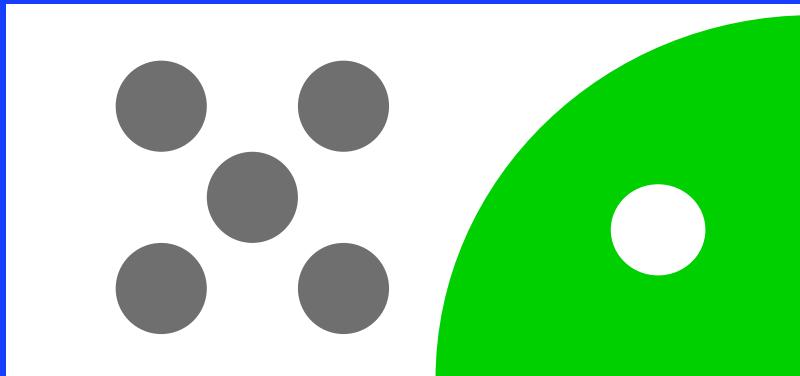
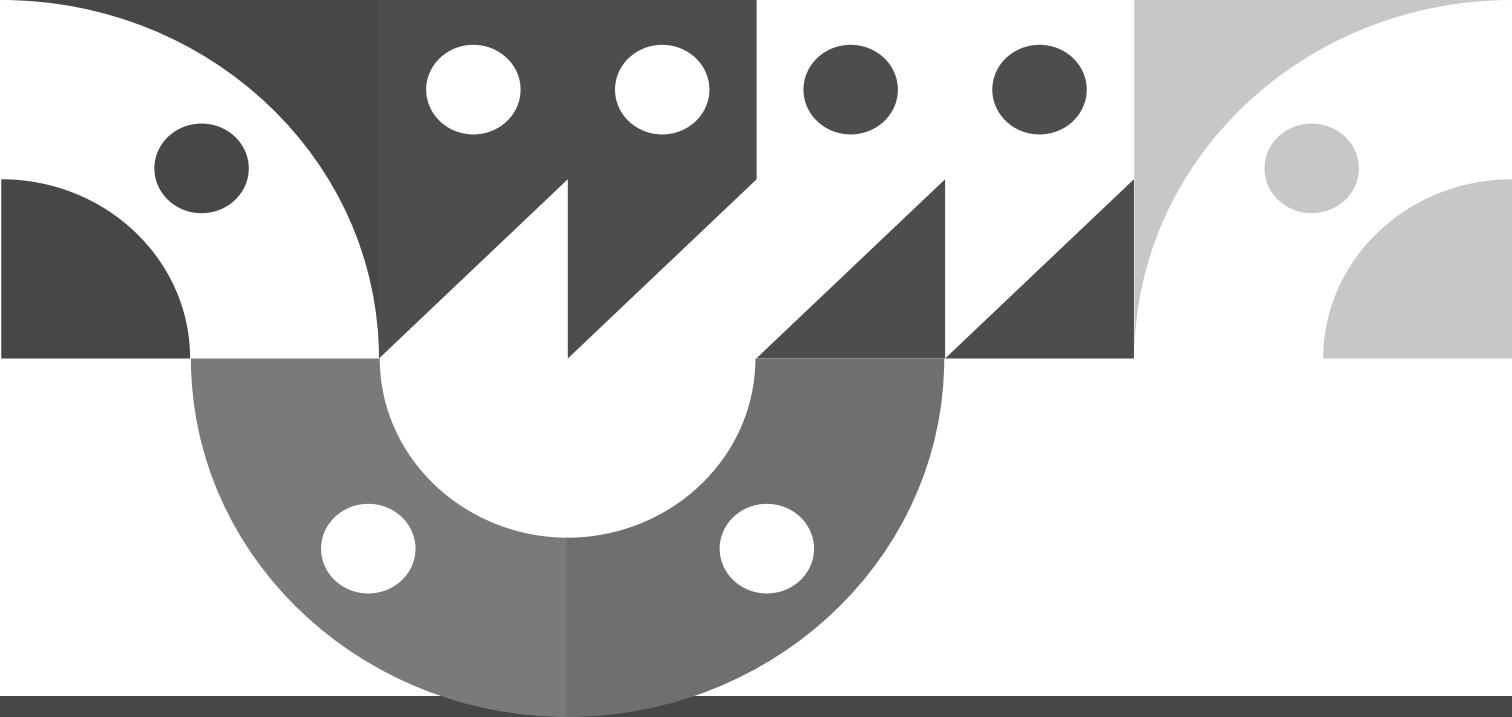


MINISTÉRIO DA SAÚDE

Linha de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas



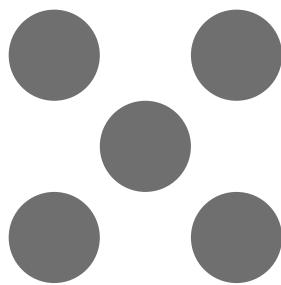
Brasília – DF
2025



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Linha de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas



Brasília – DF
2025

2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

1ª edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Coordenação Geral de Álcool e Outras Drogas

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G,

9º andar, ala sul

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel.: 3315-9144 / 3315-3107

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Coordenação-Geral:

Gabriella de Andrade Boska

Marcelo Kimati Dias

Organização:

Ana Carolina da Conceição

Felipe Freddo Breunig

Francisco Cordeiro

Marilia Mastrocolla de Almeida

Nathalia Nakano Telles

Rafael Figueiredo de Ávila

Colaboração:

Barbara Rahn

Bianca Gonçalves de Almeida Pereira

Claudete Raimundo da Silva

Daniela Piconez Trigueiros

Gustavo Guazzelli Nanni

Luciana Pelucio Ferreira

Letícia de Amorim Mota Coelho

Juliana Azevedo Fernandes

Capa:

Ascom

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo,

3º andar, sala 356-A

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7791

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva

Revisão textual: Luana Gonçalves

Projeto gráfico e diagramação: Sátiro Júnior

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Linha de cuidado para pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.

69 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_problemas_jogos_apostas.pdf
ISBN 978-65-5993-960-2

1. Promoção da Saúde. 2. Reabilitação psiquiátrica. 3. Transtorno de adição à internet. I. Título.

CDU 615.015.6

Catalogação na fonte – Bibliotecário: Delano de Aquino Silva – CRB 1/1993 – Editora MS/CGDI – OS 2025/0580

Título para indexação:

Care Pathway for People with Gambling-Related Problems

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 JOGOS: UM CONTEXTO HISTÓRICO, SOCIAL E CULTURAL.....	8
2.1 Jogos e seus diferentes sentidos ao longo da história	8
2.2 Jogos X Jogos de apostas.....	10
2.3 Jogos de apostas no Brasil	11
2.4 O surgimento das plataformas digitais de apostas e a sua legalização no Brasil	13
2.5 Plataformas digitais de apostas e os determinantes comerciais da saúde.....	14
2.6 Regulamentação dos jogos de apostas no Brasil	16
3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: FATORES DE RISCO E FATORES PROTETIVOS	19
4 O CUIDADO NO SUS E NA RAPS PARA PESSOAS COM PROBLEMAS	
COM JOGOS DE APOSTAS	23
4.1 A RAPS e os problemas relacionados a jogos de apostas: cenário atual	26
4.2 Reinventar conceitos e práticas na Atenção Psicossocial	26
4.2.1 <i>Do território aos territórios digitais</i>	28
4.2.2 <i>Territórios digitais e o cuidado</i>	29
4.2.3 <i>Territórios digitais e redução de danos</i>	30
4.2.4 <i>Estigma e autoestigma enquanto barreiras de acesso ao cuidado</i>	32
5 CLÍNICA DO CUIDADO	34
5.1 Acolhimento.....	34
5.2 A avaliação psicossocial	36
5.2.1 <i>Importância da avaliação do contexto: do individual à política pública</i>	38
5.3 Classificação de risco no contexto dos jogos de apostas	39
5.4 A avaliação diagnóstica.....	41
5.5 Comorbidades e impactos na saúde mental	44
5.5.1 <i>Similaridades entre problemas com jogos de apostas e uso de álcool e outras drogas</i> ..	46
5.6 Registros dos atendimentos	50
6 FLUXO ASSISTENCIAL NO SUS.....	54
6.1 O atendimento presencial na RAPS	54
6.2 A busca digital	55
6.3 Estratégias de telessaúde.....	56
6.4 Fluxo de cuidado às pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas.....	57
REFERÊNCIAS.....	58

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) apresenta a **Linha de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas**, que reúne fundamentos, diretrizes e orientações clínicas e intersetoriais para o cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O material busca apoiar gestoras, gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na construção de práticas de atenção integral, redução de danos e reabilitação psicossocial voltadas a essa população, fortalecendo o compromisso histórico do SUS com a promoção da saúde mental, a defesa dos direitos humanos e o cuidado em liberdade.

Este material foi elaborado a partir de um acúmulo de debates e recomendações realizadas por especialistas e pelos serviços da RAPS, representados por trabalhadoras e trabalhadores que têm se deparado com o aumento da demanda de atendimentos relacionados aos problemas por jogos de apostas. Foram realizados encontros, especialmente com os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), como a agenda “Jogos e apostas: impacto e estratégias para a saúde pública” e a “Oficina Nacional de Gestão Jogos e Apostas no contexto da RAPS/CAPS”, promovidos pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (Desmad/Saes/MS).

A elaboração da Linha de Cuidado foi coordenada pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Desmad/Saes/MS) e contou com a contribuição do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (Dahu) da Saes e das áreas técnicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), por meio do Departamento de Promoção da Saúde (Depros) e do Departamento de Saúde da Família (Desf), cuja atuação estratégica e transversal às demais secretarias tem promovido a integração entre as diversas áreas do SUS.

Este documento integra o conjunto de ações estratégicas do Ministério da Saúde para qualificação do cuidado em saúde mental no SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Esperamos que ele contribua para o enfrentamento dos desafios contemporâneos impostos pela era digital, reafirmando a centralidade do SUS como política pública de proteção da vida e garantia do direito à saúde para todas as pessoas.

1 INTRODUÇÃO

As transformações culturais e tecnológicas das últimas décadas modificaram profundamente as formas de lazer, sociabilidade e consumo, criando novas dinâmicas de prazer, risco e sofrimento. Isto tem impactado diretamente os modos de vida e as condições de saúde das populações. Entre essas transformações, destaca-se a expansão dos jogos de apostas, que passaram do espaço físico para o ambiente digital, impulsionados pela popularização das plataformas online e pela legalização das apostas esportivas no Brasil a partir de 2018. O fácil acesso, a oferta contínua e a intensa exposição publicitária têm contribuído para o aumento do número de pessoas que apostam e, consequentemente, para a ampliação dos problemas decorrentes dessa prática, configurando um fenômeno de relevância sanitária, social e econômica. Tal cenário produziu impactos expressivos não apenas na economia e na cultura, mas também na saúde pública, exigindo respostas éticas e clínicas articuladas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Nesse contexto, esta Linha de Cuidado tem como objetivo apresentar fundamentos conceituais e diretrizes para o cuidado às pessoas com problemas relacionadas aos jogos de apostas no âmbito do SUS e da RAPS. A proposta parte da compreensão de que o jogo é uma prática cultural historicamente presente na experiência humana e que, ao longo do tempo, transitou do campo do sagrado e do simbólico para o campo do consumo e da mercantilização. No contexto digital, os jogos de apostas passam a ser mediados por tecnologias e modelos de negócio que exploram vulnerabilidades subjetivas e sociais. Este atravessamento por lógicas de mercado e tecnologias digitais contribuem para a emergência de situações nas quais o jogo se converte em prática de consumo exacerbada e fonte de sofrimento psíquico. Assim, trata-se de um fenômeno que deve ser compreendido a partir de uma abordagem interdisciplinar que articule história, cultura, economia e saúde, exigindo respostas inovadoras e intersetoriais do sistema de saúde.

O fenômeno dos jogos de apostas é, portanto, multifacetado e deve ser compreendido em articulação com os determinantes sociais e comerciais da saúde. Fatores como desigualdade social, vulnerabilidade econômica, gênero, raça e faixa etária influenciam tanto o acesso quanto os riscos associados às apostas. Pesquisas recentes apontam prevalência crescente de comportamentos problemáticos entre homens jovens, pessoas negras e populações em contextos de vulnerabilidade social, especialmente diante da intensa presença da publicidade digital e do patrocínio esportivo (Tran *et al.*, 2024; Ukhova *et al.*, 2024; van der Mass, 2016). Esses dados reforçam a necessidade de estratégias de cuidado integradas, baseadas em evidências científicas e alinhadas aos princípios do SUS.

A linha de cuidado proposta neste material está fundamentada na integralidade da atenção, na intersetorialidade das ações e na corresponsabilização das equipes e territórios que compõem a RAPS. Reconhece-se que os problemas relacionados aos jogos de apostas envolvem dimensões clínicas, psicológicas, sociais e culturais, demandando respostas que integrem acolhimento, avaliação psicossocial, acompanhamento clínico, ações de redução de danos e reabilitação psicossocial. A abordagem territorial e comunitária, orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, deve guiar as práticas de cuidado e a organização da rede de serviços.

A elaboração deste documento também se alinha às diretrizes internacionais que reconhecem os problemas com jogos de apostas como uma questão de saúde pública que requer atenção especializada, de acordo com a sua complexidade. Ao propor orientações para o cuidado, este documento busca fortalecer a capacidade de resposta do SUS frente a um fenômeno contemporâneo e dinâmico, cuja complexidade ultrapassa fronteiras individuais e institucionais.

Trata-se de reafirmar o compromisso histórico do SUS e do Ministério da Saúde com a promoção da saúde mental, a equidade, a proteção da vida e a consolidação de políticas públicas integradas e humanizadas diante dos desafios impostos pela era digital.

2 JOGOS: UM CONTEXTO HISTÓRICO, SOCIAL E CULTURAL

2.1 Jogos e seus diferentes sentidos ao longo da história

O jogo, enquanto experiência lúdica, está presente na infância, nas relações sociais e nas formas contemporâneas de lazer, constituindo uma dimensão fundamental da imaginação, da criação e da interação humana (Sakamoto, 2018). Como prática simbólica, cultural e relacional, o jogo atravessa modos de vida, formas de aprendizagem, pertencimento e expressão – compondo um repertório que acompanha o desenvolvimento individual e coletivo (Sicart, 2014).

Historicamente, a cultura humana surge sob a forma de jogo. Atividades básicas das sociedades primitivas, tal como a caça, assumiam formas lúdicas de diferentes formas, o que indeterminava as fronteiras entre o jogo e a cultura. Neste sentido, o jogo não era um desvio da vida séria, mas uma forma primária de expressão cultural, anterior à própria organização institucional da sociedade. Jogar, nesse sentido, significava experimentar o mundo, interpretar forças misteriosas e se relacionar com o desconhecido (Huizinga, 1999).

Com o surgimento das primeiras civilizações, o elemento lúdico vai sendo gradualmente absorvido pela esfera do sagrado. Neste contexto, o jogo esteve profundamente ligado a práticas simbólicas e religiosas. Registros arqueológicos da Mesopotâmia e do Egito mostram que tabuleiros e peças eram utilizados em rituais ligados ao destino e à cosmologia, reforçando o caráter sagrado da ação de jogar. Neste período, as práticas lúdicas também foram se aproximando do contexto da vida comunitária. Na Grécia Antiga, por exemplo, jogos e competições atléticas ainda eram dedicados às divindades, mas já valorizavam a excelência humana (*areté*), articulando formação cívica e identidade coletiva. Já em Roma, espetáculos e jogos públicos funcionavam como encenações de poder político e ordem social, revelando que o lúdico podia tanto reforçar vínculos quanto hierarquias (Huizinga, 1999).

Durante a Idade Média, o lúdico assumiu um papel ambivalente: festas sazonais, jogos coletivos e celebrações populares criavam momentos de suspensão simbólica das normas. Contudo, instituições religiosas e civis buscavam controlar essas práticas, associando-as ao risco de desordem. O jogo, então, oscilava entre liberar tensões sociais e ser objeto de censura moral. Já nos séculos XV e XVI, com a reorganização urbana e a intensificação da vida em grupo decorrente do Renascimento, jogos de cartas, tabuleiros e desafios públicos tornaram-se importantes espaços de sociabilidade. Estes ambientes eram, também, arenas de negociação de status, alianças e conflitos (Bakhtin, 2010).

Com a modernidade, ocorre um processo de racionalização das práticas lúdicas. Jogos e competições passam a ser regulamentados, padronizados e organizados, dando origem aos esportes modernos. Esta formalização está ligada ao controle das emoções e ao disciplinamento dos corpos, elementos centrais do chamado “processo civilizador” (Elias; Dunning, 1992). O jogo, então, torna-se um instrumento normativo e pedagógico.

Ao mesmo tempo, o avanço do capitalismo industrial transforma o jogo em mercadoria. Brinquedos, peças de tabuleiro e atividades recreativas começam a ser produzidos em larga escala. O jogo deixa de ser apenas um evento comunitário e torna-se um produto passível de compra, integrado a mercados culturais emergentes. O jogo passa a circular como objeto de consumo, inserido em lógicas econômicas e publicitárias (Sutton-Smith, 1997). Embora a dimensão econômica se destaque o jogo continua sendo linguagem e performance, onde tensões e valores culturais são dramatizados a partir das interpretações e valores das pessoas (Geertz, 2008).

A partir da segunda metade do século XX ocorrem as primeiras experiências com jogos eletrônicos e sistemas computacionais interativos. Elas ocorreram em ambientes universitários e laboratórios de pesquisa dos Estados Unidos nas décadas de 1950 e 1960, mostrando que as tecnologias digitais não se restringiam aos objetivos militares que motivaram grande parte de seu desenvolvimento inicial. Nesse período, foram criados protótipos que uniam experimentação técnica e expressão lúdica. Exemplos disso foram os jogos *Tennis for Two* (1958) e *Spacewar!* (1962), marcos fundadores da emergência do jogo digital como produto das relações entre ciência, tecnologia e cultura. Esses experimentos inauguraram uma nova forma de jogo, não apenas pela mediação eletrônica, mas pela introdução de uma lógica de interação inédita, que se tornaria central para a estética e a narrativa dos videogames, além de antecipar o papel central que os jogos assumiriam na cultura digital (Jones, 2008; Juul, 2005).

Com o advento da internet comercial nos anos 1990, os jogos digitais passam por uma nova transformação ao se integrarem à lógica das redes conectadas. Os *multiplayer online games* e, posteriormente, os *massively multiplayer online games* (MMOs), como *Ultima Online* (1997) e *World of Warcraft* (2004), ampliam radicalmente as possibilidades de interação, cooperação e conflito em ambientes virtuais persistentes. A comunicação em rede reorganiza as dinâmicas culturais, produzindo formas de socialidade que atravessam fronteiras físicas e temporais (Castells, 1999). Os mundos digitais tornam-se espaços de convivência, criação de comunidades, formas próprias de economia e manifestações identitárias complexas (Boellstorff, 2008; Taylor, 2006).

2.2 Jogos X Jogos de apostas

O ato de apostar pode ser compreendido como mais uma expressão dentro do *continuum* histórico da experiência lúdica, que se reconfigura conforme o tempo, a cultura e as condições sociais, portanto não sendo um fenômeno recente. Em diferentes culturas antigas, jogos que envolviam risco e sorte não se limitavam à diversão, mas estavam associados à cosmologia e ao destino (Huizinga, 1999). Nesse sentido, há registros de práticas de apostas em tumbas egípcias, em templos na China e no Camboja, bem como em inscrições e vestígios encontrados em cidades como Atenas e Pompéia. Já na Idade Média, durante as Cruzadas, novas modalidades de jogos de apostas foram trazidas do Oriente para a Europa, mesmo diante das condenações tanto do Cristianismo quanto do Islamismo (Reith, 1999).

Com o avanço da modernidade e o fortalecimento do consumo como lógica social, as apostas passaram a ocupar espaços mais formalizados, resultando na criação das casas de jogo e, posteriormente, dos cassinos. No século XX, estes espaços ganharam destaque internacional, frequentemente associados à sofisticação, ao luxo e à sociabilidade exclusiva. Os cassinos passaram a encarnar um imaginário de celebração e promessa, vinculando-se à ideia de que o acaso poderia proporcionar enriquecimento rápido e ascensão social. O cinema também reforçou esse imaginário em produções icônicas, entre elas os filmes de James Bond, que apresentam o jogo como espetáculo, risco calculado e glamour (Reith, 1999). No entanto, essa faceta sedutora das apostas convive historicamente com experiências de perda, sofrimento e descontrole. A literatura oferece testemunhos marcantes dessas ambivalências, como em *O Jogador* de Dostoevski (1987), no qual o autor descreve a intensidade emocional e o tormento psíquico associados ao fascínio pelo risco.

Com o avanço das plataformas digitais, decorrentes das transformações tecnológicas contemporâneas, a experiência de apostar foi alterada profundamente. Isso possibilitou a popularização dos jogos eletrônicos e on-line, a incorporação de sistemas de recompensa, a criação de mecânicas de gamificação e a monetização dos ambientes virtuais, o que redesenhou as fronteiras entre o brincar, o jogar e o apostar (King; Delfabbro, 2019; OMS, 2022; Zendle; Cairns, 2019).

Em um sentido geral, podemos diferenciar jogos de apostas dos demais jogos a partir da presença de valores financeiros e da expectativa de lucro. No entanto, essa diferenciação nem sempre é visível, sobretudo quando tratamos de jogos mediados por tecnologias digitais. Muitos jogos eletrônicos e on-line já incorporaram mecanismos de recompensa, aleatoriedade e monetização semelhantes aos presentes em ambientes de apostas, fenômeno amplamente documentado por estudos sobre *loot*

boxes, recompensas variáveis e gamificação (King; Delfabbro, 2019; OMS, 2022; Zendle; Cairns, 2019). Essa sobreposição naturaliza comportamentos de risco e aproxima, desde cedo, práticas de lazer e práticas de aposta.

Saiba mais sobre as sobreposições e diferenças entre jogos e jogos de apostas no Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas.

Utilizamos o termo “jogos de apostas” para explicitar que se trata de apostar um valor em dinheiro em um evento cujo resultado é aleatório, na expectativa de um retorno financeiro. No inglês, o termo para brincar ou jogar diferentes tipos de jogos é *play*, mas quando envolve dinheiro é *gamble*. No português, não há diferenciação entre estas modalidades, pois usamos “jogar” para todos os tipos de jogos. Assim, para enfatizar que se trata de um jogo com dinheiro e apostas envolvidas, utilizaremos os termos “jogos de apostas” e “pessoas que apostam”.

2.3 Jogos de apostas no Brasil

A maneira como os jogos de apostas é percebida no Brasil varia de acordo com o contexto social, histórico e o tipo de prática. Exemplo disso é o jogo do bicho, que ocupa um lugar singular na cultura brasileira. Surgido no final do século XIX, no Rio de Janeiro, associado ao zoológico do Barão de Drummond, o jogo rapidamente se popularizou entre trabalhadores urbanos, ambulantes, recém-libertos e populações pobres que viviam a instabilidade econômica do período pós-abolição (Chazkel, 2014; Simas, 2024). Sua lógica simples, acessível e baseada em confiança relacional possibilitou que o jogo se enraizasse como prática cotidiana, organizada por redes locais e sustentada por vínculos comunitários e afetivos, mais do que por estruturas empresariais formais.

Ao longo do século XX, a criminalização do jogo do bicho foi menos uma reação ao jogo, em si, e mais um processo relacionado à construção de fronteiras morais e sociais que distinguiam práticas das elites e práticas das camadas populares. A repressão policial se deu de forma seletiva e racializada: negros, trabalhadores informais e moradores de periferias eram alvos preferenciais da perseguição estatal, enquanto setores médios e elites que também apostavam raramente eram punidos (Chalhoub, 2001; Holloday, 1997; Simas, 2024). A aplicação desigual da lei evidenciava que o jogo não era apenas um problema moral, mas um marcador de hierarquias sociais, raciais e espaciais no Brasil urbano.

Mesmo ilegal, o jogo do bicho consolidou-se como instituição social estável, atravessando décadas, influenciando práticas culturais, financiando o carnaval, redes de sociabilidade e, em alguns contextos, exercendo funções quase administrativas em territórios populares. Mais do que um crime, foi (e ainda é) uma prática que expressa formas próprias de organização econômica e cultural das classes populares (Zaluar, 1994), embora também cause maiores riscos de desenvolvimento de danos relacionados à sua prática entre extratos populacionais vulnerabilizados (Kim; Sanches; Mariani, 2022).

Outro exemplo de jogo de aposta bastante arraigado à cultura brasileira é o bingo, que se consolidou como atividade comunitária, sobretudo em festas juninas e eventos religiosos, onde a arrecadação era tradicionalmente destinada a objetivos coletivos e considerados socialmente relevantes. Quando legalizadas na década de 1990, as casas de bingo passaram a atrair um público majoritariamente composto por pessoas mais velhas, que encontravam nesses espaços um ambiente social acolhedor e seguro, com forte dimensão de convivência e pertencimento (Bedford *et al.*, 2016). Entretanto, gradualmente, estes estabelecimentos passaram a se aproximar da lógica dos cassinos, introduzindo máquinas e jogos eletrônicos que transformaram o caráter social do jogo em experiência de consumo mais individualizada (Jobim; Williams, 2017).

A trajetória legal das apostas no Brasil revela oscilações entre permissividade e repressão, refletindo disputas morais e econômicas (Tavares, 2014). Em 1930, o governo de Getúlio Vargas autorizou o funcionamento de cassinos em todo o território nacional. Ainda que a divulgação fosse limitada, tais espaços tornaram-se grandes casas de espetáculo, símbolo de modernidade e glamour. Contudo, em 1946, o presidente Eurico Gaspar Dutra proibiu novamente os jogos de apostas, mantendo apenas corridas de cavalo e loterias estatais (Chaves *et al.*, 2022). Esse movimento já indicava o caráter ambivalente do jogo na sociedade – simultaneamente admirado e temido (Tavares, 2014).

O cenário se alterou novamente em 1993, quando a chamada Lei Zico permitiu a reabertura dos bingos, desde que administrados por entidades esportivas, com seus lucros destinados ao financiamento do esporte. Em 1998, a Lei Pelé ampliou essa autorização para outros tipos de entidades, embora mantivesse restrições ao acesso de menores e à presença de caça-níqueis. No entanto, a proliferação de bingos e sua aproximação crescente com modelos de cassino reacenderam críticas. O movimento regulatório voltou então ao extremo oposto: em 2001, os bingos foram novamente classificados como contravenção penal, resultando no fechamento progressivo dos estabelecimentos (Batista; Partyka; Lana, 2021).

Esse período de reabertura dos bingos esteve associado ao aumento da demanda por tratamento de problemas relacionados aos jogos de apostas. Contudo, a Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS) ainda era incipiente. Em meados dos anos 1990 e início dos anos 2000, o modelo de cuidado dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) estava em consolidação e não havia ainda uma política articulada para abordar questões de problemas com os jogos e apostas na Atenção Primária à Saúde (APS) (Oliveira; Silva; Silveira, 2008).

Com a ilegalidade das casas físicas, o tema perdeu centralidade por um período. Práticas remanescentes persistiam de forma clandestina, como o jogo do bicho, enquanto a internet ainda não havia se tornado plataforma estruturada para jogos e apostas. Assim, a visibilidade pública e a busca por tratamento diminuíram, e não porque o problema desapareceu, mas porque a forma social da prática se transformou e se dispersou.

Esse quadro muda novamente no século XXI, quando a digitalização das apostas recoloca o tema em evidência e a aproxima do cenário global dos jogos digitais, agora monetizados e conectados em rede.

2.4 O surgimento das plataformas digitais de apostas e a sua legalização no Brasil

Se antes os jogos de apostas assumiam formas presenciais, ritualizadas e vinculadas a espaços físicos, como bingos benfeiteiros, corridas de cavalo, loterias ou cassinos, a partir do surgimento e desenvolvimento da internet eles se tornam altamente disponíveis. Por meio de smartphones, tornam-se acessíveis interfaces móveis, plataformas globais e experiências altamente personalizadas. É por esta razão que no século XXI os jogos de apostas ficam mais populares (Divos *et al.*, 2018; Lopez-Gonzalez; Griffiths; Jimenez-Murcia, 2021), transformando-se em uma indústria estável e de sucesso financeiro mundial (Evans; McNamee, 2021). Essa transição não apagou o sentido do jogo como entretenimento ou sociabilidade, mas o reconfigurou dentro de uma lógica de mercado em rede, ampliando a velocidade, o acesso e a frequência das apostas.

É neste contexto que surgem e se consolidam, globalmente, as plataformas internacionais de apostas esportivas. Devido ao caráter transnacional da internet, elas também entram no cotidiano brasileiro, mesmo antes de qualquer regulamentação local. Dessa forma, milhões de reais gerados pelas apostas realizadas no País eram transferidos diretamente para empresas sediadas no exterior, criando um cenário de assimetria tributária e fragilidade jurídica para as pessoas que apostavam, que não contavam com respaldo legal em conflitos, fraudes ou vícios contratuais. Esse vácuo normativo favoreceu a proliferação de sites e aplicativos sem supervisão, explorando um mercado em rápida expansão.

Ao final do ano de 2018, a aprovação da Lei n.º 13.756, de 12 de dezembro de 2018, autorizou a exploração de apostas de quota fixa em eventos esportivos no Brasil, abrindo espaço para o funcionamento de plataformas nacionais. A aposta de quota fixa é uma modalidade de aposta na qual a pessoa apostadora sabe quanto vai ganhar (se acertar o resultado) no momento da aposta. A quota (ou *odd*, em inglês) é o número que define esse pagamento e não muda após a realização da aposta, independentemente do número de apostadores para o mesmo resultado ou circunstâncias do jogo.

Entretanto, a ausência de regulamentação detalhada após a Lei resultou em um ambiente de baixa fiscalização, no qual empresas estrangeiras e nacionais passaram a atuar com grande liberdade, sobretudo em relação à publicidade e à vinculação com clubes esportivos.

A popularização das apostas esportivas transformou significativamente o modo como torcedores se relacionam com o futebol. Para muitos, apostar tornou-se parte integrante da experiência de assistir ao jogo. Esta prática, alimentada por narrativas de controle e competência – como a ideia de que “quem entende de futebol ganha dinheiro” – reduz a percepção de risco e aproxima a aposta do imaginário de diversão cotidiana, distanciando-a da noção de “jogo de azar” (Lamont; Hing, 2019; Lamont; Hing, 2020; Hing; Russell; Browne, 2017). A atividade passa a ocupar um lugar simbólico de continuidade da paixão esportiva, ao mesmo tempo em que mobiliza expectativas de ganho financeiro rápido.

A publicidade desempenha papel central nesse movimento. Influenciadores digitais, comentaristas esportivos e atletas promovem apostas como algo simples, socialmente aceito e acessível. Além disso, a mensagem, frequentemente, sugere que apostar é uma forma de participação ativa na partida, criando a sensação de engajamento emocional e domínio técnico. A expansão do acesso, 24 horas por dia, via smartphone, aliada a mecanismos de gamificação, bônus de entrada e notificações constantes, reforça padrões de uso repetitivo e pode contribuir para quadros de envolvimento problemático, especialmente entre indivíduos com menor acesso a alternativas de lazer e renda (Gainsbury, 2015; Moreira; Azeredo; Dias, 2023).

2.5 Plataformas digitais de apostas e os determinantes comerciais da saúde

Os determinantes comerciais da saúde dizem respeito às ações e às omissões de atores privados que afetam a saúde das populações, seja por meio da produção e comercialização de bens e serviços, seja pela influência exercida nos ambientes sociais, culturais e políticos (OMS, 2023). Este conceito permite compreender que a saúde não é resultado apenas de escolhas individuais, mas de

estruturas econômicas e interesses corporativos que moldam comportamentos e oportunidades. Assim como ocorre com as indústrias do álcool, do tabaco e dos alimentos ultraprocessados, as plataformas digitais de apostas configuram um setor comercial cujo modelo de negócio impacta diretamente a saúde de seus consumidores, interagindo com determinantes sociais como renda, escolaridade e condições de trabalho. Assim, compreender os impactos das plataformas digitais de apostas demanda considerar como tais indústrias organizam a oferta, o marketing e a circulação de seus produtos.

No contexto das apostas online, observa-se o uso de estratégias de engajamento altamente sofisticadas, baseadas em design persuasivo, algoritmos de aprendizado de comportamento e sistemas de recompensa intermitente, que estimulam a permanência do usuário e aumentam a frequência de apostas (Babor *et al.*, 2021). Estas estratégias operam sobre dimensões subjetivas do desejo e da expectativa de ganho, explorando vulnerabilidades emocionais e cognitivas. Tal dinâmica pode favorecer o desenvolvimento de jogo problemático, especialmente entre indivíduos com baixa renda ou vivências de sofrimento psíquico, para os quais a promessa de ganho rápido pode ter forte apelo simbólico (Lopez-Gonzalez; Guerrero-Solé; Griffiths, 2017; Lopez-Gonzalez; Griffiths; Jimenez-Murcia, 2021).

A ampliação da disponibilidade dos jogos de apostas é outro fator central. Se antes as apostas eram mediadas por espaços físicos com alguma regulação social, hoje as plataformas digitais permitem acesso contínuo, individualizado e privado, reduzindo barreiras morais e sociais que antes limitavam a prática. Esta hiperdisponibilidade transforma a aposta em atividade cotidiana, facilitando a naturalização e dificultando a gestão do impulso, o que acarreta maiores riscos para o desenvolvimento de comportamentos compulsivos (Barrera-Algarín, 2021).

Além disso, a indústria das apostas investe intensamente em publicidade, em patrocínios esportivos e no uso de influenciadores digitais, criando um ambiente cultural que legitima e glamouriza o jogo. Essa estratégia atua não apenas chamando à experimentação, mas reforçando falsas expectativas de ganho e normalizando a presença das plataformas no cotidiano, especialmente entre jovens (Lopez-Gonzalez; Guerrero-Solé; Griffiths, 2017; Lopez-Gonzalez; Griffiths; Jimenez-Murcia, 2021). Nesse cenário, o jogo deixa de ser percebido como atividade de risco e passa a ser associado à competência, esperteza ou estilo de vida.

As consequências desse processo são observadas em situações que geram ansiedade, depressão, endividamento, isolamento social e conflitos familiares. Tais efeitos não se explicam por características individuais isoladas, mas por um sistema comercial que se beneficia da vulnerabilidade humana e da manutenção do envolvimento contínuo (Babor *et al.*, 2021). Dessa forma, as respostas em saúde não podem se restringir a intervenções clínicas, devendo incluir a regulação da publicidade, o controle da oferta e as estratégias de educação crítica sobre consumo digital (Hing; Russel; Browne, 2017).

Os **Determinantes Sociais da Saúde (DSS)** correspondem às condições sociais, econômicas, culturais, étnico-raciais, psicológicas e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco e proteção. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2008), os DSS abrangem desde as circunstâncias materiais da vida, como renda, trabalho, moradia, educação e ambiente social, até os sistemas de poder e políticas que moldam estas condições, produzindo desigualdades que impactam, diretamente, os modos de viver, adoecer e morrer. Em contraste, os **Determinantes Comerciais da Saúde (DCS)** dizem respeito às estratégias e práticas das corporações privadas que influenciam o consumo de produtos e serviços nocivos à saúde, como álcool, tabaco, ultraprocessados e jogos de aposta digitais, por meio de marketing, *lobbying* político, desinformação e captura de regulações (Kickbusch; Allen; Franz, 2016). Enquanto os DSS se referem às estruturas sociais que condicionam o bem-estar, os DCS expressam as forças de mercado que exploram essas mesmas vulnerabilidades em busca de lucro, configurando uma dimensão específica e crescente das iniquidades em saúde.

2.6 Regulamentação dos jogos de apostas no Brasil

Após a expansão acelerada das *bets* (do inglês, *bet*) – termo popularmente utilizado para se referir a aposta esportiva, em inglês significa aposta – e a consolidação dessas apostas como prática cotidiana amplamente difundida, tornou-se evidente a necessidade de mecanismos de proteção social e de controle estatal sobre um mercado capaz de mobilizar grandes fluxos financeiros e influenciar comportamentos, especialmente entre jovens.

O marco regulatório mais amplo encontra-se na Lei n.º 14.790, de 29 de dezembro de 2023, que regulamenta as apostas de quota fixa (apostas esportivas online), estabelecendo a exigência de que as empresas de apostas obtenham autorização prévia do Ministério da Fazenda para operar em território nacional. Ela também estabelece regras de publicidade, integridade, segurança e sanções para as empresas que não se adequarem à legislação, além de instituir a Secretaria de Prêmios e Apostas (SPA) no âmbito do Ministério da Fazenda, enquanto órgão responsável pela regulamentação, monitoramento e fiscalização da atuação destas empresas. Além disso, a Lei estabelece a taxação tributária dessas atividades e define a distribuição desses recursos para algumas áreas sociais, órgãos e entidades, em termos percentuais. Neste sentido, destacam-se as áreas do Esporte (4,32%), do Turismo (3,36%), da Segurança Pública (1,63%), da Educação e da Seguridade Social (1,20% cada uma). Para a área da Saúde – na qual encontra-se a rede pública de serviços responsável por tratar potenciais danos decorrentes desse mercado –, o percentual destinado é de apenas 0,12%. Outro

ponto importante é que esta Lei regulamentadora do funcionamento das plataformas de apostas surgiu somente cinco anos após sua liberação inicial. Esse tempo entre liberação e regulação contribuiu para a consolidação de práticas de mercado agressivas, que moldaram percepções sociais sobre as apostas antes mesmo da introdução de limites legais.

Já a Portaria SPA/MF n.º 1.231, de 31 de julho de 2024, estabeleceu diretrizes para publicidade, propaganda, marketing e patrocínio, regulamentou direitos e deveres de apostadores e empresas operadoras, e buscou priorizar a responsabilidade social, o jogo responsável e a prevenção ao transtorno do jogo. Quanto à regulação da publicidade e propaganda, esta normativa estabeleceu: a proibição da participação de menores de 18 anos nas apostas, presença on-line ou recebimento de prêmios; a exigência de que a publicidade seja socialmente responsável, clara e sem apelos a públicos vulneráveis; a proibição de anúncios que associem apostas a ganhos fáceis, glamour ou solução financeira; a obrigação de que advertências devem ocupar, no mínimo, 10% do espaço publicitário; a autonomia dos apostadores para recusar comunicações promocionais.

Quanto à promoção do jogo responsável e à prevenção ao Transtorno do Jogo, dentre as regras estabelecidas destaca-se a exigência de que os sites de apostas ofereçam: ferramentas de autolimitação, bem como emissões de alertas sobre o tempo gasto aos apostadores; possibilidade de solicitação de autoexclusão por parte do jogador, por prazo determinado ou de forma definitiva, em que o apostador terá sua conta encerrada, só podendo voltar a registrar-se após finalizado o período definido; recursos de apoio aos jogadores que possam estar enfrentando problemas com o jogo, como informações sobre serviços de atendimento e tratamento, linhas de ajuda, serviços psicológicos e grupos de apoio; centrais de atendimento ao consumidor (SAC) para eventuais dúvidas.

Além disso, ela define que as operadoras de jogos de apostas devem acompanhar o comportamento de apostadores quanto ao risco de dependência, bem como instaurar procedimentos para prevenção destes quadros. De um modo geral, esta portaria sublinha que a prevenção e a redução dos problemas psicossociais associados às apostas devem ser incorporadas às ações dos reguladores, operadores e redes de saúde, reconhecendo o fenômeno como uma questão de saúde pública. Tal reconhecimento representa um deslocamento importante no debate nacional, aproximando o tema das políticas de cuidado e proteção social.

Embora esses normativos representem um grande avanço à regulação das plataformas digitais de jogos de apostas e ao reconhecimento público dos danos associados a estas atividades, o cenário é ainda bastante desafiador. Pois a presença contínua das apostas na vida digital, aliada ao vínculo afetivo do futebol para grande parte da população, além do alto número de plataformas ilegais que operam

no contexto digital, constituem fatores de grande vulnerabilização coletiva aos danos associados aos jogos de apostas. Diante disso, torna-se necessária a ampliação, sistematização e diversificação das ofertas de cuidado em saúde mental, com estratégias que incluam prevenção, educação pública, atenção especializada e articulação comunitária.

*Para saber mais sobre a regulamentação dos jogos de apostas no Brasil, acesse:
<https://www.gov.br/fazenda/pt-br/composicao/orgaos/secretaria-de-premios-e-apostas/legislacao>*

3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: FATORES DE RISCO E FATORES PROTETIVOS

Se liga!

As populações com maior risco de terem problemas de saúde decorrentes de jogos de apostas são:

- Homens;
- Jovens (dos 18 aos 35 anos);
- População negra;
- Pessoas em situações estressoras e de rupturas do cotidiano, como luto, separação e aposentadoria;
- Estar desempregado ou fora do mercado formal de trabalho;
- Pessoas mais isoladas e com rede de apoio frágil;
- Populações vulnerabilizadas e desfavorecidas socialmente.

A maioria das pessoas apostam de forma recreativa e não desenvolve transtornos mentais por este motivo (INPAD, 2023). Porém, como apresentado anteriormente, o número de pessoas que apostam aumentou expressivamente desde a regulamentação das casas de aposta online em 2018, o que proporcionalmente aumenta o número de pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas. O Banco Central do Brasil – Bacen (2024) fez um levantamento, no qual identificou que em 2024 empresas de jogos de apostas, que não estão devidamente cadastradas conforme sua atividade econômica, movimentaram R\$ 20,8 bilhões somente em agosto de 2024. Essa quantia foi movimentada por cerca de 24 milhões de pessoas.

O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD (INPAD, 2023), apenas em sua terceira edição, em 2022, investigou a questão dos jogos de aposta. Segundo os dados do terceiro LENAD, 25,9% da população afirmou já ter apostado ou jogado alguma vez na vida. As três modalidades de jogos mais utilizadas foram as loterias (71,3%), os sites de apostas online (32,1%) e o jogo do bicho (28,9%). A pesquisa ainda trouxe o dado de que 61,4% das pessoas jogadoras não apresentaram comportamento de risco, enquanto 19,4% apresentaram baixo risco. Seguidos por 14,8% de pessoas com risco moderado e 4,4% com comportamento de risco alto.

A estimativa mundial é de que 46,2% dos adultos e 17,9% dos adolescentes apostaram nos últimos 12 meses. Homens apostam mais do que mulheres e cerca de 1,41% das pessoas apresentam jogo problemático (Tran *et al.*, 2024). Cerca de 5,5% das mulheres apresentam algum nível de prejuízos por conta do jogo de aposta, enquanto esse número chega a 11,9% entre os homens (Wardle *et al.*, 2024). A OMS (2024) estima que cerca de 1,2% da população adulta mundial é afetada por transtornos do jogo, proporção que pode ser de duas a três vezes maior se incluídos os casos de problemas com jogos e apostas que ainda não se configuram como diagnóstico (Abbott, 2020).

Pessoas mais jovens, dos 18 aos 35 anos, são mais propensas a apresentar problemas com jogos de apostas do que os mais velhos na faixa dos 30 aos 55 anos (Dellosa; Browne, 2024). Já a prevalência de problemas relacionados a jogos de aposta em adolescentes pode chegar a 26,4%, por serem mais expostos a jogos eletrônicos e por serem alvos preferenciais das estratégias digitais de marketing (Tran *et al.*, 2024). No Brasil, 55,2% dos adolescentes, entre 14 e 17 anos, apresentam padrão de jogo de risco, segundo o III LENAD (INPAD, 2023). As questões próprias de desenvolvimento fisiológico do corpo humano na fase da adolescência e início da fase adulta constituem uma vulnerabilidade para essa população, que fica mais suscetível aos estímulos emocionais, às propagandas, às redes sociais e às apostas online (Chambers; Potenza, 2003). O design utilizado nos jogos de apostas, as propagandas voltadas de forma sedutora aos jovens e a escolha das pessoas que servem de fazem propaganda destes jogos são exemplos de como esse público é alvo das empresas de jogos de apostas (Labrador *et al.*, 2021; Rossi; Nairn, 2024).

No que se refere à renda das pessoas que apostam, o III LENAD apontou que as pessoas em faixas menores de renda são as que mais apostam: 52,8% das pessoas que apostam ganham um salário mínimo e 31,2% ganham entre um e dois salários mínimos. As regiões com maiores prevalências de pessoas que apostam são as mais pobres do país: Nordeste, com 52,3%, e Norte, com 46,2% (INPAD, 2023). Dados do Instituto Locomotiva (2024) mostraram que 80% das pessoas que apostam no Brasil são das classes C, D e E, tendo rendas familiares de R\$ 1.000 a R\$ 4.000, apostando até R\$ 100 mensais em jogos online. Os 20% das classes A e B, com renda superior a R\$ 7.000, chegam a apostar R\$ 3.000 mensais. Populações mais vulnerabilizadas e socialmente desfavorecidas, assim como pessoas experienciando situações estressoras, tal qual separação, aposentadoria e luto estão mais em risco de terem desfechos negativos relacionados aos jogos de aposta (OMS, 2024).

O Transtorno do Jogo pode repercutir de diversas formas na vida cotidiana das pessoas, como atraso no trabalho, absenteísmo, falta de concentração, necessidade de apostas durante o expediente

de trabalho e até mesmo, em perda de emprego. Atividades ilegais podem ocorrer, como empréstimos fraudulentos, falsificação de assinaturas e furto de dinheiro de pessoas próximas. Há também a relação entre problemas com jogos de apostas e o aumento da violência doméstica (Ukhova *et al.*, 2024).

Para cada pessoa em alto risco de problemas com jogos de apostas, uma média de seis pessoas que não apostam são afetadas (Goodwin *et al.*, 2017), mas esse número pode ser ainda maior a depender da cultura de diferentes populações, em especial as que têm uma cultura familiar mais próxima, como populações indígenas (OMS, 2024).

O risco de morte por suicídio é até 15 vezes maior em pessoas com problemas relacionados a jogos de aposta do que na população geral (Karlsson; Hakansson, 2018). Em um estudo australiano, num período de oito ano, foi encontrado que pelo menos 4,2% dos suicídios tiveram relação com questões relacionadas aos jogos de aposta (Rintoul *et al.*, 2023).

Quanto à raça/cor o III LENAD identificou que 64,1% das pessoas que haviam apostado se autodeclararam como da população negra (INPAD, 2023). Baixa escolaridade e desemprego foram associados a maior risco de desenvolver transtorno do jogo. Viver em áreas metropolitanas aumentou em cinco vezes o risco de ter problemas com jogos de apostas. Como fator protetivo, aponta-se ter a percepção de estar socialmente inserido e ativo (INPAD, 2023).

Como fatores protetivos aos problemas com jogos de apostas, tem-se que a supervisão parental tem papel importante em prevenir que crianças e adolescentes tenham problemas com jogos de apostas e ter nível socioeconômico mais elevado também se mostrou relevante para a prevenção (Dowling *et al.*, 2016). Além do nível socioeconômico mais elevado, ter nível educacional mais alto também pode ser protetivo para o desenvolvimento de problemas com jogos de aposta online. Porém, pessoas que estão inseridas no mercado de trabalho e com alto nível educacional podem ser atraídas aos jogos de aposta online, sendo necessário estratégias de prevenção direcionadas a elas. No nível relacional, ter relações fortes e de alta qualidade, suporte familiar e integração social, assim como, em nível contextual, ter envolvimento social e com a comunidade reduzem o isolamento social e solidão, promovendo suporte social e servindo como fatores protetivos para os problemas com jogos de aposta (Ghelfi *et al.*, 2024).

Porém, ressalta-se que, diante do contexto de grandes desigualdades sociais que se apresentam, incluindo a realidade brasileira (Cavalcante, 2020), os fatores protetivos podem ser difíceis de serem estabelecidos e, assim, os fatores de risco estarão mais disponíveis no cotidiano das pessoas. Por essa razão, o cuidado a problemas como os relacionados aos jogos de apostas, que são amplamente influenciados pelo contexto, devem ser foco de política pública e ações de

saúde pelos serviços do SUS. Logo, em suma, de acordo com a literatura científica, os fatores de riscos significativamente associados ao risco de problemas com jogos de apostas são: ser homem, negro, socialmente vulnerável, solteiro ou casado há menos de cinco anos, jovem, viver em residência compartilhada (como república ou com colegas), estar fora do mercado formal de trabalho e participar de modalidades eletrônicas de jogo, especialmente as apostas em esportes (Hing *et al.*, 2016; Gori *et al.*, 2021; Kvalsvik *et al.*, 2023; OMS, 2024; INPAD, 2023). O conhecimento sobre o perfil dos usuários e dos fatores associados ao maior risco de desenvolvimento de problemas com jogos de apostas são relevantes para as intervenções e ações em saúde pública.

4 O CUIDADO NO SUS E NA RAPS PARA PESSOAS COM PROBLEMAS COM JOGOS DE APOSTAS

A criação do SUS, em 1988, representou um marco histórico e civilizatório para o Brasil, consolidando o princípio de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Fruto das lutas sociais e do movimento da Reforma Sanitária, o SUS nasceu no contexto da redemocratização do país, propondo um modelo de atenção integral, universal e equitativo, em contraposição às práticas excludentes e fragmentadas que predominavam até então. Esse novo sistema ampliou o acesso da população aos serviços de saúde e consolidou políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde em todas as suas dimensões (Paim, 2008).

Em meio ao processo de redemocratização do país e em sintonia com o movimento da Reforma Sanitária surge também o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Inspirada por experiências internacionais e impulsionada pelo movimento da luta antimanicomial, ela surgiu como reação às práticas manicomiais marcadas pela exclusão, violência e violação de direitos. Profissionais de saúde, usuários e familiares passaram a reivindicar um novo modelo de cuidado pautado na dignidade, na liberdade e na reinserção social das pessoas com sofrimento mental. Ao longo das décadas de 1980 e 1990, diversas experiências pioneiras – como os primeiros CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial – foram implementadas em diferentes municípios. Esse processo culminou na promulgação da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, que consolidou a Reforma Psiquiátrica ao garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e ao redirecionar o modelo assistencial para uma atenção comunitária e substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

A RAPS foi instituída pela Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e consolidada pela Portaria de Consolidação n.º 3/2017 (Brasil, 2011, 2017) como estratégia do SUS para a organização da atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. A RAPS é fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, priorizando o cuidado em liberdade, a inserção social e a defesa dos direitos humanos. Estruturada em diferentes pontos de atenção articulados em rede, como os CAPS, os serviços de urgência e emergência, a APS, os leitos em hospitais gerais, as unidades de acolhimento e os dispositivos de reabilitação psicossocial, a RAPS busca o cuidado e a continuidade do acompanhamento das pessoas em seus territórios de vida.

O funcionamento da RAPS baseia-se na lógica do cuidado territorial, centrado nas necessidades singulares dos usuários e na articulação intersetorial. Sua proposta rompe com o

modelo hospitalocêntrico e excludente, substituindo-o por uma rede comunitária e integrada, orientada por práticas de acolhimento, vínculo e corresponsabilização. Essa organização pressupõe a atuação em equipe multiprofissional, a construção compartilhada de PTS e a participação social como diretriz fundamental. Além da Portaria n.º 3.088/2011, a RAPS é orientada por marcos normativos como a Lei n.º 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), a Política Nacional de Humanização (PNH) e as Diretrizes da Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde, que consolidam o cuidado em saúde mental como direito de cidadania e expressão do compromisso do SUS com a dignidade, a autonomia e a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico.

Abaixo temos um quadro que explicita todos os componentes e pontos de atenção que atualmente compõem a RAPS, bem como seus respectivos objetivos dentro da rede:

Quadro 1 – Componentes e pontos de atenção da RAPS

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO	OBJETIVOS
Atenção Primária em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> – Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde podem atuar as equipes: <ul style="list-style-type: none"> • Saúde da Família • Saúde Bucal • Saúde da Família Ribeirinha • Consultório na Rua • Unidade Básica de Saúde Fluvial • Atenção Primária Prisional • Equipes Multiprofissionais (eMulti) 	Garantir o primeiro acesso à saúde, incluindo, também, cuidados em saúde mental; assegurar um conjunto de ações, de âmbito individual e coletivo, que inclui o acolhimento da pessoa em sofrimento, oferta de ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde; desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades (CAPS I, II, III, CAPS AD e CAPS AD III, para álcool e outras drogas, e o CAPS Infanto-juvenil. 	Oferecer atendimento clínico e terapêutico especializado em saúde mental; apoiar pessoas em situações de sofrimento mental, com dificuldades relacionadas ao uso de substâncias ou que estejam em processo de reabilitação psicossocial, incluindo as pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> – Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Sala de Estabilização – Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro 	Realizar o acolhimento, a classificação de risco e o manejo clínico das situações de urgência e emergência relacionadas a transtornos mentais.

(Continua)

(Conclusão)

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO	OBJETIVOS
Atenção Residencial de Caráter Transitório	– Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil	Oferecer cuidados contínuos de saúde a pessoas (crianças e adolescentes; e adultos) com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, acompanhadas nos CAPS, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar, com funcionamento 24 horas, em um ambiente de moradia inserido na comunidade, e de acordo com o projeto terapêutico singular elaborado e pactuado com a pessoa usuária e o CAPS de referência.
Atenção Hospitalar	– Leitos de saúde mental em hospital geral, serviço hospitalar de referência.	Oferecer tratamento hospitalar para casos graves relacionados a problemas de saúde mental e às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas; assegurar a retaguarda clínica e psiquiátrica, especialmente, em situações de crise, abstinências e intoxicações severas até a estabilização clínica, com a posterior coordenação e encaminhamento para cuidados contínuos em outros serviços extra-hospitalares da RAPS, seguindo um plano terapêutico personalizado.
Estratégia de Reabilitação Psicossocial	– Centros de Convivência (CECO)	Acolher pessoas com qualquer condição de saúde, incluindo aqueles que fazem tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Fortalecer a desinstitucionalização, o cuidado em liberdade e a reabilitação psicossocial, através de várias atividades coletivas e individuais, que são estruturadas para ofertar oportunidades de geração de trabalho e renda, a partir de programas de economia solidária; produção de cultura, como artesanato e música; e também ações de lazer, como passeios, visitas a espaços culturais.

Fonte: elaborado pelos autores e autoras, conforme portaria n.º 3.088/2011 consolidada pela Portaria de Consolidação n.º 3/2017 (Brasil, 2011, 2017).

Conforme explicitado acima, a RAPS constitui-se em uma rede estruturada em torno de serviços e dispositivos que visam promover o cuidado em saúde mental de forma integral e articulada em diferentes níveis de complexidade. Busca-se garantir o atendimento de pessoas em situação de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, os quais estão associados a um amplo espectro de problemas psicossociais. Isto inclui os problemas relacionados com jogos de apostas, que deverão ser acolhidos pelos componentes da RAPS em sua integralidade.

Saiba mais sobre o papel e as ações dos serviços da RAPS no *Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas*.

4.1 A RAPS e os problemas relacionados a jogos de apostas: cenário atual

A RAPS tem realizado atendimentos a pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas ao longo dos últimos anos. No Brasil, o número de atendimentos realizados no SUS para os CID F63.0 (Jogo Patológico) e Z726 (Mania de Jogo e Apostas) no período de janeiro de 2018 a maio de 2025 foi de 10.553, sendo 4.316 atendimentos ambulatoriais, que incluem aqueles realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e 6.237 na Atenção Primária à Saúde (APS) (SIAPS). É importante destacar que os dados disponibilizados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), do Ministério da Saúde, referem-se ao número total de atendimentos realizados e não permitem identificar com precisão quantas pessoas distintas foram acompanhadas em decorrência do transtorno do jogo no país.

Apesar do crescimento recente nos atendimentos, a quantidade de pessoas que procuram a RAPS para problemas relacionados aos jogos de apostas ainda é muito inferior às necessidades assistenciais estimadas nos levantamentos epidemiológicos, conforme discutido no Capítulo 3. Esse cenário evidencia a importância da sensibilização da população afetada para a busca de cuidado, além da necessidade de ampliação e diversificação das ofertas de cuidado, de modo a contemplar as diferentes realidades dos usuários, de seus familiares e redes de apoio. A baixa procura também revela particularidades deste tipo de sofrimento e reforça a urgência do desenvolvimento de estratégias terapêuticas e modalidades de acesso que dialoguem com a complexidade e a contemporaneidade desse fenômeno no âmbito do SUS, utilizando estratégias de busca ativa e de educação em saúde, que podem ser importantes ferramentas para sensibilização e incentivo aos cuidados relacionados aos jogos de apostas. Além disso, a Educação Permanente se torna um mecanismo fundamental para sensibilizar e qualificar os profissionais de saúde sobre a temática, fortalecendo as ações de cuidado desenvolvidas junto aos indivíduos e coletividades.

4.2 Reinventar conceitos e práticas na Atenção Psicossocial

Conforme vimos no início deste capítulo, tanto o SUS quanto a RAPS surgiram como respostas aos desafios sanitários de sua época. No campo da saúde mental e atenção psicossocial, especialmente, foi necessário romper com a lógica manicomial e instituir novos serviços, como os

CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), entre outros que compõem atualmente a RAPS. Estes dispositivos trouxeram uma nova forma de compreender o cuidado, baseada na escuta, no acolhimento, na construção de vínculos, na noção de território, na convivência e na valorização da singularidade de cada pessoa. Assim, essas transformações exigiram não apenas mudanças em normas e legislações, mas também na criação de novos dispositivos de cuidado, na reconstrução de práticas clínicas e sociais, e na invenção de novos conceitos.

Na atualidade, embora ainda convivamos com antigos desafios, como o estigma, a exclusão social e a insuficiência de recursos, novas formas contemporâneas de sofrimento psíquico, tais como aquelas relacionadas a jogos de apostas, colocam em evidência a necessidade de se repensar os dispositivos de cuidado e o acesso a eles. Isso envolve a invenção de novas práticas clínicas e sociais, além da ressignificação de conceitos já consolidados no campo da Atenção Psicossocial.

Os princípios do SUS e da RAPS permanecem válidos, porém necessitam ser reinventados para operar em contextos híbridos, onde o cuidado se faz tanto na rua quanto nas telas. É preciso reconhecer o digital como território de vida e de vulnerabilidades e, também, como campo de potência para práticas emancipatórias, solidárias e inclusivas. Assim, o desafio da construção de uma sociedade sem manicômios, na atualidade, passa pela reinvenção dos próprios fundamentos do cuidado nesta era digital, mantendo viva a ética da liberdade e da produção de vida que orienta o projeto histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Diante do cenário apresentado, torna-se necessário retomar e problematizar alguns conceitos fundamentais que estruturam o cuidado em saúde mental no âmbito do SUS e da Reforma Psiquiátrica. O fenômeno dos jogos de apostas, em especial nas suas expressões digitais e nas formas de compulsão e sofrimento que dele decorrem, desafia a aplicação direta de conceitos já consolidados. A expansão do ambiente digital e a crescente inserção das tecnologias nas dinâmicas cotidianas criaram novos espaços de sociabilidade e também de vulnerabilidade. O território, tradicionalmente compreendido como espaço físico de vida e convivência, passa a incluir dimensões virtuais, mediadas por algoritmos e interações em rede. Da mesma forma, o acolhimento e a escuta, práticas centrais na Atenção Psicossocial, precisam ser pensados também em contextos mediados por telas, onde o sofrimento se expressa de modo fragmentado e muitas vezes anônimo. Esses deslocamentos exigem da rede de atenção uma postura crítica e inventiva, capaz de acolher e compreender essas novas formas de estar e adoecer no mundo.

Retomar esses conceitos, portanto, não significa apenas revisitar sua formulação original, mas reconhecer a necessidade de atualizá-los diante das novas configurações da vida social e das novas

formas de sofrimento psíquico. É necessário também reconhecer que o cuidado em saúde mental não pode se limitar à reprodução de práticas já conhecidas, mas deve se abrir à experimentação, à escuta dos sujeitos e à construção coletiva de respostas singulares. Nesse sentido, a atuação da RAPS precisa ser constantemente tensionada e reinventada, de modo a garantir sua potência como política pública viva e em movimento.

Nos tópicos a seguir, retomaremos alguns desses conceitos, como território, barreiras de acesso e redução de danos, buscando problematizá-los à luz do cuidado às pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas. A intenção é propor uma reflexão crítica que oriente práticas éticas, criativas e coerentes com os princípios do SUS, capazes de responder aos desafios emergentes da sociedade contemporânea sem perder de vista os fundamentos históricos e políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

4.2.1 *Do território aos territórios digitais*

O conceito de território, desenvolvido pelo geógrafo Milton Santos, vai muito além da noção geográfica de espaço físico ou delimitação administrativa. Para o autor, o território é um espaço vivido, carregado de relações sociais, políticas, econômicas e simbólicas, onde se expressam as contradições e as dinâmicas da vida cotidiana. Em sua concepção, o território é formado pelo entrelaçamento entre o espaço e o uso que dele se faz, ou seja, ele é ao mesmo tempo material e relacional. É no território que se concretizam as ações humanas, as desigualdades sociais, as disputas de poder e também as possibilidades de resistência e criação (Santos, 1996). Assim, o território é entendido como um campo dinâmico, onde se produzem subjetividades e se constroem modos de vida.

No campo da Saúde Coletiva, o conceito de território adquire centralidade como base para a organização das políticas públicas e das práticas de cuidado. Ele permite compreender que os processos de saúde e doença não são apenas biológicos, mas estão profundamente relacionados às condições de vida, às relações sociais e às dinâmicas culturais e econômicas que se dão em determinado espaço. O território, nesse sentido, é o ponto de partida para o planejamento e a implementação de ações de saúde, pois revela as vulnerabilidades, potencialidades e redes de apoio presentes na comunidade. Essa perspectiva se materializa, por exemplo, nas práticas da Atenção Primária à Saúde e na Estratégia Saúde da Família, que reconhecem o território como espaço de vínculo, escuta e responsabilidade.

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira, o conceito de território ganha uma dimensão ainda mais simbólica e subjetiva. Ele se torna o espaço de circulação, convivência e pertencimento do sujeito, um espaço onde se produzem laços sociais e possibilidades de cuidado em liberdade, o que demarca

uma mudança paradigmática na atenção à saúde mental e à garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Com isso, propõe-se a substituição do modelo asilar, centrado no isolamento, para um modelo assistencial territorializado que valoriza a vida em comunidade e a autonomia das pessoas com sofrimento psíquico. Neste contexto, o território é também o lugar do cuidado cotidiano, onde os serviços da RAPS articulam práticas clínicas, sociais e culturais voltadas à inclusão e à cidadania.

Contudo, com o avanço da conectividade e das redes digitais, é necessário que a noção de território tradicionalmente utilizada no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira se amplie e abarque os novos territórios existenciais trazidos pela emergência do mundo digital, os quais geram novas formas de pertencimento e exclusão. Essa reconfiguração demanda que a RAPS reconheça o digital como um componente legítimo do território de vida das pessoas. Assim, é necessário que consideremos que os usuários da RAPS transitam por espaços híbridos (físicos e virtuais), nos quais constroem vínculos, identidades e comunidades. Isto aponta para a necessidade da construção de um cuidado integral que também se faça presente nestes ambientes digitais e que seja capaz de fazer a escuta dos sofrimentos ali produzidos. Em suma, o ambiente digital deve ser compreendido como parte do território existencial e relacional do sujeito.

4.2.2 Territórios digitais e o cuidado

A incorporação da esfera digital à noção de território nos possibilita abarcar dimensões simbólicas e tecnológicas do cotidiano que reafirmam o cuidado em saúde mental como prática fundamentalmente relacional e contextualmente situada. Merhy (2002) afirma que o cuidado, antes de tudo, consiste em uma produção de encontros entre sujeitos, assim não se resumindo à aplicação de técnicas ou à execução de procedimentos. O autor propõe que o cuidado se realiza a partir do vínculo, da escuta sensível entre trabalhador e usuário e como ação de reinvenção constante na relação com os sujeitos, seus territórios e seus modos de existir. Deste modo, deve-se compreender os territórios digitais enquanto campos de produção de vínculos, onde práticas de escuta, acolhimento e acompanhamento podem ocorrer de forma ética e sensível, em sintonia com os valores da Reforma Psiquiátrica.

No caso das pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas online, podemos compreender os territórios digitais enquanto espaços de vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, de potência para o cuidado. São espaços de vulnerabilidade porque neles se intensificam dinâmicas de exposição, isolamento e captura da atenção que podem gerar sofrimento psíquico. Além disso, as plataformas digitais de apostas operam por meio de algoritmos que estimulam o consumo contínuo, a competição e a recompensa imediata, favorecendo comportamentos compulsivos e problemas com jogos de apostas.

Já a lógica de hiperconexão e o anonimato nestes territórios podem acentuar sentimentos de solidão, fracasso e desamparo. Contudo, esses mesmos territórios podem se tornar espaços de potência para o acesso ao cuidado quando apropriados de forma crítica e solidária, por meio de ações de educação digital, grupos virtuais de apoio e suporte entre pares, estratégias de redução de danos e dispositivos de escuta e acolhimento mediados por tecnologia. A APS também tem reconhecido a telessaúde como estratégia potente de cuidado e ampliação de acesso, com diversas experiências desenvolvidas no Brasil. Nestes casos, o ambiente digital deixa de ser apenas um vetor de adoecimento e passa a ser reconhecido como campo legítimo de ações em saúde, onde vínculos, pertencimento e práticas de cuidado podem ser produzidos de maneira criativa e acessível.

4.2.3 Territórios digitais e redução de danos

No contexto do uso de álcool e outras drogas, as cenas de uso tradicionais são, tipicamente, definidas como áreas geográficas nos centros urbanos caracterizadas por altas concentrações de pessoas que usam substâncias psicoativas e onde há comércio destas, além dos usuários se interrelacionarem entre si (Brasil; UNIFESP; UNIAD, 2022). Estes territórios físicos constituem espaços sociais complexos, marcados por vínculos, códigos de convivência e formas próprias de sociabilidade e sobrevivência. No campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, compreender essas cenas significa reconhecer que o uso de substâncias psicoativas não ocorre no vazio, mas em contextos concretos de vida, atravessados por desigualdades, exclusão e busca de pertencimento.

De forma análoga, o contexto das plataformas digitais de jogos de apostas configura uma nova forma de “cena de uso”, na qual o território físico é substituído ou expandido por territórios virtuais. Nestes ambientes, pessoas se reúnem, interagem e compartilham experiências com os jogos, mediadas por algoritmos e sistemas de recompensa que intensificam o engajamento. Trata-se, portanto, de uma cena marcada por dinâmicas próprias de sociabilidade e captura, onde o sujeito pode se envolver em ciclos de aposta, perda e frustração, muitas vezes com prejuízos significativos à vida cotidiana. Este território digital, embora imaterial, opera como espaço de práticas, afetos e relações, exigindo do campo da saúde mental uma compreensão ampliada dos modos de sofrimento e das novas configurações do vínculo e do prazer. Neste sentido, a Redução de Danos (RD) oferece uma lente ética e prática para o cuidado nestes territórios, sejam eles físicos ou digitais.

A RD constitui um princípio ético, político e clínico que orienta práticas de cuidado baseadas na autonomia, na singularidade e no respeito às escolhas das pessoas. Originada das experiências de atenção a usuários de álcool e outras drogas, a RD expandiu-se para outros campos da saúde mental

e comportamental, sendo reconhecida pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas como uma estratégia transversal de promoção da vida, inclusão social e defesa dos direitos humanos. Mais do que uma técnica, a RD expressa uma postura diante do sofrimento humano: acolher sem impor abstinência, construir pactos possíveis e reconhecer que toda pessoa pode encontrar modos próprios de lidar com o prazer, o risco e o sofrimento.

Assim, a RD no contexto dos jogos de apostas propõe compreender que, apesar dos danos, nem toda prática de jogo é patológica e que a intensidade e os impactos variam conforme fatores individuais, sociais e econômicos. Neste contexto, embora os estudos sobre prevenção e RD constituam-se em um campo de pesquisas em desenvolvimento e com evidências ainda bastante heterogêneas, os resultados sugerem que intervenções digitais ampliam o acesso ao cuidado, intervenções educativas contribuem para conscientização e intervenções estruturais regulatórias apresentam maior potencial de impacto populacional (McMahon *et al.*, 2019; Rodda, 2022; Velasco *et al.*, 2021).

Deste modo, o cuidado deve incluir ações de redução de riscos financeiros, sociais e emocionais, como a definição de limites de tempo e gasto, o acompanhamento do uso de plataformas digitais, a reorganização de rotinas e o fortalecimento das redes de apoio. Estas medidas são particularmente relevantes para pessoas em sofrimento que ainda não reconhecem a necessidade de interromper o comportamento, permitindo o início do vínculo terapêutico sem exigências moralizantes. Além disso, a RD no contexto de jogos de apostas pode também implicar na promoção de espaços de escuta e acolhimento digital e presencial, ações educativas sobre o uso consciente das plataformas e na oferta de alternativas de sociabilidade e cuidado.

A RD também deve ser compreendida como estratégia coletiva e intersetorial. Isso implica reconhecer o papel de políticas públicas de regulação, comunicação e educação midiática na proteção da população frente à publicidade agressiva das plataformas digitais. Nesse sentido, a RD articula-se aos Determinantes Sociais e Comerciais da Saúde, buscando transformar os contextos que produzem vulnerabilidades e incentivam práticas de risco. Ações de prevenção, campanhas educativas e mecanismos de regulação do mercado de apostas são, portanto, dimensões complementares de uma mesma abordagem de redução de danos em escala populacional.

Assim, em vez de adotar uma lógica punitiva ou moralizante, a RD reconhece a complexidade das relações entre sujeito, prazer e risco, propondo estratégias que minimizem danos e potencializem a autonomia. Assim como nas cenas de uso de álcool e outras drogas, a abordagem territorial e relacional é essencial: é no próprio território, inclusive o digital, que o cuidado precisa se fazer presente, reconhecendo vulnerabilidades, mas também as potências que emergem da convivência, da escuta e do vínculo.

Saiba mais sobre estratégias práticas de RD no *Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas*.

4.2.4 Estigma e autoestigma enquanto barreiras de acesso ao cuidado

O baixo número de pessoas que buscam cuidado por conta de problemas relacionados aos jogos de apostas reproduz um fenômeno amplamente reconhecido na literatura científica e na prática dos serviços: a existência de barreiras de acesso que limitam ou impedem a procura por ajuda, mesmo quando reconhecem o sofrimento e os prejuízos associados ao comportamento.

O estudo de Schettini *et al.* (2024), realizado na Suécia, identificou que as principais barreiras gerais para a busca de tratamento são a preocupação com a privacidade, a baixa disponibilidade de serviços, o estigma e a falta de informação sobre onde e como buscar ajuda. Esses achados reforçam a necessidade de pensar o acesso ao cuidado como um conceito complexo, que vai além da simples disponibilidade de serviços, abrangendo também dimensões simbólicas, culturais e subjetivas que moldam o encontro entre as pessoas e o sistema de saúde.

A busca por cuidado, incluindo os problemas com jogos de apostas, encontram diversas barreiras, como o estigma e a discriminação. A crença e atitudes negativas sobre a procura por tratamento em saúde mental também são empecilhos e são mais associadas ao gênero masculino, o que demonstra a importância de tratar-se a questão do acesso ao cuidado também sob a perspectiva de gênero. Reconhecer a relação entre gênero e estigma é fundamental para que as equipes de saúde planejem ações de cuidado sensíveis considerando a diversidade. Entre as principais barreiras de acesso, o estigma ocupa um lugar central. Ele se refere a um conjunto de marcas sociais negativas associadas a determinados comportamentos, condições ou grupos, que produzem exclusão e discriminação. No caso dos jogos de apostas, o estigma está frequentemente ligado à ideia moralizante de “falta de controle”, “fraqueza” ou “vício”, o que contribui para o estigma, isolamento e o silêncio das pessoas afetadas (Leslie; McGrath, 2023). Portanto, combatê-lo deve ser uma das frentes de cuidado à essa população.

Além do estigma externo, a população que tem problemas com jogos de apostas enfrenta o autoestigma, que ocorre quando a pessoa internaliza estes julgamentos sociais, passando a sentir vergonha, culpa e desvalorização de si, o que dificulta ainda mais a busca por ajuda e o engajamento em processos terapêuticos (Leslie; McGrath, 2023). Este mecanismo subjetivo reforça o ciclo de sofrimento, especialmente em contextos nos quais o comportamento de jogar/apostar é socialmente

ambíguo (simultaneamente normalizado e condenado). Além do estigma, a negação do problema e a limitação de disponibilidade e acessibilidade a diferentes ofertas de cuidado também são barreiras significativas (Bhanwar *et al.*, 2024).

Desta forma, no contexto do mundo digital, os conceitos de acesso, estigma e autoestigma precisam ser ampliados e reinterpretados. As barreiras de acesso não se limitam mais à distância geográfica ou à ausência de serviços presenciais, mas passam a incluir dimensões como a desigualdade digital, a falta de letramento tecnológico e a exposição pública nas redes. Da mesma forma, o estigma digital pode ser reproduzido em ambientes virtuais, onde a visibilidade e a vigilância se intensificam, gerando medo de julgamento e desconfiança sobre a confidencialidade das informações. Paradoxalmente, o mesmo ambiente digital pode oferecer novas possibilidades de acesso, por meio de atendimentos online, grupos de apoio virtuais e plataformas de escuta anônima, que ajudam a reduzir o impacto do estigma e facilitar o primeiro contato com o cuidado.

Portanto, pensar o acesso e as barreiras no cuidado às pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas exige um olhar que articule as dimensões estruturais, simbólicas e tecnológicas do território contemporâneo. É necessário construir estratégias que promovam acolhimento digital ético, educação em saúde mediada por tecnologia e campanhas de redução do estigma, fortalecendo o vínculo entre o usuário e os serviços de saúde. A perspectiva da RD, central na atenção psicossocial, oferece uma base conceitual potente para essa tarefa, pois reconhece o sujeito em seu contexto e valoriza o cuidado possível, em vez de impor o cuidado ideal.

5 CLÍNICA DO CUIDADO

5.1 Acolhimento

O acolhimento constitui uma diretriz fundamental das práticas de cuidado e atenção psicossocial, e representa um dos principais dispositivos de organização do trabalho nos serviços da RAPS, conforme orienta a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2007). Mais do que um momento inicial de atendimento, o acolhimento é entendido como uma prática ética e clínica, transversal a todas as ações de cuidado, pautada na escuta qualificada, na criação de vínculo e na corresponsabilização entre profissionais e usuários, articulando-se aos princípios da integralidade e do acesso universal do SUS (Brasil, 1990). Essa prática tem como objetivo favorecer a construção compartilhada do PTS, instrumento central para o acompanhamento e o cuidado continuado na rede.

Ayres (2004) relaciona o acolhimento à dimensão ética do cuidado, entendendo-o como prática orientada pelo reconhecimento da alteridade e pela busca de projetos de felicidade possíveis para as pessoas. Acolher, nesse sentido, é instaurar uma relação dialógica que ultrapassa a resposta técnica à doença e se abre à escuta do sofrimento, das condições de vida e das expectativas do outro. Essa dimensão ética e relacional reafirma o acolhimento como espaço de negociação e de construção compartilhada de sentidos, nos quais a clínica e a política se articulam na busca da integralidade do cuidado.

Cecílio (2001, 2011), por sua vez, destaca que o acolhimento constitui também uma estratégia de organização do processo de trabalho e da gestão dos serviços, ao introduzir uma lógica centrada nas necessidades dos usuários e não apenas na oferta institucional. Trata-se, portanto, de um dispositivo que reorganiza fluxos, redefine responsabilidades e tensiona as fronteiras entre os diferentes pontos da rede de atenção, favorecendo a produção de respostas mais integrais e contínuas.

Deste modo, no contexto das pessoas que apresentam problemas relacionados aos jogos de apostas, o acolhimento assume papel estratégico, ao possibilitar a escuta qualificada das demandas e a identificação dos sentidos atribuídos pelas pessoas à sua relação com o jogo/aposta. Isto possibilita o reconhecimento do sofrimento como expressão de experiências singulares desta relação e de outras que o usuário constrói em seu contexto de vida. Além disso, é uma oportunidade para a construção de um vínculo de confiança e compromisso entre a equipe de saúde e o usuário, o que torna mais fácil compreender as suas necessidades, expectativas e dificuldades. Tudo isto favorece a construção compartilhada de PTS e a articulação com outros pontos da rede de atenção.

Os jogos e apostas são, em muitos contextos, práticas culturais e socialmente aceitas, mas, quando problemáticas, pode se tornar um mecanismo de enfrentamento de sofrimentos pré-existentes, acarretando prejuízos financeiros, sociais e psíquicos (Marionneau *et al.*, 2023). O acolhimento deve reconhecer a complexidade deste fenômeno, situando-o nas condições de vida da pessoa e em seu contexto social, diminuindo barreiras de acesso como a vergonha, que dificulta que a pessoa fale abertamente sobre o tema. Nesse sentido, o acolhimento legitima o sofrimento vivido, desconstrói estigmas, reduz barreiras de acesso e fortalece a inserção em processos terapêuticos.

Em síntese, o acolhimento às pessoas que apostam deve ser compreendido como prática humanizada e integral, centrada na pessoa e em sua rede de relações. Reconhece os jogos de apostas como questão de saúde, avaliando os riscos, utilizando estratégias de redução de danos, apoio familiar e formação de vínculo. Pode ocorrer em qualquer momento e deve acontecer sem julgamentos.

O acolhimento pode ser realizado por todas e todos os profissionais de saúde, de qualquer nível de formação e em diferentes espaços: nos serviços, em casa, na rua ou até mesmo em ambientes digitais. É o acolhimento que irá proporcionar o estabelecimento de um sentido terapêutico a partir da construção do vínculo entre profissional e usuário. Trata-se, portanto, de um dispositivo fundamental para a detecção e enfrentamento dos danos relacionados ao jogo e para a promoção da saúde mental.

A identificação precoce dos sinais de problemas com jogos de apostas é extremamente importante e permite prevenir a evolução para o transtorno do jogo, reduzir danos associados e favorecer encaminhamentos adequados dentro da RAPS e de outros pontos da rede intersetorial. A APS tem papel fundamental nessa identificação, ao mesmo tempo que a RUE pode ser a primeira porta de entrada dessas pessoas na rede de saúde. Saiba mais no *Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas*.

5.2 A avaliação psicossocial

Os dados epidemiológicos apresentados anteriormente não determinam o perfil de pessoas que podem ter problemas relacionados a jogos de apostas, apenas indicam características de um perfil com maior risco de ter estes problemas. Sendo assim, cabe à trabalhadora e ao trabalhador de serviço da RAPS realizar a avaliação integral e ampliada da pessoa que busca o serviço a fim de identificar quais questões a levaram ao atendimento.

Ao receber uma pessoa em qualquer serviço de saúde, as trabalhadoras e trabalhadores realizam um acolhimento e avaliação inicial para compreender qual a queixa apresentada, quem é a pessoa que buscou o serviço e qual é o seu contexto. Essa é a base da avaliação psicossocial, na qual uma diversidade de aspectos influencia o comportamento, o sofrimento psíquico e o acesso a direitos, podendo contribuir para a vulnerabilização ou proteção das pessoas.

O objetivo da avaliação psicossocial não é um diagnóstico clínico, mas a compreensão da pessoa e do sofrimento em sua totalidade, através de escuta ativa e qualificada, postura acolhedora e sem julgamentos frente aos relatos feitos e respeitando a história, contexto e cultura (Brasil, 2013b).

A avaliação pode se dar em diversos espaços e configurações, não se limitando a um único atendimento ou ao atendimento individual. Atividades grupais, atendimentos compartilhados entre diferentes serviços, matriciamentos e reuniões de equipes, visitas domiciliares também são exemplos de espaços potentes para que a construção da avaliação aconteça.

Vale ainda ressaltar que a pessoa com problemas relacionados aos jogos de apostas pode, muitas vezes, chegar ao serviço de saúde sem apresentar prontamente a demanda com os jogos de apostas, mas é importante que a temática seja tratada de forma aberta e sem julgamentos. Como já visto, são comuns as comorbidades psiquiátricas, conflitos e consequências negativas na vida cotidiana, situações de violência, crises e risco/tentativa de suicídio que podem se apresentar de forma imediata e mascarar o problema com jogos de apostas. Por isso, o cuidado na escuta e na postura da trabalhadora ou do trabalhador do SUS frente ao apresentado pela pessoa que busca o serviço e seus familiares é tão importante, visando a construção de um espaço confortável para compartilhamento de suas necessidades de saúde, uma relação de confiança e formação de vínculo.

Para realizar uma avaliação psicosocial que dê conta da complexidade da vida das pessoas que buscam os serviços da RAPS, alguns aspectos são importantes de serem considerados e avaliados. Essa avaliação tem papel central para nortear o cuidado que o serviço irá propor à pessoa com problemas relacionados aos jogos de apostas. Logo, é relevante investigar informações (Brasil, 2013a, 2013b; Brasil; CNMP, 2014) como:

- Sua rede de apoio e como são suas relações familiares (por exemplo: quem são essas pessoas, se a rede de apoio vive próxima, de que forma a rede de apoio está presente, como as relações familiares se estabelecem etc);
- As condições socioeconômicas desta pessoa (por exemplo: onde mora, como é sua casa e o território de moradia, como se sustenta, quem contribui com a renda familiar etc);
- Seu histórico de saúde (por exemplo: se já passou por algum momento de sofrimento psíquico e se houve cuidado; se tem tido alguma questão de desconforto físico e/ou mental; suas condições clínicas pregressas e se faz/fez acompanhamento etc);
- Se já vivenciou exclusão social e estigmas (por exemplo: se já vivenciou situações desconfortáveis que acredita que aconteceram em decorrência de características individuais);
- Se passou por eventos traumáticos ou esteve em contextos de risco (por exemplo: se já passou por situação de violência pontual ou recorrente, se vivenciou situação que identifica trazer sofrimento atualmente etc);
- Seu acesso a políticas públicas (por exemplo: se as crianças e adolescentes da família estão matriculados na escola; se a família está em vulnerabilidade social; se está acompanhada pelo CRAS; se a família está em acompanhamento na UBS etc);
- Além de suas características pessoais que podem deixá-la em situação de vulnerabilidade, como idade, raça/cor, gênero e orientação sexual, por exemplo.

Todas as questões avaliadas serão imprescindíveis para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) das pessoas que são atendidas nos serviços da RAPS. Por fim, ressalta-se a importância de acolher e cuidar também do sofrimento apresentado pelos familiares e rede de apoio da pessoa

que buscou o serviço, visto que os problemas relacionados aos jogos de apostas atingem aqueles que também não estão diretamente envolvidos com essa questão (Goodwin *et al.*, 2017), podendo haver impactos significativos de dificuldades financeiras e sofrimento mental.

Acesse um modelo de avaliação psicossocial no *Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas*.

5.2.1 Importância da avaliação do contexto: do individual à política pública

Como já apresentado, os determinantes sociais de saúde – as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e suas características individuais –, influenciam diretamente as questões de saúde, como a saúde mental e os problemas relacionados aos jogos de apostas.

Estar em contexto socioeconômico desfavorável apresenta alta relação com os problemas com jogos de apostas por parecer ser uma forma fácil de superar as questões financeiras. Existem evidências de que há relação positiva entre gastos com jogos de aposta e o nível socioeconômico. No entanto, os problemas relacionados aos jogos de aposta apresentam-se, em sua maioria, em pessoas em níveis socioeconômicos mais baixos (van der Mass, 2016). Estar fora do mercado de trabalho, ter condição instável de habitação ou mesmo estar em situação de rua, baixa renda familiar e morar em comunidades com pouca infraestrutura aparecem em estudos como associados aos problemas com jogos de apostas, mas há poucos estudos que exploram a conexão direta entre pobreza e os jogos de aposta (Hahmann *et al.*, 2020).

A alta concentração de ofertas de jogos de apostas em áreas mais desfavorecidas socioeconomicamente aparece como possível explicação para que pessoas vulnerabilizadas socialmente acabem mais influenciadas aos jogos de apostas. Outra explicação é a já conhecida a correlação entre sofrimento psíquico intenso e a vulnerabilidade social (Van der Maas, 2016).

Em estudo com estudantes universitários canadenses, Kairouz, Paradis e Monson (2015) tiveram como resultados que o tempo gasto em jogos de aposta é menor durante os dias de semana. O tempo gasto em jogos de aposta foi maior quando os estudantes estavam em companhia de amigos. O tempo também aumentou conforme maior o número de pessoas com quem a pessoa que aposta estava junto e também aumentou o tempo quando foi maior o número de bebidas alcoólicas consumidas. As mulheres gastaram menos dinheiro que os homens por episódio de jogos de apostas. Os estudantes gastaram mais dinheiro durante as apostas realizadas durante a semana, mas a quantia

apostada diminuiu conforme o tamanho do grupo aumentou. O contexto familiar, que é tido como rede de apoio, mostra-se como protetivo para os problemas com jogos de apostas, mas também sofre com consequências negativas, como a violência doméstica e fragilização dos laços familiares (Subramaniam *et al.*, 2017).

A busca por ajuda em serviços de saúde pode encontrar barreiras de acesso como a vergonha e o autoestigma (Camacho-Ruiz *et al.*, 2024) e ainda pode deixar os homens com ainda mais dificuldades de acesso por ter-se a visão de que os problemas relacionados aos jogos de apostas são “fraqueza” ou “falta de controle” (Leslie; McGrath, 2023), o que atinge diretamente o público masculino dentro de uma lógica em que se tem a imagem de masculinidade construída sob um prisma de controle e força. Logo, torna-se imprescindível que as trabalhadoras e trabalhadores dos serviços da RAPS ao avaliar a pessoa com problemas relacionados a jogos de apostas considerem seu contexto de vida, rede de apoio e relações interpessoais.

No âmbito das políticas públicas, muitos países ainda voltam suas ações diante das plataformas de jogos de aposta em forma de individualização do problema e responsabilização das pessoas (Miller *et al.*, 2016). Algumas ações para o cuidado coletivo que os países têm realizado são a proibição de práticas de publicidade e patrocínio por empresas de jogos de apostas, elaboração de propostas de regulação que reconhecem essa indústria como vetor de danos às pessoas, proibição de financiamento de pesquisas e eventos pela indústria e foco na regulação de produtos digitais e ambientes de jogos de apostas (Thomas *et al.*, 2023).

No entanto, conforme síntese de evidência de estudos realizados na Europa sobre avaliações econômicas de estratégias de intervenção em saúde pública em relação a álcool, tabaco, drogas ilícitas e jogos de apostas, não há ainda estudos na área sobre jogos de apostas. Em relação às demais, as intervenções mais custo-efetivas incluem aumento de impostos (indenizações fiscais), restrição de acesso, campanhas de mídia de massa e programas de identificação e intervenção breve. Essas estratégias mostraram-se efetivas tanto na redução do consumo de álcool e tabaco quanto na prevenção do uso de outras drogas (Nystrand *et al.*, 2021).

5.3 Classificação de risco no contexto dos jogos de apostas

Assim como em outros problemas de saúde mental como no uso álcool e outras drogas, a prática de apostar não está necessariamente vinculada ao sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais. Porém, os jogos de apostas podem tornar-se um problema quando há perda de controle, investindo-se mais tempo e recursos do que havia sido planejado previamente (Currie *et al.*, 2020).

A procura nos jogos para alívio de estresse emocional ou compensação de alguma outra sensação negativa pode trazer consequências negativas (Zoraloğlu *et al.*, 2025). Considerando o momento atual de acesso à rede online e à expansão dos jogos de aposta, utilizar-se deste recurso está cada vez mais difundido. Portanto, definições sobre modalidades de jogo de aposta e sobre o limiar para os problemas decorrentes de jogos de aposta são necessários para delimitação do jogo problemático.

O “jogo de azar”, como é popularmente conhecido, ou jogo de apostas pode ser definido como aposta de qualquer tipo ou item de valor sobre um jogo ou evento de resultado incerto, no qual o resultado depende de vários eventos ao acaso. Há o desafio do risco e da incerteza, o que provoca frequentemente a sensação de tensão e prazer. Já a aposta de quota fixa é a qual a pessoa que aposta sabe quanto vai ganhar se acertar o resultado, quando realiza a aposta. A quota - ou *odd*, em inglês - é o número que define esse pagamento e não muda após a realização da aposta, independentemente do número de apostadores para o mesmo resultado ou circunstâncias do jogo. O resultado, todavia, permanece incerto e à cargo do acaso.

Sobre os padrões de envolvimento com os jogos de apostas, algumas categorias foram apontadas por Ferris e Wynne (2001), que podem auxiliar a compreensão da relação entre a pessoa que aposta e o jogo de aposta: jogo de aposta recreativo, jogo de aposta de baixo risco, jogo de aposta de risco moderado ou problemático e Transtorno do Jogo. A mudança de padrão pode ocorrer a depender da pessoa, seu contexto de vida e da relação que estabelece com as apostas, sem que a pessoa se dê conta da magnitude dos problemas acarretados pela prática.

Quadro 2 – Padrões de envolvimento com os jogos de apostas

Classificação e risco	Características
Jogo de aposta recreativo	Aposta realizada por prazer, de forma ocasional e recreativa, não apresentando prejuízo por conta desta atividade.
Jogo de aposta de baixo risco	Aposta realizada com certa frequência e que apresenta alguma consequência negativa pessoal, social ou relacionado à saúde.
Jogo de aposta de risco moderado ou problemático	Aposta realizada interfere de alguma maneira na vida da pessoa, provocando mais de um problema, com impacto em diversos aspectos – pessoais, familiares e interpessoais, financeiros, de saúde, no trabalho/estudo –, mas que não chegam a preencher critérios diagnóstico para Transtorno do Jogo.
Transtorno do jogo	Aposta acontece de forma persistente e recorrente, mesmo com diversas consequências negativas, que impactam muitos aspectos da vida: a saúde física e mental, relacionamentos familiares e sociais, produtividade no trabalho e estudo, situação econômica e possíveis problemas com a Justiça.

Fonte: elaborado pelos autores e autoras, conforme Ferris e Wynne (2001).

Para apoio e como estratégia complementar à avaliação psicossocial, existem alguns instrumentos validados e disponíveis para uso, como:

- Autoteste do Jogo (Velasquez, 2021),
- A escala *Problem Gambling Severity Index* – PGSI (Ferris; Wynnes, 2001)
- Escala de Dependência de Jogos Eletrônicos – ESDEJE (Lemos, 2015).

Vale ressaltar que o uso desses instrumentos não deve se sobrepor à avaliação realizada pela equipe de saúde e deve considerar as singularidades e contextos diversos nos quais as pessoas que apostam estão inseridas, considerando sempre a relação entre pessoa-contexto-aposta.

Saiba mais sobre esses instrumentos de apoio no *Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas*.

5.4 A avaliação diagnóstica

Acerca do diagnóstico, existem quatro principais classificações associadas aos problemas relacionados aos jogos de apostas: Jogo Patológico, Transtorno do Jogo, Mania de Jogos e Apostas e Participação Prejudicial em Jogos e Apostas.

O Jogo Patológico foi definido em 1992 e está na categoria de transtornos de hábito e impulsos, aparecendo na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10 (OMS, 1996), sob o código F63.0. O Jogo Patológico consiste em episódios frequentes e repetitivos de aposta que domina a vida da pessoa em detrimento de suas atividades sociais, ocupacional, material e familiar. Há prejuízos nessas diversas áreas da vida, risco de perda de emprego, endividamento e dificuldade de controle sobre o jogo de aposta.

Em 2022, foi lançada a versão CID-11 (OMS, 2022), que será utilizada pelos serviços do SUS a partir de 2027. Na CID-11, o Jogo Patológico muda sua classificação para Transtorno do Jogo, sob código 6C50, que enfatiza três eixos centrais:

1. Perda de controle sobre início, frequência, intensidade e duração;
2. Priorização crescente do jogo em relação a outros interesses; e
3. Continuidade apesar das consequências negativas.

O padrão de jogo de apostas pode ser contínuo ou episódico e recorrente, além de resultar em sofrimento significativo ou prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes. O comportamento de jogo de apostas e outras

características devem ser evidentes, normalmente, por 12 meses, mas a depender da gravidade do caso, se todos os critérios forem preenchidos e os sintomas graves, esse tempo pode ser menor. Vale ressaltar a importância de haver diferenciação diagnóstico com outros transtornos, como Transtorno Afetivo Bipolar, por exemplo. O Transtorno do Jogo ainda é subdividido em *predominantemente off-line* e *predominantemente online*, que aparece para dar conta das atividades de jogo contemporâneas e diversas, além de constar o Transtorno do Jogo não especificado.

Para fins de diagnóstico médico, existe o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação de Psiquiatria Norte-americana, que está em sua quinta versão (APA, 2022). Este manual não é adotado nos sistemas de identificação do SUS, mas a título de informação, o mencionamos aqui por apresentar critérios bastante específicos que podem auxiliar a equipe multiprofissional na avaliação dos casos.

No DSM-V, o comportamento de jogo de aposta diferencia-se de um episódio maníaco e o comportamento do jogo problemático persistente e recorrente, leva a sofrimento ou comprometimento clinicamente significativo, apresentando, nos últimos 12 meses, quatro ou mais das seguintes situações:

1. Necessidade de apostar valores de dinheiro maiores a cada jogada para atingir a excitação almejada;
2. Inquietude ou irritabilidade quando tenta reduzir ou interromper o hábito de jogar;
3. Esforça-se repetidamente e de forma malsucedida a fim de controlar-se, reduzir ou interromper o hábito de jogar;
4. Preocupa-se frequentemente com o jogo (por exemplo, avalia possibilidades para a próxima vez que irá jogar ou pensa em modos de obter dinheiro para jogar);
5. Frequentemente joga ao se sentir angustiado;
6. Retoma o comportamento de jogar para recuperar o que perdeu anteriormente;
7. Mente sobre o quanto envolvido está com o jogo;
8. Teve prejuízos ou até mesmo perdeu relações significativas, emprego ou outras oportunidades por causa do jogo;
9. Depende de outras pessoas para quitar dívidas e resolver sua situação financeira grave por conta do jogo.

O caso pode ser considerado leve (preenchendo 4 ou 5 critérios), moderado (6 ou 7 critérios) e grave (de 8 a 9 critérios).

A última classificação relacionada aos jogos de apostas, apresenta-se na CID-10 como Mania de Jogos e Apostas, que está na categoria “Problemas relacionados a estilo de vida e comportamentos associados à saúde”, sob código Z72.6. Salienta-se que não é um transtorno mental e por isso, não possui critérios diagnósticos clínicos próprios. Essa classificação indica comportamento de jogo problemático ou arriscado, mas ainda sem alcançar um diagnóstico, podendo ser utilizado quando a equipe de saúde tiver preocupações clínicas, social e/ou psíquica com o comportamento de jogo de apostas. Nessa mesma linha, a CID-11 apresenta a classificação “Participação Prejudicial em Jogos e Apostas” para as pessoas que ainda não cumprem os critérios para o Transtorno do Jogo. Sob o código QE21, está na categoria “Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde”, subcategoria “Problemas associados a comportamentos de saúde” enquadrado em “uso perigoso de substâncias”.

Para profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) costuma ser a forma mais usual de registro dos atendimentos por condição ou problema de saúde apresentado durante o atendimento ao cidadão. A terceira edição da CIAP (CIAP-3) foi desenvolvida e publicada internacionalmente no início dos anos 2020, com manual em português disponibilizado em 2022. Apesar disso, na prática dos trabalhadores da APS no SUS, a versão atualmente em uso nos sistemas de informação segue sendo a CIAP-2, razão pela qual o registro de problemas relacionados aos jogos de apostas ainda precisa ser feito com os códigos disponíveis nessa segunda edição.

Considerando a ausência de uma categoria específica para o jogo de aposta na CIAP-2, recomenda-se que, quando o problema principal for o comportamento de jogo problemático ou compulsivo, seja utilizado preferencialmente o código P99 – “Outras perturbações psicológicas”, que permite registrar esses quadros como um transtorno mental acompanhado pela equipe. Já na CIAP-3, haverá uma codificação específica para esse tipo de problema, o código PD99.00 – “Jogo compulsivo”, o que trará maior precisão para o registro na APS. Ressalta-se, ainda, que outras codificações da CIAP-2 podem e devem ser utilizadas quando houver comorbidades associadas, como P76 (perturbações depressivas), P74 (distúrbio ansioso/estado de ansiedade) ou outros códigos pertinentes, de modo a contemplar o conjunto dos problemas de saúde mental que frequentemente acompanham o Transtorno do Jogo.

5.5 Comorbidades e impactos na saúde mental

Os riscos para o desenvolvimento de uma relação complexa e problemática com as apostas não se limitam ao contexto socioeconômico. O sofrimento psíquico, representado por um transtorno mental prévio ou um evento vital estressante, também pode contribuir para o aumento do risco de desenvolvimento do jogo problemático (Oliveira; Silveira; Silva, 2008).

Além disso, os problemas decorrentes de jogos de apostas podem estar associados à presença de comorbidades. Comorbidade é a ocorrência de duas ou mais condições de saúde na mesma pessoa, ao mesmo tempo, podendo ocorrer ao mesmo tempo – comorbidade atual – ou em momentos diferentes da vida – comorbidade durante a vida – e pode existir relação causal clara entre elas ou não. É comum pessoas com transtorno do jogo apresentarem outro transtorno mental ao longo da vida ou mais diagnósticos concomitantes e a procura de ajuda para problemas relacionados a jogos de apostas frequentemente está associada a presença de comorbidades psiquiátricas (Oliveira; Silveira; Silva, 2008). Três em cada quatro pessoas que vivenciam problemas associados aos jogos de aposta apresentam comorbidades psiquiátricas como depressão, ansiedade e uso problemático de substâncias psicoativas. Em alguns casos, essa outra condição emocional era anterior ou desenvolveu-se simultaneamente com as apostas, caso da ansiedade e do uso de substâncias. Em outros casos, pode ainda ser precipitada ou agravada pelas apostas, como no caso da depressão (Weinstock *et al.*, 2008). Estudo voltado para a caracterização de pessoas que buscaram tratamento na Suécia apontou que 58% daqueles que procuraram ajuda para problemas relacionados a jogos de apostas o fizeram tendo algum outro transtorno mental associado (Håkansson; Mårdhed; Zaar, 2017). É o que se observa também nos relatos dos serviços da RAPS que já vem atendendo essa população.

Um estudo que investigou a presença de transtornos do controle de impulsos em indivíduos com transtorno do jogo identificou que dos 96 participantes avaliados, 22,9% apresentaram também transtorno de controle de impulsos, sendo os mais comuns as dependências de sexo e de compras. A presença dessas comorbidades foi associada a uma maior intensidade de impulsos e pensamentos relacionados aos jogos e apostas, além de maior interferência e sofrimento causados por esses impulsos e pensamentos (Grant *et al.*, 2003). Mais recentemente, um estudo com 116 pessoas com transtorno de jogo constatou a presença concomitante de dependência de compras em 59,5% dos apostadores, de internet em 27,6% e de videogames em 11,2% deles. Transtornos relacionados ao uso de substâncias foram verificados em 13,8% dos casos, sendo as mais comuns o cigarro (42,2%) e álcool (5,2%). O mesmo estudo observou a presença de transtorno de déficit de atenção em metade do grupo, depressão moderada ou severa em 30,2% e fobia social em 17,2% (Szerman *et al.*, 2022).

Em revisão sistemática, os transtornos psiquiátricos mais comumente atribuídos a pessoas com problemas de jogos de apostas foram transtornos de humor, em especial depressão e distimia; transtornos ansiosos, incluindo transtorno de ansiedade generalizada, fobias específicas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT); e transtornos por uso de substâncias (álcool, nicotina, cannabis e estimulantes) (Moreira; Azeredo; Dias, 2023).

As consequências dos jogos de apostas podem ser físicas, como o aumento do risco de desenvolver condições relacionadas a estresse, como hipertensão, condições cardiovasculares e privação de sono, bem como psicossociais, como envolvimento com o sistema judiciário por endividamentos ou atos infracionais, prejuízos laborais e nas relações interpessoais (Fong, 2005) e alterações na dinâmica de relacionamento conjugal e divórcios (Pirdaus; Kalfin, 2024).

As ações de cuidado voltadas à população que apresentam problemas relacionados a jogos de apostas devem, portanto, abordar: vulnerabilidades associadas à prática e às perdas referentes a este comportamento, vulnerabilidades potenciais anteriores ao desenvolvimento destes transtornos, o desenvolvimento de novos projetos de vida associados a superação desta prática e o resgate das perdas decorrentes das apostas.

Entre as práticas adotadas, a literatura aponta para a necessidade de avaliação cuidadosa da presença de transtornos mentais associados, em especial transtornos de humor e presença de ideação suicida, tentativas anteriores e outros fatores de risco associados (Oliveira; Silveira; Silva, 2008; Kristensen *et al.*, 2024; Santos, 2019). Além disso, maior número de diagnósticos co-ocorrentes costuma estar relacionado a casos mais graves, com pior funcionamento psicossocial (Rossini, 2009).

Se liga!

Quando estiver diante de uma pessoa que buscou o serviço por problemas com jogos de apostas, lembre-se de trabalhar com ela sobre:

- Vulnerabilidades atuais associadas ao jogo de apostas;
- Perdas decorrentes dos jogos de apostas;
- Vulnerabilidades potenciais anteriores ao desenvolvimento de transtornos mentais;
- Desenvolvimento de novos projetos de vida a fim de reduzir os danos dos problemas com jogos de apostas;
- Possível resgate das perdas decorrentes dos jogos de apostas.

5.5.1 *Similaridades entre problemas com jogos de apostas e uso de álcool e outras drogas*

A relação entre o uso de álcool, outras drogas e os jogos de apostas revela um conjunto importante de semelhanças que atravessam suas histórias, modos de regulação e impactos sobre a vida das pessoas.

Historicamente, todos esses fenômenos foram marcados por processos de criminalização seletiva e por abordagens moralistas que recaíram de maneira desproporcional sobre determinados grupos sociais, contribuindo para estigmas e desigualdades no acesso ao cuidado (Simas, 2024). No campo das políticas públicas, tanto as substâncias psicoativas quanto as práticas de jogo envolvem disputas regulatórias e ações articuladas entre eixos governamentais — saúde, justiça/segurança e fazenda — o que pode gerar tensões entre perspectivas de cuidado, controle e mercado (Price; Hilbrecht; Billi, 2021).

Se assemelha também a publicidade do álcool e do tabaco com as apostas, cria um ambiente simbólico que aproxima esses produtos de consumo de práticas recreativas e socializadas. Anúncios comerciais podem ser estímulo para pessoas com quaisquer um dos dois quadros, assim como déficits cognitivos parecem ser fatores de predisposição (Grant; Chambers, 2015).

Outro ponto central de convergência é a compreensão contemporânea da dependência como fenômeno que atravessa comportamentos com e sem substâncias. Os problemas relacionados sejam ao álcool e outras drogas ou aos jogos de apostas, compartilham mecanismos neurobiológicos, padrões de compulsividade e impactos psicossociais semelhantes, reforçando a necessidade de abordagens integradas e não moralizantes.

Na clínica psicossocial, observam-se problemas interpessoais, financeiros e afetivos associados a todos esses contextos, ainda que cada um apresente modos específicos de relação e de engajamento. Estratégias de cuidado de base comunitária e de redução de danos mostram-se fundamentais para abordar os diferentes níveis de vulnerabilidade, apoiar a autonomia das pessoas e fortalecer redes de apoio.

Considerando que até a quarta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o Transtorno do Jogo era uma condição listada nos transtornos do controle dos impulsos e, na versão atual, passou a ser considerada um transtorno aditivo sem substância, e tendo em vista que as evidências de comorbidade entre problemas com jogos de apostas e uso de álcool e outras drogas são diversas (Afifi *et al.*, 2016), vale ressaltar as semelhanças e diferenças entre os dois quadros.

Quando focamos na comparação entre problemas com jogos de apostas e especificamente o uso problemático de álcool, percebe-se que os dois quadros têm prejuízos na impulsividade; no entanto, as pessoas com problemas com uso de álcool têm maiores dificuldades na impulsividade total, não planejada e motora, enquanto as pessoas com problemas de jogos de apostas têm maiores comprometimentos na impulsividade cognitiva. No quesito compulsividade, pessoas com problemas de jogos têm mais dificuldades do que as pessoas que fazem uso problemático de álcool (Choi *et al.*, 2014).

No que se refere ao funcionamento e apresentação dos indivíduos com problemas de jogos ou que fazem uso de outras drogas, há diversas similaridades nos comprometimentos: compulsividade (Wareham; Potenza, 2010), impulsividade (Leeman; Potenza, 2012; Leino *et al.*, 2023; Rash; Weinstock; Van Patten, 2016; Grant; Chamberlain, 2020; Wareham; Potenza, 2010), tomada de decisão (Leeman; Potenza, 2012; Leino *et al.*, 2023; Grant; Chambers, 2015; Grant; Chamberlain, 2020; Wareham; Potenza, 2010); desempenho em inibição, controle, tolerância, flexibilidade cognitiva e comportamento de risco (Rash; Weinstock; Van Patten, 2016; Grant; Chambers, 2015; Grant; Chamberlain, 2020; Wareham; Potenza, 2010); fissura e síndrome de abstinência também podem aparecer em ambas as situações (Castro *et al.*, 2007).

Outras similaridades entre estes problemas dizem respeito a idade de início - que tende a ser na adolescência e na vida adulta jovem e o risco aumentado de suicídio e autoagressão. Além disso, mulheres tendem a iniciar estes comportamentos com idade mais avançada, mas desenvolvem os problemas relacionados a jogos de apostas, assim como do uso de álcool e outras drogas, de forma mais rápida que os homens (Grant; Chambers, 2015; Grant; Chamberlain, 2020).

De forma específica entre pessoas que apresentam problemas com jogos de apostas, observa-se frequentemente o chamado *chasing losses* — ou comportamento de “perseguir perdas”. Esse padrão consiste na tentativa persistente de recuperar o dinheiro perdido voltando a apostar, muitas vezes com quantias progressivamente maiores e em intervalos cada vez mais curtos. Trata-se de um marcador clínico relevante, pois indica perda de controle, intensificação do ciclo de risco e manutenção do comportamento de jogo, funcionando como um dos principais mecanismos que perpetuam o transtorno do jogo (Grant; Chamberlain, 2020).

Em relação ao tratamento, os antagonistas opioides têm sido a principal escolha medicamentosa e com boa eficácia (Wareham; Potenza, 2010; Grant; Chambers, 2015; Grant; Chamberlain, 2020), e a identificação precoce com acompanhamento longitudinal mostrou-se importante no cuidado dos dois quadros (Rash; Weinstock; Van Patten, 2016).

A estratégia de redução de danos tem se consolidado e mostrado bons resultados tanto no acompanhamento de pessoas com problemas com o uso de álcool e outras drogas (Dalla Vecchia; Gomes, 2018) como no cuidado às pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas (Velasco *et al.*, 202; Blank *et al.*, 2021). Importante trabalhar as distorções cognitivas de caça de perdas e probabilidades de ganhos nas pessoas com problemas de jogos (Grant; Chamberlain, 2020). Os grupos de ajuda mútua mostraram-se mais eficientes no cuidado a pessoas com problemas por uso de drogas do que com pessoas com problemas de jogos de apostas (Grant; Chamberlain, 2020).

Figura 1 – Quadro-resumo sobre as similaridades e diferenças entre problemas com jogos e apostas e uso de álcool e outras drogas

Categoria	Característica	Problemas com jogos de apostas	Problemas com uso de álcool e outras drogas
História e Políticas Públicas	Criminalização seletiva	✓	✓
	Abordagem moralista	✓	✓
	Anúncios/publicidade podem ser estímulos	✓	✓
	Necessidade de ações articuladas entre eixos intergovernamentais	✓	✓
Diagnóstico	Comorbidades psiquiátricas	✓	✓
	Comportamentos repetitivos, hábito, rituais	✓	✓

(Continua)

(Conclusão)

Categoría	Característica	Problemas com jogos de apostas	Problemas com uso de álcool e outras drogas
Funcionamento e apresentação clínica	Disfunções neurocognitivas, como atenção e memória	-	+
	Compulsividade	✓ ou +	✓
	Impulsividade	✓	✓
	Tomada de decisão	✓	✓
	Idade de início jovem	✓	✓
	Taxa de suicídio	+	-
	Risco de suicídio e autoagressão aumentado	✓	✓
	Caça pelas perdas	✓ ✓	✗
	Tolerância, perda de controle mesmo com consequências negativas, prejuízos relevantes em diferentes áreas da vida e tentativas repetidas de parar ou reduzir, inquietação/irritabilidade ao tentar resistir e comportamento de risco	✓	✓
	Fissura	✓	✓
	Síndrome de Abstinência	✓	✓
	Prejuízos interpessoais, financeiros e afetivos	✓	✓
	Déficits cognitivos são fatores de predisposição	✓	✓
	Desempenho menor em inibição, flexibilidade cognitiva, memória de trabalho espacial e planejamento	✓	✓
	Mulheres tendem a iniciar o comportamento com idade mais avançada do que os homens	✓	✓
Cuidado	Antagonistas Opioides como medicação indicada	✓	✓
	Trabalhar distorções cognitivas	+	-
	Ações de Redução de Danos	✓	✓
	Grupo de ajuda mútua	-	+
	Identificação precoce	✓	✓

Fonte: elaborado pelos próprios autores e autoras.

Legenda: ✓ presente; ✓ ✓ presente exclusivamente; + mais presente comparativamente; - menos presente comparativamente; X não está presente.

Apesar dessas interseções, existem diferenças estruturais importantes. Os jogos de apostas – sobretudo em plataformas digitais – se caracterizam pelo uso intensivo de telas, algoritmos e processos de automatização, que aceleram as tomadas de decisão e ampliam a exposição aos riscos. O contexto online, mais recente, configura um território distinto das cenas tradicionais de uso de álcool e outras drogas, como vimos no Capítulo 4.

Por fim, vale destacar que enquanto o impacto do álcool e de outras drogas já é amplamente reconhecido, os jogos de apostas ainda sofrem com a falta de reconhecimento como problema de saúde pública, o que reduz a visibilidade da demanda (Gordon; Reith, 2019). Assim, embora álcool, outras drogas e jogos de apostas compartilhem fundamentos históricos e clínicos importantes, suas diferenças – especialmente no ambiente digital contemporâneo – exigem respostas específicas e integradas, alinhadas às diretrizes da atenção psicossocial e à promoção de políticas públicas orientadas pela prevenção, pelo cuidado e pela redução de danos (Castro *et al.*, 2007).

5.6 Registros dos atendimentos

O registro dos atendimentos é essencial para que se possa identificar as ações de saúde que os serviços estão realizando, além de prover dados para que políticas públicas sejam elaboradas de acordo com a necessidade dos territórios.

Todos os serviços da RAPS que atenderem pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, seus familiares e rede de apoio devem realizar o registro nos devidos sistemas que o serviço utiliza, utilizando as classificações diagnósticas conforme avaliação pelo profissional médico.

Atualmente, o SUS utiliza a classificação da CID-10 F63.0 para Jogo Patológico e Z72.6 para Mania de Jogo e Apostila. Este deve ser o registro a ser adotado em todas as unidades da RAPS. A partir de 2027, com a implementação da CID-11 nos serviços do SUS, deve-se utilizar o código 6C50.0 e suas variações para Transtorno de Jogo.

Vale ressaltar que este registro deve ser feito, mesmo quando problemas relacionados com jogos de apostas forem condição secundária a outros transtornos mentais e/ou comorbidades clínicas.

Nos CAPS, o registro das ações de cuidado deve seguir os procedimentos definidos na Portaria n.º 854, de 22 de agosto de 2012 (Brasil, 2012).

Quadro 3 – Tabela de registro dos procedimentos dos CAPS

Procedimento
03.01.08.002-0 Acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial
03.01.08.003-8 Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial
03.01.08.019-4 Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial
03.01.08.023-2 Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial
03.01.08.020-8 Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial
03.01.08.021-6 Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial
03.01.08.022-4 Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial
03.01.08.024-0 Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e /ou familiares
03.01.08.032-1 Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial
03.01.08.034-8 Ações de reabilitação psicossocial
03.01.08.026-7 Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares
03.01.08.027-5 Práticas corporais em centro de atenção psicossocial
03.01.08.028-3 Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial
03.01.08.029-1 Atenção às situações de crise
03.01.08.030-5 Matriciamento de equipes da atenção básica
03.01.08.039-9 Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas
03.01.08.031-3 Ações de redução de danos
03.01.08.033-0 Apoio à serviço residencial de caráter transitório por centro de atenção psicossocial
03.01.08.035-6 Promoção de contratualidade no território
03.01.08.025-9 Ações de articulação de redes intra e inter setoriais

Fonte: adaptado da portaria n.º 854/2012 (Brasil, 2012).

Na APS, o registro das ações de cuidado – desde as individuais às coletivas, realizadas na UBS, em domicílio ou em outros espaços do território, de forma presencial ou remota – se operacionaliza principalmente por meio do Prontuário Eletrônico e-SUS APS e do módulo de Coleta de Dados Simplificada (CDS). Esses instrumentos organizam a informação clínica no modelo SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) e permitem que motivos de consulta, problemas/condições de saúde e procedimentos sejam registrados de maneira padronizada utilizando a CIAP-2, a CID-10 e a Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP).

No caso específico dos problemas relacionados aos jogos de apostas, o profissional deve, na escuta inicial ou no campo “Motivo da consulta (CIAP 2)” do bloco “Subjetivo”, localizar e registrar o código P99 – Outras perturbações psicológicas, quando o problema com jogos de apostas constituir o motivo principal do contato, podendo acrescentar outros códigos CIAP-2 para queixas associadas, como sintomas ansiosos ou depressivos.

Na Avaliação, o problema de saúde decorrente dos jogos de apostas deve ser novamente classificado na CIAP-2 e, quando pertinente, complementado pelo registro do diagnóstico na CID-10 (por exemplo: F63.0 – jogo patológico), que passa a compor a lista de problemas e condições do cidadão como condição ativa a ser acompanhada longitudinalmente pela equipe. Já no plano, os procedimentos realizados – como consultas individuais, atendimentos multiprofissionais, grupos terapêuticos ou outras intervenções em saúde mental – são registrados utilizando os campos de procedimentos administrativos e clínicos, selecionando-se os códigos correspondentes na Tabela SIGTAP ou no capítulo de procedimentos da CIAP-2, conforme o tipo de ação realizada, de modo a garantir a rastreabilidade clínica do cuidado e a adequada apresentação da produção para fins de gestão e financiamento.

Mais informações sobre o registro na APS podem ser visualizadas no **Manual e-SUS APS**.

Link de acesso ou QR Code: <https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/docs/manual/>



Na Rede de Urgência e Emergência, os atendimentos relacionados aos jogos de apostas devem ser registrados de forma explícita e completa, incluindo avaliação inicial, condutas e encaminhamentos, utilizando as classificações diagnósticas vigentes. No pré-hospitalar móvel, as informações devem constar na Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar ou instrumento equivalente; nas UPAs e emergências hospitalares, e devem incluir evolução clínica e procedimentos realizados. Esses registros garantem a continuidade do cuidado entre a RUE, a RAPS e a APS e apoiam o monitoramento das ações no território.

6 FLUXO ASSISTENCIAL NO SUS

Considerando o exposto sobre a RAPS e visto as dificuldades e barreiras de acesso que pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas podem enfrentar, diferentes serviços da SUS poderão ser utilizados como porta de entrada, realizando o acolhimento e o primeiro atendimento das pessoas com essas necessidades. O seguimento do cuidado ou mesmo o referenciamento cuidadoso do caso para os demais serviços de saúde deve ser feito após avaliação da equipe multiprofissional, de acordo com a complexidade da situação e a necessidade de cuidado apresentada.

Para a avaliação dos problemas relacionados aos jogos de aposta, sugere-se que aliada à avaliação psicossocial, o padrão de jogo de aposta seja avaliado, conforme descrito na seção 4.1 Classificação de risco no contexto dos jogos de apostas ([página 26](#)), dentre os padrões Jogo de aposta social ou recreativo; Jogo de aposta de baixo risco; Jogo de aposta de risco moderado ou problemático; Transtorno de Jogo.

6.1 O atendimento presencial na RAPS

A pessoa com problemas relacionados a jogos de apostas, seus familiares e sua rede de apoio podem buscar presencialmente os serviços da RAPS, tendo como porta de entrada a APS, como UBS e USF, que contam com diferentes equipes de saúde (conforme listado no [Quadro 2 - página 40](#)) e os CAPS de qualquer modalidade, quando precisarem ser atendidas, acolhidas e orientadas sobre como seguir o cuidado na RAPS. Os serviços da RUE, como UPA e SAMU, além dos prontos socorros, também são porta de entrada para os casos que estiverem em risco de vida por tentativa e/ou risco de suicídio e situação de crise.

Os serviços contam com estratégias de cuidado diversas, como atendimentos individuais, grupais e familiares; oficinas, ações no território e ações de redução de danos; suporte entre pares e até mesmo internação ou acolhimento integral nos casos de risco ou tentativa de suicídio, além da possibilidade de teleatendimento. A articulação inter e intrassetorial deve ser uma premissa do cuidado, por meio de reuniões entre equipes e apoio matricial, é possível o compartilhamento das ações de saúde promovidas entre a rede para garantia do cuidado integral.

Após acolhimento e avaliação da demanda de atendimento apresentada, os serviços da RAPS podem manter o cuidado à pessoa que os buscou ou encaminhar de forma qualificada, através de compartilhamento e discussão dos casos, além de apoio matricial. O cuidado compartilhado deve acontecer durante todo o período de acompanhamento da pessoa, proporcionando, assim, o cuidado integral e integrado.

6.2 A busca digital

Adicionalmente à busca direta nos serviços, as pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas podem buscar informações e direcionamentos em estratégias do Ministério da Saúde, como a Ouvidoria SUS 136 e o Meu SUS Digital.

A Ouvidoria do SUS é um canal de comunicação que escuta, acolhe, analisa e encaminha manifestações das pessoas que utilizam o SUS. Seu objetivo é garantir e ampliar o acesso das cidadãs e cidadãos na busca efetiva de seus direitos, atuando como ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social. Ao ligar para a Ouvidoria, a pessoa com problemas relacionados a jogos de apostas, seus familiares e rede de apoio poderão escolher o tema para informar-se e sanar dúvidas sobre como identificar os problemas relacionados a jogos de apostas, orientações a pais e responsáveis sobre a questão no cuidado às crianças e aos adolescentes, onde buscar ajuda e realizar denúncias.

A Ouvidoria garante o direito ao sigilo e ao anonimato em todos os atendimentos. Além do telefone 136, que conta com teleatendimento de segunda-feira a sexta-feira das 8h às 20h e aos sábados das 8h às 18h, as cidadãs e os cidadãos podem entrar em contato com a Ouvidoria por formulário na internet e WhatsApp, além de atendimento presencial no Ministério da Saúde.

Quando em contato com a Ouvidoria, via WhatsApp, a pessoa usuária do SUS terá a possibilidade de realizar o Autoteste do Jogo (Velasquez, 2021) para verificar se há indicação de problemas relacionados aos jogos de apostas.

Para saber todas as formas de contato com a Ouvidoria SUS, clique em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus>.

O Meu SUS Digital tem como objetivo facilitar o acesso das pessoas usuárias do SUS às informações em saúde, promovendo a continuidade do cuidado com transparência e segurança dos dados. O acesso pode ser via aplicativo ou site <<https://meususdigital.saude.gov.br>>, que está integrado à plataforma Gov.br. Na aba “Conteúdos”, a população geral poderá escolher o tema Jogos de Apostas para se informar e tirar dúvidas. O conteúdo está disponível para acesso a qualquer momento.

6.3 Estratégias de telessaúde

O Programa Telessaúde Brasil, criado em 2006, foi pioneiro na implementação da telessaúde no SUS. Nessa iniciativa, tecnologia digitais são utilizadas para oferecer teleatendimento, de forma complementar aos atendimentos presenciais. O Programa SUS Digital, que engloba a Telessaúde, ainda permite que as trabalhadoras e trabalhadores do SUS e a população tenham acesso a diferentes modalidades de telessaúde, como:

- Teleconsultoria: suporte técnico entre profissionais de saúde de forma síncrona ou assíncrona;
- Teleconsulta: consulta remoto entre paciente e especialista;
- Teleinterconsulta: discussão clínica conjunta entre profissionais, com ou sem a presença da pessoa atendida.

Na APS, a incorporação da telessaúde potencializa a resolutividade local ao minimizar encaminhamentos desnecessários e promover um SUS mais eficiente e acessível. No caso das pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, as estratégias de teleatendimento podem ser especialmente úteis por conta do estigma e outras barreiras de acesso aos serviços físicos, favorecendo não apenas o acesso, mas também à continuidade de cuidado no SUS.

A teleconsulta utilizada como suporte clínico na RUE integra o processo regulatório coordenado pela Central de Regulação de Urgência (CRU). É a própria CRU que recebe a demanda pelo 192, registra as informações do caso, define a prioridade e oferece a orientação técnica necessária para o manejo imediato, de acordo com sua capacidade assistencial e com os protocolos vigentes. A orientação é prestada pelos profissionais que compõem a equipe reguladora — geralmente médicos reguladores — que realizam a teleconsulta utilizando os meios disponíveis no território.

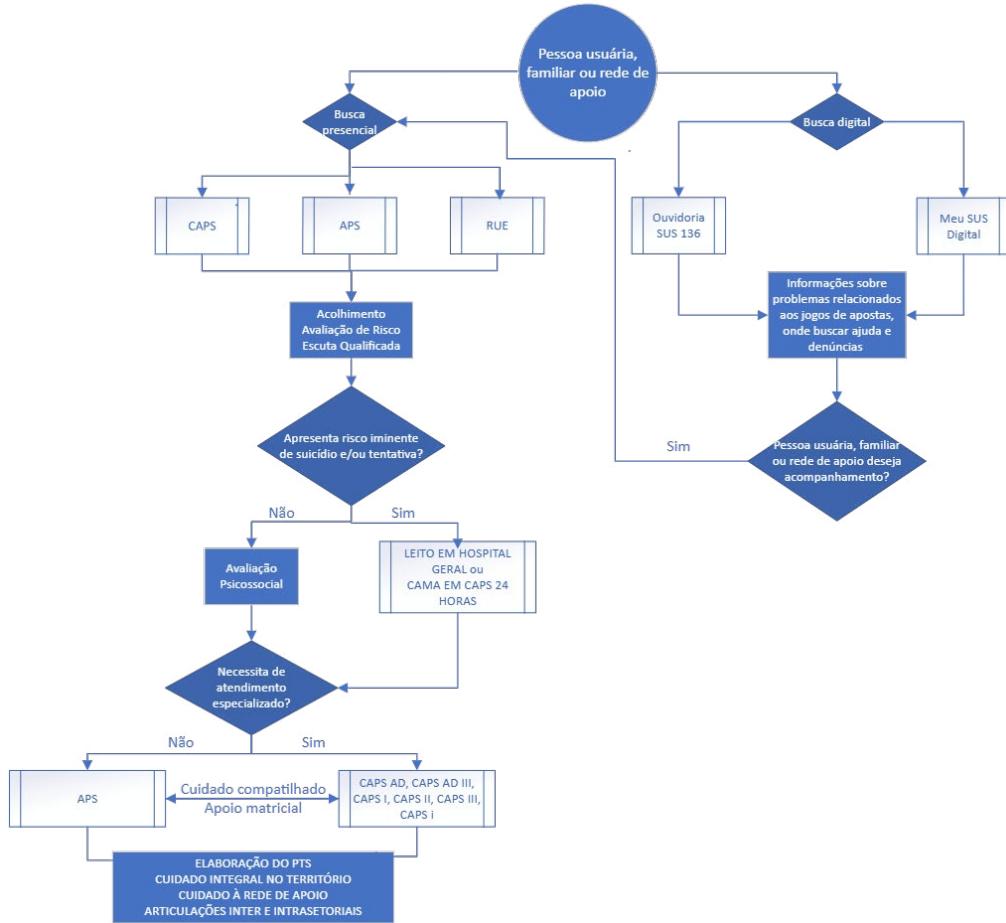
No manejo das crises associadas aos jogos de apostas, essa articulação torna-se ainda mais relevante. Situações de intoxicação exógena — decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas ou de tentativas de suicídio relacionadas ao sofrimento psíquico — podem demandar orientações técnicas imediatas.

No caso de intoxicações, os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATOX) configuram-se como suporte estratégico à RUE, sobretudo ao componente pré-hospitalar móvel. A teleorientação oferecida pelos CIATOX auxilia na identificação do agente envolvido, no manejo inicial e na definição das condutas mais seguras até o encaminhamento ao serviço de referência. Essa integração fortalece a qualidade da resposta emergencial e favorece a continuidade do cuidado com a RAPS e demais pontos da rede.

6.4 Fluxo de cuidado às pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas

A seguir, apresentamos o fluxo de cuidado na RAPS e rede intersetorial com possibilidade de caminhos a serem percorridos pelas pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas.

Figura 2 – Fluxo de cuidado na RAPS às pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas



Fonte: elaborado pelos próprios autores e autoras.

Legenda:

APS: atendimento realizado pela UBS, USF, com equipes de Atenção Primária e eMulti.

CAPS: todas as modalidades.

RUE: UPA, SAMU, prontos socorros e sala de estabilização.

Necessidade de atendimento especializado: avaliar conforme item 4.1 Classificação de risco no contexto dos jogos de apostas (página 26).

REFERÊNCIAS

ABBOTT, M. W. Gambling and gambling-related harm: recent World Health Organization initiatives. *Public Health*, Londres, v. 184, p. 56-59, jul. 2020. DOI: 10.1016/j.puhe.2020.04.001.

AFIFI, T. O.; NICHOLSON, R.; MARTINS, S. S.; SAREEN, J. A longitudinal study of the temporal relation between problem gambling and mental and substance use disorders among young adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, v. 61, n. 2, p. 102-111, 2016. DOI: 10.1177/0706743715625950.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR*. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2022.

ARMOON, B. *et al.* Suicidal behaviors and associated factors among individuals with gambling disorders: a meta-analysis. *Journal of Gambling Studies*, Nova York, v. 39, p. 751-777, 2023. DOI: 10.1007/s10899-023-10188-0.

AYRES, J. R. de C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/ UERJ; Abrasco, 2004.

BABOR, T. *et al.* *The influence of industry on addictive behaviors*. Oxford: Oxford University Press, 2021.

BAKHTIN, M. M. *Cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. *Nota técnica 513/2024-BCB/SECRE*. Análise técnica sobre o mercado de apostas online no Brasil e o perfil dos apostadores. Brasília, DF: Bacen, 2024. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br>. Acesso em: 27 nov. 2025.

BARRERA-ALGARÍN, E.; VÁZQUEZ-FERNÁNDEZ, M. J. The rise of online sports betting, its fallout, and the onset of a new profile in gambling disorder: young people. *Journal of Addictive Diseases*, Londres, v. 39, n. 3, p. 363-372, 2021. DOI: 10.1080/10550887.2021.1886567.

BATISTA, L. X.; PARTYKA, R. B.; LANA, J. Regulação dos jogos de bingo no Brasil: uma análise do ambiente de não mercado. *Revista de Administração FACES Journal*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 89-103, abr./jun. 2021.

BEDFORD, K.; ALVAREZ-MACOTELA, O.; CASEY, D.; JOBIM, M. L. K.; WILLIAMS, T. *The Bingo Project: Rethinking Gambling Regulation*. Canterbury: University of Kent, 2016. Disponível em: https://www.kent.ac.uk/thebingoproject/resources/Bingo_Project_report_final.pdf. Acesso em: 21 nov. 2025.

BHANWAR, R. S.; RAJGURU, A. J.; BHARGAVA, R.; BALHARA, Y. P. S. An exploratory study to assess the barriers to help seeking among male patients with gambling disorder. *Journal of Psychiatry Spectrum*, Nova Deli, v. 3, n. 2, p. 94-100, jul./dez. 2024. DOI: 10.4103/jopsys.jopsys_51_23.

BISCHOF, A. *et al.* Comorbid Axis I-disorders among subjects with pathological, problem, or at-risk gambling recruited from the general population in Germany: results of the PAGE study. *Psychiatry Research*, Amsterdã, v. 210, n. 3, p. 1065-1070, 2013. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.07.026.

BLANK, L.; BAXTER, S.; WOODS, H. B.; GOYDER, E. Interventions to reduce the public health burden of gambling-related harms: a mapping review. *The Lancet Public Health*, Londres, v. 6, n. 1, p. e50-e63, 2021. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30230-9.

BOELLSTORFF, T. *Coming of Age in Second Life: An Anthropologist Explores the Virtually Human*. Princeton: Princeton University Press, 2008.

BRASIL. **Lei nº 14.790, de 29 de dezembro de 2023**. Dispõe sobre a modalidade lotérica de apostas de quota fixa. Brasília, DF: PR, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14790.htm. Acesso em: 27 nov. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: PR, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO; UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS. **Relatório final do LECUCA**: levantamento de cenas de uso em capitais brasileiras. São Paulo: UNIFESP: UNIAD: SENAPRED, 2022. Disponível em: <http://lecuca.uniad.org.br>. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Portaria SPA/MF nº 1.231, de 31 de julho de 2024**. Estabelece normas e diretrizes para a exploração comercial das apostas de quota fixa no Brasil. Brasília, DF, 31 jul. 2024. Brasília, DF: MF, 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-spa/mf-n-1.231-de-31-de-julho-de-2024-578673554>. Acesso em: 27 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS**. Brasília, DF: MS, [2025a]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 6 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 27 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Consolidada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo III. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html. Acesso em: 27 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília, DF: MS, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 12 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 12 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde – SIAPS**. Brasília, DF: MS, [2025b]. Disponível em: <https://siaps.saude.gov.br/>. Acesso em: 6 jun. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Atenção psicosocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3.626, de 2023**. Dispõe sobre o funcionamento das apostas de quota fixa no território nacional. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2376703>. Acesso em: 27 nov. 2025.

CAMACHO-RUIZ, J. A.; GALVEZ-SÁNCHEZ, C. M.; GALLI, F.; LIMIÑANA GRAS, R. M. Patterns and challenges in help-seeking for addiction among men: a systematic review. **Journal of Clinical Medicine**, Basileia, v. 13, n. 20, p. 6086, 2024. DOI: 10.3390/jcm13206086.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, V.; FONG, T.; ROSENTHAL, R. J.; TAVARES, H. A comparison of craving and emotional states between pathological gamblers and alcoholics. **Addictive Behaviors**, Amsterdã, v. 32, n. 8, p. 1555-1564, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17174480/>. Acesso em: 27 nov. 2025.

CAVALCANTE, P. A questão da desigualdade no Brasil: como estamos, como a população pensa e o que precisamos fazer. **Texto para Discussão (IPEA)**, Brasília, DF, v. 2593, p. 1-20, 2020.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001. p. 117-130.

CECÍLIO, L. C. O. O acolhimento e as transformações recentes no trabalho em saúde: reflexões sobre as micropolíticas do cuidado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 469-476, 2011.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **Há uma relação entre o uso abusivo de álcool e jogos de azar?** [São Paulo]: CISA, 2024. Disponível em: <https://www.cisa.org.br/artigo/491-ha-uma-relacao-entre-o-uso-abusivo-de-alcool-e-jogos-de-azar>. Acesso em: 8 nov. 2025.

CHALHOUB, S. **Trabalho, lar e botequim**: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2001.

CHAMBERS, R.; POTENZA, M. Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. **Journal of Gambling Studies**, Nova York, v. 19, n. 1, p. 53-84, 2003.

CHAVES, M. G. S. et al. O cassinismo como fator de desenvolvimento turístico: uma análise comparativa entre Brasil e Portugal. Tramitação processual (2014-2021). **Ateliê do Turismo**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 19-38, jan./jun. 2022.

CHAZKEL, A. **Leis da sorte**: o jogo do bicho e a construção da vida pública urbana. Campinas: Editora da Unicamp, 2014.

CHOI, S. *et al.* Similarities and differences among Internet gaming disorder, gambling disorder and alcohol use disorder. **Journal of Behavioral Addictions**, Budapest, v. 3, n. 4, p. 246-253, 2014. DOI: 10.1556/jba.3.2014.4.6.

CURRIE, S. R. *et al.* Use of self-control strategies for managing gambling habits leads to less harm. **Journal of Gambling Studies**, Nova York, v. 36, n. 2, p. 685-698, 2020. DOI: 10.1007/s10899-019-09918-0.

DALLA VECCHIA, M.; GOMES, T. B. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/estrategias-de-reducao-de-danos-no-uso-prejudicial-de-alcool-e-outras-drogas-revisao-de-literatura/15860>. Acesso em: 5 nov. 2025.

DELLOSA, G.; BROWNE, M. The influence of age on gambling problems worldwide: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Behavioral Addictions**, Budapest, v. 13, n. 3, p. 702-715, 2024. DOI: 10.1556/2006.2024.00051.

DIVOS, P. *et al.* Risk-neutral pricing and hedging of in-play football bets. **Applied Mathematical Finance**, Londres, v. 25, n. 4, p. 315-335, 2018. DOI: 10.1080/1350486X.2018.1535275. Acesso em: 19 nov. 2025.

DOSTOIÉVSKY, F. **O jogador**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1987. Trabalho original publicado em 1866.

DOWLING, N. A. *et al.* Early risk and protective factors for problem gambling. **Clinical Psychology Review**, Amsterdã, v. 51, p. 109-124, 2017. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.008.

ELIAS, N.; DUNNING, E. **A busca da excitação**. Lisboa: Difel, 1992.

EVANS, R.; MCNAMEE, M. Sports betting, horse racing and nanobiosensors – an ethical evaluation. **Sport, Ethics and Philosophy**, Londres, v. 15, n. 2, p. 208-226, 2021. DOI: 10.1080/17511321.2020.1727946. Acesso em: 19 nov. 2025.

FERRIS, J.; WYNNE, H. **The Canadian Problem Gambling Index**: Final Report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 2001.

FONG, T. W. The biopsychosocial consequences of pathological gambling. **Psychiatry**, Nova York, v. 2, n. 3, p. 22-30, 2005. PMID: 21179626; PMCID: PMC3004711.

FUTUROS POSSÍVEIS; OPINION BOX; AFRO ESPORTE. **Futuro das apostas esportivas online**: onde estamos e para onde vamos. [s. l.]: Futuros Possíveis, 2023. Disponível em: <https://futurospossiveis.rds.land/futuro-das-apostas-esportivas-online>. Acesso em: 10 nov. 2025.

GAINSBURY, S. M. Online gambling addiction. **Current Addiction Reports**, Nova York, v. 2, n. 2, p.

- 185-193, 2015. DOI: 10.1007/s40429-015-0057-8.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. ed., 13. reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- GHELFI, M. *et al.* Online gambling: risk and protective factors. **Journal of Gambling Studies**, Nova York, v. 40, p. 673-699, 2024. DOI: 10.1007/s10899-023-10258-3.
- GOODWIN, B. C.; BROWNE, M.; ROCKLOFF, M.; ROSE, J. A typical problem gambler affects six others. **International Gambling Studies**, Londres, v. 17, n. 2, p. 276-289, 2017. DOI: 10.1080/14459795.2017.1331252.
- GORDON, R.; REITH, G. Gambling as social practice: a complementary approach for reducing harm? **Harm Reduction Journal**, Londres, v. 16, art. 64, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12954-019-0342-2>. Acesso em: 27 nov. 2025.
- GORI, A.; LAURIOLA, M.; TOPINO, E. Gambling disorder and substance use disorders comorbidity: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 12, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9994414/>. Acesso em: 8 nov. 2025.
- GRANT, J. E.; CHAMBERLAIN, S. R. Gambling disorder and its relationship with substance use disorders. **American Journal of Addiction**, Nova York, v. 24, n. 2, p. 126-131, 2015. DOI: 10.1111/ajad.12112.
- GRANT, J. E.; CHAMBERS, R. A. Gambling and suicidal behavior: a review of the literature. **Journal of Gambling Studies**, Nova York, v. 31, n. 2, p. 301-319, 2015.
- GRANT, J. E.; CHAMBERLAIN, S. R. Gambling and substance use: comorbidity and treatment implications. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, Amsterdã, v. 99, 109852, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0278584619307456>. Acesso em: 9 nov. 2025.
- HAHMANN, T. *et al.* Problem gambling within the context of poverty. **International Gambling Studies**, Londres, v. 21, n. 2, p. 183-219, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/14459795.2020.1819365>.
- HÅKANSSON, A.; MÅRDHED, E.; ZAAR, M. Who seeks treatment when medicine opens the door to pathological gambling? **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 8, 2017. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyg.2017.00255>. Acesso em: 27 nov. 2025.
- HING, N. *et al.* Predictors of gambling problems: an analysis of 15,000 Australians. **Journal of Gambling Studies**, Nova York, v. 32, p. 457-476, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25948418/>. Acesso em: 26 abr. 2025.
- HING, N.; RUSSELL, A.; BROWNE, M. Risk factors for gambling problems on online electronic gaming machines, race betting and sports betting. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 8, 2017. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00779>. Acesso em: 17 nov. 2025.
- HOLLOWAY, T. **Polícia no Rio de Janeiro: repressão e resistência numa sociedade do século XIX**. Rio de Janeiro: FGV, 1997.
- HUIZINGA, J. **Homo Ludens**: o jogo como elemento da cultura. São Paulo: Perspectiva, 1999.

IBÁÑEZ, A. *et al.* Psychiatric comorbidity in pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 158, n. 10, p. 1733-1735, 2001. DOI: 10.1176/ajp.158.10.1733.

INSTITUTO LOCOMOTIVA. **BETS – Perfil dos apostadores**. São Paulo: Instituto Locomotiva, 2024. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2024/08/Locomotiva-Bets-perfil-dos-apostadores-ago-2024.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS; LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS. *Caderno Jogos de Apostas – LENAD III*. São Paulo: UNIFESP, 2023. Disponível em: <https://lenad.uniad.org.br/cadernos-lenad/Caderno-Jogos-de-Aposta-LENAD-III.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

IOANNIDIS, K. *et al.* Impulsivity in gambling disorder. *Neuropsychopharmacology*, Londres, v. 44, n. 8, p. 1354-1361, 2019. DOI: 10.1038/s41386-019-0393-9.

JOBIM, M. L. K.; WILLIAMS, T. Chance developments: bingo regulation in Brazil. *Análise Econômica*, Porto Alegre, v. 35, n. especial, p. 103-119, 5 ago. 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/70305>. Acesso em: 21 nov. 2025.

JONES, S. E. **The Meaning of Video Games**: Gaming and Textual Strategies. New York: Routledge, 2008.

JUUL, J. **Half-Real**: Video Games between Real Rules and Fictional Worlds. Cambridge: MIT Press, 2005.

KAIROUZ, S.; PARADIS, C.; MONSON, E. Does context matter? *Addiction Research & Theory*, Londres, v. 23, n. 6, p. 518-527, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1059826>.

KICKBUSCH, I.; ALLEN, L.; FRANZ, C. The Commercial Determinants of Health. *The Lancet Global Health*, Londres, v. 4, n. 12, p. e895-e896, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(16\)30217-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)30217-0/fulltext). Acesso em: 13 out. 2025.

KIM, H. S. *et al.* Examining the gambling-related harms, gambling disorder, and player characteristics of Jogo do Bicho. *International Journal of Mental Health and Addiction*, Nova York, v. 22, p. 162-177, 2022. DOI: 10.1007/s11469-022-00865-3.

KING, D. L.; DELFABBRO, P. H. Video Game Monetization (e.g., Loot Boxes): a blueprint for practical social responsibility measures. *International Journal of Mental Health and Addiction*, Nova York, v. 17, p. 166-179, 2019.

KRISTENSEN, J. H. *et al.* Suicidality among individuals with gambling problems. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 150, n. 1, p. 82-106, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1037/bul0000411>.

KVALSVIK, E.; WOLLAN, M. O. K.; WEIMAND, B. M. Marital status and the risk of gambling disorder: a nationwide register study. *BMC Psychiatry*, Londres, v. 23, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10045908/>. Acesso em: 8 nov. 2025.

LABRADOR, F. J. *et al.* Exposure of adolescents and youth to gambling advertising. *Anales de Psicología*, Múrcia, v. 37, n. 1, p. 149-160, 2021. DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.428921>.

LAMONT, M.; HING, N. Intimations of masculinities among young male sports bettors. *Leisure Studies*, Londres, v. 38, n. 2, p. 245-259, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/02614367.2018.1555675>. Acesso em: 17 nov. 2025.

LAMONT, M.; HING, N. Sports betting motivations among young men: an adaptive theory analysis. *Leisure Sciences*, Londres, v. 42, n. 2, p. 185-204, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/01490400.2018.1483852>. Acesso em: 17 nov. 2025.

LARSSON, L.; HÅKANSSON, A. Mental illness and socio-economic situation of women and men diagnosed with gambling disorder (GD) in Sweden: nationwide case-control study. *Plos One*, São Francisco, v. 17, n. 10, e0274064, 2022. DOI: [10.1371/journal.pone.0274064](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274064).

LEEMAN, R. F.; POTENZA, M. N. Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders. *Psychopharmacology*, Berlim, v. 219, p. 469-490, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2550-7>.

LEINO, T. *et al.* Substance use disorder and gambling disorder. *Scandinavian Journal of Public Health*, Londres, v. 51, n. 1, p. 28-34, 2023. DOI: [10.1177/14034948211042249](https://doi.org/10.1177/14034948211042249).

LEMOS, I. L.; CONTI, M. A.; SOUGEY, E. B. Avaliação da Game Addiction Scale. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 8-16, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000051>.

LESLIE, R. D.; McGRATH, D. S. A comparative profile of online, offline, and mixed-mode problematic gamblers' gambling involvement, motives, and HEXACO personality traits. *Journal of Gambling Studies*, Nova York, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10193-3>.

LOPEZ-GONZALEZ, H.; GRIFFITHS, M.; JIMENEZ-MURCIA, S. The symbolic construction of sports betting products. *International Gambling Studies*, Londres, v. 21, n. 3, p. 498-515, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/14459795.2021.1937274>.

LOPEZ-GONZALEZ, H.; GUERRERO-SOLÉ, F.; GRIFFITHS, M. D. A content analysis of how "normal" sports betting behaviour is represented in gambling advertising. *Addiction Research and Theory*, Londres, v. 26, n. 3, p. 238-247, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1353082>.

MARIONNEAU, V. *et al.* Gambling harm prevention and harm reduction in online environments: a call for action. *Journal of Harm Reduction*, Londres, v. 20, n. 92, p. 1-12, 2023.

MCMAHON, N.; THOMSON, K.; KANER, E.; BAMBRA, C. Effects of prevention and harm reduction interventions on gambling behaviours and gambling related harm: an umbrella review. *Addictive Behaviors*, Amsterdã, v. 90, p. 380-388, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.048>.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILLER, H. E.; THOMAS, S. L.; SMITH, K. M.; ROBINSON, P. Surveillance, responsibility and control: an analysis of government and industry discourses about "problem" and "responsible" gambling. *Addiction Research & Theory*, Londres, v. 24, n. 2, p. 163-176, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1094060>.

MOREIRA, D.; AZEREDO, A.; DIAS, P. Risk factors for gambling disorder: a systematic review. *Journal of Gambling Studies*, Nova York, p. 1-29, 2023. DOI: 10.1007/s10899-023-10195-1.

NYSTRAND, C.; GEBRESLASSIE, M.; SSEGONJA, R.; FELDMAN, I.; SAMPAIO, F. A systematic review of economic evaluations of public health interventions targeting alcohol, tobacco, illicit drug use and problematic gambling: using a case study to assess transferability. *Health Policy*, Amsterdã, v. 125, n. 1, p. 54-74, jan. 2021. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.09.002.

OLIVEIRA, M. P. M. T. de; SILVEIRA, D. X. da; SILVA, M. T. A. Jogo patológico e suas consequências para a saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 542-549, jun. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*: Décima Revisão (CID-10). Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 1996. 3 v.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Closing the gap in a generation*: health equity through action on the social determinants of health. Genebra: WHO, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*: 11ª Revisão (CID-11) para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade. Genebra: OMS, 2022. Versão 2022-01. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 11 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Commercial determinants of health*. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>. Acesso em: 7 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Gambling*. Genebra: OMS, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/gambling>. Acesso em: 7 nov. 2025.

PAIM, Jairnilson. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PENFOLD, K.; NICKLIN, L. L.; CHADWICK, D.; LLOYD, J. Gambling harms, stigmatisation and discrimination: a qualitative naturalistic forum analysis. *Plos One*, São Francisco, v. 19, n. 12, e0315377, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315377>.

PIRDAUS, D. I.; KALFIN, Y. S. The impact of online gambling on marital relationships and divorce rates: a literature review. *International Journal of Ethno-Sciences and Education Research*, Jacarta, v. 4, n. 3, p. 74-79, 2024.

PRICE, A.; HILBRECHT, M.; BILLI, R. Charting a path towards a public health approach for gambling harm prevention. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft (Z Gesundh Wiss)*, Heidelberg, v. 29, n. 1, p. 37-53, 2021. DOI: 10.1007/s10389-020-01437-2.

RASH, C. J.; WEINSTOCK, J.; VAN PATTEN, R. A review of gambling disorder and substance use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*, Londres, v. 7, p. 3-13, 2016. DOI: <https://doi.org/10.2147/SAR.S83460>.

REITH, Gerda. *The Age of Chance*: gambling in western culture. London: Routledge, 1999.

RINTOUL, A.; DWYER, J.; MILLAR, C.; BUGEJA, L.; NGUYEN, H. Gambling-related suicide in Victoria, Australia: a population-based cross-sectional study. *Lancet Regional Health – Western Pacific*, Londres, v. 41, art. 100903, 2023. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2023.100903.

RODDA, S. N. A systematic review of internet delivered interventions for gambling: prevention, harm reduction and early intervention. *Journal of Gambling Studies*, Nova York, v. 38, p. 967-991, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-021-10070-x>. Acesso em: 17 nov. 2025.

ROSSI, R.; NAIRN, A. Priming young minds: the appeal of gambling advertising to children and young people. *Journal of the Association for Consumer Research*, Chicago, v. 9, n. 2, p. 187-199, 2024.

ROSSINI, D. *Modelo de avaliação de eficácia terapêutica em jogadores patológicos*: a contribuição da neuropsicologia. 2009. Dissertação (Mestrado) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SAKAMOTO, Cleusa Kazue. Play and the human development. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 38, n. 95, p. 251-258, 2018.

SANTOS, A. S. *Rastreamento do transtorno do jogo*: um panorama sobre os apostadores esportivos brasileiros. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria (SECAP), 2019. Monografia apresentada ao 3º Prêmio SECAP de Loterias.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço*: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHETTINI, G. *et al.* A mixed method study exploring similarities and differences in general and social services-specific barriers to treatment-seeking among individuals with a problematic use of alcohol, cannabis, or gambling. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 24, art. 970, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11304-5>.

SICART, Miguel. *Play Matters*. Cambridge, MA: MIT Press, 2014.

SIMAS, Luiz Antonio. *Maldito invento dum baronete*: uma breve história do jogo do bicho. Rio de Janeiro: Mórula, 2024.

SUBRAMANIAM, M.; CHONG, S. A.; SATGHARE, P.; BROWNING, C. J.; THOMAS, S. Gambling and family: a two-way relationship. *Journal of Behavioral Addictions*, Budapest, v. 6, n. 4, p. 689-698, 2017.

SUTTON-SMITH, Brian. *The ambiguity of play*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

SZERMAN, N. *et al.* Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Translational Psychiatry*, Londres, v. 12, n. 1, p. 446, 2022. DOI: 10.1038/s41398-022-02212-5.

TAVARES, H.; GENTIL, V. Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: towards a spectrum of disorders of volition. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 107-117, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000200005>.

TAVARES, Hermano. Gambling in Brazil: a call for an open debate. *Addiction*, Londres, v. 109, n. 12, p. 1972-1976, 2014. DOI: 10.1111/add.12560.

TAYLOR, T. L. *Play between worlds*: exploring online game culture. Cambridge: MIT Press, 2006.

THOMAS, S. *et al.* Global public health action is needed to counter the commercial gambling industry. *Health Promotion International*, Oxford, v. 38, n. 5, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/daad110>.

TRAN, L. T. *et al.* The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Public Health**, Londres, v. 9, n. 8, p. e594-e613, ago. 2024. Epub 15 jul. 2024. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00126-9.

UKHOVA, D. *et al.* The expansion of gambling across the Americas poses risks to mental health and wellbeing. **The Lancet Regional Health – Americas**, Londres, v. 37, 2024. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00182-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00182-0/fulltext). Acesso em: 7 nov. 2025.

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Relatório LECUCA 2022**: meta 4 – análise de dados. Brasília, DF: SENAPRED; São Paulo; UNIFESP, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/pesquisa-traca-radiografia-da-cena-de-uso-de-drogas-em-sao-paulo-fortaleza-e-brasilia/22122022_relatorio_lecuca.pdf. Acesso em: 24 nov. 2025.

VAN DER MAAS, M. Problem gambling, anxiety and poverty: an examination of the relationship between poor mental health and gambling problems across socio-economic status. **International Gambling Studies**, Londres, v. 16, n. 2, p. 281-295, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/14459795.2016.1172651>.

VELASCO, V. *et al.* Prevention and harm reduction interventions for adult gambling at the local level: an umbrella review of empirical evidence. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, art. 9484, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189484>.

VELASQUEZ, J. D. T. **Transtorno do jogo e jogo problemático nas loterias brasileiras**: construindo uma amostra nacional representativa dos apostadores de loteria e validação de um instrumento de triagem. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-29032022-125916/>. Acesso em: 12 nov. 2025.

WARDLE, H. *et al.* The Lancet Public Health Commission on gambling. **Lancet Public Health**, Londres, 2024. Epub 16 out. 2024. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00167-1.

WAREHAM, J. D.; POTENZA, M. N. Pathological gambling and substance use disorders. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, Londres, v. 36, n. 5, p. 242-247, 2010. DOI: <https://doi.org/10.3109/00952991003721118>.

WEINSTOCK, J.; LEDGERWOOD, D. M.; MODESTO-LOWE, V.; PETRY, N. M. Ludomania: avaliação transcultural do jogo de azar por dinheiro e seu tratamento. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 30, p. S3-S10, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000001>.

ZALUAR, Alba. **A máquina e a revolta**: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1994.

ZENDLE, D.; CAIRNS, P. Loot boxes are again linked to problem gambling: results of a replication study. **Plos One**, São Francisco, v. 14, n. 3, e0213194, 2019.

ZORALOĞLU, C. *et al.* The mediating effect of gambling motives between psychiatric symptoms, dissociation, and problem gambling severity. **Journal of Gambling Studies**, Nova York, v. 41, p. 1229-1245, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10899-025-10408-9>.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. **Clique aqui** e responda a pesquisa.



**Ouv
SUS 136**
Ouvidoria-Geral do SUS

Biblioteca Virtual em Saúde do
Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO Povo BRASILEIRO