

FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Tese de Doutorado

**MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO NO JOGO
PATOLÓGICO: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA
“UNIVERSITY ROHDE ISLAND CHANGE ASSESSMENT (URICA)”**

CRISTIANE CAUDURO DE SOUZA

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Margareth da Silva Oliveira

Porto Alegre, janeiro 2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO NO JOGO
PATOLÓGICO: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA
“UNIVERSITY ROHDE ISLAND CHANGE ASSESSMENT (URICA)”**

Tese de Doutorado

CRISTIANE CAUDURO DE SOUZA

Prof^ª. Dr^ª. Margareth da Silva Oliveira
Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO NO JOGO
PATOLÓGICO: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA
“UNIVERSITY ROHDE ISLAND CHANGE ASSESSMENT (URICA)”**

CRISTIANE CAUDURO DE SOUZA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia.

Profª. Drª. Margareth da Silva Oliveira
Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2009.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S729m Souza, Cristiane Cauduro de
Motivação para mudança de comportamento no jogo patológico. / Cristiane Cauduro de Souza. – Porto Alegre, 2009.
116f.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, PUCRS.
Orientação: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira.

1. Psicologia. 2. Modelo Transteórico. 3. Jogo Patológico. 4. Motivação (Psicologia). 5. URICA. 6. Comportamento (Psicologia). I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Título.

CDD 157.63

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE E PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Cristiane Cauduro de Souza

**MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO NO JOGO
PATOLÓGICO: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA
“UNIVERSITY ROHDE ISLAND CHANGE ASSESSMENT (URICA)”**

COMISSÃO EXAMINADORA

**Prof^a.Dr. Margareth da Silva Oliveira
Presidente**

**Profa. Dr. Gisele Gus Manfro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Prof. Dr.Ygor Ferrão
Instituto Metodista de Porto Alegre**

**Prof. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang
Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**

Porto Alegre, janeiro de 2009.

*A Ana Laura que participou deste
Projeto desde o início e vem me ensinando todos os dias...*

AGRADECIMENTOS

Durante esta caminhada, pude contar com muitas pessoas direta ou indiretamente a quem gostaria muito de agradecer:

Ao grupo do Ambulatório de Jogo Patológico do Instituto de Psiquiatria da USP (AMJO), representado pelas psicólogas Daniela Rossini e Cecília Galetti e coordenado pelo Prof. Dr. Hermano Tavares, meu agradecimento especial pela parceria e colaboração incansáveis na coleta dos dados;

Ao Grupo de Jogadores Anônimos da Cruz Vermelha de Porto Alegre que me recebeu com disponibilidade e que tornou possível a realização desta coleta;

À bolsista de iniciação científica Jaqueline Garcia, pela dedicação dispensada e pela total disponibilidade para me acompanhar e auxiliar em todos os momentos da execução deste trabalho;

À amiga e colega Suzana Freire pelas considerações realizadas ao longo desta trajetória e pela forma alegre, carinhosa e comprometida com que se coloca diante das tarefas;

Aos colegas do Grupo de Pesquisa “Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva”;

Ao Prof. Dr. Gabriel Gauer e a Profa. Dra. Lilian Stein pela colaboração técnica;

À Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira, meu agradecimento pela oportunidade e confiança mais uma vez depositada no meu trabalho;

À Prof^a. Dr^a. Gisele Gus Manfro pela disponibilidade e por ter aceitado o convite para participar desta banca;

Ao Prof. Dr. Ygor Ferrão pelas contribuições significativas realizadas na qualificação deste projeto e por aceitar participar de mais esta etapa;

À Profª. Drª. Blanca Susana Werlang, minha admiração pelo exemplo de pesquisadora e pelo comprometimento com que realiza sua prática;

À CAPES pela oportunidade de contar com a bolsa de estudos para a realização do Doutorado;

À minha mãe, Elisabete, pelo exemplo de trabalho e amor com que realiza as coisas e por sempre acreditar em mim, e ao meu pai, Wenceslau pelo exemplo e sabedoria;

Ao meu marido Antônio, pelo amor, admiração e apoio, tolerando ausências freqüentes e, principalmente, por me dar a oportunidade de aprender com nosso maior projeto: Ana Laura.

À Isabel, parceira incansável e grande “substituta”, sem ela não seria capaz de assumir e cuidar da minha vida profissional com tranquilidade.

A todos meu carinho e muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	12
LISTA DE QUADROS	13
LISTA DE FIGURAS	14
LISTA DE SIGLAS	15
RESUMO	16
ABSTRACT	18
INTRODUÇÃO	20
REFERÊNCIAS	24
SEÇÃO I: ESTUDO DE REVISÃO DE LITERATURA “Motivação para mudança de comportamento no Jogo patológico”	26
Resumo.....	27
Introdução.....	28
Jogo Patológico: impulso, compulsão ou dependência?	32
Comorbidades.....	35
Jogo Patológico e Motivação para Mudança.....	37
Discussão dos resultados.....	42
Considerações Finais.....	44
Referências.....	45
SEÇÃO II: ESTUDO EMPÍRICO “Tradução, equivalência Semântica e adaptação Cultural da <i>University Rohde Island Change Assessment</i> - URICA para jogadores patológicos”	51
Resumo.....	52

	10
Introdução.....	54
Método.....	58
Instrumentos.....	58
Procedimentos.....	59
Resultados.....	60
Discussão dos Resultados.....	63
Referências.....	65
SEÇÃO III: ESTUDO EMPÍRICO “Evidências de Validação da <i>University</i>	68
<i>Rohde Island Change Assessment - URICA para jogadores patológicos”</i>	
Resumo.....	69
Introdução.....	71
Método.....	74
Instrumentos.....	75
Procedimentos.....	77
Resultados.....	78
Discussão dos resultados.....	90
Considerações finais.....	95
Referências.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	102
ANEXOS.....	103
ANEXO A- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.....	104
ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	106

ANEXO D - ESCALA SOGS..... 108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra, segundo dados sócio-demográficos (n=69).....	83
Tabela 2 - Intensidade dos sintomas de ansiedade (BAI) e depressão (BDI) na amostra (n=44).....	86
Tabela 3 - Coeficiente Alfa de Cronbach das subescalas da URICA e da URICA.	87
Tabela 4 - Resultados das respostas aos itens da escala URICA.	87
Tabela 5 - Distribuição percentílica do escore de prontidão para mudança.....	88
Tabela 6 - Correlação entre a régua de prontidão e a URICA.	90
Tabela 7 - Comparação entre o TA e o Grupo JA quanto à motivação para mudança.	90
Tabela 8 - Distribuição da amostra em relação ao Regime de tratamento e o tempo de abstinência.....	91
Tabela 9 - Distribuição das Médias e Desvios - padrão dos Estágios motivacionais, prontidão em relação ao período de abstinência.	92
Tabela 10 - Correlações da intensidade dos sintomas de ansiedade, depressão com os estágios motivacionais.	93
Tabela 11 - Comparação das médias e desvios-padrão entre o gênero, os estágios motivacionais e a prontidão para mudança.	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação da primeira versão traduzida do inglês-português e a versão final URICA- Jogo.....	63
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da amostra quanto aos tipos de jogos praticados na vida.....	84
---	----

LISTA DE SIGLAS

A - Ação

AA - alcoólicos anônimos

AMJO - Ambulatório de Jogo Patológico

ANOVA - Análise de Variância

BAI - *Beck Anxiety Inventory*

BDI - *Beck Depression Inventory*

C - Contemplação

DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EP - Escore de Prontidão

EUA - Estados Unidos da América

JA - Jogadores Anônimos

JP - Jogo Patológico

M - Manutenção

PC - Pré-Contemplação

PROAD - Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes

RCQ - *Readiness to Change Questionnaire*

SOCRATES - *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*

SOGS - *South Oaks Gambling Screen*

SPSS - *Programa Statistical Package for the Social Sciences*

TA - Tratamento Ambulatorial

TMQ - *Treatment Motivation Questionnaire*

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

URICA - *University Rhode Island Change Assessment*

RESUMO

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento tem sido utilizado em vários transtornos dependentes como forma de compreender o processo de mudança. Este modelo está fundamentado na premissa de que a mudança do comportamento acontece ao longo de um processo, no qual as pessoas passam por diversos estágios de motivação para mudar: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção. A *University Rhode Island Change Assessment* – URICA é uma escala auto-aplicável que foi construída com o objetivo de identificar os estágios motivacionais e a prontidão para mudança em diversos comportamentos. O objetivo deste trabalho é descrever o processo de tradução, equivalência semântica e adaptação cultural da URICA, bem como identificar as evidências de validação desta escala entre jogadores patológicos. O questionário foi traduzido do original em inglês para o português, utilizando processo de tradução-retradução (inglês-português-inglês), seguido de avaliação de um comitê de especialistas (interjuízes) e aprovação de um dos autores da escala. Posteriormente, foram estudadas as propriedades psicométricas do instrumento em uma amostra de 69 sujeitos com diagnóstico de Jogo Patológico, segundo critérios diagnósticos do DSM-IV-TR. Os sujeitos foram avaliados em ambulatórios de atendimento em Porto Alegre e São Paulo, e grupos de jogadores anônimos, entre 2006 e 2008. Para o estudo de evidências de validação da URICA foram analisados os indicadores de consistência interna e validade convergente com a régua de prontidão (medida analógico-visual), além de instrumentos como: *SOGS (South Oaks Gambling Screen)*, *Inventário de Ansiedade de Beck - BAI* e *Inventário de Depressão de Beck - BDI*. Houve necessidade de ajustes no vocabulário e em algumas questões optou-se pela inclusão de termos que se referem ao “hábito de jogar”, fazendo referência ao

comportamento estudado e as particularidades desta amostra. Foi realizada análise descritiva interjuízes e observou-se uma concordância entre os juízes de 75%, adequada confiabilidade da URICA ($\alpha= 0,82$) e a correlação significativa com régua de prontidão nos estágios de pré-contemplação ($r= -0,305$; $p= 0,11$) e ação ($r=0,301$; $p=0,12$). A amostra foi subdividida em dois grupos, conforme o regime de tratamento: grupo proveniente de ambulatórios especializados no tratamento de dependências e participantes do grupo de Jogadores Anônimos de Porto Alegre. O grupo ambulatório apresentou escore médio significativamente maior do que os Jogadores Anônimos (JA) tanto no estágio de Pré-contemplação ($p=0, 005$) quanto no estágio de manutenção ($p= 0, 044$). Quanto ao tempo de abstinência, o JA está associado a um tempo de abstinência superior a 180 dias enquanto que o grupo ambulatório está associado a um período de 30 a 180 dias nesta amostra. Considerando-se os pareceres dos juízes especialistas, construiu-se então a versão final da URICA- adaptação brasileira para jogo patológico que se mostrou um instrumento de fácil aplicação e com boa equivalência semântica. Além disto, a URICA - adaptação brasileira para jogo patológico mostrou ser útil e confiável para avaliação da motivação para mudança, considerando os estágios motivacionais e a prontidão para mudar entre os jogadores patológicos.

Palavras-chave: Modelo transteórico, jogo patológico, confiabilidade, URICA

ABSTRACT

The Transtheoretical Model of Behavior Change has been used in several dependent disorders as approach of understanding the process of change. This model is based on the premise that behavior change happens over a process in which people pass through various stages of motivation to change: Pre-contemplation, Contemplation, Preparation, Action and Maintenance. The University Rhode Island Change Assessment-URICA is a self-reported scale that was built to identify the motivational stages and readiness to change in various behaviors. This study aims to describe the process of translation, semantic equivalence and cultural adaptation of the URICA and identify the evidence of validation of this scale (reliability) between pathological gamblers. The questionnaire was translated from the original English version to Portuguese, using the process of translation-back translation (English-Portuguese-English), followed by an evaluation committee of specialists and approval of one of the authors of the scale. Later, it was studied the psychometric properties of the instrument in a sample of 69 subjects diagnosed with Pathological Gambling, according to diagnostic criteria of DSM-IV-TR. The subjects were evaluated in ambulatory care locals in Porto Alegre and São Paulo, and groups of Anonymous Gamblers, between 2006 and 2008. For the study of evidence of validation of URICA were analyzed indicators of internal consistency and convergent validity with the ruler of readiness (visual-analogue measure), as well as the instruments: SOGS (South Oaks Gambling Screen), BAI and BDI. There was need for vocabulary adjustments in some items, and it was decided by the inclusion of terms that refer to the "habit of gambling," referring to the behavior studied and the peculiarities of this sample. Descriptive analysis was carried out and there was a correlation between the judges of 75%, adequate reliability of URICA ($\alpha = 0.82$) and significant correlation with the ruler of readiness in the pre-

contemplation stage ($r = -0.305$, $p = 0.11$) and action ($r = 0.301$, $p = 0.12$). The sample was divided into two groups, as the system of treatment: group from outpatient clinics specialized in treatment of addictions and participants of the group of Anonymous Gamblers in Porto Alegre. The outpatient group had significantly higher average scores than the Anonymous Gamblers (AG) both in the pre-contemplation stage ($p = 0.005$) and in the maintenance stage ($p = 0.044$). The abstinence period, the AG is associated with a time of abstinence superior than 180 days, while the outpatient group is associated with a period from 30 to 180 days in this sample. Considering the reports of specialists, it was assembled the final version of the Brazilian URICA-adaptation for pathological gambling that showed as easy application tool and with good semantic equivalence. Moreover, the URICA - Brazilian adjustment for pathological gambling had indicated useful and reliable for evaluating the motivation to change, considering the motivational stages and readiness to change among pathological gamblers.

Keywords: transtheoretical model, pathological gambling

INTRODUÇÃO

As pessoas que lutam contra comportamentos considerados “problema” (comer compulsivo, dependência de drogas, tabagismo, Jogo patológico...), geralmente chegam ao tratamento com motivações flutuantes e conflitantes entre continuar e interromper estes comportamentos. Esse conflito, conhecido como ambivalência, permeia principalmente as primeiras sessões do tratamento e parece ter um potencial especial para manter as pessoas em um círculo vicioso que intercala o comportamento problema e tentativas de modificá-lo, muitas vezes sem sucesso. A ambivalência é um estado mental no qual a pessoa tem sentimentos coexistentes e conflitantes a respeito de algum comportamento a ser modificado (Figlie, Bordin & Laranjeira, 2004). Mas, ao contrário do que se poderia pensar, não é um mau sinal. É sinal de que a pessoa não está definida sobre continuar ou interromper o comportamento problemático. No âmbito do tratamento, quando o profissional compreende a normalidade desse fenômeno, evoca menor resistência por parte do paciente e facilita o progresso no aconselhamento (Miller & Rollnick, 2002).

Alguns tratamentos têm adotado uma perspectiva de motivação como algo relativamente imutável, ou seja, ou o paciente está motivado para o tratamento e nessas condições o terapeuta teria um papel definido e poderia ajudar a pessoa, ou o paciente não está motivado e, então, o tratamento não seria possível. A abordagem da motivação para mudança, principalmente nos comportamentos aditivos tem sido amplamente documentada na literatura (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Oliveira, Laranjeira, Araujo, Camilo & Schneider, 2003; Oliveira, Calheiros & Andretta, 2006).

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento criado por James Prochaska (1979) tem representado uma importante contribuição na compreensão dos

processos que envolvem a mudança nos comportamentos aditivos. Este modelo está fundamentado na idéia central de que a mudança acontece ao longo de um processo no qual as pessoas passam por estágios diferenciados de motivação.

Progressos têm sido feitos para mensurar que a motivação para a mudança é preditiva para o tratamento dos transtornos aditivos, demonstrando que o pré-tratamento motivacional pode influenciar consideravelmente as variáveis de permanência e engajamento no tratamento (Stephens, Babor, Kadden & Miller, 2002). Além disso, o estágio motivacional do paciente está, possivelmente, relacionado aos resultados do tratamento propriamente dito e aos índices de abstinência também.

Neste sentido, este trabalho pretende trazer contribuições relevantes, pois alguns autores descrevem o Jogo patológico como uma dependência comportamental muito semelhante à dependência química (Holden, 2001). Sendo assim, o aprofundamento de estudos nesta área pode trazer importantes contribuições do ponto de vista da informação, prevenção e do ponto de vista terapêutico.

A prevalência do JP vem aumentando no mundo e potencializando-se em decorrência do desenvolvimento tecnológico (Galletti, Alvarenga, Andrade & Tavares, 2008). Sempre houve quem se excedesse em apostas, no entanto, o aumento de problemas associados ao jogo é recente e acompanha a maior oferta de jogos de azar. Pesquisas mostram o aumento simultâneo do índice de JP e de problemas associados na população de países que legalizaram loterias e outros jogos de azar, e há autores que afirmam ser o JP questão de saúde pública (Volberg, 1994; Pastrnak & Fleming, 1999). Estudos realizados nos EUA e no Canadá mostraram alto índice de problemas associados ao jogo. Em adultos, verificou-se que 5,5% da população apresentavam problemas relacionados ao jogo; entre adolescentes e estudantes universitários, 13,3% e 13,9%, respectivamente (Shaffer, Hall & Vander Bilt, 1999). Há ainda estudos que

destacam o subgrupo de idosos com alto índice de participação em jogos de azar e problemas associados (Pietrzak, Moasco, Blanco, Grant & Petry, 2007). Estudos no Brasil são escassos, mas sabe-se da necessidade de pesquisas que revelem o impacto desta patologia na nossa sociedade e alternativas de prevenção e tratamento. O artigo 50 da Lei de Contravenções Penais (decreto-lei 3.688/41) qualifica como crime a exploração de jogos de azar no País. Apesar da proibição legal de algumas modalidades de jogo, esta ainda é uma prática comum que atinge uma parte da população que desconhece suas conseqüências potencialmente perigosas.

Um dos instrumentos mais utilizados na identificação dos estágios motivacionais e na avaliação da prontidão para mudança de comportamento descrito na literatura é a *University Rhode Island Change Assessment* – URICA criada por McConaughy, Prochaska e Velicer, em 1983. A URICA está baseada nos estágios de mudança (Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção) e pode ser utilizada para qualquer comportamento problema.

O Grupo de Pesquisa “Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva” do Programa de Pós-Graduação da PUCRS vem trabalhando há alguns anos com a URICA. Em janeiro de 2005 foi elaborado um grande projeto de Adaptação e Validação desta escala para diversos comportamentos aditivos, com o objetivo de delinear as especificidades de cada amostra, entre elas: usuários de substâncias ilícitas, tabagistas, comedores compulsivos e jogadores patológicos.

O objetivo deste estudo é descrever o processo de tradução, equivalência semântica e adaptação cultural da URICA, bem como identificar as evidências de validação desta escala entre jogadores patológicos.

Para este fim, na seção I deste trabalho foi elaborada uma revisão teórica sobre a patologia que envolve o hábito de jogar e as possibilidades de intervenção, intitulada “Motivação para Mudança de Comportamento no Jogo Patológico”. Nesta seção foram identificadas produções científicas catalogadas nos bancos de dados computadorizados *PsycINFO*, *Medline*, *Lilacs* e *Web of Science* com os descritores *pathological gambling*, *gamblers*, *treatment*, *stages of change*, *motivational interviewing* e *readiness to change*, entre 1990 e 2008 com a finalidade de caracterizar esta temática. Considerando que a motivação para mudança é um importante aspecto a ser considerado na elaboração de estratégias e intervenções nesta patologia, realizou-se também uma revisão sobre o tema da motivação relacionando com o jogo patológico.

Na seção II descreve-se o processo de “Tradução, Equivalência semântica e Adaptação cultural da *University Rhode Island Change Assessment - URICA* para Jogadores Patológicos”. O questionário foi traduzido do original em inglês para o português, utilizando processo de tradução-retradução (inglês-português-inglês), seguido da avaliação das versões original e *back-translation* por um comitê de especialistas que avaliaram o instrumento. A versão final foi apresentada a um dos autores da escala que aprovou sua aplicação. O objetivo deste trabalho foi verificar dificuldades de compreensão, expressões confusas e/ou ambíguas e ajustar o vocabulário e as expressões ao idioma e realidade sócio-cultural brasileira.

Por fim, na seção III, apresenta-se outro estudo empírico, que tem o título “Evidências de Validação da *University Rhode Island Change Assessment - URICA* para Jogadores Patológicos” e que teve o objetivo de estudar as propriedades psicométricas desta escala para o comportamento de Jogo Patológico e viabilizar seu uso no Brasil.

REFERÊNCIAS

Figlie, N., Bordin, S. & Laranjeira, R.(2004). Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo: Roca.

Galletti, C., Alvarenga, P., Andrade A., & Tavares, H. (2008). Jogos de azar e uso de substâncias em idosos: Uma revisão da literatura. Revista de Psiquiatria Clínica, 35 (1) 35-37.

Holden, C. (2001). “Behavioral” addictions: do they exist? Science, 294 (5544), 980-982.

McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer W. E. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. Psychotherapy. Theory, Research and Practice, 20, 368-375.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2001). Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança. Porto Alegre: Artes Médicas.

Oliveira, M. S., Laranjeira, R., Araújo, R., Camilo, R. & Schneider, D. (2003) Estudos dos Estágios Motivacionais em sujeitos adultos dependentes do Álcool. Psicologia: Reflexão e Crítica, 16 (2), 265-270.

Oliveira, M. S., Calheiros, P. R. V. & Andretta, I. (2006). Motivação para Mudança nos Comportamentos Aditivos In: Werlang, B. & Oliveira, M. S. Temas em Psicologia Clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pasternak, A. & Fleming, M. (1999) Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. Archives of family medicine, 8 (6), 515-520.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviour. American Psychologist, 47, 102-114.

Prochaska, J. O. (1979). Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

Pietrzak, R. H., Moasco, B. J., Blanco, C., Grant, B. F., & Petry, N. M. (2007). Gambling level and psychiatric and medical disorders in older adults: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. American Journal of Geriatric Psychiatry, 15(4): 301-313.

Shaffer, H., Hall, M. & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a Research synthesis. American Journal of public health, 89 (9), 1369-1376.

Stephens R, Babor T, Kadden R, & Miller M. (2002) The marijuana treatment project: rationale, design and participant characteristics. Addiction, 97 (S1), 109-124.

Volberg, R. (1994) The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health. American Journal of public health, 84 (2) 237-241.

SEÇÃO I: ESTUDO DE REVISÃO DE LITERATURA
MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA NO COMPORTAMENTO DE JOGO
PATOLÓGICO

Resumo

Motivação para Mudança no Comportamento de Jogo Patológico

O Jogo Patológico é um transtorno com impacto significativo na sociedade, acarretando prejuízos sociais, financeiros e emocionais aos indivíduos.

Este trabalho se propõe a realizar uma revisão sobre a patologia que envolve o hábito de jogar e as possibilidades terapêuticas envolvidas. O Jogo Patológico, por se tratar de uma dependência prescindindo de substância psicoativa, oferece um modelo propício para investigação científica que envolve o conhecimento da dinâmica psicopatológica, biológica e estratégias para intervenções e tratamento. Considerando que a motivação para mudança é um importante aspecto a ser considerado na elaboração de estratégias e intervenções nesta patologia, realizou-se também uma revisão sobre o tema da motivação relacionando com o jogo patológico. Foram identificadas produções científicas catalogadas nos bancos de dados computadorizados *PsycINFO*, *Medline*, *Lilacs* e *Web of Science* com os descritores *pathological gambling*, *gamblers*, *treatment*, *stages of change*, *motivational interviewing* e *readiness to change*, entre 1990 e 2008 com a finalidade de caracterizar esta temática. Artigos relevantes publicados anteriormente ao período escolhido de revisão foram selecionados. Concluiu-se que a literatura atual dispõe de poucos estudos sobre o Jogo patológico e a motivação para mudança e que esta ampliação pode aprimorar estratégias de tratamento e prevenção

Palavras-Chave: Jogo Patológico, Motivação para mudança

Introdução

Jogar é uma atividade fundamental no desenvolvimento humano, e a aprendizagem infantil é baseada em brincadeiras e jogos. Competir, ganhar, perder, relacionar-se com os outros, assim como desenvolver-se cognitivamente e emocionalmente são algumas das habilidades facilitadas pelo jogo (Cotta, 1993).

Jogar pode ser considerado, também, uma atividade voluntária, que possibilita uma evasão da vida “real” para uma esfera temporária de atividade de orientação própria, podendo ser entendido como um intervalo na vida cotidiana. A tensão é um importante ingrediente, e é muitas vezes levada a extremos nos jogos de azar e nas competições esportivas (Huizinga, 1999). Os jogos de azar têm, por definição estreita, relação com o imprevisível, e pode ser definido como uma aposta de qualquer natureza ou um item de valor sobre um jogo ou evento de resultado incerto, cujo resultado é determinado em vários graus pelo acaso (Abreu, Tavares & Cordás, 2007).

Os jogos de azar e os problemas decorrentes desta prática parecem estar presentes na história e na cultura. Em 1886, a literatura ganhou um relato muito importante, com elementos autobiográficos, de um indivíduo com compulsão pelo jogo. O clássico livro intitula-se “O Jogador” e foi escrito por Dostoievski (1987) com o objetivo de saldar suas dívidas pessoais contraídas com o jogo.

O Jogo Patológico (JP) como alteração do comportamento humano passou a ser reconhecido oficialmente como transtorno psiquiátrico há pouco mais de 20 anos a partir da 3ª edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais- DSM (APA, 1980). O JP, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (APA, 2002), é caracterizado pelo seguinte quadro:

A – Comportamento de jogo mal-adaptativo, persistente e recorrente, indicado por cinco (ou mais) dos seguintes quesitos:

1 – preocupação com jogo (preocupação com experiências passadas, especulação do resultado ou planejamento de novas apostas, pensamento de como conseguir dinheiro para jogar);

2 – necessidade de aumentar o tamanho das apostas para alcançar a excitação desejada;

3 – esforço repetido e sem sucesso de controlar, diminuir ou parar de jogar;

4 – inquietude ou irritabilidade quando diminui ou pára de jogar;

5 – jogo como forma de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico (sentimentos de desamparo e culpa, ansiedade, depressão);

6 – depois da perda de dinheiro no jogo, retorna freqüentemente no dia seguinte para recuperar o dinheiro perdido;

7 – mentir para familiares, terapeuta ou outros, a fim de esconder a extensão do envolvimento com jogo;

8 – cometer atos ilegais, como falsificação, fraude, roubo ou desfalque para financiar o jogo;

9 – ameaçar ou perder relacionamentos significativos, oportunidades de trabalho, educação ou carreira por causa do jogo;

10 – contar com outros para prover dinheiro, no intuito de aliviar a situação financeira desesperadora por causa do jogo.

B – O comportamento de Jogo Patológico não é melhor explicado por um Episódio Maníaco.

O JP é também considerado um transtorno de hábitos e impulsos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10). Sob o código F63.0, o JP consiste de freqüentes e repetidos episódios de jogo, que dominam a vida do indivíduo em detrimento de valores e compromissos sociais, ocupacionais, materiais e familiares.

Custer (1984) descreveu padrões uniformes e progressivos no JP, começando com pequenas apostas, normalmente na adolescência, e mais freqüente entre os homens. O intervalo de tempo previsto entre começar a jogar e perder o controle sobre o jogo varia de 1 a 20 anos, sendo mais comum em um período médio de 5 anos. O autor descreve três fases distintas do comportamento de jogar, que são:

1- Fase da vitória: as vitórias tornam-se cada vez mais excitantes, e o indivíduo passa a jogar com maior freqüência, acreditando que é um excelente apostador. Um indivíduo que joga apenas socialmente geralmente pára de jogar.

2- Fase da perda: a atitude de otimismo não-realista passa a ser característica do jogador patológico. Depois de ganhar uma grande quantidade de dinheiro, o valor da aposta aumenta consideravelmente, na esperança de ganhos ainda maiores. Jogar passa a ocupar um tempo considerável na vida do jogador, e a perda passa a ser difícil de ser tolerada. O dinheiro que ganhou no jogo é utilizado para jogar mais, e, em seguida, o indivíduo emprega o salário, as economias e o dinheiro investido, e, por vezes, necessita recorrer a familiares ou conhecidos para aliviar uma situação preocupante (perda de emprego, divórcio). Jogar para recuperar os prejuízos é um marco do comportamento patológico (Lesieur, 1979).

3- Fase do desespero: a principal característica é o aumento do tempo e do dinheiro gastos com o jogo, bem como pelo afastamento familiar. Surge um estado de pânico, uma vez que o jogador percebe o tamanho de sua dívida, o seu desejo de pagá-la

prontamente, o isolamento de familiares e amigos, a reputação negativa que passou a ter na sua comunidade e, finalmente, um desejo nostálgico de recuperar os primeiros dias de vitória. A percepção desses fatores pressiona o jogador, e o comportamento de jogar aumenta ainda mais, na esperança de ganhar uma quantia que possa resolver todos esses problemas. Alguns passam, então, a utilizar recursos ilegais para obter dinheiro. Nessa fase, é comum a exaustão física e psicológica, sendo freqüente a depressão, os pensamentos suicidas e o alcoolismo. Cabe ressaltar a importância da diferenciação entre o jogador patológico e o jogador social. O jogador social é aquele que pára de jogar em qualquer momento, independentemente de estar ganhando ou perdendo. Sua auto-estima não está ligada a ganhar ou perder no jogo, pois estes indivíduos possuem outros aspectos da vida mais relevantes e recompensadores. Em contrapartida, o jogador patológico possui no jogo uma fonte de tensão, principalmente ao perder, e essa tensão aumenta o impulso de jogar (Custer, 1984).

Apesar de existirem muitos casos de pessoas com esse transtorno, há poucos trabalhos publicados e pouco conhecimento sobre o impacto do JP entre os brasileiros.

Em 2002, Oliveira realizou um estudo pioneiro sobre JP em uma amostra brasileira. Esta pesquisa constituiu-se um estudo de campo, onde foram entrevistados 171 freqüentadores de casas de aposta (bingo, Jockey Club e videopôquer), dos quais 75 foram diagnosticados como jogadores patológicos. O perfil desta amostra revelou, em sua maioria, homens (87,7%), com ensino médio ou nível superior (82,3%), empregados em regime integral (71,6%), sendo a metade deles casados (50,7%), com idade média de 40 anos de idade e renda mensal média de R\$4.000,00. Percebe-se que esse perfil descreve adultos, pertencentes à classe média e inseridos no mercado de trabalho.

Os dados disponíveis sobre a prevalência do JP sugerem uma incidência em torno de 1% a 3% na população adulta nos Estados Unidos (APA, 2002). Em cidades com alta concentração de casas de jogo, como Las Vegas (EUA), por exemplo, esse número aumenta para 8,7% da população adulta (Ballone, 2003). Não há pesquisas epidemiológicas publicadas sobre a prevalência de JP na população brasileira, no entanto, alguns indicativos são preocupantes como será visto a seguir. (Oliveira, Silveira & Silva, 2008).

Danos de ordem financeira, legal, médica e psicológica estão claramente relacionados ao JP e documentados na literatura. Jogadores patológicos com frequência cometem atos ilegais para sustentar a atividade; apresentam índices mais elevados de divórcio (Nichols, Stitt & Giacopassi, 2004); sofrem de distúrbios cardiovasculares, alergias, problemas respiratórios, perturbações do sono, problemas de coluna, obesidade, cansaço crônico, enxaquecas, dores gástricas e outros sintomas físicos (Oliveira, Silveira & Silva et al, 2008).

Jogo Patológico: impulso, compulsão ou dependência?

JP vem sendo considerado uma dependência comportamental semelhante à dependência química (Holden, 2001). Com o avanço das neurociências, hoje se sabe que o sistema mesolímbico de recompensa tem papel central no desenvolvimento e na manutenção da dependência de substâncias (Reuter, Raedler, Rose, Hand, Glascher & Buschel, 2005). A hipótese mais aceita, do ponto de vista neuroquímico, é a de que os farmacodependentes apresentam uma deficiência no sistema de recompensa e que procuram compensar com o uso da droga (Blum, Braverman, Holden, Lubar, Monastra & Miller, 2000). Especula-se que o JP também esteja relacionado à deficiência do sistema dopaminérgico mesolímbico de recompensa.

Em um estudo realizado em 2005, Reuter et al., verificaram menor ativação do estriado ventral direito em jogadores patológicos do que em controles normais, achado característico de dependentes de substâncias, além de apresentarem menor ativação do córtex pré-frontal ventro medial e ventro lateral (VMPFC), relacionado com o controle de impulsos deficiente. Estudos de neuroimagem mostram que regiões cerebrais são ativadas quando jogadores patológicos vêem imagens de caça-níqueis, sugerindo que a via tegmental ventral (VTA) - accumbens também tem papel importante nas dependências comportamentais (Nestler & Malenka, 2004).

Jogar é uma atividade que causa prazer, tal qual o uso de uma droga. A aposta envolvendo dinheiro, risco e excitação produzem, muitas vezes, bem estar e euforia, além de sensação de poder e de sucesso (DeCaria, Hollander, Grossman & Wong, 1996). A magnitude do impacto do Jogo Patológico no indivíduo, segundo estudo realizado por Tavares, Zilberman, Hodgins & El-Guebaly (2005) pode acarretar fissura (*craving*) no jogador patológico na ausência do jogo, podendo ser tão ou mais severa do que nos dependentes de álcool.

Em artigo de revisão da literatura sobre o JP, Tavares, Gentil, Oliveira e Tavares (1999) discutiram a definição e a compreensão de termos e conceitos envolvidos na dinâmica do transtorno de Jogo Patológico, entre eles compulsividade e impulsividade, na tentativa de contribuir com sua caracterização fenomenológica e clínica. Segundo os autores, o caráter egossintônico do comportamento de jogar, a sua estreita relação com o prazer (Moran, 1983, *apud* Tavares et al., 1999) e a sua associação com outras patologias de perfil impulsivo justifica sua classificação entre os transtornos de controle dos impulsos. Contudo, o Jogo Patológico apresenta comorbidade com outras patologias de caráter não impulsivo, principalmente com transtornos de humor e com transtornos de ansiedade, e o ato de jogar, como forma de evitar estados emocionais desfavoráveis,

associado à sintomatologia ansiosa, sugeriria, para alguns autores, uma natureza compulsiva (Skodol e Oldham, 1996, *apud* Tavares et al., 1999). Cloninger (1996) propõe que a “esquiva ao dano” seja um dos componentes do conceito de compulsividade e que, combinada à impulsividade, sintetize a dinâmica básica das dependências: o desejo da experimentação associado à avidez precipitam o comportamento; no entanto, o medo do estado emocional desagradável, quando de sua interrupção, é responsável por sua manutenção.

Na tese de doutorado defendida por Tavares (2000), o autor analisa o JP e suas relações com o espectro impulsivo-compulsivo. Neste estudo, foram selecionados 40 jogadores patológicos, 40 portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e 40 controles normais, com o objetivo de comparar o JP com TOC quanto às características de curso clínico, comorbidades e, principalmente, em relação a traços de personalidade com enfoque específico em impulsividade e compulsividade. Uma das conclusões mais importantes deste trabalho é que, embora combine traços impulsivos (pouca reflexão seguida de rápida reação) e compulsivos, a personalidade do jogador patológico é distinta do portador de TOC no que se refere à necessidade de busca de novidades, o que é mais presente em jogadores do que nos controles e nos portadores de TOC. Quanto ao curso, os sintomas de TOC iniciam antes que os problemas com jogo. O curso clínico do JP e a elevada comorbidade com alcoolismo e tabagismo, segundo o autor, demonstram mais semelhanças com dependências químicas do que com TOC. Para o autor, a definição que mais se aplica ao JP é uma dependência comportamental, cujo traço mais saliente é a impulsividade e a sensação de êxtase, semelhante à experimentada pelas drogas, e que, neste caso, vem da aposta, da emoção de obter bons resultados e de ganhar.

Comorbidades

A freqüente comorbidade de sintomas, de transtornos psiquiátricos e de personalidade contribuem para tornar complexo o quadro clínico do JP, sendo mais comum o Transtorno de Humor, o Transtorno de Ansiedade, a Dependência do Álcool e outras drogas (Crockford & El-Guebaly, 1998; Petry, Stinson & Grant, 2005). Homens jogadores patológicos apresentam alta comorbidade, ao longo da vida, com transtornos afetivos, variando de 21% a 60% (Black e Moyer, 1998; Becoña, Lorenzo e Fuentes, 1996), e com dependência de substâncias, variando de 25% a 65% (Black & Moyer, 1998; Crockford & El-Guebaly, 1998).

Inúmeras pesquisas apontam a associação entre o JP e a dependência de drogas. Carvalho, Collakis, Oliveira e Silveira (2005) realizaram uma pesquisa em São Paulo, com amostra de 74 pacientes de três serviços especializados em tratamento para Dependência Química. Foi encontrada alta freqüência de JP nessa amostra de dependentes químicos que procuraram tratamento (18,9% da amostra caracteriza-se como jogador patológico e 10,8% como “jogador problema”), corroborando com dados da literatura internacional sobre a comorbidade entre estes transtornos.

Em artigo de revisão da literatura sobre a relação entre os Transtornos do Humor e JP, Kim, Grant, Eckert, Faris e Hartman (2006) enfocaram o tratamento quando estas patologias estão associadas. Os autores discutiram a possibilidade de a depressão influenciar na motivação para o jogo, ou de apresentar-se como aspecto secundário (conseqüências do hábito de jogar, perdas financeiras, estresse). Os autores concluíram que, na maior parte dos estudos, não é possível afirmar que a depressão é primária ou secundária aos problemas relacionados ao jogo. Entretanto, salientaram que comportamentos como jogo, sexo e compras compulsivas aparecem como tentativa de “automedicação” dos sintomas depressivos (Goldman, 1991).

Muitos estudos sugerem que essas comorbidades também ocorram em mulheres, apesar de a maior parte dos estudos sobre JP ter como base a população masculina. Entretanto, estima-se que um terço dos indivíduos que recebam este diagnóstico sejam mulheres, que apresentam maior propensão à depressão (Tavares et al., 1999).

Martins, Lobo, Tavares e Gentil (2002), em um artigo de revisão da literatura sobre o JP entre mulheres, sugerem que um aprofundamento das relações entre o JP e a questão do gênero seja promissor. Segundo os autores, os poucos estudos encontrados nesta área indicam que os jogos de azar impactam de maneira diferente nos gêneros, afetando significativamente as mulheres, que podem vir a desenvolver o quadro de JP duas vezes mais rápido do que os homens. Entre os estudos sobre mulheres jogadoras, os autores destacaram o de Strachan e Custer, de 1993, com 52 mulheres jogadoras nos Jogadores Anônimos (JA) de Las Vegas, em 1989, e identificaram o perfil típico da jogadora como caucasiana (83%), de 30 a 49 anos (76%), casada (67%), com filhos (75%), com ensino médio (74%) e que jogava videopôquer (90%). Entre as complicações associadas ao jogo estavam tentativas de suicídio (23%), alcoolismo (10%) e dependência de drogas ilícitas (23%).

Volberg e Steadman (1988) verificaram que 7% dos indivíduos em programas de tratamento para JP em Nova Iorque (EUA) eram mulheres. Entretanto, estudos de JP na população geral do Canadá e dos EUA mostram uma razão homem-mulher de 2:1 a 3:1 (Ladoucer, 1991; Coman, Burrows & Evans, 1997).

Quanto aos aspectos genéticos, Eisen, Lin e Lyons (1998) investigaram a ocorrência familiar de Jogadores Patológicos e identificaram que está altamente associado com alcoolismo.

Jogo Patológico e Motivação para Mudança

Várias modalidades terapêuticas têm sido sugeridas no tratamento de jogadores patológicos, mas estudos sobre a sua efetividade parecem estar apenas no início. A literatura científica sobre a eficácia dos tratamentos para o JP é escassa (Lopez-Viets & Miller, 1997). Até o momento não é possível afirmar que há um único tratamento para intervir sobre esta patologia.

Petry e Armentano (1999) revisaram formas de tratamento para JP, e não foi encontrado um modelo padrão. As intervenções pesquisadas pelos autores foram: Jogadores Anônimos, terapia de casal e família, grupo de apoio para familiares, terapia cognitivo-comportamental, entrevista motivacional, farmacoterapia e manuais de auto-ajuda.

Um estudo de revisão recente sobre psicoterapia psicodinâmica para JP realizado por Rosenthal (2008) não revelou nenhum estudo controlado randomizado sobre a eficácia ou a efetividade desse tratamento, mas apontou estudos com desfechos positivos descritos como ecléticos multimodais e programas psicodinâmicos que obtiveram maior êxito.

Wulfert, Blanchard, Freidenberg e Martell (2006) realizaram um estudo exploratório piloto com nove jogadores patológicos que receberam tratamento combinado, envolvendo a Entrevista Motivacional e a Terapia Cognitivo Comportamental, comparando-os com o grupo controle de pacientes no mesmo centro de atendimento, com o objetivo de discutir os benefícios desta intervenção. Constataram que seis pacientes mantiveram total abstinência durante um ano, dois tiveram significativa melhora e apenas um recaiu.

Em 2005, Jiménez et al., destacaram, em uma consistente revisão da literatura, oito ensaios clínicos controlados para tratamento do JP. Todos os estudos seguem uma

orientação cognitivo-comportamental, demonstrando nos resultados que esta modalidade terapêutica é superior à condição de não-tratamento. Neste mesmo estudo, realizado na Espanha, os pesquisadores analisaram a efetividade da modalidade grupal de tratamento entre JP e evidenciaram que a maior taxa de abandonos e recaídas se produzia durante as cinco primeiras semanas, concluindo que a baixa motivação parecia interferir na aderência ao tratamento. Segundo estes autores, é possível identificar uma série de fatores preditores de fracasso terapêutico, entre eles elevados níveis de ansiedade e depressão, maior gravidade do transtorno e baixa motivação para mudança.

Independente da modalidade terapêutica, o que se percebe é que muitos autores concordam que uma das variáveis mais relevantes implicadas na adesão ao tratamento é a motivação para a mudança (DiClemente, Story & Murray, 2000).

Segundo Miller e Rollnick (2001), motivação pode ser definida como a probabilidade que uma pessoa inicie, dê continuidade e permaneça em um processo de mudança. A motivação não deve ser vista como algo estável ou inerente à personalidade ou ao caráter da pessoa, mas sim como algo fluido que pode oscilar entre diversas situações ou momentos. Neste sentido, em relação aos comportamentos dependentes, motivar o paciente para tratamento deve ser um dos principais objetivos do processo terapêutico, sendo a motivação um estado interno que pode ser influenciado externamente. Assim, a motivação, vista como mutável e intercalada, facilita o processo e manutenção da mudança, bem como favorece os resultados positivos do tratamento (Miller & Tonigan, 1996; Prochaska & DiClemente, 1992).

Uma das contribuições mais relevantes nesta área tem sido representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, desenvolvido por James Prochaska, em 1979, a partir da análise comparativa de mais de 29 teorias e modelos dos principais enfoques psicoterápicos, tendo como foco o processo de mudança

(Fuentes-Pila, Calatayud, Lopes & Castaneda, 2005). No transcorrer do estudo, os resultados sempre se mostravam os mesmos: todas as teorias tinham suas limitações e nenhuma delas explicava detalhadamente o processo de motivação para mudança nas pessoas. Diante dessa análise, o modelo que nasceu foi denominado “transteórico”, e teve como principal pressuposto o fato de que automudanças bem-sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos), no momento certo (estágios) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Para a construção do Modelo Transteórico, foram identificadas e incorporadas as explicações que cada teoria dava ao processo de mudança em uma pessoa. Como consequência, o Modelo Transteórico torna-se diferente de outros modelos teóricos, na medida em que foi direcionado especificamente para a compreensão do processo de mudança de comportamentos-problema e para a busca de hábitos saudáveis (Oliveira, Calheiros & Andretta, 2006).

Entre as implicações mais significativas deste modelo está a descoberta da necessidade de acessar o estágio de prontidão para mudança do paciente e, posteriormente, de adequar as intervenções terapêuticas a ele (Prochaska et al., 1992). Avaliar a motivação para a mudança, independentemente do tratamento utilizado, parece ser um aspecto fundamental para utilização de intervenções terapêuticas adequadas.

Os estágios motivacionais são descritos de forma bem definida e, inicialmente, foram descritos quatro estágios: a Pré-contemplanção, a Contemplanção, a Ação e a Manutenção. Posteriormente, verificou-se que, entre o estágio de Contemplanção e o de Ação, as pessoas passavam por uma fase de planejamento das possíveis ações. Esse estágio foi denominado Determinação ou Preparação, e passou a ser incluído como o terceiro estágio (Prochaska et al., 1992).

No estágio de *Pré-contemplação* não se observa nenhuma intenção de mudar o seu comportamento problema, e, geralmente, a existência de um verdadeiro problema é completamente negada. Os pré-contempladores dificilmente procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança e, quando o fazem, geralmente é por outros motivos, como encaminhamento judicial ou pedido dos familiares e dos companheiros. Mesmo quando iniciam tratamentos, evidenciam uma ativa resistência à mudança, fugindo de tudo que se relacione ao seu problema. Na maioria dos casos, observa-se que algumas tentativas de mudanças já foram ensaiadas no passado, porém, sem sucesso (Prochaska et al., 1992).

A consideração da possibilidade de mudança ocorre no estágio de *Contemplação*. A pessoa admite ter um problema e considera as possibilidades de mudança, mostrando preocupação e uma clara avaliação entre as vantagens e as desvantagens de mudar. Essa avaliação pode se cronificar na forma de uma profunda ambivalência e, com muita frequência, substituem a ação pelo pensamento. Dessa forma, são mantidas nesse estágio por longos períodos de tempo. A transição desse estágio para o estágio de preparação é marcada por um foco maior na solução do que no problema, bem como em um pensamento mais direcionado para o futuro, não mais para o passado (Prochaska et al., 1992).

O estágio de *Preparação ou Determinação* é marcado pelo planejamento. Há uma maior conscientização do problema, e o indivíduo constrói um plano cuidadoso de ações orientadas para a mudança (Oliveira, 2000). Um aspecto importante para o sucesso desta etapa é a necessidade de que a intenção de mudar se torne pública. Nesta etapa, não há, necessariamente, uma ação ocorrendo concomitantemente, visto que as pessoas no estágio de preparação não precisam ter sua ambivalência completamente resolvida (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1994).

A marca do Estágio de *Ação* é a modificação do comportamento-alvo através de esforços para mudança. A *Ação* é um período que exige muita dedicação e energia pessoal, sendo que as mudanças realizadas neste estágio são mais visíveis do que as anteriores. Nesse contexto, a maioria das pessoas iguala, equivocadamente, o estágio de ação ao sucesso da mudança (Prochaska et al., 1994).

O estágio de *Manutenção* é o grande desafio no processo de mudança, sendo a estabilização do comportamento em foco a sua marca. É necessário um esforço constante do indivíduo para consolidar os ganhos conquistados nos outros estágios, principalmente no de ação, além de prevenir continuamente lapsos e recaídas (Prochaska & Velicer, 1997).

Para Miller e Rollnick (2001) existiria ainda um sexto estágio, a *Recaída*, no qual a tarefa do indivíduo é voltar a circular pelos demais estágios. A recaída é normal e prevista quando se busca uma mudança de comportamento por longo prazo.

O processo de mudança é um conceito essencial no Modelo Transteórico e possibilita o entendimento de como a mudança do comportamento ocorre. O processo de mudança não pode ser considerado meramente linear, pois seus estágios são compreendidos como parte de um “espiral”, em que a pessoa pode se movimentar de um estágio para o outro, sem uma ordem estabelecida (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Utilizando o construto do Modelo Transteórico, foram criadas escalas para a mensuração dos estágios motivacionais, como a *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983) e a *The Stages of Change Readness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) (Miller & Tonigan, 1996), além da utilização de algoritmos, escalas analógico-visuais, entre outras. A teoria motivacional vem sendo regularmente estudada, permitindo a avaliação pragmática de

seus parâmetros por meio de escalas com validade e confiabilidades que variam de boa a excelente, mas que necessitam ser adequadas aos diversos comportamentos- problema.

O tratamento farmacológico vem sendo investigado, porém a maior parte dos estudos são relatos de caso ou estudos abertos não-controlados. Carbamazepina, Carbonato de Lítio e Clomipramina foram utilizados com relativo sucesso (DeCaria, Hollander & Grossman, 1996). Foram propostos, também, inibidores seletivos de recaptção da serotonina, como a fluoxetina (Coman, Burrows & Evans, 1997), em função da compulsão manifestada em jogadores. O fato é que há descrição de resultados positivos com o uso de estabilizadores de humor e antidepressivos, pois a melhora dos pacientes está muito associada à melhora de sintomas de depressão e ansiedade, que são comorbidades à patologia (Oliveira & Sáad, 2006). Estudos atuais sugerem o uso de Olanzapina e Carbamazepina em pacientes jogadores patológicos (Black, Shaw & Allen, 2008).

Discussão dos Resultados

O Jogo Patológico é uma patologia grave do ponto de vista psiquiátrico e social, e pouco investigada do ponto de vista científico. Apesar de apresentar semelhanças com a dependência química, prescindindo de uma substância psicoativa, necessita ser vista com suas particularidades para que se possa intervir de forma adequada e eficaz.

Este problema tem preocupado a comunidade científica e sugerido a construção de estratégias terapêuticas, tais como grupos Jogadores anônimos, psicoterapias, medicamentos, tratamentos ambulatoriais, internações e atendimento à família. Nos escassos locais para atendimento específico do JP persistem algumas questões: “Quais as deficiências desses tratamentos?”, “Qual estratégia é necessária para aumentar a aderência ao tratamento e a eficácia de uma intervenção terapêutica?”, “O que faz com

que algumas pessoas consigam modificar sózinhas comportamentos-problema, enquanto outras fazem uma peregrinação em diferentes tratamentos?”.

Diante destes questionamentos, a motivação do paciente vem tomando papel de destaque e parece ter uma importante contribuição também no tratamento do JP.

A exploração comercial do jogo, apesar da proibição legal de algumas modalidades, impõe a necessidade de informação da população e qualificação dos profissionais da área da saúde na realização de um diagnóstico precoce da patologia. Por se tratar de um transtorno com elevados índices de comorbidade, principalmente com a dependência química e os Transtornos de Humor, uma coleta cautelosa e minuciosa da história pessoal e do curso da doença pode desvelar ou facilitar um importante aspecto a ser considerado para o tratamento.

Com o objetivo de compreender a mudança do comportamento, o Modelo Transteórico de Motivação para Mudança traz transformações decisivas à ciência. Apontar a mudança como um processo e não como um evento isolado contribui de forma extremamente relevante para o planejamento de abordagens terapêuticas. Compreender o quanto um paciente está motivado traz imensos avanços para a área da saúde, na medida em que orienta a equipe de profissionais para o uso de intervenções mais adequadas.

Estudar a respeito do Modelo Transteórico frente ao comportamento de Jogo Patológico revelou a necessidade de mais pesquisas envolvendo esse tema, utilizando amostras variadas. As publicações costumam ser mais centradas nas pesquisas envolvendo o uso de álcool e tabaco. Pesquisas relacionando o Modelo Transteórico ao Jogo Patológico ainda são restritas, o que demonstra a importância de estudos que considerem as particularidades de cada comportamento dependente.

Considerações Finais

Concluimos que existe a necessidade de bons instrumentos validados e adaptados, que identifiquem o estágio motivacional dos pacientes que iniciam qualquer modalidade de intervenção terapêutica, principalmente nos comportamentos dependentes. Identificar em que estágio de mudança a pessoa se encontra significa uma ampliação nas possibilidades de prever o resultado do tratamento, mas, acima de tudo, de elaborar estratégias terapêuticas que facilitem o processo de modificação do comportamento relacionado, neste caso, ao hábito de jogar.

Referências

- Abreu, C., Tavares, H. & Cordas T. (2008) Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). DSM-III. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (APA) (2002) DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed.
- Black D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. Psychiatry Services; 49 (11), 1434-1439.
- Black, D. W., Shaw, M. C. & Allen, J. (2008). Extended release Carbamazepine in the treatment of pathological gambling: An open-label study. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 32(5):1191-4.
- Becoña, E., Lorenzo, M. D. C., & Fuentes, M. J. (1996). Pathological gambling and depression. Psychological Reports, 78, 635-640.
- Blum, K., Braverman, E., Holden, J., Lubar, J., Monastra, G., & Miller, D.(2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviors. Journal of Psychoactive Drugs, 32, Suppl, i-iv, 1-112.
- Carvalho, S., Collakis, S., Oliveira, M. P., & Silveira, D. X. (2005). Frequência do Jogo Patológico entre farmacodependentes em tratamento. Revista de Saúde Pública, 39 (2), 217-222.
- Cotta, A. (1993). La société du jeu. Paris: Fayard.

Crockford D. N., & El-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review. Canadian Journal of Psychiatry, 43, 43-50.

Cloninger, C. R. (1996). Assessment of the impulsive-compulsive spectrum of behavior by the seven-factor model of temperament and character. In Oldham, J. M., Hollander, E., & Skodol, A. E. (Eds.). Impulsivity and compulsivity (pp. 59-95). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Coman, G. J., Burrows, G. D., & Evans, B. J. (1997). Stress and anxiety as factors in the onset of problem gambling: implications for treatment. Stress Medicine, 13, 235-244.

Crockford D. N., & El-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review. Canadian Journal of Psychiatry, 43, 43-50.

Custer, R. L. (1984). Profile of the pathological gambler. Journal of Clinical Psychiatry, 45, 35-38.

DeCaria, C. M., Hollander, E., & Grossman, R. (1996). Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling. Journal of Clinical Psychiatry, 57, 80-84.

DiClemente, C. Story, M. & Murray, K. (2000). On a Roll: The Process of Initiation and Cessation of Problem Gambling Among Adolescents. Journal of Gambling Studies. 16 (2-3), 289-313.

Dostoievski. F. (1987). O Jogador. Rio de Janeiro: Bertand Brasil.

Eisen, A. S., Lin, N., & Lyons, M. J. (1998). Familial influences on gambling behavior: An analysis of 3359 twin pairs. Addiction, 93, 1375-1384.

Fuentes-Pila, J. M., Calatayud, P., Lopez, E. & Castaneda, B. (2005). La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotínica. Transtornos Adictivos, 7 (3), 153-65.

Kim, S., Grant, J., Eckert, E., Faris, P., & Hartman, B. (2006). Pathological Gambling and mood disorders: Clinical associations and treatment implications. Journal of Affective Disorders, 92, 109-116.

Lesieur, H. R. (1979). The Compulsive Gambler's spiral of options and involvement. Psychiatry, 42, 79-87.

Goldman, M. J. (1991). Kleptomania: Making sense of the nonsensical. American Journal of Psychiatry, 148, 986-996.

Holden, C. (2001). "Behavioral" addictions: do they exist? Science, 294 (5544), 980-982.

Huizanga, J. (1999). Homo ludens (J.P. Monteiro, trans 4 edição Ed) São Paulo: Ed Perspectiva SA.

Jiménez-Murcia, S., Alvarez, E. M., Granero, R. P., Aymani, M. N., Gómez, M. P., Jaurrieta, N. et al. (2005). Análisis de la eficacia de dos modalidades de tratamiento cognitivo conductual grupal para el juego patológico. Psicología Conductual, 13 (3), 495-510.

Kim, S., Grant, J., Eckert, E., Faris, P., & Hartman, B. (2006). Pathological Gambling and mood disorders: Clinical associations and treatment implications. Journal of Affective Disorders, 92, 109-116.

Ladoucer, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec. Canadian Journal of Psychiatry, 36, 732-734.

López-Viets, V.C., & Miller, W.R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. Clinical Psychology Review, 17, 689-702.

Martins, S., Lobo, D., Tavares, H., & Gentil, H. (2002). Jogo Patológico em mulheres: Uma revisão. Revista do Hospital de Clínicas, 57 (5), 235-242.

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors, 10, 81-89.

Miller, W., & Rollnick, S. (2001). Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas.

Nestler, E.J. & Malenka, R.C. (2004). The addicted brain. Sci Am, 290(3), 78-85.

Nichols, M., Stitt, B., & Giacopassi, D. (2004) Journal of Gambling Studies, 20 (4), 391-404.

Oliveira, M. P., Silva, M. T., & Silveira, D. X. (2002). Validity study of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) among distinct groups of Brazilian Gamblers. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24, 170-176.

Oliveira, M. E., & Sáad, A. C. (2006). Jogo Patológico: Uma abordagem terapêutica combinada. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 55 (2), 162-165.

Oliveira, M. P., Silveira, D. & Silva, M. T. (2008). Jogo Patológico e suas conseqüências para a Saúde Pública. Revista de Saúde Pública, 42 (3), 542-549.

Oliveira, M. S., Calheiros, P. R. & Andretta, I. (2006). Motivação para mudança nos comportamentos adictivos. In: Werlang, B. G., & Oliveira, M. S. (Orgs.). Temas em Psicologia Clínica (pp. 115-123). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Petry, N. & Armentano, C. (1999). Prevalence, Assessment, and Treatment of Pathological Gambling: A Review. Psychiatric Services. 50 (8), 1021-1027.

Petry, N.M., Stinson, F.S. & Grant, B.F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. Journal of Clinical Psychiatry, 66(5), 564-574.

Prochaska, J. O. (1979). Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviour. American Psychologist, 47, 102-114.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1994). Changing for good. Paperback.

Prochaska, J. O. & Velicer, W.F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. American Journal of Health Promotion, 12, 38-48.

Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Glascher, J., & Buschel, C. (2005). Pathological Gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. Nature Neuroscience, 8 (2), 147-148.

Rosenthal, R. J. (2008) Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico. Revista Brasileira de Psiquiatria. 30 (Supl I): S41-50.

Tavares, H. (2000). Jogo patológico e suas relações com o espectro impulsivo-compulsivo. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Tavares, H., Gentil, V., Oliveira, C., & Tavares, A. G. (1999) Jogadores patológicos, uma revisão: Psicopatologia, quadro clínico e tratamento. Revista de Psiquiatria Clínica, 26 (4), 1-14.

Tavares, H, Zilberman, M.L, Hodgins, D.C & El-Guebaly, N.(2005). Comparision of craving between pathological gamblers and alcoholics. Alcohol Clin Exp Res, 29 (8), 1427-1431.

Volberg, R. A., & Steadman, H. J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 145, 808-814.

Wulfert, E., Blanchard, E., Freidenberg, B., & Martell, R. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. Behavior Modification, 30, 315-340.

SEÇÃO II: ESTUDO EMPÍRICO

**TRADUÇÃO, EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA E ADAPTAÇÃO CULTURAL
DA *UNIVERSITY ROHDE ISLAND CHANGE ASSESSMENT (URICA)* -
ADAPTAÇÃO BRASILEIRA PARA O JOGO PATOLÓGICO**

Tradução, Equivalência Semântica e Adaptação Cultural da *University Rhode Island Change Assessment (URICA)* – Adaptação Brasileira para o Jogo Patológico

Resumo

Objetivo: A *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)* é um instrumento de 24 itens, auto-aplicável, e utilizado para avaliar os estágios motivacionais e a prontidão para mudança em comportamentos dependentes. O objetivo deste estudo é descrever o processo de tradução e adaptação desta escala em uma amostra de jogadores patológicos. **Métodos:** O questionário foi traduzido do original em inglês para o português, utilizando processo de tradução-retradução (inglês-português-ínglês). Após, o questionário foi aplicado em 10 sujeitos, do sexo masculino e feminino, com idades entre 20 e 70 anos e diferentes graus de escolaridade, com o objetivo de verificar as dificuldades de compreensão, expressões confusas e/ou ambíguas. Posteriormente, seguiu-se com a avaliação das versões original e *back-translation* por um comitê de especialistas composto por três juízes que avaliaram o instrumento. A versão final foi apresentada a um dos autores da escala que aprovou sua aplicação. **Resultados:** Houve necessidade de ajustes no vocabulário em algumas questões e optou-se pela inclusão de termos que se referem ao “hábito de jogar” fazendo referência ao comportamento estudado e as particularidades desta amostra. Realizou-se a análise descritiva interjuízes e observou-se uma concordância entre os juízes de 75%, o que correspondeu a 18 itens da escala, no que se refere às traduções do instrumento. Para os 6 itens restantes, utilizou-se o critério de desempate pelo terceiro juiz.

Conclusões: Considerando-se o processo de tradução - retradução, os pareceres dos especialistas e a aprovação de um dos autores da escala, construiu-se então a versão final da URICA - adaptação brasileira para jogo patológico que mostrou-se um instrumento de fácil aplicação e com boa equivalência semântica.

Palavras-chave: Tradução, adaptação, escalas de motivação, jogo patológico

Introdução

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, desenvolvido por James Prochaska nos anos 1970 (Prochaska, 1979), representa uma importante contribuição no entendimento do processo de motivação que envolve a mudança de comportamento. Este modelo está baseado na premissa de que a mudança comportamental é um processo, e que as pessoas tem diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar (Oliveira, Calheiros & Andretta, 2006).

Em 1982, Prochaska e DiClemente realizaram uma pesquisa com tabagistas e delinearão quatro estágios que estruturam o processo de mudança: Contemplação, Determinação, Ação e Manutenção. Posteriormente, em 1983, os mesmos autores identificaram a Pré-contemplação como um estágio que precede a Contemplação. Diante disso, esses níveis são sequenciados em cinco estágios: Pré-contemplação, Contemplação, Determinação, Ação e Manutenção (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1994).

O modelo teórico dos estágios motivacionais tem início com a pré-contemplação, estágio no qual a pessoa não considera a necessidade de ajuda, assim como não demonstra consciência suficiente de que tem problemas, embora outras pessoas do seu convívio possam estar cientes disso. Quando a pessoa passa a considerar seu comportamento como um problema com possibilidade de mudanças, ela entra no estágio de contemplação (DiClemente, 1991). Seguindo para o estágio de Preparação, há a combinação de uma conduta orientada na mesma direção da intenção de mudar. Nesse estágio, geralmente as pessoas são descritas como prontas para entrar no estágio de ação (Oliveira, 2000), e, quando essas tentativas são colocadas em prática, este indivíduo se encontra no estágio de ação. Finalmente, a estabilização do comportamento em foco

ocorre no estágio de Manutenção, no qual a pessoa modifica seu estilo de vida, evitando a recaída, atingindo abstinência e consolidando as mudanças.

Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) afirmam que avaliar a motivação para mudança, independentemente do tratamento utilizado, parece ser um aspecto importante para a utilização de intervenções adequadas aos pacientes. O resultado de uma correta avaliação implica melhores estratégias para a promoção da motivação para mudança de comportamento. A utilização de escalas para monitoração da motivação é freqüente, e destacam-se duas na literatura: a *University Rhode Island Change Assessment* – URICA (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983) e a *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* - SOCRATES (Miller & Tonigan, 1996), utilizada especificamente para o comportamento de beber.

A *University Rhode Island Change Assessment* (URICA), desenvolvida por McConaughy, Prochaska e Velicer (1983), é um instrumento que se destina a avaliar os estágios motivacionais e a prontidão para a mudança. É uma medida de auto-relato, do tipo escalar, inicialmente criada para estudar os problemas relacionados ao tratamento do tabagismo e, atualmente, empregada de forma genérica para todos os problemas associados a comportamentos de dependência. A URICA possui, atualmente, três versões: uma composta por 32 itens, outra por 28 itens e uma versão reduzida de 24 itens, que são divididos em quatro subescalas: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção. A URICA, na sua versão original, não é especificada para o tipo de comportamento-problema, mas se refere, genericamente, ao “problema” do sujeito. Em estudos mais recentes, DiClemente, Schlundt e Gemmell (2004) discutiram e apresentaram outro conceito, mais genérico e dinâmico que o conceito de estágios, chamado de prontidão para mudança. O significado de Prontidão para Mudança pode

ser conceitualizado como a combinação da importância que o sujeito dá ao seu problema combinado com a sua capacidade de mudar.

A validação da URICA para a população americana iniciou com a criação de 165 itens, que foram encaminhados a três juízes com bom conhecimento na área. Desses itens, 145 apresentaram boa consistência, mas apenas 125 foram realocados no instrumento. A redução do instrumento evoluiu e dividiu-se em três etapas: na primeira etapa, foram considerados 75 itens, com 15 itens por estágio; na segunda etapa, 50 itens, com 10 itens para cada estágio; e, na terceira e última etapa, foi construída uma versão com 32 itens, tendo 8 itens para cada estágio. É importante ressaltar que a partir da análise fatorial, o estágio de Determinação não se manteve como um estágio separado, não se constituindo, portanto, como um domínio do instrumento. As análises estatísticas utilizadas foram correlação inter-itens, correlação entre cada item, escore total de itens, coeficiente de alfa de Cronbach, coeficiente de correlação linear de Pearson e análise de clusters (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989). O coeficiente alfa de Chronbach, na validação americana, variou de 0.88 a 0.89. A amostragem estudada era composta de pacientes ambulatoriais, provenientes de serviços comunitários, psicoterapia particular, centros de aconselhamento e tratamento militar ou universitário.

Stephens Cellucci e Gregory (2004) avaliaram adolescentes usuários de tabaco, por meio da URICA, para medir o quanto estes adolescentes estavam preparados para a cessação do comportamento de fumar. Após a aplicação, verificaram que os adolescentes que pontuaram mais no estágio de ação e/ou manutenção foram aqueles que realizaram as mudanças mais concretas a respeito do hábito de fumar, comprovando, assim, a capacidade da URICA em discriminar a motivação dos indivíduos para a modificação do comportamento.

No Brasil, já existe uma versão adaptada e validada da URICA de 32 itens para uma amostra de pessoas com problemas relativos ao álcool (Figlie, Dunn & Laranjeira, 2004) e ao uso de drogas ilícitas (Szupszynski & Oliveira, 2006). Esta versão está em processo de validação para outros tipos de comportamentos, sendo liderado pelo Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva da PUCRS. Sua utilidade clínica e a valorização que lhe foi conferida, principalmente pelos profissionais da área da dependência química, têm justificado sua aplicação.

O interesse na validação da URICA para jogadores patológicos se justifica por que ela é vista como uma patologia grave, considerando os enormes prejuízos sociais, financeiros e emocionais causados pelo jogo na vida dos indivíduos (Oliveira, Silveira & Silva, 2008).

A divulgação de pesquisas sobre validação e propriedades psicométricas de escalas traduzidas e adaptadas ao nosso idioma e ao nosso país ainda é restrita. Não basta traduzir um instrumento, é necessário realizar um rígido procedimento de avaliação dessa tradução, verificando a adaptação transcultural e as suas propriedades psicométricas (Ciconelli, 2003).

As crenças, atitudes, costumes, comportamentos e hábitos sociais são característicos de cada sociedade e ditam os comportamentos que refletem a cultura de um povo. Dessa forma, a tradução de uma escala deve primar pela linguagem simples e clara, mantendo-se equivalente no que tange aos seus conceitos culturais (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão & Quaresma, 1999).

Metodologicamente, a tradução de um instrumento deve ser feita por, pelo menos, dois tradutores independentes e cientes do objetivo da tradução. Um comitê de especialistas conhecedores da finalidade do instrumento e dos conceitos a serem analisados deve produzir a versão final do instrumento, baseado nas traduções e nas

backtranslation, comparando os resultados entre si (Duarte, Myiazaki, Cicconelli & Sesso, 2003).

O objetivo deste trabalho é apresentar o processo de tradução e adaptação da *University Rhode Island Change Assessment* (URICA) para jogadores patológicos a partir do processo de tradução – retradução, e de acordo com parecer dos juízes especialistas. A viabilidade deste instrumento no Brasil, considerando-se as particularidades de cada comportamento dependente, poderá auxiliar na elaboração de estratégias de intervenção mais adequadas e eficazes no campo dos comportamentos dependentes, e principalmente no avanço de estudos sobre o tratamento do Jogo Patológico.

Método

Trata-se de um estudo de instrumental (Carretero-Dios & Perez, 2005).

Instrumentos

- Entrevista estruturada, contendo dados sócio-demográficos e critérios diagnósticos para avaliar o Jogo Patológico, de acordo com DSM-IV-TR (APA, 2002).
- *University Rhode Island Change Assessment- URICA* ((McConaughy, Prochaska e Velicer, 1983) que mede os estágios motivacionais e a prontidão para mudança. É uma escala likert, com 24 itens na sua versão reduzida, onde são atribuídos pontos de 1 (discordo totalmente) à 5 (concordo totalmente), distribuídos em 4 subescalas: Pré-contemplação (itens 1,5,7,16,19 e 22), Contemplação (itens 3,6,9,13, 14 e 17), Ação (2,4,8,11, 18,e 23) e Manutenção (10,12,15,20,21 e 24).

Procedimentos

O processo de tradução e adaptação da URICA para Jogo patológico compreendeu as fases descritas a seguir:

Tradução do instrumento: a *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) foi traduzida da Língua Inglesa para a Língua Portuguesa. O trabalho foi realizado por uma profissional, graduada em Letras, habilitada em Língua Inglesa e conhecedora do objetivo da tradução.

Aplicação do instrumento traduzido: a URICA foi aplicada em 10 sujeitos, jogadores compulsivos, dos sexos masculino e feminino, entre 20 e 70 anos de idade, com no mínimo 5 anos de estudo, a fim de verificar dúvidas ou expressões idiomáticas confusas. Os sujeitos não tiveram dificuldade em compreender o que estava sendo proposto e responderam o questionário entre 15 e 20 minutos.

Back-translation: a partir da primeira tradução, o instrumento foi vertido para o idioma de origem. O trabalho foi realizado por um profissional habilitado em Língua Inglesa, com fluência e domínio do idioma, desconhecedor do objetivo da tradução.

Comitê de juízes especialistas: todo o processo de tradução e *back-translation* foi encaminhado para um comitê composto por dois psicólogos e um psiquiatra experientes e conhecedores do tema da pesquisa, da finalidade do instrumento e dos conceitos a serem analisados. O trabalho dos dois primeiros juízes consistiu em detectar possíveis divergências nas traduções, cabendo-lhes comparar os resultados entre si, e verificando se os itens da escala referiam-se ou não ao tema que se propunha a medir. O parecer do terceiro juiz serviu de desempate para os itens que não obtiveram concordância entre o juiz 1 e o juiz 2. A partir dos pareceres, produziu-se a versão final do instrumento que foi submetida, também, a um dos autores da escala, o Prof. Carlo DiClemente, que revisou e aprovou o instrumento para a aplicação.

Estudo piloto: a versão final em português foi aplicada em 25 sujeitos com as características da amostra pesquisada. O objetivo desta aplicação foi verificar, do ponto de vista dos participantes, se o instrumento também estava adequado tanto gramatical quanto funcionalmente. Foram excluídos do estudo os sujeitos sem a escolaridade mínima estabelecida ou sem as condições de compreender o que estava sendo proposto no preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS e todos os entrevistados preencheram o consentimento livre e esclarecido elaborado para esta pesquisa.

Resultados

Os resultados das avaliações de tradução e *back-translation*, juntamente com os pareceres dos juízes especialistas, indicaram alguns problemas em alguns itens da URICA que precisavam de ajustes, no sentido de melhor adequar as frases traduzidas à Língua Portuguesa coloquial.

O quadro1 mostra a primeira tradução do inglês- português comparando-a com a versão final da URICA- adaptação brasileira para Jogo patológico.

A primeira modificação realizada diz respeito à inclusão da expressão “hábito de jogar” logo no cabeçalho da escala. A URICA vem sendo utilizada de forma genérica para todos os comportamentos de dependência e por isso utilizava a palavra “problema”, o que pareceu ser uma questão confusa, principalmente para aqueles sujeitos que apresentam mais de um comportamento dependente, por exemplo: jogar e beber. Por sugestão dos juízes, optou-se pela inclusão de expressões que se referem ao hábito de jogar nas questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11,12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24.

Na questão 7, retirou-se a palavra “defeitos”, mantendo o foco na questão relacionada ao jogo. Entendendo-se que não se trata de algum problema inerente ao caráter do sujeito, o foco no comportamento relacionado ao hábito de jogar foi mantido.

Na questão 13, a expressão “eu gostaria de saber melhor” foi substituída pela expressão “eu gostaria de ter mais idéias” para uma melhor compreensão do item, assim como na questão 14 substituiu-se “Talvez algo ou alguém seja capaz de me ajudar” por “eu espero poder encontrar mais razões para mudar meu comportamento”, por sugestão do autor da escala.

Na questão 19, a expressão “Todo este papo de psicologia” foi substituída por “toda esta conversa”, porque a URICA nem sempre foi aplicada em locais de tratamento.

A análise estatística descritiva dos itens mostrou uma concordância entre os juízes 1 e 2 de 75%, significando que 18 itens não causaram nenhuma dúvida sobre o que se propuseram a medir. Para os 6 itens restantes, utilizou-se o critério de avaliação por um terceiro juiz (J 3), que determinou qual item se aplicava melhor a situação. Os itens que não apresentaram concordância de 100% entre os juízes 1 e 2 foram: 3 (C), 6 (C), 7 (PC), 8 (A), 15 (M) e 16 (PC). Nestes 6 itens, o terceiro juiz optou pela versão final como sendo a mais apropriada.

Cabe ressaltar, que as discordâncias entre os juízes 1 e 2 diziam respeito exclusivamente às traduções, visto que houve 100% de concordância entre os juízes sobre o construto que cada item se propunha a medir.

Quadro 1 - Comparação da primeira versão traduzida do inglês-português e a versão final URICA – Jogo

1ª Tradução, a partir do original:

Versão final

University of Rhode Island Change Assessment - URICA	University of Rhode Island Change Assessment- URICA- adaptação brasileira para Jogo patológico
<p>Data: ___/___/___</p> <p>Cada declaração abaixo descreve como uma pessoa que está iniciando uma terapia ou tentando resolver problemas pessoais pode estar se sentindo em relação a isto. Por favor, a cada afirmação marque a alternativa em que você concorda ou discorda. Em cada questão faça a sua escolha baseado em como você está <u>se sentindo agora</u> e não no que você sentiu no <u>passado</u> ou gostaria de estar sentindo. Em todas as afirmativas que se referem ao seu “problema”, responda o que está relacionado a _____.</p>	<p>Data: ___/___/___</p> <p>Cada declaração abaixo descreve como uma pessoa que está iniciando uma terapia ou tentando resolver problemas pessoais pode estar se sentindo em relação a isto. Por favor, a cada afirmação marque a alternativa em que você concorda ou discorda. Em cada questão faça a sua escolha baseado em como você está <u>se sentindo agora</u> e não no que você sentiu no passado ou gostaria de estar sentindo. Em todas as declarações que se referem ao seu “problema”, responda o que está relacionado ao seu <u>hábito de jogar</u>.</p>
<p>Existem cinco respostas possíveis para cada item do questionário:</p> <p>1= Discordo plenamente 2= Discordo 3= Indeciso 4= Concordo 5= Concordo plenamente.</p> <p>Circule o numero que melhor descreve a sua opinião em cada item.</p>	<p>Existem cinco respostas possíveis para cada item do questionário:</p> <p>1= Discordo totalmente 2= Discordo 3= Indeciso 4= Concordo 5= Concordo totalmente</p> <p>Circule o numero que melhor descreve a sua opinião em cada item.</p>
<p>1. Não acho que eu seja o problema principal, portanto não vejo razão para mudar.</p>	<p>Eu não estou com problemas com relação ao meu hábito de jogar, não vejo razão para mudar.</p>
<p>2. Finalmente eu estou tentando resolver o meu problema.</p>	<p>Finalmente eu estou tentando resolver o meu problema com o jogo.</p>
<p>3. Eu tenho pensado em mudar algo na minha vida.</p>	<p>Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu hábito de jogar.</p>
<p>4. Há momentos que o meu problema fica difícil de suportar, mas eu estou tentando lidar com isto.</p>	<p>As vezes é difícil ficar longe do jogo, mas estou tentando.</p>
<p>5. Por que mudar se eu não tenho nenhum problema? É pura perda de tempo no meu entender.</p>	<p>Por que mudar se eu não tenho nenhum problema com o jogo? Na minha opinião é perda de tempo.</p>
<p>6. Eu espero ser capaz de me entender melhor.</p>	<p>Eu espero poder entender melhor meu problema com relação ao jogo.</p>
<p>7. Eu sei que tenho defeitos, mas nada que necessite realmente ser mudado.</p>	<p>Eu talvez tenha problemas com relação ao meu hábito de jogar, mas não há nada em que eu realmente precise mudar</p>
<p>8. Eu realmente estou tentando mudar.</p>	<p>Eu realmente estou tentando mudar meu comportamento com relação ao jogo.</p>
<p>9. Eu sei que tenho um problema e que preciso tratá-lo.</p>	<p>Eu sei que tenho um problema com meu hábito de jogar e que preciso tratá-lo.</p>
<p>10. Eu não estou bem como eu esperava, e eu quero poder reunir forças para evitar uma recaída.</p>	<p>Eu não estou conseguindo me sentir tão bem como eu esperava, e eu quero poder ter forças para evitar uma recaída.</p>

11. Mesmo não conseguindo fazer grandes mudanças, eu pelo menos estou tentando lidar com o meu problema.	Mesmo não conseguindo fazer grandes mudanças, eu pelo menos estou tentando lidar com o meu problema com o jogo.
12. Eu pensei que quando eu conseguisse resolver o meu problema, eu ficaria livre dele, mas tem vezes que me sinto lutando contra ele novamente.	Eu pensei que quando eu conseguisse resolver o meu problema com o jogo, eu ficaria livre dele, mas tem vezes que me sinto lutando contra ele novamente.
13. Eu gostaria de saber melhor como resolver o meu problema.	Eu gostaria ter mais idéias de como solucionar o meu problema com o jogo.
14. Talvez algo ou alguém seja capaz de me ajudar.	Eu espero poder encontrar mais razões para mudar meu comportamento com relação ao jogo.
15. Eu sinto que no momento estou precisando de uma ajuda para que eu não tenha nenhuma recaída.	Neste momento, estou precisando de uma ajuda extra para me auxiliar a manter as mudanças que consegui.
16. Eu talvez até seja parte do problema, mas não é assim que vejo a situação.	Talvez eu tenha problemas com o jogo, mas não creio nisso.
17. Espero que alguém me aconselhe direito.	Espero que alguém me aconselhe corretamente.
18. Ao invés de somente falar sobre o problema, eu estou tentando resolvê-lo.	Ao invés de somente falar sobre o problema com o jogo, eu estou tentando resolvê-lo.
19. Todo este papo de psicologia é muito chato. Por que as pessoas simplesmente não esquecem que têm problemas?	Toda esta conversa é muito chata. Por que as simplesmente não esquecemos os problemas com o jogo?
20. Eu tenho me esforçado bastante para evitar uma recaída.	Eu tenho me esforçado bastante para evitar uma recaída do meu hábito de jogar.
21. É frustrante, eu achava que havia resolvido o meu problema, mas, infelizmente, sinto que estou tendo uma recaída.	Estou frustrado porque pensava que tinha resolvido meu problema com o jogo, mas não resolvi. Sinto que estou tendo uma recaída.
22. Se todo mundo tem problemas, porque perder tempo pensando neles?	Tenho alguns problemas com relação ao jogo, mas porque perder tempo pensando neles?
23. Eu realmente estou trabalhando para resolver o meu problema.	Estou trabalhando ativamente no meu problema com relação ao jogo.
24. Depois de tudo que eu tentei para ficar bem, às vezes me sinto inseguro e com medo de ter uma recaída.	Depois de tudo que eu já fiz para tentar mudar meu problema com o jogo, me sinto inseguro e com medo de ter uma recaída.

Discussão dos Resultados

Qualquer processo de tradução está sujeito a inúmeras distorções que podem invalidar um instrumento. Vários autores (Meyer, Carvalhal & Pechansky, 2003; Fleck, Leal, Louzada et al., 1999) recomendaram enfaticamente que, quando uma escala é utilizada em uma linguagem distinta da original, deve passar por um processo de tradução, de adaptação cultural e de validação precisos.

Em relação ao processo de tradução e adaptação da URICA, a escala manteve, de forma geral, as condições avaliadas em outros estudos, capturando os diferentes níveis motivacionais na população estudada. Na versão final da URICA, optou-se por

conservar as iniciais do nome original da escala em inglês e acrescentou-se “adaptação brasileira para jogo patológico”, com o intuito de facilitar possíveis buscas em bases de dados.

No que diz respeito à validade semântica, a URICA - adaptação brasileira para Jogo Patológico – demonstrou boa equivalência semântica e conceitual, conforme os resultados dos juízes especialistas, sendo que todo o processo fundamentou-se nos estudos de Ciconelli (2003) e Pasquali (1998). O processo de adaptação semântica será seguido de validação psicométrica em estudo posterior e direcionado para a população clínica, tendo como foco o tratamento para o Jogo Patológico.

A URICA é um dos poucos instrumentos que medem estágios motivacionais validados no Brasil, e sua utilidade clínica e em pesquisa é inquestionável. Elaborar estratégias terapêuticas que favoreçam a adesão aos tratamentos para jogadores patológicos, utilizando instrumentos adaptados e validados a realidade e a cultura brasileira, pode representar um grande avanço na área das dependências e na abordagem destes transtornos.

Referências

American Psychiatric Association (APA) (2002) DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed.

Carretero-Dios, H., & Perez, C. (2005). Norms to development and to review instrumental studies. International Journal of Clinical and Health Psychology, 3, 521-551.

Cicconelli, R., Ferraz, M., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista da Associação Médica Brasileira, 49, 375-381.

Ciconelli, R. M. (2003). Medidas de avaliação de qualidade de vida. Revista Brasileira de Reumatologia, 43, 9-13.

DiClemente C. (1991). Motivational interviewing and the stages of change. In: Miller W., & Rollnick, S. (Org.). Motivational interviewing preparing people to change addictive behavior (191-201). Nova Iorque: Guilford

DiClemente, C., Schlundt, D., & Gemmell, B. S. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. American Journal of Addiction, 13, 103-119.

Duarte, P., Miyazaki, M., Cicconelli, R., & Sesso, R. (2003). Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF tm). Revista da Associação Médica Brasileira, 49, 373-381.

Figlie, N., Dunn, B., & Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26 (2), 91-99.

Fleck, M., Leal, O., Louzada, S. et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Revista Brasileira Psiquiatria, 21 (1): 19-28.

McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer W. E. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. Psychotherapy. Theory, Research and Practice, 20, 368-375.

Meyer, E., Carvalhal, A., & Pechansky, F. (2003). Adaptation of Brazilian Portuguese of scale to measure willingness to wear condoms. Revista Brasileira de Psiquiatria, 25(4): 224-227.

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors, 10, 81-89.

Oliveira, M. S. (2000). Eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool. Tese de Doutorado. São Paulo: Curso de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo.

Oliveira, M. S. Calheiros, P. R. & Andretta, I., (2006). Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos adictivos. Em: Werlang, B. S. & Oliveira, M. S. Temas em Psicologia Clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, M. P., Silveira, D., & Silva, M. T. (2008). Jogo Patológico e suas conseqüências para a Saúde Pública. Revista de Saúde Pública, 42 (3), São Paulo.

Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Revista de Psiquiatria Clínica, 25 (5), 206-213.

Prochaska, J. O. (1979). Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20, 161-173.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviour. American Psychologist, 47, 102-114.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1994). Changing for good. Paperback.

Stephens, S.; Cellucci, T., e Gregory, J. (2004) Comparing stage of change measures in adolescent smokers. Addictive Behaviors, 29 (4), 759-764.

Szupszynski, K.P., & Oliveira, M. S. (2008). Adaptação brasileira da *University Rhode Island Change Assessment* (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. PsicoUsf, 13 (1), 31-39.

SEÇÃO III: ESTUDO EMPÍRICO

**EVIDÊNCIAS DE VALIDAÇÃO DA *UNIVERSITY ROHDE ISLAND*
CHANGE ASSESSMENT (URICA) PARA JOGADORES PATOLÓGICOS**

Resumo

Evidências de Validação da *University Rhode Island Change Assessment* (URICA) para Jogadores Patológicos

Objetivo: A *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) é um instrumento de 24 itens, auto-aplicável, utilizado para avaliar os estágios motivacionais e a prontidão para mudança em diversos comportamentos. O objetivo deste trabalho foi estudar as propriedades psicométricas desta escala para o comportamento de Jogo Patológico e viabilizar seu uso no Brasil. **Métodos:** O questionário foi traduzido do original em inglês para o português, utilizando processo de tradução-retradução (inglês-português-inglês), seguido de avaliação de um comitê de especialistas (interjuízes) e aprovação de um dos autores da escala. Foram estudadas as propriedades psicométricas do instrumento em uma amostra de 69 sujeitos com diagnóstico de Jogo Patológico, segundo critérios diagnósticos do DSM-IV-TR. Os sujeitos foram avaliados em ambulatorios de atendimento em Porto Alegre e São Paulo, e grupos de jogadores anônimos, entre 2006 e 2008. Para o estudo de evidências de validação da URICA foram analisados os indicadores de consistência interna e validade convergente com a régua de prontidão (medida analógico-visual), além de instrumentos como: *SOGS* (*South Oaks Gambling Screen*), *Inventário de Ansiedade de Beck* (BAI) e *Inventário de Depressão de Beck* (BDI). **Resultados:** A análise dos resultados permitiu identificar uma adequada confiabilidade da URICA total, versão 24 itens ($\alpha = 0,82$) e correlação significativa entre a régua de prontidão e os estágios de pré-contemplação ($r = -0,305$; $p = 0,11$) e ação ($r = 0,301$; $p = 0,12$).

Conclusões: A versão em português da URICA mostrou ser útil e confiável para avaliação da motivação para mudança, considerando os estágios motivacionais e a prontidão para mudar entre os jogadores patológicos.

Palavras-Chave: URICA, confiabilidade, motivação para mudança, jogo patológico

Introdução

A adesão ao tratamento é o foco principal em qualquer abordagem terapêutica para jogadores patológicos. Sabe-se que uma das variáveis mais importantes implicadas na adesão é a motivação para mudança (Hodgins, 2005; Toneatto & Millar, 2004). Jiménez et al., (2005) examinando a efetividade das modalidades terapêuticas grupais entre jogadores patológicos, evidenciou que a maior taxa de abandonos e recaídas se produzia nas primeiras cinco semanas de tratamento. Para estes autores, o maior esforço considerando a adesão, deveria acontecer no primeiro mês e meio de tratamento e teria que levar em conta aspectos fundamentais como ser pouco intrusivo no estilo de vida dos pacientes e orientar o trabalho nos fatores de motivação para mudança deste comportamento.

Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) afirmam que avaliar a motivação para mudança, independentemente do tratamento utilizado, parece ser um aspecto importante para a utilização de intervenções adequadas aos pacientes. O resultado de uma correta avaliação implica melhores estratégias para a promoção da motivação para mudança de comportamento.

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (Prochaska, 1979) fez uma contribuição importante no entendimento do processo de motivação que envolve mudança de comportamentos-problema. Este modelo tem como principal pressuposto que as mudanças bem sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

O modelo transteórico foca a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão que o indivíduo realiza. A mudança comportamental acontece ao longo de um processo, no qual as pessoas passam por diversos níveis de motivação para mudança. Estes níveis

estariam representados por estágios de motivação para a mudança, que representam a dimensão temporal do modelo transteórico, e permitem que entendamos quando mudanças particulares, intenções e reais comportamentos podem acontecer (Szupszynski & Oliveira, 2008). Os estágios são descritos pela literatura de forma bem definida e identificável. São eles: pré-contemplação, contemplação, determinação, ação e manutenção.

Outro conceito fundamental relacionado ao estudo da motivação é o de prontidão. Segundo DiClemente, Schlundt e Gemmell (2004), existem dois aspectos distintos relacionados à prontidão: prontidão para mudança e prontidão para tratamento. A prontidão para mudança foi conceituada como a integração entre a conscientização da pessoa sobre seu problema, somada a uma confiança em suas habilidades para mudar. Já a prontidão para tratamento focaliza a motivação para procurar ajuda, para iniciar, manter e terminar um tratamento. Assim, um jogador patológico pode procurar tratamento e iniciá-lo (alta prontidão para tratamento), sem estar realmente pronto para permanecer em abstinência do jogo (baixa prontidão para mudar o comportamento problema).

Castro e Passos (2005), em um trabalho de revisão da literatura, identificaram quatro escalas com parâmetros psicométricos variando de bom a excelente, e em condições de serem utilizadas para avaliação da motivação para tratamento e predição de adesão ao mesmo: *University Rhode Island Change Assessment* – URICA (McConnaughy, Prochaska e Velicer, 1983), *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* - SOCRATES (Miller & Tonigan, 1996), utilizada especificamente para o comportamento de beber, *Readiness to Change Questionnaire*-RCQ e *Treatment Motivation Questionnaire* - TMQ. Somente as duas primeiras possuem versões validadas para o português.

A *University Rhode Island Change Assessment* (URICA), desenvolvida por McConnaughy, Prochaska e Velicer (1983), é uma escala de auto-relato que tem o objetivo de avaliar os estágios motivacionais e a prontidão para a mudança nos comportamentos de dependência. Foi criada inicialmente para estudar os problemas relacionados ao tratamento do tabagismo e, atualmente, empregada de forma genérica para todos os problemas associados a comportamentos de dependência. A URICA possui, atualmente, três versões: uma composta por 32 itens, outra por 28 itens e uma versão reduzida de 24 itens, que são divididos em quatro subescalas: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção. As propriedades psicométricas desta escala, na validação americana, em uma população de pacientes ambulatoriais, apresentou coeficiente alfa de Cronbach variando de 0,88 a 0,89 (McConnaughy, Prochaska & Velicer, 1983).

No Brasil, já existe uma versão adaptada da URICA de 32 itens para alcoolistas (Figlie, Dunn & Laranjeira, 2004) e sua aplicabilidade e uso para diferentes comportamentos pode ser verificada em inúmeros estudos nacionais e internacionais.

Petry (2005), em um estudo americano, avaliou as propriedades psicométricas da URICA em uma amostra de 234 jogadores patológicos em início de tratamento. A consistência interna das subescalas foi considerada boa, variando de 0,74 a 0,88. Realizaram análise de clusters, identificando quatro perfis de resposta variando de ambivalentes a modificadores ativos, e concluíram que a URICA é um instrumento importante na identificação dos estágios motivacionais e na predição de resultados.

A validade preditiva dos estágios motivacionais em dependentes de heroína foi investigada em outro estudo americano (Henderson, Saules & Galen, 2004) que utilizou a URICA para prever a adesão ao tratamento, a partir de amostras urinárias negativas de heroína e ou cocaína durante um programa de 29 semanas. O estudo demonstrou que

os pacientes que pontuaram mais no estágio de manutenção, apresentaram amostras de urina livres de cocaína ou heroína e maior adesão ao tratamento.

Callaghan et al., (2005) utilizaram a URICA para avaliar o estágio motivacional de pacientes em um programa para adolescentes usuários de drogas. O estudo comprovou a validade do Modelo Transteórico considerando que os adolescentes que tinham pontuação elevada na pré-contemplação representavam substancialmente o numero de desistências do programa.

Em decorrência da utilidade da URICA tanto na área de pesquisa como na área clínica, o objetivo deste trabalho é estudar as propriedades psicométricas da *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) no comportamento de jogo patológico e viabilizar seu uso no Brasil, bem como conhecer o perfil do jogador patológico e a prontidão para mudança deste comportamento nesta amostra.

Método

Delineamento

Foi realizado um estudo transversal, metodologia quantitativa.

Participantes

Para a validação da URICA foi selecionada uma amostra de 69 sujeitos que estavam ingressando em tratamento ambulatorial (entrevista de triagem) ou participando de grupos de Jogadores Anônimos. A coleta dos dados foi realizada de janeiro de 2006 a julho de 2008. Foram convidadas de forma consecutiva todas as pessoas que preenchiam os critérios de inclusão (ser jogador patológico, ter entre 20 e 70 anos, sexo masculino ou feminino e no mínimo, cinco anos de estudo). Os critérios de exclusão foram: transtorno psiquiátrico grave, psicose, risco de suicídio, déficits cognitivos severos ou intoxicação por substâncias psicoativas.

Instrumentos

- *Entrevista Estruturada*: A coleta de dados sócio-demográficos realizou-se mediante entrevista estruturada construída para o estudo, incluindo-se: idade, sexo, situação laboral, nível de escolaridade, renda familiar, classe socioeconômica, uso de álcool e/ou drogas, familiar com problemas relacionados a drogas e/ou álcool e familiar com problemas relacionados ao jogo. Algumas destas questões foram incluídas após o estudo piloto que foi realizado com 25 sujeitos e concluído em junho de 2007.

- *Entrevista clínica semi-estruturada* conforme DSM-IV-TR (APA, 2002) para avaliar critérios diagnósticos para Jogo Patológico;

- *University of Rhode Island Change Assessment Scale - URICA* (McConaughy, Prochaska e Velicer, 1983): é uma escala de auto-preenchimento que contém 32 itens na versão original e 24 itens na sua versão reduzida, desenvolvida para medir a prontidão para mudança e o estágio motivacional no qual o sujeito se encontra. Constituí-se de quatro subescalas que abrangem os seguintes estágios de mudança comportamental: Pré-contemplação (6 itens), Contemplação (6 itens), Ação (6 itens) e Manutenção (6 itens). A distribuição dos itens para cada subescala é a seguinte: Pré-Contemplação consta dos itens 1,5,7,16,19 e 22 ; a Contemplação compreende os itens 3,6,9,13, 14 e 17; a Ação: 2,4,8,11, 18,e 23 e a Manutenção que é composta pelos itens 10,12,15,20,21 e 24. A pontuação é obtida pela soma de pontos de cada subescala (1- discordo totalmente, 2-discordo, 3- indeciso, 4- concordo, 5- concordo totalmente) e o escore de prontidão para mudança avaliado através da equação: Média de pontos da Contemplação (C) + Média de pontos da Ação (A) + Média de pontos da Manutenção (M) – Média de pontos da Pré-contemplação (PC) = Escore de Prontidão (EP). DiClemente et al., (2004) utilizaram esta medida derivada dos escores das subescalas para formar um só escore que convencionaram chamar Prontidão para Mudança, sendo

um conceito mais genérico do que o de estágios. É um instrumento simples de administrar, rápido e fácil de responder, o que parece ser uma das causas para sua ampla utilização em ambiente clínico e de pesquisa. Sua aplicabilidade mostra-se útil no sentido de fornecer informações sobre a motivação para modificar comportamentos e, com isso, guiar as abordagens e estratégias de tratamento adequadas. A versão em português da URICA foi construída mediante o procedimento de tradução-retradução por especialistas bilíngües português-inglês de forma independente. A versão final foi apresentada a um comitê de juizes especialistas que avaliaram as versões. Ajustes na linguagem foram necessários como consequência das sugestões dos juizes. Todo o processo de validação semântica está descrito na seção II.

- *SOGS (South Oaks Gambling Screen)*: Os dados relativos ao padrão de jogo e evolução clínica foram obtidos através do questionário *SOGS (South Oaks Gambling Screen)*. Esta escala foi validada e adaptada para a população brasileira por Oliveira, Silva e Silveira (2002), com o objetivo de discriminar jogadores patológicos de jogadores não-patológicos, como também diferenciar grupos clínicos de não-clínicos e identificar graus distintos de gravidade do hábito de jogar (jogador patológico, jogador social e não tem problemas com o hábito de jogar). A escala original tem 20 itens, e 5 é o ponto de corte para avaliar se a pessoa é um provável jogador patológico.

- *Régua de Prontidão (Velásquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001)*: é uma técnica analógico-visual, simples e eficaz, para averiguar em qual estágio de mudança o sujeito se encontra. O avaliador pergunta ao sujeito qual dos pontos da régua melhor reflete o quão pronto ele está, no presente momento, para mudar seu comportamento problema. Ele indicará, de 0 a 10, considerando que 0 indica que o sujeito não está pronto de modo algum para mudar e 10 que ele está ativamente trabalhando na mudança de seu comportamento.

- *Inventário de Ansiedade de Beck - BAI e Inventário de Depressão de Beck - BDI* (Cunha, 2001): Após o término do estudo piloto realizado com 25 sujeitos em 2007, observou-se a importância de avaliar sintomas de ansiedade e depressão, visto que estas variáveis poderiam interferir na motivação dos sujeitos. A partir disto, para avaliar sintomas de ansiedade e depressão, foram utilizados o Inventário de Beck - *Beck Anxiety Inventory* (BAI) para medir a intensidade dos sintomas de ansiedade e para os sintomas de depressão o *Beck Depression Inventory* (BDI). Ambos são compostos por 21 itens, nos quais o indivíduo deve pontuar conforme a intensidade dos sintomas que o afetam, numa escala de quatro pontos. O escore total é obtido pelo somatório dos escores de cada item.

Procedimentos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (ANEXO A). Todos os participantes realizaram os procedimentos éticos de pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B) e realizaram o preenchimento dos instrumentos orientados pelo pesquisador ou auxiliar de pesquisa previamente treinado. Também foi realizado um estudo piloto para a viabilização deste projeto. A coleta de dados foi realizada em locais de atendimento ambulatorial (entrevista de triagem) e no Grupo de Jogadores Anônimos da Cruz Vermelha de Porto Alegre.

Análise dos Dados

Os dados foram tabulados e as análises estatísticas foram realizadas pelo *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 11.5. A análise exploratória dos dados foi realizada através de medidas descritivas para os dados sociodemográficos: médias, desvio-padrão, frequências. Na validação da URICA, para

avaliar a consistência interna foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach e o coeficiente de correlação Linear de Pearson. Foi utilizado para análise de comparações de grupo o Test T de *Student* e o Qui-Quadrado. Para amostras independentes e para a comparação das médias da escala URICA foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA). O nível de significância utilizado foi de 5%.

Resultados

Os participantes deste estudo tinham entre 23 e 68 anos de idade, média de 44,54 anos (DP= 10,15), 52,2% do sexo masculino e 47,8% do sexo feminino e 85,5% possuía mais de nove anos de estudo. Segundo os critérios de classificação econômica Brasileira (IBGE, 2004), 50,7% da amostra encontrou-se predominantemente na classe média- C e 23,2% na classe média baixo - classe D.

A renda mensal familiar variou de R\$ 320,00 até R\$ 14.000,00 com média de R\$2.699,28 (DP= 2371,65). Com relação ao estado civil, 53,6% é casado e 31,9% é solteiro. Quanto às atividades que exercem 76,8% dos sujeitos estão trabalhando atualmente.

Todos os participantes possuem diagnóstico de Jogo Patológico, segundo os critérios do DSM-IV-TR, são provenientes das cidades de Porto Alegre e São Paulo e foram coletados em locais de atendimento ambulatorial (60,9%) e grupos de Jogadores Anônimos (39,1%). A descrição detalhada das variáveis sócio-demográficas da amostra encontra-se na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da amostra, segundo dados sócio-demográficos (n=69).

Dado sócio-demográficos	%	n	média (min - máx)	DP
idade			44,54 ----- (23 -68)	10,15
sexo				
masc	52,2	36		
fem	47,8	33		
Escolaridade				
5 a 8 anos	14,5	10		
9 a 11 anos	42,0	29		
acima de 12 anos	43,5	30		
Situação trabalho				
trabalha	76,8	53		
não trabalha	23,2	16		
Nível sócio-econômico				
Classe A	2,9	2		
Classe B	20,3	14		
Classe C	50,7	35		
Classe D	23,2	16		
Classe E	2,90	2		
Estado Civil				
Solteiro	31,9	22		
Casado	53,6	37		
Separado	13,0	9		
Viúvo	1,5	1		
Regime tratamento				
Ambulatório	60,9	42		
JA	39,1	27		
Renda mensal			R\$ 2.699,28 (R\$ 320,00 - R\$ 14.000)	R\$ 2.371,65

Resultados da SOGS – Características do padrão de jogo e histórico clínico

Da amostra estudada, 34,8% relataram que fazem uso de álcool e/ou tabaco. Ainda, com relação ao uso de drogas e álcool, 34,8% revelaram ter tido pai ou mãe com problemas com relação ao uso de álcool ou drogas ao longo da vida. Do total da amostra, é importante salientar que 29,2% disseram que estão fazendo uso de medicação psiquiátrica atualmente, tendo recebido diagnóstico de depressão ou ansiedade por profissionais médicos.

Com relação ao hábito de jogar, a média de idade de início do jogo com apostas em loterias (sena, jogo do bicho, loto...) é 22,31 anos (DP=9,43); já a média de idade de início do jogo de bingo é de 31,11 (DP=11,03) e do videopôquer é de 32,89 anos (DP=12,38). Da amostra estudada, os tipos de jogos de preferência relatados pelos sujeitos são: 82,6% videopôquer ou outras máquinas de jogos, 79,7% jogavam bingo e 88,4% apostavam em loterias (sena, jogo do bicho, loto) e 56,5% jogou cartas a dinheiro. A figura 1 apresenta a distribuição da amostra com relação aos tipos de jogos praticados na vida.

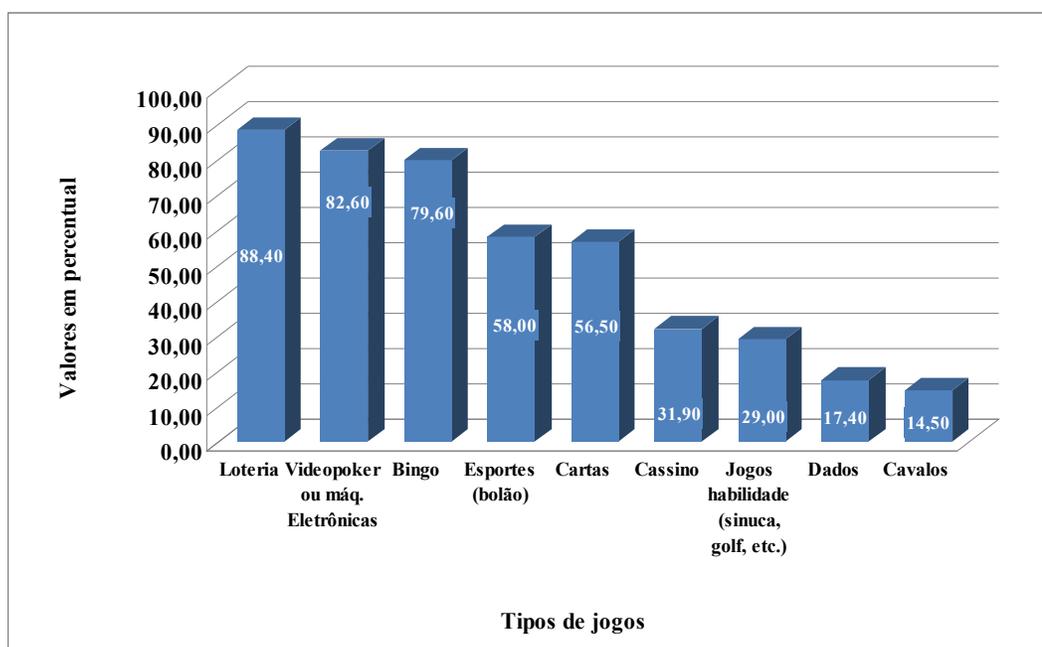


Figura 1 – Distribuição da amostra quanto aos tipos de jogos praticados na vida

Quanto à abstinência, 57,1% tinham interrompido as apostas em jogos há menos de 30 dias, 22,9% não estavam jogando no período de 30 a 180 dias e somente 18,6% não jogavam há mais de 6 meses.

Quando perguntados sobre a maior quantia de dinheiro utilizada no jogo em um único dia, 56,5% da amostra disseram ter gasto entre R\$ 250,00 e R\$ 2.500,00, e 30,4% disseram ter gasto mais de R\$ 2.500,00 em um dia de jogo. Com relação aos pais já terem tido problemas com jogo, 20,3% dos sujeitos disseram que o pai joga (ou jogava) demais, 10,1% dos sujeitos disseram que tanto mãe quanto o pai tinham o hábito de jogar.

Do total da amostra 97,1% reconhece ter problemas com o hábito de jogar. Segundo os resultados da SOGS, os 98,6% dos sujeitos entrevistados foram classificados como prováveis jogadores patológicos. A média de pontos na escala

SOGS foi de 13,36 pontos e DP=3,32, sendo que os escores variaram entre 4 e 19 pontos.

O perfil da amostra quanto à intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão está descrito na tabela 2, considerando que os instrumentos utilizados (BAI e BDI) foram incluídos após o estudo piloto. Neste caso, o número de sujeitos da amostra totalizou n=44. Observou-se que, quanto à intensidade dos sintomas de ansiedade 61,4% dos sujeitos encontra-se com grau mínimo e leve. Quanto à intensidade dos sintomas depressivos 50% da amostra possuem sintomas que vão de moderado à grave.

Tabela 2 - Intensidade dos sintomas de ansiedade (BAI) e depressão (BDI) na amostra (n=44)

Categorias	Frequência (n)		Percentual (%)	
	BAI	BDI	BAI	BDI
Mínimo	11	9	25,0	20,5
Leve	16	13	36,4	29,5
Moderado	2	13	4,5	29,5
Grave	15	9	34,1	20,5
Total	44	44	100,0	100,0

A confiabilidade estimada, baseada no coeficiente alfa de Cronbach, para a URICA – Adaptação Brasileira para Jogo patológico, na escala de 24 itens, foi de $\alpha=0,82$. Avaliou-se também a consistência interna para os 24 itens, distribuídos nas quatro sub-escalas, apresentadas na tabela 3.

Tabela 3 - Coeficiente Alfa de Cronbach das subescalas da URICA e da URICA TOTAL (n=69)

Estágios da URICA	Alfa de Cronbach	n°. de itens
Pré-contemplação	0,62	6
Contemplação	0,71	6
Ação	0,85	6
Manutenção	0,83	6
Urica Total	0,82	24

Na tabela 4, observam-se os indicadores das qualidades dos itens, como porcentagem de respostas em branco (esperada 0%), média (se espera que não inclua o valor mínimo - máximo possível), correlação item-total corrigida pela eliminação do item em questão (esperada $> 0,10$), e alfa de Cronbach (consistência interna) se é eliminado o item. A maioria dos itens cumpriu os critérios de qualidade esperados e não houve valores perdidos, o que indica que todas as perguntas puderam ser respondidas.

Tabela 4 - Resultados das respostas aos itens da escala URICA

Itens da URICA	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total corrigida*	Alfa de Cronbach com a eliminação do Item **
URICA1	1,80	1,19	0,19	0,82
URICA2	4,32	0,86	0,28	0,81
URICA3	4,36	0,78	0,28	0,81
URICA4	4,38	0,97	0,66	0,80
URICA5	3,23	1,63	0,38	0,81
URICA6	4,38	0,78	0,45	0,81
URICA7	1,71	1,01	-0,18	0,83
URICA8	4,13	1,16	0,32	0,81
URICA9	4,54	0,93	0,47	0,81
URICA10	4,06	1,29	0,72	0,79

URICA11	4,06	1,21	0,63	0,80
URICA12	3,97	1,28	0,46	0,80
URICA13	4,29	1,03	0,64	0,80
URICA14	4,41	0,92	0,38	0,81
URICA15	4,39	0,91	0,58	0,80
URICA16	2,16	1,43	-0,31	0,84
URICA17	3,51	1,42	0,31	0,81
URICA18	4,19	0,95	0,50	0,80
URICA19	3,46	1,56	0,45	0,80
URICA20	4,32	0,86	0,59	0,80
URICA21	3,38	1,47	0,35	0,81
URICA22	1,88	1,13	-0,01	0,82
URICA23	4,14	0,97	0,43	0,81
URICA24	3,94	1,32	0,56	0,80

*esperada > 0,10

** esperável ao eliminar o item: o alfa total ($\alpha=0,82$) não aumenta.

Prontidão para Mudança

Analisando o escore de prontidão para mudança, sugere-se como ponto de corte entre 9,08 e 11,33 pontos, indicando um baixo escore de prontidão abaixo de 9,08 (abaixo de 25%) e acima de 11,33 (acima de 75%) um alto escore de prontidão para mudança. Na tabela 5, observa-se a distribuição do escore de Prontidão para mudança.

Tabela 5 - Distribuição percentilica do escore de prontidão para mudança

Percentil	Escore de prontidão para mudança
5	6,75
10	7,50
15	8,08
20	8,82
25	9,08
30	9,50
35	9,67
40	10,16
45	10,25
50	10,50
55	10,74
60	10,83
65	11,00
70	11,32
75	11,33
80	11,51
85	11,83
90	12,16
95	12,83

Validade convergente - Régua de Prontidão e URICA

Realizou-se a análise de correlação (Pearson) entre a régua de prontidão e a URICA e foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a Régua de Prontidão e as subescalas Pré-contemplação ($r = -0,305$; $p = 0,011$), e Ação ($r = 0,301$; $p = 0,012$) da URICA. A correlação da régua de prontidão com o estágio de Pré-contemplação é uma correlação inversa, indicando que quanto maior a pontuação na régua, menores os escores da URICA no estágio de Pré-Contemplação. A correlação

entre a régua e o estágio de ação é direta e indica que quando uma medida aumenta, a outra medida aumenta também.

Tabela 6 - Correlação entre a régua de prontidão e a URICA.

Estágios da URICA	Régua	p
Pré-contemplação	-0,305	0,011
Contemplação	0,093	0,446
Ação	0,301	0,012
Manutenção	-0,156	0,200
Prontidão	0,079	0,521

* Correlação de Pearson - nível de significância 5%

Estágios Motivacionais, Prontidão para Mudança e tipo de tratamento

A amostra foi subdividida em dois grupos, conforme o regime de tratamento grupo ambulatorial (TA) e grupo de Jogadores Anônimos (JA). Utilizando-se o teste t, verificaram-se diferenças significativas entre os grupos com relação motivação para mudança no estágio de Pré-contemplação ($p=0,005$) e no estágio de ação ($p=0,044$). Na tabela 7, pode-se observar que no TA o escore médio foi significativamente maior do que no grupo JA tanto no estágio de pré-contemplação quanto no estágio de Ação.

Tabela 7 – Comparação entre o TA e o Grupo JA quanto à motivação para mudança

Estágios da URICA	TA		JA		p
	média	DP	média	DP	
Pré-contemplação	15,5	3,63	12,29	5,62	0,005
Contemplação	21,80	3,41	22,22	2,48	0,590
Ação	25,09	4,83	22,44	5,82	0,044
Manutenção	24,92	4,95	25,74	3,87	0,474
Prontidão	10,11	2,17	10,42	1,82	0,541

*Teste T de Student – nível de significância 5%

Prontidão para mudança e diagnóstico de Jogo Patológico

A classificação dos sujeitos, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (APA, 2002) e os resultados da SOGS indicou que o total da amostra (n=69) foi classificado como sendo de jogadores patológicos.

Regime de Tratamento e tempo de Abstinência

Na tabela 8, pode-se observar que, segundo o teste qui-quadrado o grupo ambulatorio está associado ao período de tempo de abstinência de 30 a 180 dias, enquanto o JA está significativamente associado a um tempo de abstinência superior a 180 dias ($p= 0,04$), indicando que, nesta amostra, o grupo de JA se manteve por um período maior de tempo em abstinência.

Tabela 8 – Distribuição da amostra em relação ao Regime de tratamento e o tempo de abstinência

Tempo de abstinência	Local	n	%
até 30 dias	TA	26	61,9
	JA	14	51,9
Total		40	58
30 a 180 dias	TA	13	31
	JA	3	11,1
Total		16	23,2
mais de 180 dias	TA	3	7,1
	JA	10	37
Total		13	18,8

*Teste Qui-Quadrado ($p= 0,04$), nível de significância 5%

Estágios de Motivação, prontidão para mudança e Tempo de abstinência,

Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) e observou-se que não existe diferença significativa entre o tempo de abstinência e os estágios motivacionais. Os resultados estão descritos na tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição das Médias e Desvios - padrão dos Estágios motivacionais, prontidão em relação ao período de abstinência.

Estágios da URICA / tempo de abstinência	n	média	DP	p
Pré-Contemplação				
até 30 dias	40	14,35	5,33	
30 a 180 dias	16	14,93	2,93	0,571
mais de 180 dias	13	13,07	4,73	
Total	69	14,24	4,75	
Contemplação				
até 30 dias	40	22,40	3,06	
30 a 180 dias	16	21,12	3,50	0,355
mais de 180 dias	13	21,69	2,46	
Total	69	21,97	3,07	
Ação				
até 30 dias	40	25,57	4,66	
30 a 180 dias	16	25,00	4,61	0,758
mais de 180 dias	13	24,53	4,35	
total	69	25,24	4,55	
Manutenção				
até 30 dias	40	24,57	4,88	
30 a 180 dias	16	24,37	5,54	0,338
mais de 180 dias	13	22,07	6,47	
total	69	24,05	5,36	
Prontidão				
até 30 dias	40	10,44	2,01	
30 a 180 dias	16	9,96	2,26	0,611
mais de 180 dias	13	9,92	1,88	
total	69	10,23	2,03	

* Análise de variância (ANOVA) - nível de significância 5%

Estágios de motivação, Prontidão para Mudança e Sintomas de Ansiedade e Depressão

Não houve correlação significativa entre a URICA, o BAI e o BDI, conforme mostra a tabela 10, demonstrando que não há correlação entre os estágios motivacionais (e a prontidão para mudança) e a gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão.

Tabela 10 – Correlações da intensidade dos sintomas de ansiedade, depressão com os estágios motivacionais

Estágios da URICA/ BAI/ BDI	r	p
Pré-contemplação		
BAI	-0,117	0,448
BDI	-0,166	0,283
Contemplação		
BAI	0,073	0,638
BDI	0,117	0,450
Ação		
BAI	0,099	0,523
BDI	-0,003	0,985
Manutenção		
BAI	0,243	0,112
BDI	0,203	0,186
Prontidão		
BAI	0,115	0,458
BDI	0,165	0,283

* Correlação de Pearson - nível de significância 5%

Estágios de Motivação, Prontidão para mudança e Gênero

Segundo o teste T, observa-se na tabela 11, que não existe diferença significativa entre o grupo de homens e o grupo de mulheres com relação aos estágios de motivação para mudança e a prontidão nesta amostra.

Tabela 11 – Comparação das médias e desvios-padrão entre o gênero, os estágios motivacionais e a prontidão para mudança.

Estágios da URICA/ Gênero	n	média	DP	p
Pré-contemplação				
masculino	36	13,44	4,88	0,331
feminino	33	15,12	4,50	
Contemplação				
masculino	36	21,94	3,16	0,054
feminino	33	22,00	3,02	
Ação				
masculino	36	25,97	4,71	0,726
feminino	33	24,45	4,29	
Manutenção				
masculino	36	24,05	5,32	0,793
feminino	33	24,06	5,48	
Prontidão				
masculino	36	10,48	2,05	0,815
feminino	33	9,96	2,01	

* Teste T de Student - nível de significância 5%

Discussão dos resultados

A *University Rhode Island Change Assessment – URICA* demonstrou, na adaptação brasileira para jogadores patológicos, após o processo de validação semântica, ser um instrumento adequado, de fácil e rápida aplicação e com bom nível de confiabilidade. Os valores de alfa de cronbach tanto da escala total quanto das

subescalas variaram de 0,62 a 0,85, o que é considerado por Rowland, Arkkelin e Crisler (1991) uma consistência interna satisfatória, capaz de predizer que os itens avaliam de forma consistente o mesmo construto. Os resultados encontrados nos estudos de construção da escala e no estudo americano conduzido por Petry (2005) com amostra de jogadores patológicos (0,74 a 0,88), comprovam a confiabilidade da URICA em diferentes culturas.

Alguns autores já demonstraram a necessidade da elaboração de estudos comparativos entre a URICA e instrumentos convergentes (Sutton, 2001). Callaghan e colaboradores (2005) demonstraram dados significativos de validade da URICA quando comparada aos resultados de algoritmos relacionados à intenção de mudar. A validade convergente da pontuação total das subescalas da URICA- adaptação brasileira para Jogo patológico com a régua de prontidão demonstrou correlações estatisticamente significativas, embora consideradas de nível fraco, com os estágios de pré-contemplação (correlação inversa) e ação. Devemos considerar que essas duas subescalas (estágios motivacionais) demonstram a não intenção de mudar o comportamento-problema (Pré-contemplação) e, a mudança do comportamento problema (ação), respectivamente. Portanto, quanto menor a pontuação na régua mais pré-contemplativo o sujeito está com relação à motivação para mudança do comportamento, assim como, acredita-se que quanto maior a pontuação na régua, mais motivado para modificar o comportamento problema o sujeito está. Diante dessas características, a presença da correlação dessas subescalas e dos resultados da régua de prontidão fica mais clara.

A amostra foi subdividida em dois grupos, conforme o regime de tratamento: pacientes com atendimento ambulatorial (TA) e pessoas que freqüentavam grupos de Jogadores Anônimos (JA). O TA apresentou score médio maior do que o grupo JA

tanto no estágio de Pré-contemplação quanto no estágio de ação. Podemos inferir que os pacientes que buscaram atendimento ambulatorial, considerando que foram avaliados na entrevista de triagem, podem estar procurando atendimento mais pelas conseqüências negativas da gravidade do jogo, que perturbam a família, interferem no trabalho, na vida financeira e nas relações sociais do que, de fato, pela motivação intrínseca para modificar seu comportamento com vistas à abstinência do comportamento de apostar em jogos de azar. Por outro lado, devemos lembrar que esta é uma escala de auto-relato, com medidas subjetivas e isto pode ser uma limitação do instrumento. O fato deste grupo também pontuar mais no estágio de ação, pode nos fazer refletir que a simples procura pelo atendimento, que é fundamental, não quer dizer que a pessoa esteja motivada para modificar seu comportamento com relação ao jogo, que ela está preparada para ficar em abstinência.

Ainda, comparando os grupos TA e JA com relação ao tempo de abstinência, observou-se que o grupo de JA está associado a um tempo maior de abstinência do que o TA. Cabe ressaltar, que o JA trabalha com os doze passos de recuperação, filosofia reconhecida mundialmente e utilizada, também, pelos alcoólicos anônimos (AA). A abordagem de JA parece ter íntima relação com os processos que envolvem a motivação, reforçando a idéia de que o trabalho terapêutico que tem como foco a motivação do paciente pode ser muito útil. Alguns autores acreditam que a participação em organizações do tipo “Jogadores Anônimos” é benéfica e a mais efetiva opção de tratamento, por combater a negação e as projeções, demandando honestidade e responsabilidade (Custer, 1984). Um estudo de seguimento realizado entre jogadores patológicos previamente tratados antes do encaminhamento ao JA concluiu que o índice de adesão ao JA e a abstinência são significativamente maiores entre os pacientes

submetidos previamente a outras intervenções ou propostas de reabilitação (Taber et al., 1987).

Diclemente, Schlundt e Gemmell (2004) afirmaram que a avaliação do nível de prontidão para mudança, como uma medida mais dinâmica e abrangente do que a idéia de estágios motivacionais pode ser muito útil. Eles avaliaram a prontidão motivacional de pacientes ambulatoriais em início de tratamento para o alcoolismo e produziram três grupos: um grupo de baixa prontidão, com uma pontuação média de 8,7, um grupo de média prontidão, com média 10,5 e um grupo com alta prontidão, com média de 12,4. Estes grupos estão em paralelo com os perfis da pré-contemplação, contemplação e preparação descritos anteriormente. As médias da nossa amostra nos escores de prontidão se assemelharam ao que foi descrito pelos autores supracitados e também pode auxiliar na predição de resultados terapêuticos, como medida auxiliar.

O perfil do jogador apresentado neste estudo é semelhante a estudos anteriores (Oliveira, 1997), onde chama a atenção a escolaridade e o nível sócio-econômico elevado, se comparado a amostras de usuários de drogas. Nesta amostra, o grau de escolaridade elevado, a renda mensal e o estado civil (a maioria constituiu família) podem sugerir que o processo de instalação da dependência do hábito de jogar ocorre de forma silenciosa e em ritmo diferente das demais dependências.

Outro dado importante é a idade de início do hábito de jogar que apresentou médias de idade distintas para cada tipo de jogo ($m= 22,31$ anos $DP=9,43$ para loterias; $31,11$ anos para bingo $DP=11,03$ e do videopôquer é de $32,89$ anos $DP=12,38$), o que poderia ser explicado também pelo critério de acessibilidade (lotéricas, máquinas eletrônicas estão em lugares públicos de fácil acesso), indicando que o início desta prática na amostra pesquisada se dá no começo da idade adulta e que pode se tornar um problema na vida do indivíduo, em período de tempo razoavelmente curto. Cabe

ressaltar que nossa amostra não incluiu uma faixa etária mais jovem (adolescentes) por entender que esta apresenta particularidades com relação ao hábito de jogar envolvendo principalmente a internet e jogos eletrônicos. Reconhecemos a necessidade de investigação nesta área pelas evidências de que a dependência do jogo entre os jovens é um dado alarmante.

Com relação às comorbidades, vários estudos discutem a associação entre o Jogo Patológico e outras patologias (Black & Moyer, 1998; Carvalho, Collakis, Oliveira & Silveira, 2005; Crockford & El-Guebaly, 1998), entre elas, o Transtorno de Humor, o Transtorno de Ansiedade, a Dependência do Alcool e outras drogas. Esta hipótese parece relevante, já que o jogo poderia representar uma forma de evitar os afetos desagradáveis. Alguns autores chamam a atenção para a existência de dois tipos específicos de jogadores (Rossini & Tavares, 2008) O primeiro aparece predominantemente em homens, e a motivação parece estar ligada aos ganhos financeiros, as dívidas e a adrenalina envolvida. O segundo é mais comum em mulheres, que jogam devagar para preencher o vazio, aliviar a angústia e a ansiedade e a depressão. Neste estudo percebeu-se a necessidade de incluir instrumentos e medidas de avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade como forma de compreender melhor o perfil do jogador patológico e de que forma estes sintomas poderiam interferir na motivação para mudança. Não foram verificadas correlações entre a URICA e a intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão, embora a amostra tenha ficado bastante reduzida para esta avaliação.

De qualquer forma, a intensidade dos sintomas de depressão aparece descritivamente de forma significativa na amostra (50% tem grau moderado a grave), o que não se verifica com relação aos sintomas de ansiedade. Podemos inferir que o número significativo de mulheres na nossa amostra, diferente do que demonstra o

estudo de Oliveira (1997) onde mais de 80% da amostra era do sexo masculino, pode ter corroborado com este dado, considerando que as mulheres parecem jogar para evitar afetos desagradáveis (depressão, vazio, solidão). O jogo em mulheres tem sido descrito na literatura como tendo um curso progressivo mais rápido do que nos homens (Martins, Lobo, Tavares & Gentil, 2002).

Em relação ao processo de validação da URICA, a escala manteve, de forma geral as condições avaliadas em outros estudos, capturando os diferentes níveis motivacionais da população estudada. Na construção do nome da versão final da URICA optou-se por conservar as iniciais do nome da escala em inglês, acrescentando-se “adaptação brasileira para Jogo Patológico”, com o objetivo de facilitar possíveis buscas em bases de dados.

Considerações Finais

A URICA vem demonstrando há alguns anos sua aplicabilidade clínica, mas a validação deste instrumento levando em consideração cada comportamento problema (Jogo Patológico, comer compulsivo, drogas ilícitas...) pode significar um grande avanço na maneira de trabalhar com a motivação para mudança, favorecendo a elaboração de estratégias específicas para cada estágio, melhorando a adesão ao tratamento, e auxiliando na capacidade de predizer resultados.

A importância de pesquisar estratégias que favoreçam a compreensão e adesão aos tratamentos para jogadores patológicos é fundamental. Esta parece ser uma patologia inicialmente silenciosa, dificultando que os indivíduos busquem tratamento, pois o ciclo da doença favorece um grande equívoco, em que o jogador pensa que a solução dos seus problemas virá do jogo, e não de um tratamento, e está na próxima rodada, só depende da sorte...

Referências

American Psychiatric Association-APA (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-IV-TR (4ª ed.) Porto Alegre: Artmed.

Black D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. Psychiatry Services; 49 (11), 1434-1439.

Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C.; Wyatt, S., & Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. Addictive Behaviors, 30 (9), 1834-1847.

Carvalho, S., Collakis, S., Oliveira, M. P., & Silveira, D. X. (2005). Frequência do Jogo Patológico entre farmacodependentes em tratamento. Revista de Saúde Pública, 39 (2), 217-222.

Castro, M., & Passos, S. (2005). Entrevista Motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. Revista de Psiquiatria Clínica, 32 (6), 330-335.

Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. Casa do Psicólogo: São Paulo.

Custer, R. L. (1984). Profile of the pathological gambler. Journal of Clinical Psychiatry; 45, 35-38.

Crockford, D. N., & El-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review. Canadian Journal of Psychiatry, 43, 43-50.

DiClemente, C. C., Schlundt, B. S., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. American Journal on Addictions, 13, 130-119.

Figlie, N., Dunn, B., & Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26 (2), 91-99.

Henderson, M., Saules, K. & Gallen, L. (2004) The predictive validity of university Rohde Island change Assessment questionnaire in a heroin-addicted polysubstance abuse sample. Psychology Addictive Behaviors, 18(2), 106-112.

Hodgins, D. C. (2005) Implications of a brief intervention trial for problem gambling for future outcome research. Journal of Gambling Studies, 21, 13-19.

Jiménez-Murcia, S., Alvarez, E. M., Granero, R. P., Aymani, M. N., Gómez, M. P., Jaurrieta, N. et al. (2005). Análisis de la eficacia de dos modalidades de tratamiento cognitivo conductual grupal para el juego patológico. Psicología Conductual, 13 (3), 495-510.

Martins, S., Lobo, D., Tavares, H., & Gentil, H. (2002). Jogo Patológico em mulheres: Uma revisão. Revista do Hospital de Clínicas, 57 (5), 235-242.

Miller, W. R.& Tonigan, J. S.(1996).The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors, 10, 81-89.

McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer W. E. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. Psychotherapy. Theory, Research and Practice, 20, 368-375.

Oliveira, M. P. M. T. (1997). Jogo Patológico: Um estudo sobre jogadores de bingo, videopôquer e Jockey Club. Dissertação de mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Oliveira, M. P., Silva, M. T., & Silveira, D. X. (2002). Validity study of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) among distinct groups of Brazilian Gamblers. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24, 170-176.

Petry, N. (2005). Stages of change in treatment-seeking pathological gamblers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73 (2), 312-322.

Prochaska, J. O. (1979). Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Homewood, Illinois: Dorsey Press. (L)

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviour. American Psychologist, 47, 102-114.

Rossini, D, e Tavares, H. (2008) Jogo Patológico In: Abreu, C, Tavares, H, Cordás, T. e col.: Manual Clínico dos transtornos do controle dos impulsos.Porto Alegre: Artmed.

Rowland, D., Arkkelin,D. & Crisler, L.(1991) Computer based data analysis: using SPSS in the social and behavioral sciences. Chicago: Nelson-Hall

Sutton,S.(2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. Addiction, 96, 175-186.

Szupszynski, K.P.D.R., & Oliveira, M. S. (2008). Adaptação brasileira da *University Rhode Island Change Assessment (URICA)* para usuários de substâncias ilícitas. PsicoUsf, 13 (1), 31-39.

Taber, J. I., McCormick, R. A., & Russo, A. M. (1987). Follow-up of pathological gamblers after treatment. American Journal of Psychiatry, 144, 757-761

Toneatto, T., & Millar, G. (2004). The assessment in treatment of problem gambling: a critical review of the literature. Psychology of Addictive Behaviors, 17, 284-292.

Velásquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001) Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual. New York: The Guilford Press.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs a tradução, a adaptação e estudos de evidência de validação da *University Rhode Island Change Assessment - URICA* - adaptação brasileira para jogo patológico. Os dados deste estudo indicam que a versão em português brasileiro tem características psicométricas que permitem o uso desse instrumento em nossa cultura.

No entanto, consideramos algumas limitações no trabalho que devem ser discutidas.

A primeira delas foi a dificuldade de acessar a amostra desejada. O cálculo amostral sugeria um número muito maior de sujeitos para a realização dos nossos objetivos. No entanto, em 2007, ano que iniciou a nossa coleta, também foi o ano de modificações políticas e legais com relação aos jogos de azar no Brasil. A nossa coleta previa uma população não-clínica que freqüentava bingos e casas de jogos a fim de diversificar a amostra e não ter o viés da busca do tratamento diretamente relacionado com a motivação. No entanto, o fechamento destes locais tornou essa tarefa difícil e nossa amostra restrita à população clínica. Sugere-se a ampliação de estudos que incluam esta população com o objetivo de comparar os aspectos motivacionais em cada amostra.

Ainda com relação à amostra, as pesquisas demonstram que a exploração comercial profissionalizada dos jogos de azar contribui com a maior prevalência do Jogo Patológico. Nos dois únicos ambulatórios especializados para o atendimento de Transtornos do Controle dos Impulsos no país (AMJO da Universidade de São Paulo e PROAD da Universidade Federal de São Paulo), houve um aumento significativo de procura por atendimento no período em que o jogo era uma atividade permitida

(Ballone, 2003). No entanto, quando a atividade comercial de exploração destes jogos foi interrompida, a procura por atendimento diminuiu consideravelmente e a dificuldade em encontrar nossa amostra também. O jogador patológico, apesar das graves conseqüências que o jogo pode causar na sua vida, como perdas financeiras, problemas legais no trabalho (roubo), problemas familiares e outros, apresenta uma patologia “silenciosa”. O aspecto lúdico, recreacional que envolve o hábito de jogar serve, muitas vezes como justificativa para a manutenção deste comportamento, apesar das conseqüências negativas. A maioria dos jogadores patológicos parece não ter consciência do problema e não procura ajuda. Daí ser fundamental elaborar estratégias e programas informativos para auxiliar na prevenção desta patologia, inclusive qualificando profissionais da área da saúde. Os profissionais conhecem pouco sobre o transtorno, e sabe-se que o diagnóstico de JP é muito freqüente, por exemplo, entre dependentes químicos, sugerindo que o rastreamento e tratamento destas comorbidades podem representar maior sucesso na abordagem terapêutica.

Uma ampliação deste estudo poderia ser também representada pela inclusão de instrumentos de avaliação da personalidade no sentido de identificar traços de personalidade que poderiam interferir na motivação dos pacientes.

Espera-se que a adaptação brasileira da URICA possa ser um instrumento útil não só para os pesquisadores como para os profissionais que trabalham com transtornos dependentes, auxiliando-os na avaliação da motivação do paciente com o objetivo de elaborar estratégias terapêuticas adequadas e tornar um pouco menos complicada e difícil a manutenção da abstinência.

REFERÊNCIAS

Ballone, G. J. (2003). Jogo Compulsivo ou Patológico. Psiqweb. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/temas/jogo.html>> Acesso em: 12 abr. 2006.

ANEXOS

ANEXO-A Carta do Comitê de Ética



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 364/05-CEP

Porto Alegre, 03 de maio de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a)

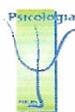
O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Motivação para a mudança: validade da University Rhode Island Change Assessment (Urica)".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Délio José Kipper
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Dra Margareth da Silva Oliveira
N/Universidade

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Faculdade de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE/ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização, a fim de que você participe da presente pesquisa, que tem como principal objetivo o estudo de um questionário sobre motivação para mudança em diferentes comportamentos. Para isso, solicitamos que você responda a algumas questões.

Essa atividade será realizada na própria instituição de atendimento, sem prejuízo das atividades do local, num encontro de aproximadamente 40 minutos e sob a responsabilidade de uma pessoa treinada para tal. Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição da pesquisadora responsável pelo estudo. O maior desconforto para o participante da pesquisa será o tempo que deverá dispor para responder aos instrumentos. O maior benefício para o participante será a sua contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico de grande importância.

Eu _____ (nome por extenso) fui informado (a) dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos, a qualquer momento, através do telefone (51) 33203500 ramal 7742, da Professora Dra. Margareth da Silva Oliveira da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Declaro que recebi cópia do presente termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Assinatura do participante: _____

Responsável pelo projeto: Dra. Margareth da Silva Oliveira

Data: _____

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6681 – P. 11– 9º andar – CEP 90619-900

Porto Alegre – RS - Brasil

Fone: (51) 3320-3500 – Fax (51) 3320 – 3633

E-mail: psicologia-pg@pucrs.br

www.pucrs.br/psipos

Relato de doenças clínicas: _____

Você está realizando tratamento psicológico? 1- () Sim 2- () Não

Há quanto tempo? _____

Você participa do JA (Jogadores Anônimos)? 1- () Sim 2- () Não

Há quanto tempo? _____

Você já usou álcool? 1- () Sim 2- () Não

Quanto? _____ Há quanto tempo? _____

Você já usou tabaco? 1- () Sim 2- () Não

Quanto? _____ Há quanto tempo? _____

Você ainda usa alguma substância psicoativa? 1- () Sim 2- () Não

Na sua opinião, alguém da sua família tem problemas associados ao uso de drogas ou bebidas alcoólicas?

1- () Sim 2- () Não

Quem? _____ Quanto? _____

Na sua opinião, alguém da sua família já teve problemas associados ao uso de drogas ou bebidas alcoólicas? 1- () Sim 2- () Não

Quem? _____ Quanto? _____

1- Você acha que tem problemas com relação ao seu hábito de jogar? () Sim () Não

2- Se pensa que tem, você deseja mudar este hábito nos próximos 6 meses? () Sim () Não

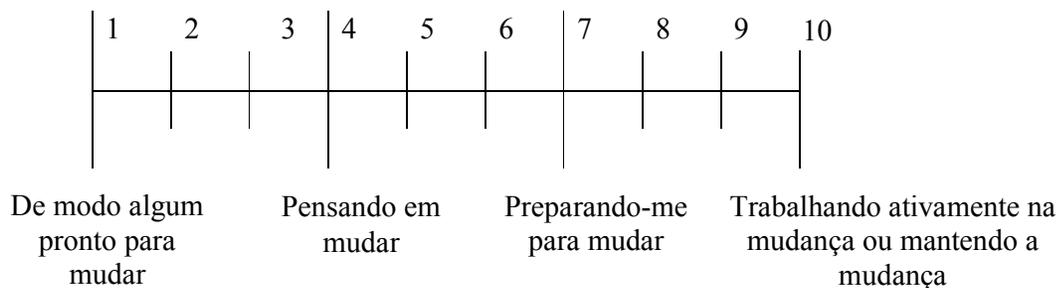
3- E nos próximos 30 dias já pensou em mudar seu comportamento com relação ao jogo?

() Sim () Não

4- Se você pensa não ter mais problemas com relação ao jogo, há quanto tempo vem se mantendo sem jogar? () - de 6 meses () + de 6 meses

Marque um ponto na linha que melhor expressa a sua resposta para a pergunta:

O quanto você se considera pronto *neste momento* para mudar o seu comportamento com relação _____



ANEXO D - ESCALA SOGS

ESCALA SOGS (Lesieur & Blume, 1987) - tradução e adaptação (Oliveira, 1997)

1a. Indique com um X todas as formas de jogo que você já praticou **ao menos uma vez na sua vida** e sua idade quando jogou pela primeira vez.

	TIPO DE JOGO	Sim	Não	Idade 1a vez
a.	jogou cartas a dinheiro			
b.	apostou em cavalos, galos ou outros animais (com ou sem um agente de apostas - bookie)			
c.	apostou em esportes (participou de bolão)			
d.	jogou jogos de dados a dinheiro (qualquer tipo de jogo)			
e.	foi a cassino (legal ou não)			
f.	jogou em números ou na loteria (jogo do bicho, loto, sena...)			
g.	jogou bingo			
h.	especulou na bolsa ou no mercado de commodities			
i.	jogou VIDEOPOKER ou outras máquinas de jogo			
j.	jogou boliche, golf, sinuca ou outro jogo de habilidade a dinheiro			

1b. Indique quais formas de jogo que você praticou ao menos uma vez **nos últimos 12 meses**.

	TIPO DE JOGO	Sim	Não
a.	jogou cartas a dinheiro		
b.	apostou em cavalos, galos ou outros animais (com ou sem um agente de apostas - bookie)		
c.	apostou em esportes (participou de bolão)		
d.	jogou jogos de dados a dinheiro (qualquer tipo de jogo)		
e.	foi a cassino (legal ou não)		
f.	jogou em números ou na loteria (jogo do bicho, loto, sena...)		
g.	jogou bingo		
h.	especulou na bolsa ou no mercado de commodities		
i.	jogou VIDEOPOKER ou outras máquinas de jogo		
j.	jogou boliche, golf, sinuca ou outro jogo de habilidade a dinheiro		

1c. Indique a frequência das formas de jogo que você praticou **nos últimos 30 dias**.

	TIPO DE JOGO	Não joguei	Menos que uma vez por semana	1 ou mais vezes por semana	Diariamente
a.	jogou cartas a dinheiro				
b.	apostou em cavalos, galos ou outros animais (com ou sem um agente de apostas - bookie)				
c.	apostou em esportes (participou de bolão)				
d.	jogou jogos de dados a dinheiro (qualquer tipo de jogo)				
e.	foi a cassino (legal ou não)				
f.	jogou em números ou na loteria (jogo do bicho, loto, sena...)				
g.	jogou bingo				
h.	especulou na bolsa ou no mercado de commodities				
i.	jogou VIDEOPOKER ou outras máquinas de jogo				
j.	jogou boliche, golf, sinuca ou outro jogo de habilidade a dinheiro				

2. Qual foi a maior quantia de dinheiro que você já usou para jogar em **um dia**?

1. () Nunca joguei a dinheiro
2. () US\$ 1 ou menos
3. () entre US\$ 1 e US\$ 10
4. () entre US\$ 11 e US\$ 100
5. () entre US\$ 101 e US\$ 1.000
6. () entre US\$ 1.001 e US\$ 10.000
7. () mais de US\$10.000

3. Seus pais tem ou já tiveram problemas com jogo?

1. () tanto meu pai quanto minha mãe jogam (ou jogavam) demais
2. () meu pai joga (ou jogava) demais
3. () minha mãe joga (ou jogava) demais
4. () nenhum dos dois jogam (ou jogavam) demais

Nas questões seguintes você deverá dar duas respostas, uma referente à sua vida e outra referente ao último ano (últimos doze meses).

4. Quando você joga, quão frequentemente você volta outro dia para recuperar o dinheiro que você perdeu ?

	Nunca	Algumas vezes que perco (menos da metade das vezes)	A maior parte das vezes que eu perco	Toda vez que eu perco
Na vida				
Últimos 12 meses				

5. Alguma vez você já alegou estar ganhando dinheiro jogando, mas na verdade você estava perdendo?

	Nunca	Sim, menos da metade das vezes que eu perdi	Sim, a maior parte do tempo
Na vida			
Últimos 12 meses			

6. Você sente que já teve alguma vez problema com jogo?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

7. Você alguma vez jogou mais do que planejou?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

8. Pessoas já criticaram o fato de você jogar?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

9. Você já se sentiu culpado pela maneira como joga ou pelo o que acontece com você quando joga?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

10. Você já sentiu que gostaria de parar de jogar mas pensou que não conseguiria fazê-lo?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

11. Você alguma vez já escondeu papéis de apostas, tickets de loteria, dinheiro de jogo ou outro sinal de jogo de sua/seu companheira(o), filhos ou outras pessoas importantes na sua vida?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

12. Você já discutiu com pessoas com quem você mora por causa da maneira como você lida com dinheiro?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

13. (se você respondeu sim para a questão 12):

Alguma vez a discussão sobre dinheiro estava centrada no seu hábito de jogar?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

14. Alguma vez você pediu dinheiro emprestado e não pagou por causa do jogo?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

15. Você alguma vez já perdeu tempo de trabalho (ou escola) por causa do jogo?

	Sim	Não
Na vida		
Últimos 12 meses		

16. Se você pediu dinheiro emprestado para jogar ou para pagar dívidas, de quem ou de onde você tomou emprestado? (marque sim ou não para cada item)

	Na Vida		Últimos 12 meses	
	Sim	Não	Sim	Não
a. de dinheiro reservado para as despesas da casa				
b. de sua esposa/marido/companheiro(a)				
c. de outros parentes				
d. de bancos, companhias de empréstimo ou crédito				
e. de cartões de crédito				
f. de agiotas				
g. você vendeu ações, obrigações ou outros papéis				
h. você vendeu propriedades pessoais ou familiares				
i. você passou cheques descobertos ou sem fundos				
j. você tem ou teve crédito com agente de apostas				
k. você teve crédito em cassino				