gerir o que sentem (Grant, Won Kim, Odlaug, Stephanie, Buchanan & Potenza, 2009).

O estudo efetuado por Dannon, Lowengrub, Aizer e Kotler (2006), demonstram que os transtornos de humor, o abuso de substâncias e o distúrbio obsessivo-compulsivo foram as patologias mais importantes encontrados tanto no paciente como em familiares de primeiro grau.

Hubert (2014) refere a existência de outros comportamentos importantes e acrescenta a esta lista os problemas de endividamento, os problemas familiares e conjugais, de trabalho, problemas de sono, instabilidade de humor, má alimentação, dores de cabeça, úlceras, uma maior exposição a situações de stress, isolamento, ideação suicida, entre outros. Também Lam (2014) menciona os problemas relacionados com o

sono incluindo insônia subjetiva e má qualidade do sono como dificuldades associados ao uso problemático da internet, em que o jogo problemático está subjacente.

Martinez, Navarro e Romero (1993) abordam diferentes problemáticas associadas ao jogo. A nível individual os jogadores patológicos manifestam sintomas de transtornos afetivos que se podem observar através dos estados depressivos e ansiosos. A manutenção do jogo causa problemas familiares e pessoais que beneficiam o desenvolvimento de estados de ansiedade, os transtornos psicossomáticos, com sintomatologias físicas associadas, como dores de barriga, insónia, desmaios e sensação de vertigens. As perturbações de ansiedade parecem favorecer o envolvimento no jogo, pois o mesmo vai funcionar como um alívio das pressões do dia a dia bem como os pensamentos desagradáveis (Grant et al., 2009).

Oliveira, Silveira e Silva (2008) alertam para a existência de consequências pessoais e sociais nefastas, verificadas numa situação de adição ao jogo, como comportamentos ligados ao crime (passagem de cheques falsos e roubo), uma maior propensão para o divórcio, problemas de saúde físicos e mentais, tais como: “distúrbios cardiovasculares, problemas alérgicos, problemas respiratórios, problemas de transtornos do sistema nervoso, perturbações de sono, problemas de coluna, problemas de saúde oral, obesidade, apresentam queixas de cansaço crônico, constipação, gripes, dores de cabeça, problemas gástricos entre outros” (p.544-545).

Para além do referido, não deixa de ser importante mencionar a existência de outros problemas, como a tolerância, que se manifesta pelo aumento da necessidade de apostar mais dinheiro e aumento do tempo de jogo. Esta dependência está muito presente na necessidade de jogar, para que se possa manter o equilíbrio, bem como na dedicação ao jogo como prioridade acima de qualquer outra necessidade (alimentar, alojamento, etc.) tanto dele como da família (Martinez, Navarro & Romero, 1993).

Os problemas de um jogador aditivo, causam graves problemas familiares, podem originar dependência de substâncias psicoativas, importam riscos elevados de depressão e até mesmo de cometer suicídio, estas são algumas de entre muitas das consequências possíveis observar (Fernández-Alonso, 1996; Hoffmann, 2011).

De forma mais precisa, podemos referir aspetos que englobam um problema de adição ao jogo, sociais como perdas financeiras, o aumento da criminalidade, o abandono

e perda de emprego, a falência de negócios, as dificuldades emocionais que as famílias enfrentam, quando se tem um problema de jogo todos os aspetos da vida vão ser afetados (Fong, 2005).

Importa ainda ressaltar o facto de estes comportamentos observados num problema de adição ao jogo, serem responsáveis, quer a nível da família, quer dos amigos, por problemas graves, originando maus relacionamentos e instabilidade afetiva. A necessidade de obter mais dinheiro para o jogo, bem como o mau desempenho profissional, (tanto a nível da qualidade das tarefas como na impossibilidade no cumprimento das regras), são alguns dos motivos apontados para os problemas de relacionamento referidos (Martinez, Navarro & Romero, 1993).

CAPITULO III –INTERVENÇÃO

O jogador começa por negar as suas dificuldades e não admite as consequências nefastas da prática de jogo, sendo necessário que se verifiquem determinadas evidências. Esta circunstância torna a intervenção um processo pelo qual se torna difícil a motivação de um jogador problema a aderir a um acompanhamento terapêutico (Hubert, 2014).

As intervenções mais utilizadas como opções de tratamento para o problema do jogo incluem programas de autoajuda, apoio psicológico e o recurso a intervenções farmacológicas (Thomas, Merkouris, Browning, Radermacher, Feldman, Enticott & Jackson, 2015).

3.1. Intervenção Farmacológica

O recurso ao uso de farmacologia, justifica-se no tratamento do jogador patológico pelo facto de alegadamente estar por trás deste problema um distúrbio biológico, verificando-se estados alterados da mente, comportamentos impulsivos e depressão em jogadores (Cruz, 2010). Situações estas que recomendam o uso de medicação para aumentar a eficácia dos tratamentos psicológicos. As drogas mais usadas no tratamento do jogo patológico são os estabilizadores de humor, os antagonistas dos recetores de opiáceos, a serotonina e os antipsicóticos típicos e atípicos (Grant, Kim & Potenza, 2003, citado por Cruz, 2010). As primeiras drogas exploradas e usadas para tratamento de jogadores patológicos incluem-se na categoria dos antagonistas opióides tal como a naltrexona que vai inibir os neurónios dopaminérgicos em áreas importantes do cérebro (já usada com êxito no tratamento de dependência de opióides e álcool), o hidrocloreto de nalmefene, os antidepressivos e os estabilizadores de humor (Weinstock, Ledgerwood, Modesto-Lowe & Petry, 2008). O uso do naltrexona, bem como de opióides nalmefeno no tratamento de problemas de jogo patológico, demonstrou resultados positivos (Lin, 2012).

As características mais comuns entre indivíduos que abusam de substâncias e os que desenvolvem uma adição ao jogo, está identificada nos marcadores genéticos que influenciam a transmissão da dopamina e os traços de personalidade que indicam impulsividade. Por esse facto os medicamentos mais usados no tratamento da adição e abuso de substâncias como os antagonistas de opiáceos (por exemplo, naltrexona), e outra

medicação foram testadas na patologia de jogo por se terem revelado eficazes (Bowden-Jones & Clark, 2011).

Os estabilizadores de humor e antidepressivos têm sido utilizados com resultados positivos pois a melhoria de pacientes tem estado associada ao alívio dos sintomas de depressão e ansiedade que são comorbilidades observadas nesta patologia (Oliveira & Sáad, 2006; Marlatt et al., 2009). É possível também constatar uma diminuição dos sintomas de jogo de azar à medida que os da depressão cedem (Weinstock et al., 2008).

Os medicamentos atuam nos problemas aditivos, diminuindo a ansiedade e o desejo de jogar. Contudo nos comportamentos que não têm um cariz de abuso de substâncias, como os problemas de jogo, acredita-se que o sistema de recompensa possa estar envolvido, permitindo intervir na possibilidade de modificar estes mecanismos de desejo e assim funcionar como coadjuvante de uma intervenção quer durante o tratamento quer na prevenção da recaída (Lin, 2012).

Os dados disponíveis para o tratamento do jogo patológico em adultos fazem referência ao uso de naltrexona e lítio, não existindo dados suficientes que indiquem que será também eficaz e seguro utilizar estes mesmos tratamentos em adolescentes. Contudo existem certos medicamentos, que provaram a sua eficácia noutras perturbações que parecem ser seguros quando administrados em determinadas doses, sendo necessário mais estudos para avaliar a eficácia de tratamento farmacológico nos adolescentes com patologia (Grant & Potenza, 2010).

Um grupo de estudo da patologia do jogo descreveu resumidamente os conjuntos psicofarmacológicos que se mostraram mais eficazes, apontando os antidepressivos, estabilizadores de humor e antagonistas opióides, como sendo os mais aconselhados. Tomando como referência as indicações de Grant (2007), a escolha de determinado fármaco depende das patologias e características apresentadas pelos diferentes jogadores: a) nos pacientes com um desejo muito forte ou que tenham como comorbilidades o abuso/dependência de substâncias o mais indicado seriam os antagonistas opióides; b) os antidepressivos (SSRIs) seriam os mais indicados para os pacientes que manifestem sintomas de ansiedade ou depressão; c) para os pacientes que manifestem sintomatologia impulsiva ou patologia que tivesse identificação com perturbação bipolar o estabilizador

do humor seria o mais indicado; d) em todos os casos deve-se sempre considerar a terapia cognitivo-comportamental (Cansado et al., 2008).

A adição ao jogo tem contornos muito variados, afetando todas as áreas da vida do jogador. É possível observar problemas de ordem física, psicológica e social, por estes factos justifica-se uma intervenção das diferentes áreas científicas. Esta reflexão das diferentes possibilidades de intervenção não se esgotou, por isso de seguida passamos a abordar a intervenção psicológica no problema de tratamento de uma adição ao jogo.

3.2. Intervenção Psicológica

Na literatura sobre a intervenção psicológica numa adição ao jogo, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é a que aparece mais referenciada, com técnicas muito específicas e que evidenciaram melhores resultados no tratamento de uma perturbação aditiva ao jogo. A TCC é uma técnica utilizada no tratamento das perturbações e comorbilidades apresentadas pelos jogadores. Apresenta uma maior incidência na intervenção comportamental com o reforço de não jogar, com o ensino de técnicas de resolução de problemas, utilizando uma abordagem mais cognitiva, trabalhando os aspetos relacionados com o comportamento ou na identificação das distorções cognitivas, ganhos, perdas, ilusões que são verificadas no ato de jogar e por fim a prevenção de recaída (Weinstock et al., 2008). Para que a adesão ao tratamento seja mais eficaz devem ser utilizadas técnicas de reforço positivo, bem como estratégias de abordagem motivacional e procedimentos de alerta das consultas (Hodgins & Peden, 2008). A intervenção cognitivo-comportamental mostra ter eficácia no tratamento do jogador patológico, nomeadamente no uso de recursos a estratégias baseados na abstinência, no reforço e prevenção de recaída, experimentadas com êxito, nos consumidores de drogas (Alegria, Bernardi & Blanco, 2010). Este modelo é, pois, de grande importância pelo facto de trabalhar a reestruturação cognitiva de forma a que padrões disfuncionais sejam substituídos por pensamentos mais realista (Luengo, 2004).

Na linha mais comportamental e segundo Thomas et al. (2015) o modelo descreve o problema de jogo como um comportamento mal adaptativo que foi aprendido, pelo que o objetivo do tratamento é que o comportamento do jogador sofra alteração e se modifique. Segundo Fong (2005) os métodos de tratamento mais utilizados nos

problemas de adição ao jogo são a terapia de aversão, a dessensibilização, a exposição ao vivo com prevenção de recaída. Cansado (et al., 2008) referem ainda a importância das técnicas de controlo dos estímulos, em que se propõe a limitação total ao controle do dinheiro, limitar o acesso aos amigos jogadores e locais de jogo efetuar o pedido de interdição à entrada em casinos.

Oliveira e Sáad (2006) referem-se a este modelo como sendo uma opção terapêutica que tem como principal objetivo orientar o jogador na procura e compreensão das razões que o levam a jogar, e na procura de estratégias para minimizar os sentimentos de impotência, depressão e culpa.

Fong (2005) quando se refere a uma abordagem psicossocial, diz que o que se mostrou mais eficaz a nível dos tratamentos de uma adição ao jogo, parece ser “uma combinação de diferentes técnicas, que incluem o tratamento de retirada do jogo, juntamente com a terapia individual e o recurso às técnicas de terapia cognitivo-comportamental” (p.39). A retirada de jogo ou abstinência total é defendido por Hubert (2008), mencionando, contudo, que deve ser acompanhada de adesão a um grupo de ajuda. Considera ainda que a ajuda farmacológica é necessária e fundamental nos casos mais graves bem como o apoio da família.

Outros autores abordam a terapia familiar com como hipótese de tratamento que se concentra na identificação das dinâmicas familiares, nos problemas existentes no seio da família com o objetivo de diminuir os conflitos. As consequências dos efeitos mais diretos do comportamento aditivo no funcionamento da família, reflete-se numa maior incidência de divórcio, na existência de conflitos, estes problemas funcionam como reforço do comportamento e aumenta a adição (Fong, 2005).

A depressão e o desequilíbrio emocional, são sintomas bem presentes na manutenção dos mecanismos do jogo patológico. As comorbilidades presentes numa perturbação de jogo são importantes para definir o tipo de intervenção e a escolha do tipo tratamento a seguir. As terapias diferenciadas, tais como a psicoterapia interpessoal, tem sido usada no tratamento da depressão, da fobia social, do transtorno bipolar, entre outros (Moragas et al., 2015).

Outras perspectivas terapêuticas como a Psicodinâmica utiliza técnicas específicas que trabalham a resistência, explorando as tentativas do paciente de evitar

determinadas questões. Assim foca a intervenção no afeto e na forma como o paciente expressa as suas emoções, trabalha a identificação de comportamentos, pensamentos e sentimentos padronizados, vai dar ênfase a acontecimentos passados, centrando-se nas experiências interpessoais, e explora os desejos, fantasias e sonhos do paciente, tendo todo este processo como base a relação terapêutica (Rosenthal, 2008). Ainda segundo o mesmo autor, não existem na literatura muitos estudos sobre pacientes com adição ao jogo tratados com base nas abordagens psicodinâmicas, estas aparecem associadas a tratamentos combinados.

Alguns tratamentos combinados verificam melhoras significativas na sintomatologia depressiva na qualidade de vida e nas relações familiares, vamos de seguida abordar o tratamento da adição ao jogo numa perspectiva de intervenção multidisciplinar.

3.3. Intervenção multidisciplinar

Segundo Weinstock et al., (2008), o tratamento do jogador patológico pode beneficiar quando se alia a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), com a adesão a um grupo de jogadores anónimos (Bisso-Andrade 2007). O Jogo patológico representa um grande desafio terapêutico pelo que a associação ao tratamento de farmacoterapia o acompanhamento de psicoterapia, apoiada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental como uma abordagem que permite alcançar um maior índice de recuperação na depressão, sendo um aspeto que apresenta muitos benefícios nos tratamentos combinados (Keller & Cols 2000, citado em Marlatt et al., 2009).

Weinstock et al. (2008) fazem uma abordagem social, em que a intervenção representa de facto uma mais valia na tomada de consciência deste transtorno, através da formação e promovendo o esclarecimento das famílias e dos trabalhadores da área da saúde, para uma maior sensibilização para deteção destes comportamentos, permitindo uma intervenção mais eficaz.

Segundo Sáad (2006) a intervenção com a família, associada a outras técnicas de intervenção num tratamento de recuperação do jogador com adição ao jogo, é muito importante, pois os comportamentos causados pelo jogo, dão origem a graves problemas individuais e familiares. “Surgem as mentiras, os enganar, a falta de confiança, os

problemas financeiros, etc. A intervenção focada na família é pois muito importante, se não fundamental, para que a intervenção possa ser levada a cabo com sucesso” (p. 163).

Sendo o tratamento dos transtornos de jogo promissor, as técnicas e estratégias usadas até hoje são iguais às de outros transtornos aditivos. Contudo ainda se ignoram aspetos psicossociais importantes, nomeadamente o facto de ser possível identificar a influência das substâncias químicas nesta patologia e distinguir estas das comportamentais como fundamental no desenvolvimento de estratégias de intervenção (Marlatt et al., 2009).

Orford (2007) também é de opinião que o tratamento de uma adição ao jogo beneficia de recurso a apoio farmacológico, da ajuda e envolvimento da família, participar em organização de interajuda como os Jogadores Anónimos, bem como incluir outras formas de suporte como ajuda pelo telefone e o recurso a manuais de autoajuda. E ainda podemos incluir as intervenções educativas e de autoajuda financeira (Rizeanu, 2015).

Finalizado o enquadramento teórico sobre o tema da adição ao jogo, nas várias dimensões que pode assumir, pensamos ter criado as condições necessárias à apresentação do estudo empírico que dá corpo à parte prática da presente dissertação

CAPITULO IV – ESTUDO EMPÍRICO

Adição ao jogo *online*: Duas perspectivas complementares

Tendo como objetivo refletir e compreender a adição ao jogo de azar *online*, optamos por estudar duas perspetivas de dois elementos que “partilham” enquanto mãe e filho esta experiência, em dois registos distintos, mas que se complementam, e desta forma contribuir para uma melhor compreensão sobre a problemática da adição ao jogo envolvendo apostas a dinheiro, com utilização da internet como meio para jogar. Cunha (2015) refere a importância de existirem estudos de diferentes perspetivas sobre o mesmo problema, pois vai tornar possível conhecer de forma mais concreta os diferentes subsistemas que se encontram em redor do jogador, que possam ser importantes na compreensão de um processo de adição ao jogo.

4. Método

4.1. Participantes

São dois os participantes do estudo. O primeiro, F (será referenciado assim para podermos manter o anonimato), tem 35 anos, é solteiro, vive com os pais, possui formação superior em Engenharia, encontra-se a trabalhar em tempo parcial e a frequentar um segundo Mestrado. O segundo participante é a mãe de F, tem 65 anos, é casada, com três filhos, comerciante e possui o equivalente ao 9º ano de escolaridade.

A inclusão da mãe como parte integrante do estudo de caso decorreu da sugestão de F, aquando do primeiro contacto estabelecido no sentido da sua participação no estudo e prendeu-se com o facto da mesma ser presença constante no seu dia a dia, e de ter tido um papel de particular relevo em todo o processo de acompanhamento da evolução do filho na sua relação com o jogo.

As condições éticas inerentes a um estudo deste tipo foram salvaguardadas e validadas pela Comissão de Ética da UFP.

4.2. Instrumentos

Os procedimentos para a obtenção dos dados pretendidos e concretização dos objetivos previamente definidos a que nos propusemos, foram elaborados os seguintes instrumentos distintos:

Entrevista semiestruturada realizada com F (Anexo B)

Entrevista semiestruturada realizada com a mãe (Anexo C)

Entrevista de recolha da história clínica de F (Anexo D)

O consentimento informado (anexo E) informou os participantes do objetivo do estudo, e serviu para solicitar a sua contribuição e eventual concordância para participar, assegurando os requisitos éticos indispensáveis

4.2.1. Entrevista semiestruturada

A utilização de entrevista semiestruturada teve como objetivo recolher a informação possível sobre a experiência pessoal dos sujeitos num processo de adição ao jogo *online*, espelhando o modo como o problema foi experienciado quer por F quer pela sua mãe. Pretendia-se com esta forma de recolha de informação aceder às vozes dos dois participantes enquanto elementos que percorreram diferentes caminhos na vivência da adição ao jogo online: F percorreu um trajeto mais diretamente associado à adição e à experiência quer objetiva, quer subjetiva deste fenómeno; a mãe de F fez um percurso que em nossa opinião podemos considerar paralelo, mas com cruzamentos com o filho, na medida em que não evidenciando experiências pessoais aditivas esteve presente de forma ativa assim que tomou conhecimento do problema.

Muitas poderiam ter sido as questões escolhidas para dar corpo às duas entrevistas, mas face a essa multiplicidade optamos por nos centrar predominantemente nas modificações observadas nas diferentes dimensões da vida do sujeito enquanto jogador, na dimensão pessoal, profissional e social, numa situação de adição ao jogo online.

Foi igualmente nossa escolha não divergir nas questões apresentadas aos dois participantes, mantendo formatos e conteúdos o mais próximo possível como se poderá constatar nos guiões de ambos (Anexos B e C). Por trás desta decisão não esteve qualquer intenção de confirmação dos discursos de F ou de sua mãe, através da sua sobreposição.

Pelo contrário, acreditamos que o acesso à informação de dois sujeitos diferentes, ainda que sobre a mesma matéria (a adição ao jogo de um deles), nos permitiu uma leitura mais rica, porque complementar, deste fenómeno, sustentados na crença de

que a experiência ainda que partilhada é em primeira mão subjetiva, construída, e por isso única.

No guião das questões colocadas à mãe de F enquadrámos uma pergunta suplementar relacionada com o seu envolvimento pessoal em todo o processo.

Assim na entrevista de F foram efetuadas 12 questões que se consideraram orientadoras no processo de conhecimento do problema abordado, e são as seguintes:

1. Como é que define o seu problema de jogo? (o que joga/jogava; quantas horas; *online*, outro contexto...)

2. Como é que surgiu este hábito?

3. Como é que foi evoluindo?

4. Quando pensa na experiência que foi tendo com o jogo que efeitos é que esta prática teve em si (o que sentia, o que lhe provocava...)

5. No que diz respeito às consequências nas várias áreas da sua vida (pessoal, académica, familiar, social, profissional...) quais os efeitos mais relevantes do hábito de jogar em cada uma delas?

6. O que é que esteve na base do pedido de ajuda?

7. Que apoios teve (e de quem) durante o período em que jogava (que apoios teve e de quem)?

8. E no processo de paragem do comportamento de jogar?

9. Quais os fatores (pessoais, contextuais...) que dificultaram a decisão de parar de jogar?

10. Quais têm sido as maiores dificuldades no período de paragem de jogar?

11. Qual o balanço que faz deste processo?

12. O que espera do futuro?

O guião de entrevista cujas questões foram direcionadas para serem respondidas pela mãe de F é o seguinte;

1. Como é que define o problema de jogo do seu familiar? (o que joga/jogava; quantas horas; *online*, outro contexto...)

2. Em sua opinião como é que surgiu este hábito?
3. Como é que foi evoluindo?
4. Quando pensa na experiência a que foi assistindo, que efeitos é que esta prática teve no seu familiar (o que sentia, o que lhe provocava...)?
5. No que diz respeito às consequências nas várias áreas da vida do seu familiar (pessoal, académica, familiar, social, profissional...) quais os efeitos mais relevantes do hábito de jogar em cada uma delas?
6. O que é que esteve na base do pedido de ajuda por parte do seu familiar?
7. Que apoios teve (e de quem) durante o período em que jogava?
8. E no processo de paragem do comportamento de jogar?
9. Em sua opinião quais os fatores (pessoais, contextuais...) que dificultaram a decisão do seu familiar de parar de jogar?
10. Quais têm sido as maiores dificuldades do seu familiar no período de paragem de jogar?
11. Qual o balanço que faz deste processo?
12. O que acha que o seu familiar pode esperar do futuro?
13. Como é que define o seu papel neste percurso de acompanhamento do seu familiar?

4.2.2. Questionário sócio demográfico

Foi efetuado um questionário de caracterização pessoal a F, no dia 09 de Março de 2016, pelas 18 horas, nas instalações da UFP, para aferir de alguns dados pessoais importantes para o estudo, como a idade, escolaridade, estado civil, profissão, escolaridade e profissão dos pais e irmãos, ou outros considerados relevantes para o estudo existentes na família, entre outras, sempre tendo em atenção a salvaguarda de anonimato de F e de sua família.

4.2.3. História clínica

A recolha sumária da informação que constitui tradicionalmente a “história clínica” de F, foi por nós considerada pertinente pois permitiu aceder a um conjunto de dados que para além de enquadrar o desenvolvimento de um participante que “conhecemos”, com 28 anos, nos permitiu completar uma visão que é sempre parcial quando reflete um contacto único com o participante.

Optamos por não transcrever esta informação para o corpo de texto da presente dissertação para evitar qualquer eventual reconhecimento de F. Os dados recolhidos foram relevantes aos nossos olhos estão integrados na discussão dos resultados e devidamente assinalados. A recolha da informação cumpriu os trâmites tradicionais (Anexo D) que passamos a enumerar

Os Antecedentes Pessoais (Doenças infantis e marcos do desenvolvimento).

História familiar (acontecimentos familiares importantes).

História social.

Comportamento socio afetivo.

Percurso escolar: Pré-escola: 1º ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo 11º e 12º ano.

Quais as habilitações literárias.

História clínica: medicação, problemas de visão, doenças crónicas, Internamentos, Intervenções cirúrgicas, alergias, problemas saúde (físicos e psicológicos) na família.

4.3. Procedimento

4.3.1. Recolha de informação

As entrevistas semiestruturadas de F e de sua mãe, foram efetuadas a 09 e 23 de Março de 2016, respetivamente. Tiveram a duração de cerca de duas horas cada, decorreram nas instalações da UFP, de forma individual, em local previamente reservado para o efeito, em hora e dia acordada com os participantes. Foram salvaguardadas todas as condições de anonimato e confidencialidade.

Quando terminadas as entrevistas, o agradecimento pela participação foi novamente demonstrado, referindo-se a importância da colaboração dos participantes no estudo a realizar e foi também acordado entre ambas as partes futuras interpelações sobre o tema caso se tornasse pertinente e necessário no desenrolar do estudo.

As perguntas e as respostas foram objeto de gravação áudio, posteriormente transcritas de forma rigorosa para papel, para posterior interpretação e análise.

4.3.2. Metodologia da análise da recolha de informação

4.3.2.1. Justificação da escolha do método qualitativo

A pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica não pretende uma verificação direta dos resultados e conclusões, mas antes explicar o fenómeno ou processo em estudo. O pesquisador é quem constrói a informação, utiliza processos e instrumentos específicos, como a entrevista, como um meio de auxílio para construir informação. (Pinto, 2004).

A investigação qualitativa não deve ser entendida como superior à quantitativa, mas sim como uma alternativa ao dispor dos investigadores. Estas duas metodologias de investigação vão dar respostas a diferentes questões, com a consciência que a escolha de métodos diferentes dá origem a formas de conhecimento diferentes (Fernandes & Maia, 2001).

A investigação não é vista como neutra ou objetiva, reconhece-se a existência de momentos de descoberta e redescoberta, estuda-se os fenómenos no seu meio natural, logo a investigação deve ser compreendida como um processo interativo (Fernandes & Maia, 2001).

Tendo como fim compreender a adição ao jogo *online*, através de duas perspectivas complementares utilizamos o método proposto pela *Grounded Theory*, procedendo à recolha, registo, transcrição, organização, interpretação, estudo e construção hierarquizada da informação obtida em categorias, para uma análise criteriosa e fundamentada dos resultados, de modo a reconstruir um modelo de interpretação dos dados que dê espaço à emergência da experiência subjetiva dos dois sujeitos. Para Fernandes e Maia (2001) “A metodologia qualitativa é utilizada em estudos que

contextualizam o conhecimento, tomando o próprio processo de construção de conhecimento como uma dimensão importante a considerar” (p.50).

Porque achamos de relevo o potencial discursivo de alguém com uma adição ao jogo *online* e de alguém que “assistiu” e entrevistou neste processo (a mãe de F) a escolha desta forma de abordagem foi consciente e esperançosa nos significados possíveis de serem encontrados nestas duas vozes.

4.3.2.2. *Grounded Analysis Theory* ou teoria sustentada nos dados

Segundo Corbin e Strauss (1990) A *Grounded Analysis Theory* ou teoria sustentada nos dados consiste numa metodologia de investigação qualitativa em que os procedimentos “são projetados para desenvolver um conjunto bem integrado de conceitos que fornecem uma completa explicação teórica dos fenómenos sociais em estudo. Deve ser explicada tal e qual é descrita” (p. 41).

Ainda segundo o mesmo autor, os três componentes fundamentais de qualquer investigação de índole qualitativa são os dados, a codificação que é efetuada através dos processos de análise ou interpretação dos dados que são técnicas para conceptualizar os dados e que levam à interpretação de cariz teórico e os relatórios de investigação.

O recurso à estratégia de interpretação de dados com base na *Grounded Theory*, tem como objetivo obter um processo organizador dos resultados, uma maior concentração no foco de estudo através de uma codificação seletiva com objetivo de construção de uma narrativa alternativa e assim contribuir para uma melhor análise e compreensão dos dados obtidos. Facilita a orientação do investigador através de um processo indutivo de produção de conhecimento, organizado e obedecendo a uma sequência que busca uma maior complexidade de integração e tem como objetivo final gerar teoria (Fernandes & Maia, 2001). O pesquisador vai desenvolver constructos, não partindo de ideias predefinidas, mas de categorias emergentes dos discursos que expliquem o fenómeno em estudo através da relação existente entre elas, em que a teoria se deve combinar com os dados (Guerra, 2012).

Os procedimentos da *Grounded Theory* estão definidos com base numa rigorosa construção e vão permitir e até proporcionar a criatividade necessária à ocorrência de um dos princípios básicos de construção de uma teoria: a interpretação e conceptualização

dos dados. A criatividade contém uma certa sensibilidade teórica, que permite não só dar sentido e significado aos dados como olhar para além da literatura (Fernandes & Maia, 2001).

Glaser (1978, citado por Guerra, 2012) define alguns processos metodológicos utilizados pela *Grounded Theory*, como a “codificação substantiva” que consiste na codificação dos conceitos e das características observadas, atribuindo-lhe um significado, posteriormente deve ser efetuada uma “codificação teórica” que consiste na colocação dos códigos substantivos, dos conceitos e das relações obtidas compiladas em famílias de codificação, verificando-se as possibilidades de relação entre conceitos substantivos.

Fonte (2005) descreve de forma detalhada os passos a seguir num processo de investigação em que esteja subjacente a *Grounded Analysis*:

1) Seleção do material relevante para análise – A leitura das entrevistas deve ser o primeiro passo do processo, o segundo passo consiste em colocar de forma resumida os principais temas implícitos nas referidas entrevistas, tendo como fim a construção de conceitos do que foi dito.

2) Categorização descritiva – este procedimento vai consistir na procura da categorização das unidades de análise. Para tal procura-se encontrar termos usados pelos entrevistados, ou seja, frases ou ideias.

3) Elaboração de memorandos – durante o processo de construção de categorias, novas análises e pensamentos podem emergir bem como podem ser encontradas novas hipóteses sobre a sua importância e o significado das suas relações entre outros aspetos.

4) Categorização conceptual – esta etapa trabalha as categorias descritivas que vão ser agregadas em várias categorias conceptuais. “Estas são de um nível mais abstrato e compreendem diferentes categorias descritivas” (p. 294).

5) Categorização central – são criadas categorias com caráter mais geral, constituídas por diversas categorias conceptuais e “são comuns às categorias conceptuais das diferentes entrevistas” (p. 294).

6) Hierarquização de categorias – Nesta fase do processo passa-se à elaboração de hierarquias das categorias, conforme for viável e a partir da categorização cumulativa

bem como das relações que existam entre as diversas categorias quer conceptuais quer centrais, em cada domínio.

7) Clarificação estrutural – esta fase clarifica a estrutura das hierarquias que emergem do discurso, “através da fusão ou suspensão provisória das categorias idiossincráticas (Rennie, Philips e Quartaro, 1988). Ou seja, se o objetivo for caracterizar o discurso do grupo e não de sujeitos individuais, poder-se-á optar por integrar as categorias que só tenham sido expressas por um entrevistado noutras categorias mais frequentemente referidas pelos sujeitos com um significado idêntico. Quando tal facto não é possível, estas deverão ser mantidas, temporariamente à parte da estrutura hierárquica construída, até no final da codificação se verificar se haveria mais sujeitos que a elas se referissem” (p.295).

8) Construção do discurso do grupo – chegamos a um ponto do processo em que já se torna possível efetuar um primeiro resumo do que foi encontrado no discurso do grupo. Importa ressaltar que todas estas etapas descritas obedecem a etapas muito concretas que se sucedem de forma a integrar cada uma delas.

Na finalização de todo este processo, o responsável pela investigação assume a interpretação e a partilha dos dados baseados na sua própria subjetividade, tendo como objetivo uma relação estreita entre a teoria e a realidade (Fernandes & Maia, 2001).

No presente estudo, as etapas 7 e 8 não foram aplicadas uma vez que não foi pretendido aceder ao discurso de um grupo, mas antes, detalhar a produção discursiva de apenas dois participantes.

4.4. Apresentação e discussão dos resultados

Como anteriormente referido, o método qualitativo utilizado para análise das respostas dadas pelos sujeitos que participaram neste estudo (F e sua mãe), foi o preconizado pelas técnicas baseadas nos pressupostos da *Grounded Analysis Theory*. Segundo Fernandes e Maia (2001) “O método de comparação constante é o princípio central da *Grounded Theory* e consiste num movimento contínuo entre a construção do investigador e o retorno aos dados, até o processo ficar saturado” (p. 55). Da análise detalhada das entrevistas realizadas, procedemos à categorização descritiva das mesmas,

ou seja, à categorização das unidades de análise com base na expressão oral usada pelos entrevistados, por nós transcrita. “As teorias compreendem a possibilidade de exploração de cada nova situação para ver se se adequam, como se podem adequar ou não, exigindo uma abertura do investigador para o carácter provisório de qualquer teoria” (p. 54).

Este estudo, ao recorrer à abordagem qualitativa, visou uma melhor leitura e compreensão dos dados fornecidos pelos participantes.

Procedemos, pois, a uma representação organizada das principais categorias que foram surgindo ao longo da análise dos dados emergentes das entrevistas, obtendo desta forma uma hierarquização das respostas mais significativas de cada questão formulada.

Passamos de seguida à apresentação das tabelas que agregam os resultados da análise das respostas a cada questão colocadas nas entrevistas.

Escolhemos apresentar para cada questão, os resultados da categorização das unidades discursivas quer de F, quer da mãe, sequencialmente, seguidos de uma análise comparativa dos pontos de convergência e de divergência que em nossa opinião se evidenciaram.

O procedimento implica que, partindo de diferentes unidades discursivas (unidades de análise), se tenha construído categorias conceptuais (ou de 2ª ordem) que, por sua vez, e de forma organizadora resultaram nas categorias centrais ou de 1ª ordem.

Estas três formas de organização do discurso estão apresentadas nas tabelas que se seguem, para cada questão dos guiões das entrevistas.

A tabela número 1.a) representa as respostas à questão número 1 dedicada à definição do problema de jogo por parte do sujeito, e deram origem às seguintes categorias:

Na questão número 1, podemos destacar das respostas de F que é para ele evidente o problema de jogo vivenciado, que teve um impacto profundo na sua vida, impacto este verificado na análise das categorias encontradas: “impacto físico” (n=1) “impacto cognitivo” (n=2), “impacto emocional” (n=2), “impacto familiar” (n=1).

Tabela 1.a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 1 colocada a F.

Questão 1: “Como é que define o seu problema de jogo? (o que joga/jogava; quantas horas; online ou contexto...).”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Considerarei grave” “Era de picos” “Inicialmente não era tão regular” “Se calhar mais ao fim de semana”	Grave e repetido N= 3	Grave N= 3
“Me afetou fisicamente, “	Impacto físico N=1	
“Quer a nível mental” “Meu desempenho mental diminui,”	Impacto cognitivo N=2	
“Influenciava o meu estado de humor” “Aborrecido”	Impacto emocional N=2	Impacto múltiplo N=6
“Bastantes problemas com as relações familiares mais próximas”	Impacto familiar N=1	
“Nunca jogava com os amigos” “Procurei por iniciativa própria,” “Não houve amigos nem influencias”	Irrelevância dos amigos N=3	Irrelevância dos amigos N=3
“Era mesmo só no computador,” “Através da Internet”,	On line N=2	
“Uma fase em que eram, se calhar, mais de 3 horas,” “Nos jogos de casino ...jogava 3 horas por dia, às vezes 6 “Horas/8horas.8 a 12 horas máximo 12 horas”	Entre 3 a 12 horas N=3	Muitas Horas online N=5

Após a análise categorial foram agregadas na categoria de 1ª ordem “Impacto múltiplo” (n=6), que obteve uma maior incidência de referências (N=6). As muitas horas despendidas no jogo, é também uma constatação de F que respeita ao seu padrão aditivo congregando 5 referências (“Muitas horas online”). Assim, das unidades de análise mais significativas encontradas no discurso de F, como resposta à 1ª pergunta: “Como é que define o seu problema de jogo? “e após hierarquização em categorias conceptuais e posteriormente em categorias centrais, podemos concluir que F, face ao seu problema de adição ao jogo, se encontrava física e mentalmente afetado, com a perceção clara de que a sua dependência de jogar era uma situação grave, e que os amigos foram irrelevantes no desenvolvimento do seu problema.

Quando colocada à mãe a questão 1 – “Como é que define o problema de jogo do seu familiar? (o que joga/jogava; quantas horas; online ou contexto...)” as suas respostas (contempladas na tabela 1.b) organizaram-se em 3 categorias centrais ou de 1ª ordem: Alienação”, que contém 4 referências e se sustenta nas categorias isolamento e desinteresse; “Doença” (com 3 referências) e finalmente a categoria única ou residual “Muitas horas”.

Tabela 1.b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 1 colocada à mãe.

Questão 1: “Como é que define o problema de jogo do seu familiar? (o que joga/jogava; quantas horas; online ou contexto...)”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Observava nele um isolado em casa”	Isolamento (n=1)	Alienação (n=4)
“Uma desconcentração”, “Desinteresse pela vida em si, profissional e até afetiva “ “Desinteresse por se alimentar,”	Desinteresse (n=3)	
“As horas são muito difíceis de contabilizar, diria que eram muitas horas.”	Muitas horas (n=1)	Gasto de Muitas horas (n=1)
“Estava numa situação muito deteriorado” “Como não foi possível ele ter uma anorexia,” “A doença da mente atacou-lhe também o físico.”	Doença (n=3)	Doença (n=3)

O que de mais relevante emerge das respostas dadas pela mãe de F à primeira pergunta “Como é que define o problema de jogo do seu familiar?” é o facto de surgir como uma doença, e ao mesmo tempo como um afastamento do filho da realidade, expressões que nunca surgiram no discurso do filho.

Quando conjugamos a informação dos dois participantes no estudo verificamos a partir das categorias emergentes no discurso de cada um deles que apenas convergem no núcleo de significado “Muitas horas de jogo”. Esta convergência tem um significado importante na descrição do problema, na medida em que aponta e define da gravidade de um comportamento aditivo. Segundo Griffiths (2002, citado por Orford, 2007) as muitas horas dedicadas ao jogo são uma das características visíveis num comportamento de um jogador com adição ao jogo. F tem um discurso mais específico acerca da severidade do

problema e das consequências, enquanto que a mãe traz à reflexão o conceito de doença e a noção de alienação.

Esta consciência também está presente em F, mas no formato de resultado, de impacto do jogo, possível verificar no seu discurso. Encontramos em diferentes estudos sobre a adição ao jogo, referências a problemas físicos e psicológicos, que causam grande impacto na vida do jogador, tais como: perturbação de humor, dependência de substâncias, perturbações da personalidade, problemas de ansiedade e controlo dos impulsos, entre outros (Park et al., 2009; Ballone, 2006; Hubert, 2014).

A própria APA (2013) quando faz a descrição dos critérios necessários para a definição de uma adição ao jogo refere que o sujeito mantém o “comportamento problemático, persistente e recorrente em relação ao jogo, que conduz a um mal-estar e défices clinicamente significativos”, apesar do impacto nas múltiplas áreas de vida. Sendo que a característica essencial do jogo patológico, consiste num comportamento desadaptado persistente e recorrente face ao jogo que conduz a disrupções dos objetivos pessoais, familiares e profissionais.

E como o estabelecimento de uma adição é sempre um processo, com forma e duração no tempo variada, pareceu-nos relevante questionar tanto a F como a sua mãe sobre o surgimento deste comportamento, patente na questão 2.

A tabela 2. a) condensa as unidades discursivas e respetiva hierarquização recolhidas e construídas a partir do decurso de F quando lhe foi perguntado “Como é que surgiu este hábito?”.

Na análise dos resultados obtidos sobressai a importância da categoria de 1ª ordem ou central “Pelos resultados” (7 referências), construída com base nas categorias intermédias “resultados imediatos” e “ganhos e perdas”. As restantes categorias de 1ª ordem associam o jogo a problemas da vida profissional (5 referências) ao desafio e prazer típicos do jogo (4 referências que vêm das categorias de 2ª ordem “componente desafio” e “componente prazer”).

Surge ainda no discurso de F o processo de escolha do jogo online (5 referências) que nos permite perceber que o seu padrão de comportamento aditivo não é indiferenciado.

Pelo contrário, há todo um processo de experimentação de jogos de azar/sorte até se deter numa escolha específica, que implica já alguma estratégia por parte do jogador – o *blackjack* – e que permanece como jogo de eleição.

Este comportamento pode ter explicação no facto de o jogador procurar nos resultados rápidos conseguidos com determinados tipos de jogos, uma sensação imediata de recompensa emocional (Orford, 2007).

Tabela 2.a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 2 colocada a F.

Questão 2: “Como é que surgiu este hábito?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
“Comecei a trabalhar, tinha 21 anos (...)” “Tinha uma vida muito preenchida” “Com 21 anos era responsável do departamento de qualidade da empresa”. “Tinha uma equipa de 12 pessoas a meu cargo”	Aspetos Profissionais positivos (n= 4)	Problema Associado à vida profissional (n= 5)
“Coincidiu em finais de 2007 em que comecei a trabalhar liberal”	Mudança laboral (n=1)	
“Sempre gostei do jogo” (Sempre gostei) “Da envolvimento do jogo” (Sempre gostei)	Jogo componente desafio (n=2)	Desafio e prazer associados ao jogo (n=4)
“Do desafio matemático” “O desafio sempre me atraiu”.	Jogo componente de prazer (n=2)	
“Foi a partir desses (...), que explorei outros tipos de jogo, sentia que não tinha tempo necessário para me dedicar ao poker e à aprendizagem do poker” “O poker necessita de um estudo para ser bem-sucedido, mais aprofundado, nunca tinha tempo para isso”. “A complexidade era elevada e saltei essa etapa”	Afastamento da complexidade do <i>poker</i> (n=3)	Escolha do tipo de jogo (n=5)
“Os jogos de casino pela roleta era mais jogo de sorte/azar” “Depois passei para o blackjack que era de sorte e azar, mas tem estratégia”	Preferência pelo jogo sorte/azar (n=2)	
“Procurei algo mais imediato” “Era muito diferente o imediatismo de ganhos”	Resultados imediatos (n=2)	
“Os meus ganhos do poker nunca passavam de 1.000€” “O máximo que apostei foi 100€, no poker”. “Nos jogos de casino, o máximo que consegui ganhar foram 40.000€” “Cheguei ao ponto de fazer apostas de 5.000€” “Cheguei a perder mais de 100.000€ com as apostas da roleta”	Ganhos e perdas (n=5)	Pelos Resultados (n=7)

Este hábito, pode também ter encontrado um jardim para florescer, pois jogar pode ser também uma forma de fuga aos problemas (no caso F os problemas a nível

profissional). Para Tomasz Dąbrowski's (citado por Hoffmann, 2011) a fantasia de obter grandes ganhos são uma forma de fuga, para muitos jogadores, pois permite fugir aos problemas e evitar quadros desagradáveis de ansiedade.

Mas é claro que existem outros fatores que podem tornar agradável o hábito e a continuidade de jogo, encontramos estes na vertente mais ligada à satisfação e prazer com o jogo, facto que explica a repetição do hábito e o envolvimento do jogador, chegando a alcançar, níveis doentios. Fernández-Alonso (1996) refere que a dedicação ao jogo de um jogador aditivo, é de tal forma “que pode chegar a sentir os mesmos níveis de uma embriagues, inclusive de êxtase” (p.224).

Ao analisarmos e refletirmos acerca das diferentes escolhas de F, como o tipo de jogos, o tempo que dedica a esta prática, os motivos que apresenta para jogar, bem como o facto de optar pelo jogo online, percebemos a existência de um comportamento revelador de uma escalada característica de um processo aditivo.

Estas escolhas, vão de encontro a algumas características de F, como o facto de ser pouco sociável, possuir um grupo restrito de amigos, nunca ter tido uma namorada estável e quase não tem vida social, só algumas vezes sai com o irmão e alguns amigos deste. (informação obtida quando se efetuou a história clínica).

Alguns autores fazem referência à existência de facilitadores que se encontram presentes num processo de adição ao jogo. Cormack e Griffiths (2012) referem as facilidades e oportunidades existentes de acesso aos jogos online, bem como da variedade disponível e o facto de ser anónimo, como facilitadores para o desenvolvimento de um comportamento aditivo. Bellringer et al. (2013) acrescentam ainda as características individuais, idade, sexo e condições económicas.

A partir das respostas que solicitamos à mãe foram construídas diferentes categorias a partir do discurso de F, e encontram-se sintetizadas na tabela 2.b):

Assim, na questão 2, podemos salientar que as seguintes categorias de 2ª ordem “Vítima de aspetos profissionais” (n= 3) e “Vítima de amigos” (n=1) se agruparam na categoria de 1ª ordem com mais referências: “Vítima de várias situações” (n=5). As categorias de 2ª ordem, “Outras dificuldades” (n=1) e “caráter pessoal” (n =2) deram origem a categoria de 1ª ordem “Fatores pessoais” (n=3) que surge mais indiferenciada.

Tabela 2.b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 2 colocada à mãe.

Questão 2: “Em sua opinião como é que surgiu este hábito?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Foi um bocado o insucesso profissional,” “Teve o azar de trabalhar para entidades que não foram as mais corretas” “Causaram-lhe problemas para cumprir os compromissos dele.”	Vítima de aspetos profissionais (n=3)	Vítima de várias situações (n=5)
“Talvez algum amigo que o envolvesse e lhe dissesse para experimentar	Vítima de amigos (n=1)	
“Acho que foi uma bola de neve e que ele deixou-se envolver.”	Vítima de situação (n=1)	
“Devido a ter outros problemas (...)”	Outras dificuldades (n=1)	
“Ele dava muito de si,” “Pensava que podia salvar um e acabou por criar outros (...)”	Carater pessoal (n= 2)	Fatores pessoais N=3

Em suma, na resposta à pergunta. “Em sua opinião como é que surgiu este hábito?”: a mãe de F refere que a sua perceção é de que ele terá sido uma vítima de diferentes e diversificadas situações pessoais ou criadas por outros. A sinalização de que fatores pessoais também tiveram peso no surgimento deste problema aparece mais diluída e lata, como se pode constatar nas unidades discursivas da tabela 2.b).

Cruzando a análise dos dois discursos a evolução da adição ao jogo contemplada na questão 2 é perspectivada de forma díspar pelos dois participantes: enquanto que para F os resultados (enquanto ganhos e perdas com efeito imediato) são o núcleo de significado com mais peso no seu discurso, esta dimensão não surge por parte da mãe.

Esta apresenta apenas duas categorias de 1ª ordem que sumarizam quer a relevância da vitimização do filho por diferentes circunstâncias quer fatores pessoais que nas unidades discursivas se mantêm vagos.

Já no discurso de F encontramos 3 categorias finais associadas à especificação do jogo (resultado, desafio e prazer e escolha de determinado jogo de azar) apenas uma se associa à vida pessoal, mas mais especificamente à vida profissional.

Destes resultados podemos aferir que a visão de F revela uma perspectiva mais intrínseca que reflete a sua experiência de jogar, enquanto que a mãe evidência uma avaliação mais global e conseqüentemente mais distante da experiência que está em causa.

A forma como F descreve o seu processo aditivo, é bem exemplificativo do papel desempenhado, quer pelos diferentes acontecimentos de vida, como os problemas vivenciados a nível profissional, (tinha muito tempo livre, por motivo de desemprego), quer por questões mais ligadas, a aspetos psicológicos como o desafio e prazer que o jogo lhe proporcionava.

Jacobs (1986, citado por Blaszczynski & Nower, 2002) na sua teoria geral da dependência, faz alusão ao facto de determinados eventos de vida e de características de personalidade, interagindo com estados fisiológicos de excitabilidade, serem o cenário fundamental para o desenvolvimento de problemas de adição ao jogo.

O jogo pode também, ser uma forma de encontrar o prazer, principalmente por pessoas mais solitárias e que estão dececionadas com a sua vida (Ballone, 2006). Hubert (2014) refere ainda como “Sendo inevitável a existência de uma predisposição individual para desenvolver um problema de jogo “(p.33).

Contudo pensamos ser importante lembrar que na sua entrevista da historia clinica foi possível obter alguns dados sobre a familia. F, referiu ter mais dois irmãos (sexo masculino) sendo que um deles teve igualmente um processo aditivo, descrito como muito grave para o qual necessitou de ajuda da família bem como de ajuda especializada.

Podemos encontrar explicação para o surgimento do hábito de jogo *online*, em vários aspetos da vida do jogador. Estas podem ser encontradas na predisposição genética, em aspetos de ordem psicológica, nas suas motivações, crenças e atitudes, mas também no ambiente social, ou seja, nas características situacionais e estruturais, presentes na vida do jogador (Griffiths, 1999, citado por Griffiths, 2005).

Talvez ajude percebermos melhor o processo evolutivo de um comportamento aditivo através da descrição efetuada por Custer (1984, citado por Oliveira & Sáad, 2006) e que menciona três fases distintas: a excitação o jogador acredita que não ganhar; passa de seguida a um estado de otimismo, que se encontra fora da realidade, de seguida o desespero em que o individuo se encontra num física e psicológica doente.

O jogo online é praticado no conforto de casa, num contexto familiar e anónimo, prolongando e camuflando os efeitos do jogo aditivo, (Griffiths, 2011). Tendo como consequência o isolamento social do jogador (Hubert, 2014).

Esta condição de isolamento está desde cedo presente na vida de F, como já referimos, com base na recolha da história clínica.

A própria família não se apercebe de imediato do problema, e só quando os efeitos já são muito visíveis e limitativos, é que se torna evidente o problema, embora as razões permanecem muitas vezes inexplicáveis para quem está mais próximo, tal como se verificou no discurso da mãe de F.

Apesar de F descrever diversos acontecimentos como responsáveis pela evolução do seu problema aditivo, e ser a sua perceção sobre o processo, não podemos deixar de referir a importância dos processos de pensamento de um jogador, que se encontra de tal forma afetado que não reconhece as consequências nefastas de jogar.

Diferentes autores referem as distorções cognitivas, (por ex.: tendência só para reconhecer os ganhos e desvalorizar as perdas), como responsáveis pela manutenção de um comportamento de adição ao jogo, (as crenças com foco nos ganhos/perdas, incentivam a continuar o comportamento), que não são mais de que uma avaliação errada das consequências das perdas de jogo.

Hubert (2014), chama-lhes, “erros relacionados com a memória ou com a perceção seletiva na resolução de problemas e na avaliação de consequências, em que a componente emocional se sobrepõe à parte racional” (p. 41).

Interessantemente, ambos os participantes responderam à questão 2 que versava o surgimento da adição ao jogo considerando também alguns fatores que podem ser incluídos na evolução do problema. Este era o tema central da questão 3 que pretendia suscitar nos discursos a experiência de continuidade e envolvimento no comportamento aditivo.

Passamos a analisar as respostas à questão número 3, apresentadas na tabela 3. a): As respostas de F encontram-se sintetizadas na tabela 3.a) e delas retiramos, em primeiro lugar a preponderância do tempo.

Como categoria de 1ª ordem com mais referências (N=10) surge a categoria “por causa do tempo disponível” assente nas categorias intermédias “mais tempo livre” e “mais tempo por falta de ocupação profissional. A “descrição do percurso e paragem” é a segunda categoria de 1ª ordem com mais referências (n=8) condensando as unidades

discursivas que exemplificam a irregularidade da trajetória aditiva até à “escolha do *poker* e *blackjack*” (também categoria central).

Tabela 3. a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 3 colocada a F.

Questão 3:”. Como é que foi evoluindo?”		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
“Numa primeira fase jogava poker (...) depois jogava mais a roleta”	Percurso (n=5)	Descrição do percurso e paragem (n=8)
“O primeiro contato com o jogo foi em 2002/2003 “		
“Foi uma coisa esporádica”		
“Houve um interregno entre o poker e o jogo de casino”.	Motivos para parar (n=3)	
“Parei de jogar dois a três anos sem jogar, entre 2008 e 2010, (...)”		
“Não tinha tempo “		
“Estava a fazer uma atividade e não tinha necessidade”.	<i>Poker e blackjack</i> (n= 6)	<i>Escolha poker e blackjack</i> (n=6)
“E fiz uma transição para o <i>blackjack</i> , por estratégia”		
“Onde tive mais ganhos foi na roleta, mas no ultimo ano já não jogava roleta só jogava <i>blackjack</i> ”		
“No <i>blackjack</i> as apostas eram mais reduzidas”		
“Os ganhos não eram mais altos”		
“E surgiu o <i>poker</i> novamente (...)”		
“Inicialmente comecei pelo <i>poker</i> ”	Evolução Gastos (n=2)	Evolução Gastos (n=2)
“Em termos de valores não devo ter gasto mais de 100€ no total (<i>blackjack</i>)”		
“Foi depois por volta de 2007/2008 que eu devo ter gasto à volta 5.000€ na parte do jogo em <i>poker</i> .”		
“A minha ocupação teve muita influencia”	Mais tempo por falta de ocupação profissional (n=7)	Por causa do tempo disponível (n= 10)
“A partir de 2010 comecei a estar menos ocupado “		
“Trabalhava só uma parte do dia”.		
“Quando estava a trabalhar em empresas não jogava”	O jogo como ocupação do tempo livre (n=3)	
“Passei mais ou menos cinco meses sem trabalho e passei a profissional liberal”		
“Houve uma segunda etapa em que deixei a empresa”		
“Quatro a cinco meses em que andei à procura de trabalho”	Plataforma online (n=3)	Disponibilidade do jogo online (n=3)
“O jogo começou a ocupar grande parte do meu diário”		
“Passei literalmente de 37 horas para 20 horas semanais”		
“Foi uma altura em que o jogo me surgiu”.		
“Usava uma plataforma on line que só tinha o <i>poker</i> em 2007 “		
“Usava uma plataforma de 2002”		
“Comecei a usar outras plataformas outros serviços por curiosidade”		

De seguida identificamos as unidades e categorias encontradas na análise das respostas da mãe à questão número 3, refletindo a experiência ainda que à distância do crescente envolvimento do filho na adição ao jogo: atenção às margens desta página e da anterior.

Tabela 3. b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 3 colocada à mãe.

Questão 3: “Como foi evoluindo?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Nesse pormenor nunca falei assim muito “	Não sabe (n=2)	Não sabe (n=2)
“Nunca fui ao pormenor de saber”		
“Acho que ele se deixou arrastar”		
“Ele chegou a gastar o que tinha e ainda algum que pôde tirar da minha conta.”	Perda de controle (n=2)	Ciclo repetido (n=4)
“Que ia ganhar e que ia colmatar uma situação”	Jogo como solução para dívidas (n=2)	
“Ele tentava superar através do jogo para que eu não viesse a saber que ele estava a cair em dívida “		

Esta experiência pauta-se pelo desconhecimento de como se processou a evolução do comportamento de F, patente nas respostas que originaram a categoria central ou de 1ª ordem “Não sabe” (n=2). As categorias de 2ª ordem “Perda de controle e “Jogo como solução para dívidas” deram corpo à categoria de 1ª ordem “Ciclo repetido” que espelha a autoalimentação do processo aditivo específico do jogo: perde-se e volta-se a jogar não só para ganhar, mas para recuperar as perdas.

Na análise conjunta das categorias emergentes do discurso quer de F quer da mãe no que se refere à evolução do processo aditivo relacionado com o jogo de azar online encontramos novamente uma maior profusão de categorias de 1ª ordem no caso de F. Para este participante a evolução está clara: sequenciação das várias experiências com diferentes jogos, situações que o fizeram temporariamente parar e a disponibilidade online do estímulo.

A dimensão do tempo assume nesta resposta um peso interessante na evolução da adição: a falta de ocupação profissional e a ocupação do tempo disponível com a atividade de jogar conjugam-se como mais uma oportunidade, como mais um fator de disponibilidade desta vez não do jogo (na plataforma online) mas do jogado. Para a mãe esta clareza não existe. Não sabe explicar como evolui o processo. Reteve apenas a repetição dos ciclos, talvez a repetição incompreendida do comportamento.

Apesar de estar descrito como entidade nosológica especificada por vários autores, que definem um conjunto de manifestações comportamentais possíveis de ser observadas numa adição ao jogo, como o referido por Fernández-Alonso (1996) em que descreve 7 sete elementos que compõem o mundo interior de um jogador aditivo. 1. Uma grande preocupação com o jogo e como obter dinheiro para jogar; 2. Experimenta fortes emoções, só com a expectativa de jogar; 3. Sente uma excitação de prazer quando começa o jogo, que aumenta com o aumento das apostas; 4. Prolonga o jogo à mínima desculpa; 5. Mesmo perdendo, volta a jogar com o propósito de recuperar das perdas; 6. Observa-se a síndrome de abstinência e irritabilidade, (ansiedade, problemas de comportamento), quando não pode jogar; 7. A falta de controle que se reflete no fracasso e nos esforços para interromper o jogo.

O transtorno de jogo (jogo patológico) é descrito no DSM 5, como “um comportamento problemático, persistente e recorrente, em relação ao jogo que conduz a mal-estar e défices clinicamente significativos, tal como indicado pela exibição pelo indivíduo de 4 (ou mais) dos seguintes critérios durante um período de 12 meses” (p.703). No caso em estudo e concentrando-nos nesta questão específica, é possível verificar no discurso de F e de sua mãe, a alusão a comportamentos que vão de encontro aos critérios mencionados, bem como ao tempo de duração do problema aditivo. O critério 1 (necessidade de jogar com quantias de dinheiro crescentes de modo a atingir a excitação desejada) é visível no discurso de F quando se refere à “evolução dos gastos” com o jogo; O critério 3 (Esforços mal sucedidos de controlar, reduzir ou parar de jogar) também se encontra pois apesar da referência ao tempo que tinha disponível para jogar, F fez a escolha, entre outros jogos que lhe proporcionaram continuar a jogar, mas com resultados mais elevados (caso blackjack); O critério 5 (Jogo frequente quando se sente angustiado (sentimento de desespero, culpabilidade, ansiedade, depressão) verifica-se igualmente na história recolhida.

A disponibilidade de tempo, pode ser um motivo, mas também pode ser uma desculpa, que faça sentido para F, no encontrar uma justificação para o seu comportamento; A plataforma *online*, referida por F como a utilizada para jogar, pode ser considerada a condição que vai proporcionar ou, segundo Hubert (2014) que deixa “antever uma evolução mais severa da patologia do jogo e das comorbilidades associadas” (p.188). F ao relatar o seu percurso de jogo, refere o facto de desde muito

jovem ter tido contacto com o jogo online (*poker*), apesar de ter parado de jogar de 2008 a 2010. Contudo voltou a este hábito e inclusive procurou outros jogos mais adequados às suas características (impulsividade, ganhos rápidos). Este facto encontra-se relatado em diversos estudos sobre adição ao jogo, em que se verifica que o jogo online, começa muito cedo, no início da adolescência (Hubert, 2014; Feijão, 2016).

A dimensão individual e subjetiva tem uma componente específica a cada sujeito. Foi a esta dimensão mais experiencial que tentamos ter acesso quando integramos no guião da entrevista a F a questão 4, relativa aos efeitos que o jogo tinha em si próprio.

Os resultados estão patentes na tabela 4. a) que se segue:

Tabela 4. a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 4 colocada a F.

Questão 4: “Quando pensa na experiência que foi tendo com o jogo que efeitos é que esta prática teve em si (o que sentia, o que lhe provocava...)?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Perturbava a minha prestação no trabalho” “Na preparação dos trabalhos (...) não fazia (...)” “Principalmente nas atividades administrativas”	Interferência no trabalho (n=3)	Efeitos laborais do jogo (n=3)
“As coisas eram mais retidas” “No protelar das situações”	Inibição (n=2)	Efeitos Psicológicos (n=3)
“Não pensava em não deixar de jogar.” “Todos os dias eram diferentes (...)” (refere-se ao tempo que ocupava a trabalhar) “Disponibilidade de tempo tornava-se uma prioridade jogar”.	Obsessão (n=1)	
	Disponibilidade de tempo (n=2)	Disponibilidade financeira e de tempo como facilitador (n=3)
“Quando tinha disponibilidade financeira”	Disponibilidade financeira (n= 1)	

Na questão número 4 a descrição da opinião de F originou três categorias centrais ou de 1ª ordem, mas na realidade só devem ser consideradas duas (“Efeitos laborais do jogo” e Efeitos psicológicos”) uma vez que a terceira (“Disponibilidade financeira e de tempo como facilitador”) acaba por ser uma não resposta (NR) na medida em que não dá continuidade à questão colocada. Optamos por a manter na tabela apenas para efeitos ilustrativos da emergência das unidades discursivas. No que respeita às outras duas parece-nos serem de relevo as categorias conceptuais ou de 2ª ordem “inibição” e “obsessão” que constituem quando agregadas a categoria final “efeitos psicológicos”. As

caraterísticas alienantes da adição são um dos problemas referidos por Richard e Senon (2005, citado por Hubert, 2014), pelo facto de se verificar que o jogo absorve por completo os pensamentos do jogador. Orford (2007) ao descrever os efeitos provocados por uma adição ao jogo refere o preconceito e as ilusões criados à volta do jogo, como muito incapacitante. Não permitem ao jogador compreensão da sua gravidade, como cria uma ilusão de controle, esta incapacidade é responsável pela continuidade do jogo e pelos problemas de ordem psicológica, financeira, familiar e outros relacionados com a saúde física.

As respostas à questão número 4 obtidas na entrevista à mãe de F (tabela 4.b) permitiram a construção das seguintes categorias de 2ª ordem: “alteração nítida” (n=2), “Pessoa transtornada” (n=4) e “Apatia” (n=4).

Tabela 4. b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 4 colocada à mãe

Questão 4: “Quando pensa na experiência a que foi assistindo que efeitos é que esta prática teve no seu familiar (o que sentia, o que lhe provocava...)?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Ele ficava alterado,” “Ele não ficava em si próprio”	Alteração nítida (n=2)	
“Ele não estava bem em lado nenhum” “Parecia um desespero nele” “Era um transtorno de pessoa, não era o F.” “Durante outras horas do dia era uma pessoa totalmente transtornada,”	Pessoa transtornada (n=4)	Efeitos Psicológicos diversos (n=11)
“Destruía, (...)”	Agressividade (n=1)	
“Não fazia a sua higiene,” “Não se queria levantar,” “Era mais um vegetal, “ “Não era viver”	Apatia (n=4)	

Estas foram posteriormente agrupadas numa única categoria de 1ª ordem “Efeitos Psicológicos diversos” com 11 referências. Quando comparamos as respostas de F com as da mãe relativas aos efeitos do comportamento aditivo há uma aparente sobreposição na categoria de 1ª ordem “Efeitos psicológicos”, que no caso da mãe é a única categoria emergente. Todavia, a análise mais detalhada das categorias de 2ª ordem que contribuíram para este núcleo de significado final mostra que encontramos no discurso de F a inibição e a obsessão, enquanto que no da mãe surge a apatia (equivalente à inibição?) a agressividade, e o comportamento transtornado. Para F os efeitos laborais (que não consideramos como resposta direta à questão) e a disponibilidade de tempo e

dinheiro emergiram com o mesmo peso que os efeitos psicológicos (em termo de número de referências), e enquanto unidades de análise afastaram-se do intuito mais central da questão que eram as dimensões mais emocionais, comportamentais, essencialmente mais subjetivas. Todos os factos referidos pela mãe, e identificados por esta com base na observação do comportamento do filho vão ao encontro ao descrito por Bond, Jorm, Miller, Rodda, Reavley, Kelly e Kitchener (2016) quando os autores constatarem no discurso de sujeitos que convivem com jogadores com problemas de adição ao jogo, a referência aos problemas físicos e emocionais muito limitativos e visíveis a outrem.

E se a questão 4 se orientava para a dimensão mais vivencial, a questão 5 pressupunha uma análise do impacto da prática aditiva do jogo nas diferentes áreas de vida de F. Os resultados que se seguem, conjugam, à semelhança do que aconteceu com as anteriores questões, a análise categorial do discurso quer de F quer da sua mãe. Os dados relativos a F estão patentes na tabela 5. a).

Tabela 5. a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 5 colocada a F.

Questão 5: “No que diz respeito às consequências nas várias áreas da sua vida (pessoal, académica, familiar, social, profissional...) quais os efeitos mais relevantes do hábito de jogar em cada uma delas?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“O sono”		
“Dormia cerca de 8 horas”		
“Mas tinha depois um sono anormal, acordava de hora a hora”	Alteração do sono (n=5)	
“O máximo que dormia era 3 horas seguidas”		Alterações físicas (n=7)
“O sono foi muito afetado”		
“A alimentação”	Alteração alimentar (n=2)	
“Não comia”		
“Estados de humor”		
“Estava sempre agitado”	Stress Ansiedade (n=3)	
“O stress com a minha vida pessoal”		
“A irritação, facilmente me irritava”		
“Cheguei a destruir alguns computadores e telemóveis” -	Irritação e agressividade (n=5)	Alterações psicológicas (n=11)
“Estraguei para aí uns 4 ou 5 computadores”		
“Estava chateado com a perda de dinheiro”		
“Quando perdia sentia frustração”		
“A absorção do jogo não permitia pensar noutras coisas “	Alienação (n=3)	
“Estava sempre focado no jogo.”		
“Afetou-me financeiramente”		
“Fiquei com dívidas à segurança social”		
“Não cumpria com as minhas responsabilidades”.	Perdas financeiras (n= 5)	Perdas financeiras (n=5)
“Os meus pais tiveram que me ajudar “		
“Ajudavam-me pagando as dívidas”.		

As respostas de F à questão número 5 foram organizadas em categorias de 2ª ordem: “stress e ansiedade” (n=3), “Irritação e agressividade” (n=5) e “Alienação” (n=3), que em conjunto e após a hierarquização conceptual dão corpo à categoria central ou de 1ª ordem “alterações psicológicas”, que, com 11 referências é das três a que mais relevo assume. Segue-se a categoria de 1ª ordem “alterações físicas” (n= 7) sustentada pelas condições básicas “Alteração de sono” (n=5) e “Alteração alimentar” (n=2). A categoria central “Perdas financeiras” (n=5) é aquela que se configura como resposta direta e inequívoca à questão colocada, uma vez que as anteriores categorias centrais têm um cariz experiencial e específico que era esperado na questão 4. Os efeitos do jogo referidos por F são bem demonstrativos dos problemas que se encontram subjacentes a uma adição ao jogo. A nível psicológico, pode surgir perturbação de ansiedade generalizada, a depressão, perturbação de humor, entre outras (Park et al., 2009). Ao nível de saúde física, as dificuldades em conciliar o sono, as dores de cabeça, úlceras, dificuldades em se alimentar, entre outras, são problemas recorrentes (Hubert, 2014).

Também é possível verificar, que os processos envolvidos numa adição são abrangentes, podendo também ter origem biológica, encontrada na predisposição genética, psicológica observada nas motivações, crenças e atitudes, como podem ter origem no ambiente social, ou seja, nas características situacionais e estruturais, presentes na vida do jogador. (Griffiths, 1999, cit in Griffiths, 2005). Armentano e Petry (1999) descrevem-nas como sendo muito graves, quer com repercussões visíveis a nível social, financeiros, jurídicos, de emprego, o ligado à saúde como insónia, problemas gastrointestinais, cardíacos, pressão arterial elevada, e dores de cabeça, e dificuldades psicológicas, que podem ser encontradas nas categorias registadas.

No discurso de F encontramos referência às perdas financeiras, que são identificadas como muito graves e de consequências nefasta. Estas são consideradas motivo de grande preocupação para o jogador, pois são muito graves e limitativas de uma vida normal, podendo explicar o stress crónico que a prática do jogo provoca, (Fernández-Montalvo & Castillo, 2004; Bond et al., 2016).

Passamos à questão 5, representativa das respostas da Mãe, que após análise e reflexão, foram organizadas e representadas na tabela 5.b):

Tabela 5. b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 5 colocada à Mãe.

Questão 5: “No que diz respeito às consequências nas várias áreas da sua vida (pessoal, académica, familiar, social, profissional...) quais os efeitos mais relevantes do hábito de jogar em cada uma delas?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
“Quando entrou neste período eu acho que foi (...) que deu uma cambalhota eu diria de 180º “	Mudança (n=1)	Alterações globais (n=2)
“Desmoronou tudo”	Desmoronamento (n=1)	
“Ele teve amigos que se aproveitaram muito da maneira de ser dele, “ “Alguns amigos também usaram e abusaram.” “Teve alguns que não foram tão amigos, “	Vítima de amigos (n=3)	Relação com os amigos (n=5)
“Mas sempre foi muito amigo do seu amigo mesmo,” “Teve alguns amigos que neste período nunca deixaram de ser amigos dele, “	Manutenção de amigos (n=2)	
“Isolava-se de nós da família,” “Se pudesse estava numa sala à parte”	Isolamento (n=2)	Efeitos Psicológicas (n=6)
“Deixou de ser o responsável que era profissionalmente, “ “Deixava tudo para a última hora e para o último minuto” “Faltava se pudesse, “Algumas vezes, sentiu-se triste porque achava que era um bocadinho criticado “	Tristeza (n=4)	

A partir das respostas à questão número 5, a hierarquização categorial foi encimada pela categoria de 1ª ordem “Efeitos Psicológicos” (n=6), que obteve o maior número de referências, sustentada nas categorias de 2ª ordem “Isolamento” (n=2) e “Tristeza” (n=4). Foi ainda possível organizar as categorias de 2ª ordem “Vítima de amigos” (n=3) e “Manutenção de amigos” (n=2) que ao se juntarem formaram a categoria de 1ª ordem “Relação com os amigos” (n=5). Finalmente as categorias concetuais “Mudança” (n=1) e “Desmoronamento” (n=1) deram origem à categoria de 1ª ordem “Alterações globais” (n=2). Nas respostas obtidas com esta questão, a mãe destaca os comportamentos alterados e disfuncionais do comportamento do seu filho observáveis a nível físico, psicológico e social.

A proximidade desta questão com a anterior (esta relativa aos efeitos em várias áreas de vida, aquela relativa aos efeitos mais pessoais) facilitou uma eventual replicação de categorias. Parece-nos ser o caso da categoria de 1ª ordem “efeitos psicológicos” que é comum aos dois participantes. É interessante salientar que em ambos é a categoria que recebe mais referências (respetivamente 11 e 6), mas mais uma vez com conteúdos

diferentes: desta vez é F quem refere a irritação e agressividade, o stress/ansiedade, e a alienação, enquanto que a mãe assinala isolamento, tristeza e irresponsabilidade por parte do filho e como consequências do comportamento aditivo. Embora em momentos diferentes o discurso de ambos parece ter tonalidades comuns no que respeita aos efeitos (questões 4 e 5). As consequências da adição ao jogo também se fazem sentir em termos sociais, a prática continuada de jogo, que absorve o jogador durante longas horas não deixa tempo para socializar, sendo o isolamento relacional uma realidade neste grupo de indivíduos (Hubert, 2014).

A presente dissertação só foi possível de desenvolver porque em última instância houve um pedido de ajuda que permitiu o início deste processo de recuperação.

A resposta à questão número 6 visa esclarecer o que terá estado por trás desse mesmo pedido. A categorização das respostas obtidas na entrevista a F encontra-se apresentada na tabela 6.a).

Tabela 6. a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 6 colocada a F.

Questão 6: “Porque procurou ajuda Psicológica?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Não conseguia controlar os impulsos do jogo” “Só via o jogo”	Perda Controle (n=2)	
“A gota de água foi eu ter usado (...), da conta da minha mãe” “Usei o cartão dela para jogar.” “Usei à volta de 500€”	Uso de dinheiro alheio (n=3)	Descontrole (n=5)
“Estava numa fase fisicamente debilitado” “A todos os níveis” “Pesava 45 Kg.”	Fragilidade física (n=2)	
“Tinha diarreias,” “Tinha dores de cabeça” “O sono,” “Não descansava em termos, (...)”	Sintomas físicos (n=4)	Pelas Condições físicas Negativas (n=6)
“Era por estar nervoso” “Do ponto de vista social, profissional e familiar não conseguia grande motivação”	Sintomas Psicológicos (n=2)	Pelas condições Psicológicas negativas (n= 4)
“Desmazelava-me muito”, “Não me cuidava como devia”.	Desmazelo (n=2)	
“Estar a afetar uma grande percentagem da minha vida”	Impacto geral (n=1)	Pelo impacto geral (n=1)
“Grande apoio da minha mãe que na altura contactou a “Minha mãe teve grande influencia”	Apoio da mãe (n=2)	Pelo apoio da mãe (n=2)

As categorias de 2ª ordem “Fragilidade física” (n=2) e “Sintomas físicos” (n=4) foram agrupadas na categoria de 1ª ordem “Pelas condições físicas negativas” (n=6), tendo sido as categorias com mais referências registadas. A dimensão do “descontrole” (n=5), típica do comportamento aditivo foi encontrada conjugando as categorias de 2ª ordem: “Perda de controle” e “uso de dinheiro alheio”, e surge como a segunda categoria central ou de 1ª ordem mais relevante. As “condições psicológicas negativas” (n=4) e o “apoio da mãe” (n= 2), em geral surgem com menos peso.

No DSM 5 (APA, 2013) é clara a referência a que “o jogo patológico está associado a uma saúde geral pobre” (p.707). Esta realidade encontra-se patente no discurso de F e funcionou como impulsionador do pedido da ajuda. As respostas que originaram a categoria “Pelas condições físicas negativas” são bem exemplificativas do estado de saúde debilitado de F, a nível de peso, sono, a nível digestivo. E porque a saúde também é mental, sublinhamos a referência a condições psicológicas negativas, como a falta de motivação, o “estar nervoso”, o “Descontrole” categoria com cinco referências, que corresponde a vários dos critérios de diagnóstico. “Inquietação ou irritabilidade quando tenta reduzir ou parar de jogar”; “Preocupação frequente com o jogo” quando diz “só via o jogo”. No caso do critério 9 “Depende de terceiros para obter o dinheiro para aliviar as situações financeiras desesperadas causadas pelo jogo”, esta associação é clara F refere o uso de dinheiro da mãe para jogar. A consciência de F, sobre a falta de controle do jogo, verificada na unidade discursiva “Não conseguia controlar os impulsos do jogo”, é uma característica presente na sua vida desde muito jovem “a impulsividade” confirmada na história clínica. F relatou episódios da sua vida de menino, em que esta característica estava presente na forma como respondia a questões pontuais do seu dia a dia. Refere ainda que sempre reagiu a situações perigosas, sem pensar nas consequências, inclusive dá como certo que nunca teve muitos amigos por conta desta sua característica comportamental.

Importa também referir que o apoio da mãe de F. foi determinante no processo de procura de ajuda. Este apoio familiar é referido por Bond (et al., 2006) como sendo de grande importância pois vai funcionar como impulso na recuperação de uma adição ao jogo através do apoio na resolução das problemáticas envolvidas e na procura de ajuda especializada

Tendo ainda em mente quais as razões que levaram F a pedir ajuda, e desta vez tendo em vista a opinião da mãe, encontramos na tabela 6.b) as categorias que emergiram da análise do seu discurso.

Tabela 6. b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 6 colocada à mãe.

Questão 6: “O que é que esteve na base do pedido de ajuda por parte do seu familiar?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
“Chegou ao ponto que procurei uma vez, duas vezes e notei que talvez não fosse a procura que necessitava” “Depois encontrei o apoio na Doutora”	Procura de Ajuda por parte da mãe (n= 2)	Importância do apoio (n=4)
“Psicólogo estava a tratar do meu outro filho, eu pedi-lhe ajuda” “Se ele me indicava um psicólogo da área deste problema do jogo”	Pedido de ajuda a outrem (n=2)	
“Estava num estado (...) um farrapo.” “Ele aí caiu no fundo” “Foi um processo de degradação”	Chegar ao ponto de degradação (n=3)	Degradação (n=3)
“Porque entendi que ele tinha problemas de saúde” “Havia já um desgaste físico e mental muito notório. “	Doença (n= 2)	Consequências físicas (n=7)
“Vim a conduzir com ele quase em cima do meu ombro” “As pernas cambaleavam,” “Ele sem forças”, “Pesava 45 Kg”	Desgaste físico (n=5)	

Pela descrição da mãe na resposta à questão número 6, foi possível formar as categorias de 2ª ordem: “Doença” (n=2) e “Desgaste físico” (n=5) que foram agregadas nas categorias de 1ª ordem “Consequências físicas” (n=7), tendo obtido o maior número de referências. As categorias de 2ª ordem referidas como: “Procura de ajuda por parte da mãe” (n=2) e “Pedido de ajuda a outrem” (n=2) deram origem a uma categoria de 1ª ordem “Importância do apoio” (n= 4).

A categoria de 2ª ordem “Chegar ao ponto de degradação” (n = 3) foi redefinida na categoria de 1ª ordem “Degradação” (n=3). Na análise da questão 6 as questões físicas surgem como a categoria de 1ª ordem com mais peso em ambos os participantes no pedido de ajuda psicológica. No caso de F o descontrole é a segunda categoria final com maior relevo seguido pela experiência psicológica negativa.

O impacto em termos gerais foi menos valorizado por F que pela mãe, que fez 3 referências ao estado de degradação do filho como razão para solicitar apoio. A mãe

refere ainda o seu papel ativo na procura de ajuda profissional eventualmente refletindo a consciência de que a solução não estaria já nas suas mãos.

A procura de ajuda, acontece sempre um pouco tarde, já quando as consequências de jogo são muito limitativas, como no caso de F. Hubert (2008) quando se refere às dificuldades de tratamento deste tipo de jogadores, diz que este facto se deve a “não estarmos perante uma adição a uma substância, mas a um comportamento que faz aumentar o nível de serotonina, adrenalina e endorfinas que funcionam a nível da dor e do bem-estar do humor do prazer. Acresce ainda o facto de que o jogador aditivo possuir uma memória seletiva muito forte, lembra-se só dos ganhos omitindo as perdas” (p.11).

A questão número 7 dedica-se ao levantamento dos apoios vivenciados por F durante o período ativo da sua adição ao jogo, e a análise categorial das unidades discursivas recolhidas encontra-se espelhada na tabela 7.a).

Tabela 7. a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 7 colocada a F.

Questão 7: “Que apoios teve (e de quem) durante o período em que jogava?”		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Sempre da minha mãe “ “A grande percentagem de ajuda partiu da minha mãe “ “Que foi o mais importante”.	Apoio mãe (n=3)	Apoio predominante da mãe (n=5)
“Do pai nem tanto” “Não é que não se preocupasse, mas tinha uma forma muito particular”	Pai não (n=2)	
“Passei a fazer 2 vezes por semana exercício físico, muito importante para ganhar estrutura” “O exercício físico foi (...), ocupava-me parte do tempo e permitia não pensar” “Focava-me numa atividade “	Exercício físico (n=3)	Prática de exercício físico (n=3)
“A medicação para regular o sono, as tonturas (...),” “Topiramato, Fluoxetina e viternum”	Medicação e efeitos (n=2)	Apoio farmacológico (n=2)
“Outro fator que contribui foi a regulamentação, que acabou por ser proibido o jogo a dinheiro.”	Alteração da lei (n=1)	Alteração da Lei (n=1)

As categorias organizadoras de 1ª ordem, “Apoio predominante da mãe (n=5)”, “Prática do exercício físico (n=3)”, “Apoio farmacológico (n=2)”, “Alteração da lei (n=1)”, resultaram da hierarquia de clarificação nas categorias de 2ª ordem “Apoio da

mãe (n =3)” “do pai não (n=2)”, das categorias de 2ª ordem “Exercício físico (n=3)”, “Medicação e efeitos (n=2)” e “Alteração da lei (n=2)” respectivamente.

Assim, para F o apoio da mãe, (do pai nem tanto), dos técnicos (Psicólogo e Psiquiatra), a prática de exercício físico, o apoio farmacológico, bem como a alteração da lei, foram os fatores mais importante aferidos a partir do seu discurso durante o processo aditivo.

Das respostas obtidas pela mãe à questão número 7, emergiu apenas uma unidade discursiva, impossível de constituir uma categoria hierarquizada.

Tabela 7. b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 7 colocada à mãe.

Questão 7:”. Que apoios teve (e de quem) durante o período em que jogava?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Eu acho que ele teve um amigo que o incentivou para o jogo (...)”	Amigo (n=1)	Amigo (n=1)

A interpretação desta questão foi feita de forma claramente diferente por cada um dos participantes: Enquanto que F aponta 4 fatores de apoio enquanto jogava (predominantemente a mãe, a prática de exercício físico, a medicação e a mudança da lei que inviabilizou o jogo online até ser regulado) e que eventualmente fariam mais sentido no momento em que parou de jogar a Mãe aponta apenas um amigo do filho como fator de desequilíbrio.

Este apoio diversificado a que F se refere e que foi importante no processo de tratamento e tomada de decisão de alterar o seu comportamento aditivo é também aludido por Hubert (2014) que descreve a importância dos diversos tipos de apoio no tratamento de um problema de adição ao jogo, referindo que o jogador pode beneficiar de apoio da família e amigos, deve evitar situações que possam fazer lembrar o jogo e ter vontade de jogar, substituir o jogo por algumas atividades, bem como recorrer a ajuda profissional ou o recurso a grupo de ajuda como dos jogadores anónimos.

Bond et al. (2016) também fazem referência ao papel e à importância da experiência vivida por parte das pessoas que experimentaram estes problemas de jogo bem como dos técnicos envolvidos nos tratamentos, para uma melhor compreensão do problema.

F refere ainda que a medicação o ajudou no processo de deixar de jogar, nomeadamente na regulação do sono, tonturas entre outros sintomas. Lin (2012) sublinha a este propósito que o envolvimento do sistema de recompensa do cérebro, permite uma intervenção farmacológica, para possibilitar modificar os mecanismos de desejo e assim funcionar como coadjuvante de uma intervenção quer durante o tratamento quer na prevenção da recaída.

Na tabela 8.a) encontra-se a análise do discurso de F à resposta número 8 que versava uma análise mais detalhada sobre os apoios no processo de paragem.

Tabela 8. a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 8 colocada a F.

Questão 8. E no processo de paragem do comportamento de jogar?

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Tive com a minha mãe uma primeira iniciativa numa clinica “	Mãe (n=1)	Mãe e técnico (n=2)
“Algumas consultas”	Consultas (n=1)	

Nas respostas à questão número 8 F é muito sucinto. A análise e interpretação destas respostas deu origem às categorias de 2ª ordem “Mãe” (n=1) e “Consultas” (n= 1) organizadas na categoria de 1ª ordem “Mãe e técnico” (n=2), e construídas com base em unidades discursivas residuais.

O recurso a ajuda especializada é uma das condições referidas por ambos, F e mãe, como essenciais na ajuda na modificação do seu comportamento, em que o objetivo do tratamento é que o comportamento do jogador sofra alteração.

Segundo Fong (2005) os métodos de tratamento mais utilizados nos problemas de adição ao jogo são a terapia de aversão, a dessensibilização, a exposição ao vivo com prevenção de recaída. Cansado (et al., 2008) referem ainda a importância das técnicas de controlo dos estímulos, em que se propõe a limitação total ao controle do dinheiro, limitar o acesso aos amigos jogadores e locais de jogo efetuar o pedido de interdição à entrada em casinos.

Passamos de seguida à análise das respostas da mãe de F, à questão número 8, “E no processo de paragem de comportamento de jogar?”, que foi organizada na tabela 8.b):

Tabela 8. b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 8 colocada à mãe.

Questão 8: “E no processo de paragem do comportamento de jogar?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Eu estava na vanguarda para ele, “ “Eu é que estava próximo dele” “Eu acompanhei-o “	Proximidade da mãe (n=3)	Empenho da mãe (n=7)
“Eu nem sequer a uma simples análise de tirar sangue eu o deixei ir sozinho, “ “Eu acompanhei-o em todos os exames, preparei tudo até preparei as roupas para ele ser internado “ “Eu inclusive faço a gestão do dinheiro dele “	Mãe como incentivadora (n=4)	
“Eles estavam todos por trás, “ “Eram preocupados, “	Preocupação à distancia (n=2)	Menor empenho de outros (n=5)
“O pai não soube logo, “ “O irmão mais velho também não soube logo, “ “Levei algum tempo a contar ao meu marido, “	Demora na partilha do problema com outros elementos da família (n=3)	
“Foi ele cair na razão de que o jogo não leva ninguém a bom porto,” “Esteve em vias de ser internado”	Tomada de consciência do problema (n=2)	Tomada consciência do próprio (n=2)

As categorias de 2ª ordem formadas das respostas à questão número 8: “Proximidade da mãe” (n=3) e “Mãe como incentivadora” (n=4), foram agregadas na categoria de 1ª ordem “Empenho da mãe” (n=7). As categorias de 1ª ordem “Menor empenho de outros” (n=5), “Tomada de consciência do próprio” (n=2), são o resultado das categorias de 2ª ordem “Preocupação à distância” (n=2) e “Demora na partilha do problema com os outros membros da família” (n=3) e “Tomada de consciência do problema” (n=2). Nesta questão, sequência da anterior, F apresenta apenas uma categoria central de significado que agrega como apoios na paragem do jogo quer o apoio maternal, quer o apoio profissional. O apoio maternal é uma categoria comum também no discurso da mãe, que salienta o menor empenho de outros membros da família e o momento em que o filho assume consciência da necessidade de mudar. Todavia é inequívoco o papel da mãe quer como figura de suporte, mas essencialmente como elemento proactivo na alteração do comportamento aditivo através do início do acompanhamento psicológico. Todas as ajudas são bem-vindas num processo de recuperação de uma adição ao jogo, a da família é deveras importante. Esta ajuda é importante quer no processo de alerta para

o problema, quer durante o processo de paragem de jogar, bem como no apoio de forma contínua após ultrapassada a fase mais difícil (Bisso-Andrade, 2007).

As dificuldades sentidas por F, presentes na sua tomada de decisão de parar de jogar encontram-se refletidas na análise efetuada às respostas dadas, e que se encontram compiladas na tabela 9.a).

Na questão número 9, os fatores mais importantes referidos por F no seu discurso, deram origem às categorias de 2ª ordem: “Processo lento” (n=1) e “Recaídas constantes” (n=2), compiladas na categoria de 1ª ordem “Recaídas ao longo do processo” (n=3). A categoria de 2ª ordem “Controle do dinheiro pela mãe” (n=3): originaram a categoria de 1ª ordem “Dificuldade no controle do dinheiro” (n=3). Nesta questão foi também possível encontrar as categorias de 2ª ordem e 1ª ordem com o mesmo nome “Importância da focalização” (n=2).

Tabela 9. a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 9 colocada a F.

Questão 9: “Quais os fatores (pessoais, contextuais...) que dificultaram a decisão de parar de jogar?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
“Foi um processo lento, não deixar de jogar”	Processo lento (n=1)	
“No primeiro ano houve ali períodos em que eu recaía”	Recaídas Constantes (n=2)	Recaídas ao longo do processo (n=3)
“Estava três, quatro ou cinco semanas sem jogar e voltava a recair.”		
“Depois deixei de ter o controle do meu dinheiro”	Controle do dinheiro pela mãe (n=3)	Dificuldades controle do dinheiro (n=3)
“A mãe geria a parte financeira e controlava a minha ansiedade”		
“Quando recebia dinheiro ficava mais ansioso”		
“Tinha foco só no trabalho e passei a ter foco no jogo”	Importância da focalização (n=2)	Importância da focalização (n=2)
“Tive que encontrar outras situações para tirar o foco no jogo.”		

F refere que o processo para parar de jogar foi lento e com muitos momentos difíceis, com períodos de recaída, bem demonstrativos de uma vontade difícil de controlar. Um jogador aditivo, segundo Fernández-Alonso (1996), é um “aficionado ao jogo que perdeu o controle de impulso para jogar e a vontade de jogar é substituída pela necessidade de o fazer” (p.223).

Após análise da resposta de F sobre os fatores mais relevantes encontrados que dificultaram a sua decisão de parar de jogar, torna-se importante perceber o ponto de vista de sua mãe. As respostas obtidas com esta questão bem como a análise categorial está refletida na tabela 9.b):

Tabela 9. b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 9 colocada à mãe.

Questão 9: “Em sua opinião, quais os fatores (pessoais, contextuais...) que dificultaram a decisão do seu familiar de parar de jogar?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Eu disse, eu tenho que contar, tenho que dizer, “ “O acesso que há pela internet, “ “Dá-me a impressão que estão sempre a atacar, a aliciar (...)”	Responsabilidade da internet N=3	Responsabilidade da internet N=3

A questão número 9, deu corpo às categorias de 2ª e 1ª ordem com o mesmo nome “Responsabilidade da internet” (n=3). A mãe culpa a “Internet” como o grande obstáculo que dificultou a tomada de decisão de seu filho. Como fatores dificultadores da decisão de paragem F refere a centralidade do processo aditivo, as recaídas ao longo do processo e a dificuldade de controle financeiro.

Nenhuma destes núcleos finais de significado coincide com o discurso da mãe que assinala exclusivamente a disponibilidade do jogo na plataforma online enquanto estímulo constante que ameaçava a decisão de recuperação do filho. Comparativamente F evidencia sinais de consciência de uma experiência vivida com conquistas e perdas, com momentos de dúvida e oscilações no controle. É o discurso de alguém que relata a experiência própria e que esteve centrado nas suas próprias dificuldades e ambivalente.

Contudo a visão da mãe ao sentir que os meios de acesso (Internet) podem ser facilitadores de jogo não deixa de ser uma visão pertinente. Na opinião de alguns investigadores, o uso de computador pessoal para jogar, onde é visível uma rápida recompensa emocional, bem como oportunidade de jogar de forma continuada permite um maior desenvolvimento de um comportamento aditivo ao jogo (Orford, 2007).

Griffiths (1999 citado por Griffiths, 2006), aborda de forma clara que a acessibilidade do jogo online, (provoca um maior uso), aparece como facilitadora do jogo e como um dos motivos que podem fazer aumentar o problema de uma adição. Griffiths (2011, citado por Hubert, 2014), acrescenta o facto de no jogo online ser possível aceder

às diferentes modalidades “offline e juntar a estas todas as que lhe são particulares (i.e., jogos de estratégias, apostas desportivas ao vivo, entre outras)” (p.46). Refere ainda o anonimato que tem características muito particulares de camuflagem do jogo pois carece de possibilidade de se ser criticado quer a nível social quer familiar, não deixa transparecer os excessos, promove e aumenta as distorções cognitivas, não é do conhecimento público que se encontra com um problema de adição ao jogo.

O jogo online permite ainda, facilidades muito atrativas para o jogador, como o tipo de prémios e ganhos possíveis com caráter imediato, as diversas formas de pagamento existentes (Hubert, 2014). A indústria de jogo online também promove o jogo tornando-o mais apelativo. É muito competitiva, oferecendo melhores ganhos e benefícios aos jogadores, disponibilizando meios mais acessíveis a diferentes tipos de jogos, como motivação para jogar utilizando o jogo através da internet (Cormack & Griffiths, 2012).

Após abordarmos os diferentes fatores, que podem tornar difícil a tomada de decisão de deixar de jogar verificados por F importava perceber das dificuldades verdadeiramente sentidas por este, durante o processo de abandono do jogo. As respostas de F. encontram-se espelhadas na tabela 10.a).

Tabela 10. a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 10 colocada a F

Questão 10: “Quais têm sido as maiores dificuldades no período de paragem de jogar?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“O efeito da ressaca, “	Ressaca (n=1)	
“Entrar numa fase de desmotivação?” (Recaída)	Desmotivação (n=2)	Ressaca e desmotivação (n=3)
“Não tive grande sucesso, “		
“Voltar a estudar foi importante, “	Estudar (n=1)	Ocupação como facilitador (n=2)
“Ter horário pós-laboral muito ocupado”	Estar ocupado (n=1)	
“Não era nada agradável se jogasse.” “Ainda não controlo a minha independência financeira, ainda estou num processo (...)”	Falta de controle (n=2)	Falta de controle (n=2)

Na questão número 10, em que F é questionado sobre as dificuldades sentidas no processo de paragem de jogar, obtivemos as categorias de 2ª ordem: “Ressaca” (n=1) e “Desmotivação” (n=2) compiladas numa só categoria de 1ª ordem “Ressaca e

desmotivação” (n=3). As categorias de 2ª ordem “Estudar” (n=1) e “estar ocupado” (n=1), originaram as categorias de 1ª ordem “Ocupação como facilitador” (n=2). Ainda foi possível obter as categorias de 2ª e 1ª ordem com o mesmo nome “Falta de controle” (n=2).

Os efeitos de não jogar que provocavam mal-estar e inquietação (ressaca), o sentimento de desmotivação, o tempo livre disponível, o facto de ter dinheiro disponível, foram as razões mais referidas por F, como tendo dificultado todo o processo de deixar de jogar.

Na mesma linha adotada até ao momento replicamos a questão 10, mas colocada à mãe “Quais têm sido as maiores dificuldades do seu familiar no período de paragem de jogar? cujas respostas e respetivas hierarquias estão patentes na tabela 10.b):

Tabela 10. b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 10 colocada à mãe.

Questão 10: “Quais têm sido as maiores dificuldades do seu familiar no período de paragem de jogar?”		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
“Eu cheguei a um ponto em não lhe poder dar dinheiro,”	Controle financeiro (n=1)	Resistir às Solicitações para jogar (n=3)
“Nós tentamos alicia-lo de todas as maneiras, “ “A certa altura era aliciado para o jogo”,	Solicitações para não jogar (n=2)	

A descrição da opinião à questão número 10, permitiu respostas organizadas em categorias de 1ª ordem: “Resistir às solicitações para jogar” (n=3), com origem nas categorias de 2ª ordem “Controle financeiro” (n=1) e Solicitações para jogar” (n=2).

Já no que se refere aos fatores dificultadores do processo de manutenção do comportamento de não jogar, a mãe apresenta uma única categoria de primeira ordem “resistir às solicitações para jogar”. F apresenta um discurso com mais especificadores: ressaca, motivação, falta de controle e a ocupação do tempo como forma de resistência, denotando mais uma vez a personalização da experiência e dando voz a ocorrências que são vividas de forma específica por cada sujeito em processo de manutenção da abstinência de comportamentos aditivos. Banaco (1999) refere a importância da prevenção da recaída numa fase final de tratamento, em que devem ser discriminadas as situações que podem promover o comportamento de jogar, e definir o procedimento a adotar para as contornar. Existem algumas técnicas que possibilitam evitar os estímulos indesejáveis que funcionam como impulsionadores para jogar, como não frequentar

determinados lugares, procurar manter-se ocupado, evitar pessoas que joguem, pedir a outra pessoa que faça a gestão dos recursos financeiros, etc. bem como definir outras atividades prazerosas que substituam e eliminem a vontade de jogar.

Após reflexão sobre as dificuldades, torna-se importante perceber qual o balanço que F faz de todo o processo percorrido, as respostas a esta questão encontram-se apresentámos nas unidades discursivas referentes às três categorias hierarquizadas, representada na tabela 11.a) que congrega as respostas de F:

Tabela 11.a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 11 colocada a F.

Questão 11: “Qual o balanço que faz deste processo?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
“Tenho estado estabilizado,” “Ainda estou num processo (...)”	Processo em curso (n=2)	Processo não terminado (n=3)
“Ainda não controlo a minha independência financeira”	Controle incompleto (n=1)	
“Estou na Faculdade e aproveito o uso do computador para outras coisas. “	Redimensão do uso de competências (n=1)	
“A fase em que tomei mais consciência foi a fase que disse aos meus amigos do meu problema (...)” “Uma das vantagens quando do aconselhamento psicologico foi o poder conversar sobre o assunto,” “falar do assunto é importante”	Importância da comunicação (n=3)	Mudanças (n=4)
“O sucesso não foi só uma componente” “Teve que interagir uma série de componentes, “ “O físico, o psicologico o médico e a família, para mim foram os meus pilares”	Interação de várias componentes (n=3)	Interação de várias componentes (n=3)

A partir das respostas à questão número 11 obtiveram-se as categorias de 2ª ordem “Processo em curso” (n=2) e “Controle incompleto” (=1) que originaram a categoria de 1ª ordem “Processo não terminado” (n=3). As categorias de 2ª ordem: “Redimensão do uso de competência” (n=1) e “Importância da comunicação” (n=3), deram origem à categoria de 1ª ordem “Mudanças” (n=4), que obteve o maior número de referências, e ainda foi possível formar as categorias de 2ª e 1ª ordem com o mesmo nome “Interação de várias componentes” (n=3).

No discurso de F é possível encontrar a evidência de que o processo de deixar de jogar exigiu muitas mudanças na sua vida. Encontra muitas vantagens, quer na tomada de consciência do seu problema, quer na confiança sentida de que conseguis efetuar um

caminho diferente. As dificuldades sentidas são bem percebidas no seu discurso “ainda estou num processo (...)”. É um processo que segundo F ainda não está concluído.

O tratamento de jogadores aditivos é considerado um processo muito complicado e difícil. Verificam-se uma série de obstáculos para um tratamento eficaz, como as dificuldades de diagnóstico (pelas comorbidades existentes), tipo de tratamento a adotar, empenho dos sistemas de saúde e sociais, bem como de técnicos especializados no problema (Mladenoviü, Lažetiü, Leþiü-Toševski & Dimitrijeviü, 2015).

Como reflexão sobre todo o processo vivido, tornou-se fundamental perceber o que ficou de mais importante de todo o processo para a mãe de F. Este balanço encontrou uma única categoria de 1ª ordem construída após análise das unidades de discurso obtidas com as respostas à questão número 11. b) efetuadas à mãe:

Tabela 11. b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 11 colocada à mãe.

Questão 11: “Qual o balanço que faz deste processo?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Eu estou feliz, “ “Eu faço um balanço positivo”	Balanço positivo (n=2)	
“Vejo a vida de outra maneira, “ “Só valorizo um problema porque acho que é mesmo um problema, “	Relativização (n=2)	Balanço positivo (n=5)
“Agora já é o outro F que era.”	Reconhecimento (n=1)	

A questão número 11 efetuada à mãe de F, reflete as categorias de 2ª ordem: “Balanço positivo” (n=2), “Relativização” (n=2) e “Reconhecimento” (n=1) tendo sido agregadas numa só categoria de 1º ordem: “Balanço positivo” (n=5).

A mãe considera que o caminho percorrido é positivo, sente-se feliz, considera que também foi alvo de transformação, de onde se depreende que esta vivência do processo e acompanhamento do filho no seu problema aditivo foi muito desgastante, contudo sente que conseguiu proporcionar a ajuda que o filho precisava, não desistiu e reconhece que F se transformou.

Existem evidências sobre a existência de maior número de casos de sucesso de tratamento da adição ao jogo em que se verifica o acompanhamento familiar em relação aos que não beneficiam deste apoio (Hubert, 2008). Podemos constatar esta evidência no discurso de F, em que ajuda da mãe é sempre referida como importante e fundamental

(foi o único apoio familiar referido nas diferentes fases do percurso percorrido até agora de abandono do jogo aditivo.

Por fim, verifica-se a necessidade de perceber as expectativas que F tem em relação ao seu futuro.

A questão colocada nº 12 e que permitiu a hierarquização de diferentes categorias compiladas na tabela 12. a) e onde se encontram espelhadas as unidades de análise elaboradas a partir das respostas:

Tabela 12.a) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 12 colocada a F.

Questão 12:” O que espera do futuro?”		
Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Tenho ido aos poucos a estabelecer o que era.”	Reconstrução pessoal (n=1)	
“O sentimento de liberdade de não estar dependente de alguma coisa que não se controla”	Liberdade (n=1)	Objetivos identificados (n=2)
“Tirar o meu Mestrado em Engenharia informática”	Projeto educativo (n=1)	Objetivos educativos e financeiros
“Voltar a conseguir ter a minha independência económica,”	Projeto financeiro (n=1)	(n=2)

Na questão número 12, efetuada a F: “O que espera do futuro?” foram obtidas as categorias de 2ª ordem: “Reconstrução pessoal” (n=1) e “Liberdade” (n=1), que deram corpo à categoria de 1ª ordem “Objetivos identificados” (n=2). A categoria de 1ª ordem: “objetivos educativos e financeiros” (n=2) formou-se a partir das categorias de 2ª ordem: “Projeto educativo” (n=1) e “Projeto financeiro” (n=1). As categorias aferidas do discurso de F à questão número 12, refletem uma grande consciência do problema vivido, bem como a necessidade se defender das diferentes tentações, de alterar comportamentos e criar alternativas para preencher o tempo livre e adotar estilos de vida que o façam ficar longe de desenvolver um comportamento aditivo.

As respostas para mudar este comportamento estão nas soluções que encontrou, a necessidade de ocupar os seus tempos livres (voltou a estudar), praticar exercício físico, evitar situações de risco (controle financeiro) com consciência de que não consegue ainda ter o controle financeiro, o que indicia uma adequada noção da realidade e do caráter aditivo do jogo, bem presente no seu dia a dia nos últimos anos.

Na tabela 12.b) estão as respostas obtidas à mãe na questão número 12, em que a mãe é questionada sobre o que pensa do futuro de F.

Tabela 12. b) Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 12 colocada à mãe.

Questão 12: “O que acha que o seu familiar pode esperar do futuro?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Portanto que não espere facilidades na vida e um céu aberto, “	Dificuldades (n=1)	Dificuldades e oportunidades (n=2)
“A porta está aberta (...)”	Oportunidades (n=1)	

Foram obtidas as categorias de 2ª ordem: “Dificuldades” (n=1) e “Oportunidades” n=1 organizadas numa só categoria de 1ª ordem “Dificuldades e oportunidades” (n=2). Nesta questão verifica-se que a mãe de F, tem consciência que a recuperação é um processo difícil, que ainda não está concluído.

Reconhece a existência de obstáculos, contudo mostra-se sempre disponível e presente para o que for necessário. Sendo a presença da mãe neste estudo fundamental, porque permitiu uma análise com base numa perspectiva diferente, pensamos ser importante uma última questão sobre a opinião desta em relação à relevância do seu papel no percurso de acompanhamento do filho.

As respostas a esta questão encontram-se espelhadas nas três categorias de 1ª ordem obtidas do discurso da mãe e representadas na tabela 13.

Tabela 13. Categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 13 colocada à mãe.

Questão 12: “Como é que define o seu papel neste percurso de acompanhamento do seu familiar?”

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1º ordem
“Só tenho pena de não ter visto mais cedo o que vi! “	Culpa (n=4)	Sentimentos de Culpa (n=4)
“Não sei como justificar muito bem como não vi antes (...)”		
“Não sei se podia ter feito melhor em alguma coisa, “		
“Não fiz melhor é por ignorância minha,”		
“Eu vejo que eu tive apoio”	Apoio externo (n=2)	Apoio externo (n=2)
“Se não fosse o apoio que encontrei nas pessoas certas, (...)”		
“Manifestou a ideia de eu fazer tratamento”,	Papel da motivação (n=2)	Importância da motivação (n=2)
“Criar uma motivação,”		

Analisadas as respostas da mãe de F à questão número 13, obtivemos as categorias de 1ª ordem: “Sentimentos de culpa” (n=4), a importância do “Apoio externo” (n=2) e a “Importância da motivação” (n=2) como o resultado das categorias intermédias de 2ª ordem “Culpa” (n=4), “Apoio externo” (n=2) e “Papel da motivação” (n=2).

O apoio de outros técnicos especializados nestas problemáticas (Psiquiatra e Psicólogo) e a importância da motivação, foram os fatores mais relevantes para a mãe, em todo o processo de acompanhamento de F. Refere os sentimentos de culpa sentidos, bem como reconhece da necessidade de apoio para ela.

Este período de descoberta do problema do filho e o acompanhamento no processo de cura, teve um impacto a nível psicológico profundo para a mãe de F, que foi aconselhada pelo filho a aceitar ter apoio especializado. Verifica-se esta vontade no discurso proferido aquando de resposta à pergunta número 12: “*manifestou a ideia de eu fazer tratamento*”, conselho que seguiu tendo obtido tratamento farmacológico e beneficiou igualmente de acompanhamento de exercício físico no sentido de conseguir viver esta fase da vida familiar de forma mais tranquila.

Fica assim terminada a apresentação da análise das categorias de primeira e segunda ordem, encontradas no discurso de F e de sua mãe obtidas das respostas às perguntas efetuadas a ambos para efeito do estudo proposto.

Jogar *online*, pode tornar-se uma adição com características muito específicas, que fazem com que este problema se desenvolva de forma silenciosa, ou seja pouco perceptível aos olhos dos familiares e amigos, que tem consequências quer individuais quer familiares muito graves. É manifesta a degradação apresentada por F quer a nível físico, psicológico e financeiro. Pode considerar-se que o modo *online* apresenta um maior risco e provoca maiores danos num processo de adição (Hubert, 2014).

O jogo *online* parece conter maior acessibilidade e ser mais tentador, dificultando o abandono da prática do jogo, pois o acesso ao mesmo é fácil e não contem nenhum impedimento, como por exemplo o existente para a proibição da entrada nos casinos, aos jogadores chamada de autoexclusão, que consiste no recurso de pedir a proibição do acesso de si próprio à entrada em Casinos, através da Inspeção Geral de Jogos. Apesar das proibições do jogo a dinheiro *online* previstas na lei torna-se fácil contornar o sistema e conseguir jogar.

Observa-se a existência de outros fatores muito importantes no estudo deste caso, como a falta de emprego a tempo completo, que permitiu um maior número de horas disponíveis para a prática do jogo, o que vai de encontro às referências de Alonso-Fernández (1996) quando assinala que a situação de desemprego, e automaticamente a

disponibilidade de mais tempo livre, pode proporcionar o aumento de um comportamento aditivo ao jogo, quer como elemento de fuga do problema, quer pela necessidade de obter ganhos.

Também podemos considerar que F se enquadra no grupo de risco para o desenvolvimento duma adição ao jogo *online*, como o referido por Hubert (2014), que encontrou características comuns neste tipo de jogadores quer em relação ao meio onde vive (meio urbano), género (masculino) como à idade (média 30 anos) e formação académica a nível Universitário.

Neste caso ficou claro que o apoio conseguido, foi fundamental no processo percorrido por F, a ajuda da mãe que o motivou e acompanhou na procura de ajuda, o apoio de um Psiquiatra que o medicou para a sua adição, o acompanhamento psicológico que o ajudou na sua reestruturação cognitiva e comportamental, bem como o benefício de um programa de atividade física, o que nos leva a concluir que neste caso, uma abordagem multidisciplinar foi a melhor solução.

Griffiths (2005), salienta o facto de que em todas as adições podemos encontrar muitas semelhanças e aspetos comuns como as alterações de humor, a tolerância, o conflito de abstinência e de recaída entre outros. “Uma abordagem eclética sobre o estudo do comportamento da adição parece ser a forma mais pragmática de avançar” Griffiths (2005, p.196), e pode trazer novos dados, quer no que se refere ao tratamento para alteração destes comportamentos, como nos benefícios para a sociedade de forma a que estes problemas aditivos possam ser compreendidos pelo público em geral.

Percebemos após esta análise que o mesmo problema é perspectivado de forma diferente por quem vive na primeira pessoa, e por quem assiste ao seu desenvolvimento, por muito próximo que seja. Em alguns aspetos as perspectivas sobrepõem-se, noutros apenas se tocam, e em alguns domínios complementam-se apesar de distantes.

Ficamos com a sensação de que contribuímos para um outro olhar sobre este problema, mas essencialmente demos voz a F e à sua mãe, nas suas experiências, nas suas dúvidas, receios e esperanças.

Conclusão

Como reflexão final gostaríamos de lembrar Kalischuk et. al. (2006) quando sustentam que os seres humanos são seres complexos e multidimensionais sendo influenciados por questões físicas, mentais, psicológicas e por fatores sociais.

O jogo é na vida da Humanidade uma prática ancestral, com propósitos desenvolvimentais, lúdicos e até de reforço social. A contemporaneidade e as suas aquisições exportaram o ato de jogar para o espaço virtual, sem, todavia, eliminar os efeitos tangíveis na experiência humana, tornando-o uma prática potencialmente aditiva e conseqüentemente destrutiva para um número crescente de indivíduos.

Como fenómeno científico a história da dedicação de atenção a esta adição é relativamente recente. E embora haja escritos sobre este assunto desde 1886, só em 2013 se verifica uma mudança significativa na classificação internacional DSM 5 (APA, 2013) que transfere esta temática do ponto relativo às perturbações do controle dos impulsos para o capítulo dos transtornos relacionados com comportamentos aditivos. Esta mudança reflete a crescente e consistente evidência de que alguns comportamentos, tais como jogos de azar, ativam o sistema de recompensa do cérebro com efeitos semelhantes aos das drogas de abuso e que os sintomas do transtorno de jogos de azar se assemelham até certo ponto aos transtornos por uso de substâncias (APA, 2013). As “novas roupagens” que vestem o comportamento muitas vezes denominado como jogo compulsivo são fruto de mudanças tecnológicas, sociais recentes, pelo que se compreende a relativamente escassa produção de investigação neste domínio quando comparado nomeadamente com as adições a substâncias lícitas ou ilícitas.

Já Hubert (2014) apontava o facto de não existirem ainda muitos estudos em Portugal sobre a adição ao jogo *online*, o que explica a relativa falta de informação sobre este problema, propondo que sejam efetuados mais estudos que permitam o seu conhecimento. Pensamos com o nosso estudo ter contribuído para uma maior compreensão dos fatores que podem influenciar e manter uma adição ao jogo, bem como os fatores facilitadores ou que podem impedir o processo de mudança, contudo concordamos que ainda há um caminho longo a ser percorrido.

Estamos cientes que ao escolher um estudo qualitativo não viabilizamos generalizações, pelas características dos seus procedimentos, mas também porque a

diversidade dos jogos de azar *online* é imensa. Contudo pensamos que num momento em que a investigação precisa de uma caracterização quantitativa deste fenómeno também não devemos descurar a experiência de quem se vê envolvido, direta e/ou indiretamente num processo de adição ao jogo. Nesta linha Cunha (2015) sugere a realização de mais estudos qualitativos (ou preferencialmente mistos), com o objetivo de se encontrarem outras perspetivas que levem à compreensão deste comportamento.

O sofrimento, as dificuldades sentidas, a constante luta contra si próprio e contra as solicitações para jogar são algumas das vivências que emergiram da voz de F.

A preocupação, a presença, a insistência e também uma outra dimensão do sofrer transparecem da voz da mãe de F.

Essencialmente pensamos ter reescrito a partir dos discursos originais uma narrativa que deixa transparecer o lado humano que se integra num comportamento aditivo.

Quando nos centramos nas limitações do presente estudo sobressai a dificuldade sentida na articulação dos dados da entrevista semi-estruturada com a imensidão de informação recolhida na história clínica, o que nos obrigou a escolhas constantes e necessárias quando o espaço é limitado. A este facto acrescentam-se as limitações inerentes ao formato qualitativo (impossibilidade de generalização, focalização na especificidade dos resultados obtidos...).

Em termos de experiência pessoal foi um privilégio ter tido a possibilidade de aprofundar no contacto direto a abordagem de um tema clínico que ainda tem muito pouca expressão, e aceder à individualidade de cada um dos dois participantes, fazendo sobressair a riqueza de experiências que sustentam o sofrimento.

Na perspetiva de um psicólogo clínico em formação temos que relevar a constatação de que a abordagem multidisciplinar é uma mais valia que sobressai no presente caso. Em simultâneo, reconhecer que o problema de adição ao jogo online, é complexo, de difícil diagnóstico, com diversas comorbilidades associadas, gerador de grande sofrimento quer para o próprio quer para a família, tem características de evolução muito rápidas, sendo o seu tratamento um processo longo e difícil.

Referências bibliográficas:

- Alegria, A., Bernardi, S. & Blanco, C. (2010). Pathological Gambling: obsessive-compulsive disorder or behavioral addiction? *Revista Colombiana Psiquiatria*, 39.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2013). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*: 1-19.
- Armentano, C. & Petry, N. (1999) Prevalence, Assessment, and Treatment of Pathological Gambling: A Review. *Psychiatric Services*, 50 (8).
- Araújo, A. & Neto, F. (2014). A nova classificação Americana para os transtornos mentais – O DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 116(1):67-82.
- Ashley, L. & Boehlk, K. (2012). Pathological Gambling: A General Overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44, (1): 27-37. DOI: 10.1080/02791072.2012.662078.
- Ballone, G. (2006). Jogo Compulsivo ou Patológico, in. *PsiquWeb, Internet*, disponível em www.psiqweb.med.br.
- Banaco, R. (1999). Tratamento do jogar patológico e prevenção de recaída. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(1), 33-40.
- Bellringer, N. Fa'amatuainu, B., Taylor, S., Coombes, R., Poon, Z. & Abbott, M. (2013). Exploration of the impact of gambling and problem gambling on pacific families and communities in New Zealand. *Gambling and addictions researche centre*. Auckland University of Technology.
- Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs Addiction*, 97: 487–499.
- Bisso-Andrade, A. (2007). Ludopatía. *Revista Sociedade do Peru Medicina Interna*, 20 (2): 63
- Black, D. & Moyer, T. (1998). Clinical Features and Psychiatric Comorbidity of Subjects With Pathological Gambling Behavior. *Psychiatric Services*, 49 (11).

- Bond, K., Jorm, A., Miller, H., Rodda, S., Reavley, N., Kelly, C. & Kitchener, B. (2016). How a concerned family member, friend or member of the public can help someone with gambling problems: a Delphi consensus study. *BMC Psychology*, 4:6. DOI 10.1186/s40359-016-0110-y
- Bowden-Jones, H. & Clark, L. (2011). Pathological gambling: a neurobiological and clinical update. *The British Journal of Psychiatry*, 199: 87–89. doi: 10.1192/bjp.bp.110.088146.
- Cansado, J., Romero, J., Barros, M., Arroyo, M., Nieto, J., Romero, C., Lopes, J. & Araújo, J. (2008). *Manual de intervenção en juego patológico*. Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Dependencia.
- Chaínho, A. (2012). *Perspetiva psicodinâmica do Jogo Patológico: narrativas autobiográficas de uma adição*. Tese Mestrado ISPA. Lisboa.
- Chóliz, M. (2015). The Challenge of Online Gambling: The Effect of Legalization on the Increase in Online Gambling Addiction. *J Gambl Stud*: DOI 10.1007/s10899-015-9558-6.
- Clark, L. (2010). Decision-making during gambling: an integration of cognitive and psychobiological approaches. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 365: 319–330 doi:10.1098/rstb.2009.0147
- Clark, L. (2014). Disordered gambling: the evolving concept of behavioral addiction. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1327: 46–61. doi: 10.1111/nyas.12558
- Clímaco, M. & Ramos, L. (2003). *Álcool, Tabaco e Jogos. Do lazer ao consumo de risco*. Coimbra. Quarteto.
- Cormack, A. & Griffiths, M. (2012). Motivating and inhibiting factors in online gambling behaviour: A grounded theory study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10: 39-53.
- Comings, D., Gade-Andavolu, R., Gonzalez, N., Wu, S., Muhleman, D., Chen, C., Koh, P., Farwell, K., Blake, H., Dietz, G., MacMurray, JP., Lesieur, HR., Rugle, L. & Rosenthal, R. (2001). The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling. *Clin Genet*, 60: 107 – 116.

- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13 (1).
- Cruz, A. (2010). *Eficacia de un tratamiento psicológico multicomponente de aplicación individual para jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio*. Tesis doctoral. Madrid.
- Cunha, D. (2015). *O jogo patológico em 3d: dimensões individual, conjugal e familiar*. Tese de Doutoramento do Programa Inter-Universitário de Doutoramento em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica. Universidade de Coimbra.
- Cunningham, J., Hodgins, D. & Toneatto, T. (2014). Relating severity of gambling to cognitive distortions in a representative sample of problem gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 29: 2. DOI: <http://dx.doi.org/10.4309/jgi>.
- Dandurand, L. (1999). A Global Market Analysis Of Casino Gaming On The Internet. UNLV. *Gaming Research & Review Journal*, 4(2).
- Dannon, N., Lowengrub, K., Aizer, A. & Kotler, M. (2006). Pathological Gambling: Comorbid Psychiatric Diagnoses in Patients and their Families. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 43(2): 88–92.
- DSM 5 (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition*. American Psychiatric Publishing. Washington DC. London. Climepsi.
- Elman, I., Gurvits, T., Tschibelu, E., Spring, J., Lasko, N. & Pitman, R. (2013). Neurological Soft Signs in Individuals with Pathological Gambling. *PLOS ONE*, 8(4).
- Estévez, A. & Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 2007, 18 (1): 23-43.
- Feijão, F. (2016). Estudo sobre consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências. ESPAD. *Revista dependências, parceiro plano Nacional de Saúde* (revista mensal).

- Fernandes, E. & Maia, A. (2001). *Grounded Theory. Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga. Universidade do Minho. Eds. Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Fernández-Alonso (1996). *Las otras drogas. Alimento, sexo, television, compras, juego y trabajo*. Temas de hoy. Madrid.
- Fernández-Montalvo, J. & Castillo, A. (2004). Repercusiones familiares del juego patológico: una revisión crítica. *Salud y drogas*, 4(2).
- Fong, T. (2005). Types of Psychotherapy for Pathological Gamblers. Psychiatry. CLA. Gambling Studies Program. *UCLA Neuropsychiatric Institute and Hospital*, Los Angeles, California.
- Fong, T. (2005). The Biopsychosocial Con Pathological Ga. *Gambling Studies Program. Psychiatry*, 22. UCLA Neuropsychiatric Institute and Hospital in Los Angeles, California.
- Fonte, C. (2005). Investigar Narrativas e Significados: a Grounded Analysis Como Metodologia de Referência. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Universidade Fernando Pessoa, 02: 209-297.
- Freimuth, M. (2012). Addiction screening in psychotherapy. Too often, psychologists miss the signs of addiction. *Here are ways to improve their recognition*. *American Psychological Association – Education Directorate*
- Grant, J., Won S., Kim, M., Odlaug, B., Stephanie, N., Buchanan, B. & Potenza, M. (2009). Late-Onset Pathological Gambling: *Clinical Correlates and Gender Differences* *Psychiatr Res.*; 43(4): 380–387. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.04.005
- Grant, J. & Potenza, M. (2010). Pharmacological Treatment of Adolescent Pathological Gambling. *Int J Adolesc Med Health.*; 22 (1): 129–138.
- Griffiths, M. & Delfabbro, P. (2001). The biopsychosocial approach to gambling: contextual factors in research and clinical interventions. *Journal of Gambling Issues*, 5: 1-33.
- Griffiths, M. (2002). Internet Gambling: Preliminary Results of the First U.K. http://www.camh.net/egambling/issue5/research/griffiths_article.html; 2-9.

- Griffiths, M. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*; 10(4): 191–197.
- Griffiths, M., Parke, A., Wood, R. & Parke, J. (2006). Internet Gambling: An Overview of Psychosocial. *UNLV Gaming Research & Review Journal*, 10(1).
- Guerra, L. (2012). A relação entre teoria e pesquisa nas ciências sociais. *Raízes*, 32 (1).
- Guirra, F. & Prodócimo, E. (2009). A criança e o jogo: um olhar sobre formas de negociação. *Revista Ibero Americana de Educación*, 49(1).
- Hodgins, D. & Peden, N. (2008). Tratamento cognitivo e comportamental para transtornos do controle de impulsos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1).
- Hoffmann, R. (2011). Pathological Gambling – An exemple of Non-Substance Related addiction. *Trakia Journal of Sciences*, 9 (4): 69-74.
- Hubert, P. (2008). Impulsividade, obsessão e compulsão: jogo: da adição ao prazer. *Revista perspectiva*, 9: 11-15.
- Hubert, P. (2014). *Jogadores Patológicos online e offline: Caraterização e Comparação*. Tese Doutoramento em Psicologia. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Iba, A., Blanco, C., Castro, I., Fernandez-Piqueras, J. & Sáiz-Ruiz, J. (2003). Genetics of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19 (1).
- Jogo Legal em Portugal. Jogos de casino em linha, poker online, apostas desportivas e sites de corridas de cavalos autorizados em Portugal. <http://www.jogo-legal-portugal.pt/>
- Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K. & Solowoniuk, J. (2006). Problem Gambling and its Impact on Families: A Literature Review, *International Gambling Studies*, 6(1):31-60. DOI: 10.1080/14459790600644176
- Lam, L. (2014). Internet Gaming Addiction, Problematic Use of the Internet, and Sleep Problems: A Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep*, 16(444): 2-9. DOI 10.1007/s11920-014-0444-1.
- Lin, S. (2012). Pharmacological means of reducing human drug dependence: a selective and narrative review of the clinical literature. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77 (2): 242–252. DOI:10.1111/bcp.12163.

- Lopes, H. (2009). *Epidemiologia de Dependência de Jogo a Dinheiro em Portugal*. Universidade Católica Portuguesa.
- Lopes, H. (2014). *Juego a dinero y dependência de Juego en Portugal*. Centro de estudos e investigação aplicada. ISEC. Lisboa. <http://www.isec.universitas.pt/>
- Lorains, F., Cowlishaw, S. & Thomas, S. (2010). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Society for the Study of Addiction*, 106: 490–498: doi:10.1111/j.1360-0443.2010. 03300.
- Luengo, A. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Salud y drogas*, 4(2).
- Marlatt, G., Donovan, D. & cols, (2009). *Estratégias de Manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Artmed.
- Marshall, D. (2005) The Gambling Environment and Gambler Behaviour: Evidence from Richmond-Tweed. Australia, *International Gambling Studies*, 5(1): 63-83. DOI: 10.1080/14459790500099471
- Martínez, J., Navarro, C. & Romero, J (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de psicología*, (1): 83-92.
- Matos, R. & Fagundes, T. (2010). *A importância dos jogos para a construção de conceitos matemático*: 326: <http://books.scielo.org/> Salvador.
- McCormack, A. & Griffiths, M. (2012). Motivating and inhibiting factors in online gambling behaviour: A grounded theory study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10: 39-53.
- Mladenoviü, I., Lažetiü, G., Lepiü-Toševski, D., & Dimitrijeviü, I, 2015. Treatment of pathological gambling - integrative systemic model. *Psychiatric Danubina*; 27 (1): 107-111
- Moragas L., Granero, R., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Fröberg, F., Aymamí, N., Gómez-Peña M., Fagundo, A., Islam, M., Pino-Gutiérrez, A., Agüera, Z., Savvidou, L., Arcelus, J., Witcomb, G., Sauchelli, S., Menchón, J. & Jiménez-Murcia, S. (2015). Comparative analysis of distinct phenotypes in gambling

- disorder based on gambling preferences. *BMC Psychiatry*; 15:86. DOI 10.1186/s12888-015-0459-0.
- Moreyra, P., Ibáñez, A., Saiz-Ruiz, J., Nissenson, K. & Blanco, C. (2000). Review of the Phenomenology, Etiology and Treatment of Pathological Gambling. *German Journal of Psychiatry*.
- Munetón, M. (2013). Relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casino. *Pensamiento psicológico*, 11 (2):89-102.
- Nelson, S., LaPlante, D., Peller, A., Schumann, A., LaBrie, R. & Shaffer, H. (2009). Real Limits in the Virtual World: Self-Limiting Behavior of Internet Gamblers. *J Gambl Stud*, 24:463–477 DOI 10.1007/s10899-008-9106-8.
- Oliveira, M., Silveira, D. & Silva, M. (2008). Jogo patológico e suas consequências para a saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 42 (3):542-9.
- Oliveira, M. & Sáad, A. (2006). Jogo patológico: uma abordagem terapêutica combinada. *J Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2): 162-165.
- Orford, J. (2001). Conceptualizing Addiction. Addiction as excessive appetite. School of Psychology, The University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham. *UK Addiction*, 96, 15–31.
- Orford, J. (2007). Problem Gambling and and Other Behavioural Addiction. Research Group, School of Psychology University of Birmingham. *Foresight Brain Science, Addiction and Drugs project*.
- Park, S., Cho, M., Jeon, H., Lee, H., Bae, J., Park, J., Sohn, J., Lee, Y. & Hong, J. (2009). Prevalence, clinical correlations, comorbidities and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: Results from the Korean epidemiologic catchment area study. *Society psychiatry epidemiology*, 45, 621-629.
- Phillips, J., Ogeil, R., Chow, Y. & Blaszczynski, A. (2013). Gambling Involvement and Increased Risk of Gambling Problems. *J Gambl Stud*, 29:601–611 DOI 10.1007/s10899-012-9325-x.
- Pinto, E. (2004). A pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica. *Psicologia USP*, 15(1/2):71-80.

- Potenza, M. (2014). The neural base of cognitive processes in gambling disorder. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(8).
- Reilly, C. & Smith, N. (2013). The Evolving Definition of Pathological Gambling in the DSM-5. *National Center for Responsible Gaming (NCRG)*. Washington.
- Rizeanu, S. (2015). Pathological gambling treatment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187: 613 – 618.
- Rosenthal, R. (2008). Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, (1): S41-S50.
- Sáad, M. (2006). Jogo patológico: uma abordagem terapêutica combinada. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2): 162-165.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, (2013). “*Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*”. PNRCAD, 2013-2020. Lisboa.
- Souza, C., Silva, J., Oliveira, M., Bittencourt, S. & Freire, S., (2009). Jogo Patológico e motivação para a mudança de comportamento. *Psicologia Clinica Rio Janeiro*, 21 (2):345-361.
- Tallón, M., Montalvo, C., Jiménez, M. & Pérez, C. (2011). Estudiantes universitarios y juego patológico. Un estudio empírico en la Universidad de Murcia. *Escritos de Psicología*, 4 (3): 50-59.
- Thomas, S., Merkouris, S, Browning, C., Radermacher, H., Feldman, S., Enticott, J., & Jackson, A. (2015). The Problem Gambling Research Study (progress) research protocol: a pragmatic randomised controlled trial of psychological interventions for problem gambling. *BMJ*, 5(11): doi:10.1136/bmjopen-2015-009385
- Thorne, H., Rockloff, M., Langham, E. & Li E. (2016). Hierarchy of Gambling Choices: A Framework for Examining EGM Gambling Environment Preferences. *J Gambl Stud*. DOI 10.1007/s10899-016-9601-2.
- Volkow, N., Wang, G., Fowler, J., Tomasi, D., Telang, F. & Baler, R. (2010). Addiction: Decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity conspire to

overwhelm the brain's control circuit. *Bioessays*, 32 (9): 748–755.
doi:10.1002/bies.201000042.

Weinstock, J., Ledgerwood, D., Modesto-Lowe, V. & Petry, N. (2008). Ludomania: avaliação transcultural do jogo de azar por dinheiro e seu tratamento. *Revista Brasileira Psiquiatria*. (30) (1.1): S3-S10.

West, R. (2013). Models of addiction. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Luxembourg: Publications Office of the European Union*

Williams, W. & Potenza, M. (2008). Neurobiologia dos transtornos do controle do impulso. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30 (Supl I):24-30.

Zeeb, F., Robbins, T. & Winstanley, C. (2009). Serotonergic and dopaminergic modulation of gambling behavior as assessed using a novel rat gambling task. *Neuropsychopharmacology*, 34 (1): 1-15.

ANEXOS

Classificação DSM 5 – Jogo Patológico (Anexo A)

O jogo patológico é caracterizado no capítulo das “Perturbações Não Relacionadas Com Substâncias”: devendo ser especificado se a sua ocorrência é (Episódica, Persistente), e qual a gravidade atual (Ligeira, Moderada, Grave) e que obedece aos seguintes critérios para elaboração de diagnóstico:

A. Comportamentos problemáticos persistente e recorrente, em relação ao jogo que conduz a mal-estar e défices clinicamente significativos, tal como indicado pela exibição pelo indivíduo de 4 (ou mais) dos seguintes critérios durante um período de 12 meses:

1. Necessidade de jogar com quantias de dinheiro crescentes de modo a atingir a excitação desejada.
2. Inquietação ou irritabilidade quando tenta reduzir ou parar de jogar.
3. Esforços malsucedidos de controlar, reduzir ou parar de jogar.
4. Preocupação frequente com o jogo (por exemplo, pensamentos persistentes de reviver experiências prévias com o jogo, desvantagens ou planeamento dos próximos jogos, pensar em formas de obter dinheiro para jogar).
5. Jogo frequente quando se sente angustiado (sentimento de desespero, culpabilidade, ansiedade, depressão).
6. Após perdas de dinheiro no jogo, regressa muitas vezes noutro dia para o recuperar («resgate» das próprias perdas).
7. Mentir para dissimular a extensão de envolvimento com o jogo.
8. Prejudicou ou perdeu relações significativas, emprego ou oportunidades de carreira ou académicas devido ao jogo.
9. Depende de terceiros para obter o dinheiro para aliviar as situações financeiras desesperadas causadas pelo jogo.

B. O comportamento face ao jogo não é mais bem explicado por um “episódio maníaco.” (APA, 2013).

Guião de Entrevista (Semiestruturada) – F. (Anexo B)

Dados pessoais:

Nome: XXX

Idade:

Data nascimento:

Sexo () M () F

Habilitações literárias:

Profissão:

Filiação:

Pai:

Idade:

Habilitações:

Profissão:

Mãe:

Idade:

Habilitações:

Profissão:

Irmãos:

1. Como é que define o seu problema de jogo? (o que joga/jogava; quantas horas; online ou contexto...)
2. Como é que surgiu este hábito?
3. Como é que foi evoluindo?
4. Quando pensa na experiência que foi tendo com o jogo que efeitos é que esta prática teve em si (o que sentia, o que lhe provocava...)?
5. No que diz respeito às consequências nas várias áreas da sua vida (pessoal, académica, familiar, social, profissional...) quais os efeitos mais relevantes do hábito de jogar em cada uma delas?
6. Porque procurou ajuda Psicológica?
7. Que apoios teve (e de quem) durante o período em que jogava?
8. E no processo de paragem do comportamento de jogar?
9. Quais os fatores (pessoais, contextuais...) que dificultaram a decisão de parar de jogar?
10. Quais têm sido as maiores dificuldades no período de paragem de jogar?
11. Qual o balanço que faz deste processo?
12. O que espera do futuro?

Guião de Entrevista (Semiestruturada) – Familiar (Anexo C)

Dados pessoais:

Nome: YYY Y

Idade:

data nascimento:

Sexo () M () F

Habilitações literárias:

Profissão:

1. Como é que define o problema de jogo do seu familiar? (o que joga/jogava; quantas horas; online ou contexto...)
2. Em sua opinião como é que surgiu este hábito?
3. Como é que foi evoluindo?
4. Quando pensa na experiência a que foi assistindo que efeitos é que esta prática teve no seu familiar (o que sentia, o que lhe provocava...)?
5. Em sua opinião, e no que diz respeito às consequências nas várias áreas da sua vida (pessoal, académica, familiar, social, profissional...) quais os efeitos mais relevantes do hábito de jogar em cada uma delas?
6. O que é que esteve na base do pedido de ajuda por parte do seu familiar?
7. Que apoios teve (e de quem) durante o período em que jogava?
8. E no processo de paragem do comportamento de jogar?
9. Em sua opinião, quais os fatores (pessoais, contextuais...) que dificultaram a decisão do seu familiar de parar de jogar?
10. Quais têm sido as maiores dificuldades do seu familiar no período de paragem de jogar?
11. Qual o balanço que faz deste processo?
12. O que acha que o seu familiar pode esperar do futuro?
13. Como é que define o seu papel neste percurso de acompanhamento do seu familiar?

Guião de Entrevista - História clínica (Anexo D)

1. Os Antecedentes Pessoais: Índice de Apgar, situações a assinalar no momento do nascimento. A idade em que começou a andar, idade em que começou a falar, idade em que deixou fraldas.
2. Doenças infantis.
3. História familiar (acontecimentos familiares importantes, doenças, acontecimentos de vida, etc.)
4. História social
5. Comportamento socio afetivo.
6. Percorso escolar: Pré-escola: 1º ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo 11º e 12º ano
7. Quais as habilitações literárias.
8. História clínica: Medicação, visão, doenças crónicas, Internamentos, Intervenções cirúrgicas, Alergias.
9. Problemas saúde (Física e Psicológica) na família.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (**Anexo E**)

A temática do estudo qualitativo é sobre: “Adição ao jogo – Duas perspectivas complementares”, tendo como objetivo, compreender os fatores determinantes do estabelecimento da manutenção e de mudança encontrados no percurso organizador de uma situação de adição ao jogo.

Eu, abaixo-assinado -----
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído (a). Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão. Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projeto:

O Investigador responsável:

Nome: Fernanda Maria Gonçalves Ferreira

Assinatura: _____

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa