

REVISTA  
INTERATIVA  
ÍNDICE CLICÁVEL  
E HIPERLINKS ATIVOS



Revista da Associação  
Portuguesa de Adictologia

Nº9 • 2024

# adictologia

**REVISTA ADICTOLOGIA**

Publicação científica editada pela  
Associação Portuguesa de Adictologia  
Associação para o Estudo das Drogas  
e das Dependências

**DIRETOR**

Nuno Silva Miguel

**CONSELHO EDITORIAL**

Alice Castro  
Carlos Vasconcelos  
Catarina Durão  
Davide Cruz  
Elisabete Albuquerque  
Emídio Rodrigues  
Emília Leitão  
Graça Vilar  
Helena Dias  
João Curto  
Leonor Madureira  
Luiz Gamito  
Rocha Almeida  
Rui Correia

**PROPRIEDADE**

Associação Portuguesa de Adictologia  
Associação para o Estudo das Drogas e das Dependências  
Correspondência: Rua Luís Duarte Santos, nº 18 – 4º O  
3030-403 Coimbra

[www.adictologia.com](http://www.adictologia.com)  
[geral@adictologia.com](mailto:geral@adictologia.com)

**DESENHO E PAGINAÇÃO**

Henrique Patrício  
[henriqpatricio@gmail.com](mailto:henriqpatricio@gmail.com)  
Foto: Mart Production 7230395 | Pexels

ISSN – 2183-3168  
Publicação Semestral



- 05** **Editorial**  
Nuno Silva Miguel
- 06** **Alexitimia e consumo de substâncias – um estudo descritivo**  
*Alexithymia and substance consumption – a descriptive study*  
Salomé Mouta, Margarida Pinho
- 16** **Prevalência de consumo de substâncias psicoativas dos doentes acompanhados pela Unidade Saúde Mental Comunitária da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões**  
*Prevalence of consumption of psychoactive substances among patients monitored by the Community Mental Health Unit of the Viseu Dão-Lafões Local Health Unit*  
Rui Vaz, Joana Martins, Lúcia Costa, Sofia Pereira, Tânia Casanova, Nuno Gil
- 26** **Análise bibliométrica do conceito de “Loot Box” utilizando métricas da SCOPUS e VOSviewer**  
*Bibliometric Analysis of “LOOT BOX” concept*  
Rui Tinoco, Ana Sofia Braga, Letícia Rodrigues
- 44** **Filhos de pais com Perturbação do Uso do Álcool e a sua abordagem nos Cuidados de Saúde Primários – Estudo de Caso**  
*Children of Parents with Alcohol Use Disorder and their approach in Primary Health Care – Case Study*  
Matilde Pontes Gramacho Vieira, Sónia Ferreira, Cristina Ribeiro
- 52** **Desafios diagnósticos a propósito de um caso clínico: a ausência do diagnóstico de Adição Sexual nos atuais sistemas classificativos.**  
*Diagnostic challenges regarding a case report: the absence of the diagnosis of Sexual Addiction in current classification systems.*  
Ana Carolina Pires, Isabela Faria, Joana Marques Pinto, Carla Silva
- 60** **Perturbação de Jogo e Esquizofrenia: a propósito de um caso clínico**  
*Gambling Disorder and Schizophrenia: case report*  
Isabela Faria, Joana Marques Pinto, Ana Carolina Pires, Francisca Jarmela Pina, Pedro M. Esteves, Brigitte Wildenberg, Filipa Sola, Carla Silva

---

**adi  
cto.  
logia**

---

# **EDITORIAL**

**NUNO SILVA MIGUEL**



# ALEXITIMIA E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS – UM ESTUDO DESCRITIVO

## ALEXITHYMIA AND SUBSTANCE CONSUMPTION – A DESCRIPTIVE STUDY

### AUTORES

Salomé Mouta, MD<sup>1</sup>; Margarida Pinho, MD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental,  
Unidade Local de Saúde da Guarda EPE

<sup>2</sup>Equipa de Tratamento de Vila Nova de Gaia,  
Centro de Respostas Integradas Porto Central

Os autores não têm conflitos de interesses financeiros, pessoais ou profissionais. Esta pesquisa não recebeu nenhuma concessão específica de nenhuma agência de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

### AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Cândida Salomé da Silva Mouta Pinto  
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental,  
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE,  
Av. Rainha D. Amélia, 6301-857, Guarda, Portugal

E-mail: salomemouta@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** A alexitimia é a incapacidade em expressar, identificar e descrever emoções. Nemiah e Sifneos consideraram como aspetos mais relevantes a dificuldade em identificar e descrever as emoções, incapacidade em distinguir componentes somáticos de emoções, dificuldade em distinguir e diferenciar os vários afetos, pobreza imaginativa e dificuldade em fantasiar, pensamento concreto e um estilo de vida orientado para a ação.

**Objetivos:** O presente estudo avalia a prevalência de alexitimia e caracteriza um grupo de doentes com dependência de álcool ou substâncias ilícitas, acompanhados na Equipa de Tratamento de Vila Nova de Gaia.

**Resultados:** A prevalência de alexitimia foi de 30% no grupo de doentes adictos a drogas ilícitas, 42,11% nos alcoólicos e 35,90% em toda a amostra. As mulheres apresentaram maior prevalência de alexitimia e foi observada uma tendência de aumento da mesma com o aumento da idade. Resultados de maior prevalência de alexitimia foram observados nos indivíduos divorciados, com menor grau de escolaridade, reformados e com comorbilidades psiquiátricas.

**Discussão:** A bibliografia sugere uma forte associação entre alexitimia e uso de qualquer substância e várias observações deste estudo são compatíveis com as descritas na literatura.

**Conclusão:** Dadas as altas taxas de prevalência de alexitimia nesta população, pesquisas adicionais sobre a direção da causalidade entre alexitimia e consumo de substâncias, gravidade da dependência, abstinência e construções psicológicas relacionadas com os consumos, bem como o papel potencial da alexitimia como fator de risco para perturbações por uso de substâncias e como marcador de resposta ao tratamento, são claramente justificadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** *alexitimia, emoções, comportamentos aditivos e dependências, álcool, substâncias ilícitas, substâncias psicoativas*

## ABSTRACT

**Introduction:** Alexithymia is the inability to express, identify and describe emotions. Nemiah and Sifneos considered as its most relevant aspects the difficulty in identifying and describing emotions, the inability to distinguish somatic components of emotions, the difficulty in distinguishing and differentiating the various affects, imaginative poverty and difficulty in fantasizing, concrete thinking and an action-oriented lifestyle.

**Objectives:** The present study evaluates the prevalence of alexithymia and characterizes a group of patients with dependence on alcohol or illicit substances, monitored by the Treatment Team in Vila Nova de Gaia.

**Results:** The prevalence of alexithymia was 30% in the group of patients addicted to illicit drugs, 42.11% in alcoholics and 35.90% in the entire sample. Women had a higher prevalence of alexithymia and a tendency to increase it with increasing age was observed. Results of higher prevalence of alexithymia were observed in individuals who were divorced, with a lower level of education, retired and with psychiatric comorbidities.

**Discussion:** The bibliography suggests a strong association between alexithymia and the use of any substance and several observations of this study are compatible with those described in the literature.

**Conclusion:** Given the high prevalence rates of alexithymia in this population, further research on the direction of causality between alexithymia and substance use, dependence severity, withdrawal, and psychological constructs related to substance use, as well as the potential role of alexithymia as a risk factor risk for substance use disorders and as a marker of treatment response, are clearly justified.

**KEYWORDS:** *alexithymia, emotions, addictive behaviors and dependencies, alcohol, illicit substances, psychoactive substances*

## INTRODUÇÃO

Todos os seres humanos experienciam emoções. No entanto, vários indivíduos têm dificuldades em reconhecer, processar e regular as suas emoções.<sup>[1]</sup>

O conceito de alexitimia foi inicialmente desenvolvido a partir de observações clínicas efetuadas em doentes com perturbações psicossomáticas e posteriormente foi também aplicado a outras patologias, incluindo as dependências químicas.<sup>[2]</sup> Nemiah e Sifneos (1970), ambos envolvidos na experiência psicoterapêutica com doentes “psicossomáticos”, verificaram a partir da transcrição de entrevistas que um número significativo destes doentes apresentavam dificuldade em expressar verbalmente os seus sentimentos e uma diminuição da capacidade de fantasiar.<sup>[3]</sup> Sifneos (1973) utilizou o termo alexitimia (etimologicamente: “sem palavras para as emoções”) para designar o conjunto dessas características. Nemiah (1970; 1976) considerou como aspetos mais relevantes nos doentes “alexitimicos”: dificuldade em identificar e descrever emoções, incapacidade para distinguir componentes somáticos (sensações) de emoções, dificuldade em distinguir e diferenciar os vários afetos, pobreza imaginativa e dificuldade em fantasiar, pensamento concreto e estilo de vida orientado para a ação.<sup>[3-5]</sup>

A escala mais comumente utilizada para avaliar a alexitimia é a *Toronto Alexithymia Scale* com 20 itens (TAS-20).<sup>[6,7]</sup> A escala TAS-20 é um instrumento de auto-avaliação desenvolvido por Bagby, Parker e Taylor (1994), que mostrou ser válida para a avaliação da alexitimia e avalia três dimensões: Dificuldade em Identificar Sentimentos, Dificuldade em Descrever Sentimentos para os outros e Pensamento Orientado para o Exterior.<sup>[6]</sup>

A alexitimia, que resulta na má regulação emocional e habilidades de gerir o stress, às vezes é considerada um fator de vulnerabilidade para doenças médicas e psiquiátricas.<sup>[8]</sup> Neste sentido, acredita-se que a alexitimia seja uma característica que predispõe os indivíduos a distúrbios psicossomáticos e de abuso de substâncias.<sup>[9]</sup> Portanto, a alexitimia pode

ser considerada uma construção de personalidade hipotética que tem sido associada a uma variedade de distúrbios médicos e psiquiátricos.<sup>[10]</sup> Sabe-se que está associada ao abuso de substâncias e pode interferir no sucesso da psicoterapia.<sup>[11]</sup>

A perturbação de uso de substâncias (SUD) como um diagnóstico no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais 4.<sup>a</sup> edição (DSM-IV) é uma condição na qual há uso descontrolado de uma substância (ou seja, álcool, cocaína, heroína, opioides, sedativos ou estimulantes) apesar das consequências prejudiciais.<sup>[12]</sup>

“Adição” não é aplicada como um termo diagnóstico na classificação de perturbações por uso de substâncias no DSM-V.<sup>[13]</sup> O abuso não é separado da dependência em relação às substâncias no DSM-V, a par do DSM-IV-TR onde dependência e abuso têm critérios diagnósticos diferentes. O abuso de substâncias foi definido pelo uso recorrente da substância, apesar do fracasso resultante em cumprir as principais obrigações laborais, escolares ou domésticas, uso recorrente da substância em situações fisicamente perigosas, problemas legais relacionados ao uso recorrente da substância e a continuação do uso da substância apesar de persistentes problemas sociais ou interpessoais causados e exacerbados pelos efeitos da substância.<sup>[13,14]</sup>

Numerosos estudos relataram altas taxas e níveis de alexitimia em adultos consumidores de substâncias, e alguns especulam que as substâncias sejam usadas para compensar défices na autoconsciência emocional.<sup>[15]</sup>

Na área das toxicodependências, Khantzian E. J. (1985) e Lane (1987) sugeriram como hipótese que indivíduos com problemas de adição recorreriam ao álcool e outras drogas como “automedicação” para estados emocionais desagradáveis e em relação aos quais se sentiriam incapazes de lidar e ultrapassar.<sup>[16,17]</sup>

Pesquisas recentes mostram que a alexitimia é um fator etiológico no abuso de substâncias, pois os pacientes com SUD recorrem aos consumos para lidar com os estados desagradáveis, dos quais se

tentam libertar através das substâncias.<sup>[1,10,15,18-21]</sup>

Dado que a alexitimia pode ter o potencial de interferir nos resultados do tratamento, é necessária uma melhor compreensão do papel da alexitimia no consumo de substâncias.<sup>[1,22]</sup>

## MÉTODOS

Com o objetivo de avaliar a prevalência de alexitimia num grupo de doentes seguidos na Equipa de Tratamento de Vila Nova de Gaia – Centro de Respostas Integrados Porto Central, foram recrutados 39 utentes: 20 seguidos por dependência de substâncias ilícitas e 19 seguidos por dependência de álcool. A todos os doentes foi aplicada a TAS-20 e um formulário de características individuais (género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, substância aditiva e comorbilidades psiquiátricas). Aos doentes foi igualmente entregue um impresso de Consentimento Informado em duplicado, que por estes foi assinado. No final, foi realizada uma análise descritiva dos resultados obtidos.

## RESULTADOS

### Caracterização da amostra

Como referido anteriormente, 20 participantes incluídos no estudo eram seguidos por dependência de substâncias ilícitas e 19 seguidos por dependência de álcool. Dos 39 participantes, a grande maioria (87,18%) era do género masculino e apenas 5 (12,82%) do feminino. Quanto à idade, no grupo com dependência de substâncias ilícitas os doentes apresentavam uma média de 51,1 anos e de 50,32 anos no grupo com dependência de álcool.

A maioria dos doentes encontrava-se casado ou em união de facto (53,85%), 12 (30,77%) eram solteiros e 6 (15,38%) divorciados, sendo que nenhum era viúvo. Relativamente às habilitações literárias, a maioria (41,02%) completou o 9º ano e destacou-se que apenas 2 (5,13%) completaram o ensino superior. Profissionalmente, 1 (2,56%) participante

era estudante, 5 (12,82%) reformados, 9 (23,08%) desempregados e a grande maioria (61,54%) encontrava-se empregada.

No que respeita a comorbilidades psiquiátricas, estas foram mais frequentes nos doentes alcoólicos. As comorbilidades observadas mais frequentemente dizem respeito às do espectro depressivo (em 9 [23,08%] casos) e seguidamente as perturbações de personalidade (em 3 [7,70%] casos). Também se verificaram, em menor escala, casos de ansiedade (2,56%), psicose (2,56%), delírio de ciúme (2,56%), défice intelectual ligeiro (2,56%) e perturbação de hiperatividade e défice de atenção (2,56%). É de destacar que vários doentes apresentavam mais do que uma comorbilidade.

Todas as informações referentes à caracterização da amostra podem ser consultadas na Tabela 1.

*(ver próxima página)*

**TABELA 1**  
**Caracterização da amostra de participantes**

	<b>Dependência de substâncias ilícitas n(%) / M</b>	<b>Dependência de álcool n(%) / M</b>	<b>Total n(%) / M</b>
<b>Participantes</b>	20 (51,28%)	19 (48,72%)	39 (100%)
<b>Idade</b>	51,10 anos	50,32 anos	50,72 anos
<b>Género</b>			
<b>Masculino</b>	18 (90%)	16 (84,21%)	34 (87,18%)
<b>Feminino</b>	2 (10%)	3 (15,79%)	5 (12,82%)
<b>Estado Civil</b>			
<b>Solteiro</b>	9 (45%)	3 (15,79%)	12 (30,77%)
<b>Casado</b>	5 (25%)	10 (52,63%)	15 (38,45%)
<b>União de Facto</b>	4 (20%)	2 (10,53%)	6 (15,39%)
<b>Divorciado</b>	2 (10%)	4 (21,05%)	6 (15,39%)
<b>Viúvo</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Habilitações Literárias</b>			
<b>3º ano</b>	0 (0%)	1 (5,26%)	1 (2,56%)
<b>4º ano</b>	4 (20%)	5 (26,32%)	9 (23,08%)
<b>6º ano</b>	2 (10%)	0 (0%)	2 (5,13%)
<b>7º ano</b>	2 (10%)	0 (0%)	2 (5,13%)
<b>8º ano</b>	1 (5%)	0 (0%)	1 (2,56%)
<b>9º ano</b>	9 (45%)	7 (36,84%)	16 (41,02%)
<b>12º ano ou equivalente</b>	2 (10%)	4 (21,05%)	6 (15,39%)
<b>Ensino superior</b>	0 (0%)	2 (10,53%)	2 (5,13%)
<b>Situação Profissional</b>			
<b>Estudante</b>	1 (5%)	0 (0%)	1 (2,56%)
<b>Empregado</b>	14 (70%)	10 (52,63%)	24 (61,54%)
<b>Desempregado</b>	3 (15%)	6 (31,58%)	9 (23,08%)
<b>Reformado</b>	2 (10%)	3 (15,79%)	5 (12,82%)
<b>Comorbilidades Psiquiátricas</b>			
<b>Nenhuma</b>	15 (75%)	9 (47,37%)	24 (61,54%)
<b>Distímia</b>	1 (5%)	2 (10,53%)	3 (7,70%)
<b>Perturbação Depressiva Recorrente</b>	1 (5%)	3 (15,79%)	4 (10,26%)
<b>Episódio Depressivo Major</b>	0 (0%)	2 (10,53%)	2 (5,13%)
<b>Perturbação de Ansiedade Generalizada</b>	1 (5%)	0 (0%)	1 (2,56%)
<b>Perturbação de Personalidade SOE</b>	2 (10%)	0 (0%)	2 (5,13%)
<b>Perturbação de Personalidade Borderline</b>	0 (0%)	1 (5,26%)	1 (2,56%)
<b>Psicose SOE</b>	1 (5%)	0 (0%)	1 (2,56%)
<b>Delírio de Ciúme</b>	0 (0%)	1 (5,26%)	1 (2,56%)
<b>Défice Intelectual Ligeiro</b>	0 (0%)	1 (5,26%)	1 (2,56%)
<b>Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção</b>	0 (0%)	1 (5,26%)	1 (2,56%)

%, percentagem; M, média; n, tamanho amostral; SOE, sem outra especificação.

## ALEXITIMIA

Conforme se verifica na Tabela 2, quanto à aplicação da escala TAS-20, 42,11% dos doentes com dependência de álcool apresentaram resultados compatíveis com alexitimia, comparados com 30% dos doentes com dependência de substâncias ilícitas. A média dos resultados obtidos, em ambos os casos, enquadra-se na categoria de “possível alexitimia”.

TABELA 2 Resultados escala TAS-20.			
	Dependência de substâncias ilícitas n(%) / M	Dependência de álcool n(%) / M	Total n(%) / M
<b>Resultado da escala TAS-20</b>	54,05	56,21	55,10
<b>Presença de alexitimia</b>			
<b>Com alexitimia (≤51)</b>	8 (40%)	6 (31,58%)	14 (35,90%)
<b>Possível alexitimia (52-60)</b>	6 (30%)	5 (26,32%)	11 (28,21%)
<b>Sem alexitimia (≥61)</b>	6 (30%)	8 (42,11%)	14 (35,90%)
%, percentagem; M, média; n, tamanho amostral.			

Relativamente ao género, as mulheres apresentaram maior prevalência de alexitimia do que os homens. Contudo, é de destacar a dificuldade em validar este resultado, uma vez que apenas participaram 5 mulheres no estudo. No que toca à idade, a prevalência de alexitimia na amostra parece ir aumentando com o avançar da idade mas, mais uma vez, salienta-se o reduzido tamanho amostral do nosso estudo.

Quanto às habilitações literárias, a prevalência foi superior nos doentes que completaram o 4º ano ou um nível de escolaridade inferior. Os doentes reformados também foram os que apresentaram maior prevalência de alexitimia, assim como os doentes em união de facto.

Relativamente às comorbilidades psiquiátricas, os doentes sem comorbilidades apresentaram menor prevalência de alexitimia e, os doentes com comorbilidades do espectro depressivo/ansioso, apresentaram a maior prevalência.

Importa ressaltar novamente que, face a todos os resultados, o reduzido tamanho da amostra tem uma influência muito importante para que seja possível tirar quaisquer conclusões. Contudo, não deixa de ser relevante e de valorizar que se possa observar uma certa tendência quantos aos resultados obtidos.

Salienta-se ainda que se desconhece o estado de abstinência (ou não) dos participantes aquando da realização do estudo.

Os resultados supracitados podem ser consultados na Tabela 3. *(ver próxima página)*

**TABELA 3**  
**Presença de alexitimia em função de parâmetros caracterizadores da amostra.**

	<b>Com alexitimia n(%)</b>	<b>Possível alexitimia n(%)</b>	<b>Sem alexitimia n(%)</b>
<b>Género</b>			
Masculino	12 (35,29%)	11 (32,35%)	11 (32,35%)
Feminino	2 (40%)	0 (0%)	3 (60%)
<b>Idade</b>			
< 30 anos	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
≥ 30 anos e ≤ 40 anos	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)
> 40 anos e ≤ 50 anos	6 (37,5%)	4 (25%)	6 (37,5%)
> 50 anos e ≤ 60	5 (38,46%)	3 (33,08%)	5 (38,46%)
> 60 anos	2 (40%)	3 (60%)	0 (0%)
<b>Habilitações Literárias</b>			
Até 4º ano	6 (60%)	4 (40%)	0 (0%)
Do 5º ao 9º ano	6 (28,57%)	4 (19,05%)	11 (52,38%)
Ensino secundário	1 (16,67%)	2 (33,33%)	3 (50%)
Ensino superior	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)
<b>Situação Profissional</b>			
Estudante	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
Empregado	9 (37,5%)	6 (25%)	9 (37,5%)
Desempregado	2 (22,22%)	3 (33,33%)	4 (44,45%)
Reformado	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	1 (8,33%)	5 (41,67%)	6 (50%)
Casado/União de facto	9 (42,86%)	5 (23,81%)	7 (33,33%)
Divorciado	4 (66,66%)	1 (16,7%)	1 (16,67%)
<b>Comorbilidades Psiquiátricas</b>			
Sem comorbilidade psiquiátrica	7 (29,17%)	6 (25%)	11 (45,83%)
Com comorbilidade psiquiátrica	7 (46,67%)	5 (33,33%)	3 (20%)
Com comorbilidade do espectro depressivo ou ansioso	5 (55,56%)	3 (33,33%)	1 (11,11%)

%, percentagem; n, tamanho amostral.

## DISCUSSÃO

A alexitimia é frequentemente vista como um traço de personalidade com distribuição normal entre a população.[6] As taxas de alexitimia na população em geral são de 9% a 17% para homens e 5% a 10% para mulheres.<sup>[23]</sup> Quando analisado como um traço categórico, na população geral, a prevalência de alexitimia é estimada em 6-10%.<sup>[24]</sup>

Os resultados dos estudos indicam que existe uma diferença significativa entre pacientes com perturbação por uso de substâncias e pessoas saudáveis em termos de pontuações totais em alexitimia.<sup>[18,25-27]</sup> Por exemplo, Ghalehban e Besharat (2011) descobriram que pacientes com perturbação de abuso de substâncias (sem especificar qual a substância psicoativa) obtêm pontuações TAS-20 significativamente mais altas do que indivíduos normais.<sup>[28]</sup>

Neste sentido, a alexitimia foi associada ao uso de qualquer substância, com pouca diferença entre as estimativas para uso de álcool ou drogas ilícitas.<sup>[27]</sup>

Em pacientes com SUD, a prevalência de alexitimia é estimada em 42-67%, consoante os estudos.<sup>[24]</sup> A taxa de prevalência de alexitimia em perturbações por uso de álcool ronda os 40-67%.<sup>[1,26,29]</sup> As associações para uso de álcool e uso de drogas ilícitas são semelhantes, segundo a bibliografia.<sup>[27]</sup>

Num estudo português de 2001, realizado numa comunidade terapêutica com doentes toxicod dependentes, observou-se que 81% dos indivíduos inquiridos apresentavam valores compatíveis com alexitimia, 13% tiveram valores intermédios e em 6% dos casos a avaliação foi concordante com a ausência de alexitimia.<sup>[30]</sup> Trata-se de um valor muito elevado, nomeadamente em relação

a estudos anteriores realizados, no contexto das toxicodependências (50,4% no estudo de Haviland [1988] e 50% na pesquisa de Taylor [1990]).<sup>[10,31]</sup>

No nosso estudo, a prevalência de alexitimia foi de 30% para as drogas ilícitas, 42,11% para o álcool — o que representa um valor compatível com o encontrado na literatura — e 35,90% quando consideradas todas as substâncias.

Nos escassos estudos efetuados para avaliar a prevalência da alexitimia consoante o género, esta tem variado de 1,8 % para o sexo feminino a 8,2% para o sexo masculino, em populações homogêneas de estudantes, salientando-se que não se tratam de estudos focados no consumo de substâncias.<sup>[30]</sup> Contudo, estudos com maior proporção de participantes do sexo masculino sugeriram uma associação mais forte entre alexitimia e uso de substâncias.<sup>[27]</sup> As razões para a associação mais forte entre os estudos predominantemente masculinos são desconhecidas, mas podem refletir o facto de que, dos estudos que relatam resultados para a pontuação total do TAS-20, 77% eram predominantemente masculinos, enquanto a proporção correspondente de homens em estudos na população geral foi de 10%. Existe ainda literatura sobre alexitimia masculina, com uma hipótese de “alexitimia masculina normativa” no processo de socialização, o que significa que os homens foram desencorajados a expressar as suas emoções durante o desenvolvimento e isso pode tê-los tornado mais vulneráveis do que as mulheres.<sup>[27,32]</sup>

No nosso estudo as mulheres apresentaram maior prevalência de alexitimia, contudo, apenas contamos com a participação de cinco mulheres, tal como previamente mencionado.

Foi igualmente observada uma tendência de aumento da prevalência de alexitimia com o aumento da idade no nosso estudo. No entanto na bibliografia consultada não houve diferença significativa entre os estudos em relação à idade dos participantes.<sup>[1,10,24,27]</sup>

Em relação às habilitações académicas, um estudo mostrou que estas se relacionaram significativamente com níveis mais elevados de alexitimia.

Ou seja, indivíduos com menos de 8 anos de escolaridade, apresentavam resultados superiores na escala TAS-20.<sup>[24]</sup> Este achado parece ir ao encontro dos resultados do nosso estudo.

Contudo, o mesmo estudo mostrou uma ausência de associação entre o estado civil e alexitimia.<sup>[24]</sup> Já o nosso estudo, revelou uma prevalência superior nos utentes em união de facto.

No que respeita à situação profissional, não foi encontrado na pesquisa bibliográfica nenhum estudo que fizesse essa avaliação. Apesar disso, na nossa amostra, a prevalência foi superior nos utentes reformados.

Em relação às comorbilidades psiquiátricas, na bibliografia consultada, os pacientes com comorbilidades psiquiátricas apresentaram níveis mais elevados de alexitimia, especialmente aqueles afetados por perturbações do espectro do humor. Nos estudos, foi verificado que pacientes com comorbilidades psiquiátricas (especialmente perturbações do humor e do espectro psicótico), impulsividade, ansiedade ou sintomas depressivos têm níveis mais altos de alexitimia.<sup>[24]</sup> Estes resultados coincidem com os nossos, em que doentes com comorbilidades psiquiátricas (sobretudo ansio-depressivas) apresentam níveis mais altos de alexitimia. Contudo, as autoras esperavam uma taxa superior de comorbilidades psiquiátricas e ressaltam a possibilidade de que estas tenham sido “subregistadas”.

## CONCLUSÃO

A bibliografia sugere uma forte associação entre alexitimia e o uso de qualquer substância.<sup>[18,25-27]</sup> Esta associação parece ser mais forte para as dimensões relacionadas com a emoção (Dificuldade em Identificar Sentimentos e Dificuldade em Descrever Sentimentos para os outros) do que para a dimensão relacionada à cognição (Pensamento Orientado para o Exterior).<sup>[27]</sup>

A alexitimia é um elemento-chave na desregulação emocional e um fator etiológico nas perturbações

de abuso de substâncias.<sup>[26]</sup> Como mencionado anteriormente, os indivíduos com abuso de substâncias podem recorrer a estas para prevenir estados indesejáveis que podem ser resultado direto da alexitimia e dos quais se tentam livrar “automedicando-se” (e tornando a situação ainda pior a longo prazo).<sup>[16,17]</sup> Por outro lado, calcula-se que, nas pessoas com abuso de substâncias, as respostas do sistema nervoso autónomo são tão prolongadas que, quando se deparam com situações “emocionalmente provocadoras”, essas respostas fisiológicas ineficientes, mantidas por um longo período de tempo, causam afetos inapropriados – alexitimia.<sup>[33]</sup>

Portanto, a alexitimia é uma característica dura-doura, fixa e intrapessoal entre algumas pessoas e, embora não seja fácil tirar conclusões causais, pode-se compreender que é um fator muito influente no abuso de substâncias.<sup>[34]</sup>

Assim, são necessários mais estudos para testar a direção da causalidade entre alexitimia e uso de substâncias.

Também importa realçar achados de que níveis mais altos de alexitimia estão associados a uma taxa mais alta de recaída e de que esta tem o potencial de interferir negativamente nos resultados do tratamento de doentes com abuso de substâncias.<sup>[22]</sup> Há alguma evidência de que o resultado do tratamento de pacientes com alexitimia e com abuso de substâncias depende da modalidade de tratamento. Por exemplo, Morie, Nich, Hunkele, Potenza & Carroll (2015) mostraram que consumidores de cocaína alexitímicos tratados com metadona respondem melhor à terapia cognitivo-comportamental computadorizada para dependência de drogas do que indivíduos sem alexitimia.<sup>[35]</sup> Esta evidência mostra que o estilo cognitivo, por exemplo, a sua dificuldade em descrever sentimentos a um terapeuta, pode ser uma das explicações subjacentes às diferenças na capacidade de beneficiar de um tratamento terapêutico.<sup>[36]</sup>

De acordo com os resultados dos estudos, o treino de habilidades de fortalecimento do processamento sensorial e o treino de habilidades

de regulação emocional são recomendados para pessoas com dependência de substâncias como método de intervenção psicológica. Estas intervenções parecem ser ainda mais importantes em pacientes alexitímicos.<sup>[18]</sup>

Por último, dadas as altas taxas de prevalência de alexitimia nesta população, pesquisas adicionais sobre a relação entre alexitimia e consumo de substâncias, gravidade da dependência, abstinência e construções psicológicas relacionadas com os consumos, bem como o papel potencial da alexitimia como fator de risco para perturbações por uso de substâncias e como marcador de resposta ao tratamento, são claramente justificadas.

Salienta-se assim, a importância da alexitimia na compreensão do fenómeno do abuso de substâncias, que deve motivar a realização de estudos complementares e processos de intervenção adequados.

## AGRADECIMENTOS

As autoras não podem deixar de salientar o papel de toda a equipa médica e de psicologia da Equipa de Tratamento de Vila Nova de Gaia que, amavelmente, se prontificou a colaborar e interveio de forma eficiente e imprescindível na realização deste estudo. A estes profissionais, uma palavra de gratidão por todo o apoio e cooperação.

## REFERÊNCIAS

1. Thorberg FA, McD. Young R, Sullivan KA, Lyvers M (2009), Alexithymia and Alcohol Use Disorders: A critical review. *Addictive Behaviors*, 34(3), 237–245.
2. Taylor GJ (1984), Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 42, 80-89.
3. Nemiah JC, Sifneos PE (1970), Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders, in *Modern Trends. Psychosomatic Medicine*, vol. 2. London: Butterworths. Ed. By Hill O.
4. Sifneos PE (1973), The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22: 255-262.

5. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE (1976), Alexithymia: A review of the psychosomatic process, in *Modern Trends. Psychosomatic Medicine*, vol.3. London: Butterwords. Ed. By Oscar W. Hill, 430-439
6. Bagby RM., Taylor GJ, Parker DD (1994), The twenty-item Toronto Alexithymia Scale -- II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
7. Taylor GJ, Bagby RM., Parker JDA (2003), The 20-Item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 277-283.
8. Taylor GJ, Bagby RM (2004), New trends in alexithymia research. *Psychother and Psychosom* 73: 68-77.
9. Morrison SL, Pihl RO (1990), Alexithymia and stimulus augmenting/reducing. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 730-735.
10. Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM (1990), A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry* 147, 1228-1230.
11. Lumley MA, Downey K, Stettner L, Wehmer F, Pomerleau OF (1994), Alexithymia and negative affect: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence, and smoking cessation. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 61, 156-162.
12. Livin O, Shmulewitz D, Stohl M, Mannes Z, Aharonovich E, Hasin D (2021), Agreement between DSM-5 and DSM-IV measures of substance use disorders in a sample of adult substance users. *Drug and Alcohol Dependence*, 227, 108958.
13. American Psychiatric Association. (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
14. American Psychiatric Association. (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text. Rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
15. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997), *Disorder of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
16. Khantzian EJ (1985), The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142: 1259-1264.
17. Lane RD, Schwartz, GE (1987), Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144: 133-143.
18. Bashapoor S, Hosseini-Kiasari ST, Daneshvar S, Kazemi-Taskooh Z (2015), Comparing Sensory Information Processing and Alexithymia between People with Substance Dependency and Normal. *Addict Health*, 7(3-4), 174-183.
19. Kauhanen J, Julkunen J, Salonen JT (1992), Coping with inner feelings and stress: Heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioral Medicine*, 18(3), 121-126.
20. Rybakowski J, Ziolkowski M, Zasadzka T, Brzezinski R (1988), High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 21(2), 133-136.
21. McLellan AT, Parikh G, Bragg A, Cacciola J, Fureman B, Incmikofki R (1990), *Addiction Severity Index – Administration Manual*. Philadelphia: PennVA Center for Studies of Addiction.
22. Birt MA, Sandor V, Vaida A, Birt M.E (2008), Alexithymia, a risk factor in alcohol addiction? A brief research report on romanian population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. 8(2), 217-225.
23. Mattila AK, Ahola K, Honkonen T, Salminen JK, Huhtala H, Joukamaa M (2007), Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 62:657-665.
24. Palma-Álvarez RF et al. (2021), Alexithymia in patients with substance use disorders and its relationship with psychiatric comorbidities and health-related quality of life, *Frontiers in Psychiatry*, 12.
25. Vasconcellos RS, Pergher GK (2008), Estudo correlacional entre alexitimia e dependência química. *Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdades Taquara*.
26. Hamidi S, Rostami R, Farhoodic F, Abdolmanafid A (2010), A study and comparison of alexithymia among patients with substance use disorder and normal people, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1367-1370.
27. Honkalampi K, Jokela M, Lehto SM, Kivimaki M, Virtanen M (2022), Association between alexithymia and substance use: A systematic review and meta analysis, *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(5), 427-438.
28. Ghalehban M, Besharat MA (2011), Examination and comparison of alexithymia and self-regulation in patients with substance abuse disorder and normal individuals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 38-42.
29. Uzun O, Ates A, Cansever A, Ozsahin A (2003), Alexithymia in male alcoholics: study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry*, 44(4), 349-52.
30. Gago J, Neto D (2001), Alexitimia e Toxicodependência. *Toxicodependências*, 7(3), 19-22.
31. Haviland MG, Shaw DG, Mac Murray JP (1988), Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 81-87.
32. Levant PF, Allen PA, Lien MC (2019), Alexithymia in men: How and when do emotional processing deficiencies occur? correction to Levant et al. (2014). *Psychology of Men & Masculinity*, 20, 636.
33. Li CR, Sinha R (2006), Alexithymia and stress-induced brain activation in cocaine-dependent men and women. *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 31(2): 115-121.
34. Pinard L, Negrete JC, Annable L, Audet N (1996), Alexithymia in substance abusers: Persistence and correlates of variance. *American Journal of Addictions*, 5, 32-39.
35. Morie KP, Nich C, Hunkele K, Potenza MN, Carroll KM (2015), Alexithymia level and response to computer-based training in cognitive behavioral therapy among cocaine-dependent methadone maintained individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 157-163.
36. Morie KP, Ridout N (2018), Alexithymia and maladaptive regulatory behaviors in substance use disorders and eating disorders. In O. Luminet, R.N. Bagby & J.G. Taylor (Eds.), *Alexithymia, advances in research, theory and clinical practice* (158-173). Cambridge: Cambridge University Press.

# PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DOS DOENTES ACOMPANHADOS PELA UNIDADE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES

## *PREVALENCE OF CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AMONG PATIENTS MONITORED BY THE COMMUNITY MENTAL HEALTH UNIT OF THE VISEU DÃO-LAFÕES LOCAL HEALTH UNIT*

### AUTORES

Rui Vaz<sup>1</sup>, Joana Martins<sup>1</sup>, Lúcia Costa<sup>2</sup>,  
Sofia Pereira<sup>3</sup>, Tânia Casanova<sup>3</sup>, Nuno Gil<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Interno de Formação Especializada em Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, Portugal

<sup>2</sup>Assistente em Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, Portugal

<sup>3</sup>Assistente Graduada em Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, Portugal

<sup>4</sup>Assistente Graduado Sénior em Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, Portugal

### AUTOR CORRESPONDENTE

Rui Vaz

E-mail: ruivazpsiq@gmail.com

Endereço postal: Rua Aquilino Ribeiro, n.º17, 3.ºB, 3500-228

ORCID ID: 0009-0003-6523-3745

### Declaração de Financiamento

Este estudo não foi alvo de financiamento.

### Considerações éticas

Todos os participantes assinaram o consentimento informado.  
A confidencialidade de todos os dados recolhidos foi preservada.

## RESUMO

**Introdução:** A Unidade de Saúde Mental Comunitária (USMC) da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões (ULS-VDL) desenvolve uma atividade psiquiátrica comunitária que envolve o acompanhamento de doentes com perturbação mental grave.

No que diz respeito a esta população, a literatura aponta para a presença de um risco significativamente superior de consumos de substâncias psicoativas comparativamente com a população geral.

**Objetivos:** Caracterizar a população acompanhada pela USMC da ULS-VDL no que diz respeito à sua situação clínica e ao padrão de consumo de substâncias psicoativas.

**Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo e transversal do tipo inquérito, aprovado pela Comissão de Ética da ULS-VDL. Os doentes participantes assinaram o consentimento informado. A confidencialidade dos seus dados foi preservada.

**Resultados:** Foram visitados 231 doentes e aceitaram participar no estudo 226 doentes. Após análise dos dados, o doente padrão é um homem, com idade entre 50 e 59 anos, com diagnóstico de esquizofrenia e que se encontra reformado por invalidez. A maioria dos doentes não apresenta consumos de substâncias psicoativas. Entre os consumidores, a substância mais consumida é o tabaco.

**Conclusão:** Os doentes com perturbações mentais graves configuram uma população bastante vulnerável com elevado risco de consumo de substâncias psicoativas. Quando presentes, estes consumos estão comprovadamente associados a pior prognóstico.

Os dados apresentados permitem ter um conhecimento mais aprofundado da população de doentes que é acompanhada pela USMC do DPSM da ULS-VDL, nomeadamente no que diz respeito à prevalência de consumos de substâncias psicoativas, tendo como objetivo desenvolver protocolos e estratégias de intervenção que permitam identificar e mitigar as necessidades desta população.

**Palavras-chave:** *Psiquiatria; Substâncias Psicoativas; Adictologia; Psiquiatria Comunitária;*

## ABSTRACT

**Introduction:** The Community Mental Health Unit (USMC) of the Viseu Dão-Lafões Local Health Unit (ULS-VDL) develops community psychiatric activity that involves monitoring patients with severe mental disorders.

With regard to this population, the literature points to the presence of a significantly higher risk of consuming psychoactive substances compared to the general population.

**Objectives:** To characterize the population monitored by the USMC of ULS-VDL with regard to their clinical situation and pattern of consumption of psychoactive substances.

**Materials and Methods:** Retrospective and cross-sectional survey study, approved by the ULS-VDL Ethics Committee. Participating patients signed informed consent. The confidentiality of your data has been preserved.

**Results:** 231 patients were visited and 226 patients agreed to participate in the study. After analyzing the data, the standard patient is a man, aged between 50 and 59 years, diagnosed with schizophrenia and retired due to disability. The majority of patients do not consume psychoactive substances. Among consumers, the most consumed substance is tobacco.

**Conclusion:** Patients with severe mental disorders represent a very vulnerable population with a high risk of consuming psychoactive substances. When present, these consumptions are proven to be associated with a worse prognosis.

The data presented allows us to have a more in-depth knowledge of the patient population that is monitored by the USMC of the DPSM of the ULS-VDL, particularly with regard to the prevalence of consumption of psychoactive substances, with the objective of developing protocols and intervention strategies that allow identifying and mitigate the needs of this population.

**Keywords:** *Psychiatry; Psychoactive Substances; Addictology; Community Psychiatry;*

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde Mental Comunitária (USMC) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões (ULS-VDL), inicialmente desenvolvida na década de 70, muito contribuiu para o processo de desinstitucionalização e de abertura do doente mental à comunidade. Atualmente, tendo por base um modelo de reabilitação psicossocial, esta desenvolve uma atividade psiquiátrica comunitária que assenta na realização de visitas domiciliárias mensais para avaliação clínica e administração de antipsicóticos de longa duração de ação aos doentes com perturbação mental grave<sup>1,2,3</sup>.

No que diz respeito aos doentes com perturbações mentais graves, a literatura científica aponta para presença de um risco significativamente superior de consumos de substâncias psicoativas nesta população comparativamente com a população geral<sup>4-12</sup>.

Por seu lado, o consumo de substâncias psicoativas, presente em média em cerca de 40 a 60% destes doentes, está consequentemente associado a uma menor adesão à terapêutica, a um maior número de recaídas e hospitalizações e isso contribui para uma evolução mais desfavorável à qual está associada um pior prognóstico<sup>4-6</sup>.

Neste âmbito, apesar da crescente tendência de aproximação dos cuidados de saúde mental à comunidade e da maior consciencialização para os riscos inerentes ao consumo de substâncias psicoativas, ainda subsiste uma grande escassez de dados organizados não só sobre os aspetos clínicos e sociodemográficos dos doentes, mas também relacionados com o consumo destas substâncias.

Desta forma, numa tentativa de suplantar esta carência de dados a nível nacional, desenvolveu-se este estudo que tem como objetivo primordial caracterizar a população acompanhada pela USMC da ULS-VDL quer no que diz respeito à sua situação clínica quer no que diz respeito à prevalência de consumos de substâncias psicoativas.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo e transversal do tipo inquérito, aprovado pela Unidade de Ensino, Inovação e Desenvolvimento Científico da Comissão de Ética para a Saúde da ULS-VDL

Numa fase inicial do estudo, ao longo do ano 2021, foi aplicado um questionário (ver anexo 1) aos doentes acompanhados pela USMC do DPSM da ULS-VDL aquando da visita médica ao respetivo domicílio. Nesse momento, foram dadas explicações e esclarecidas as dúvidas de cada doente sobre o estudo, tendo sido obtido o consentimento informado daqueles que aceitaram participar no mesmo.

Posteriormente, ao longo do ano 2022, através da consulta do processo clínico informatizado foram recolhidos dados clínicos adicionais exclusivamente dos doentes que assinaram o consentimento informado.

Em relação aos doentes institucionalizados, dadas as restrições associadas à pandemia COVID-19, neste período não foi possível realizar visita médica nem apresentar o estudo pelo que estes doentes não foram incluídos.

No que concerne aos doentes residentes no concelho de Castro Daire, a recente criação da Equipa Comunitária de Saúde Mental Dão Lafões- direcionada para o acompanhamento autónomo dos doentes residentes neste concelho- tornou inviável, pela coincidência temporal entre o início da sua atividade e o início da recolha de dados, a colheita de dados relativos a estes doentes.

Importa também referir que alguns doentes preferem deslocar-se ao DPSM da ULS-VDL, onde lhes é administrado o antipsicótico de longa duração de ação, e esses doentes, não recebendo visita médica domiciliária, também não foram incluídos neste estudo.

Os dados obtidos foram estatisticamente analisados com recurso ao programa estatístico *IBM SPSS Statistics 23*.

De ressaltar que em todo este processo se preservou a confidencialidade dos dados recolhidos.

## RESULTADOS

À data de início da recolha dos dados, a USMC do DPSM da ULS-VDL acompanhava um total de 525 doentes. Desses, 231 foram visitados no seu domicílio pelos médicos internos de formação especializada em Psiquiatria, aquando do seu estágio de Psiquiatria Comunitária realizado em 2021.

Em relação aos doentes visitados, 226 (98%) aceitaram participar no estudo e assinaram o consentimento informado, enquanto 5 (2%) não aceitaram participar.

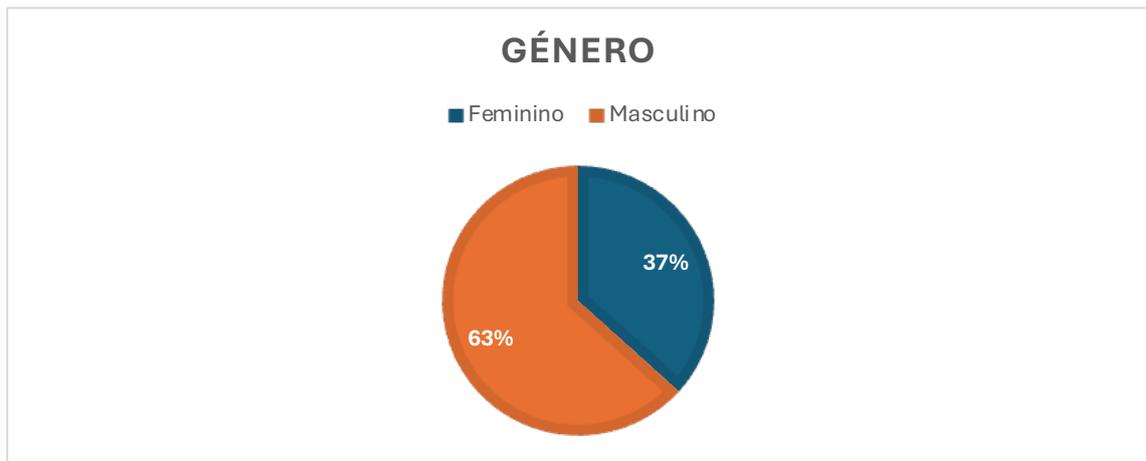


Figura 1. Distribuição dos doentes quanto ao género

Desses 226 doentes participantes, 143 (63%) eram do sexo masculino e 83 (37%) eram do sexo feminino.

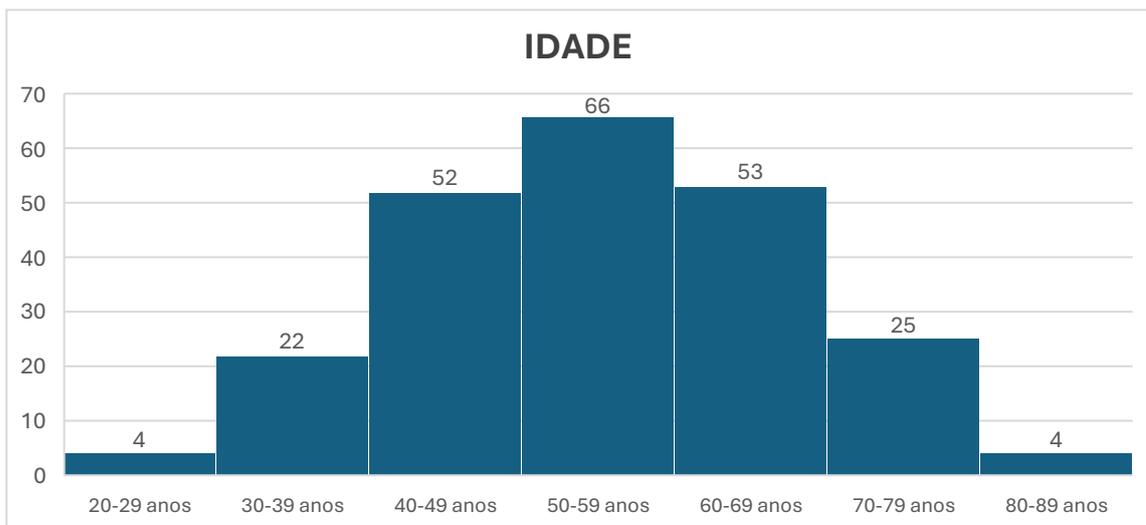


Figura 2. Distribuição dos doentes por faixa etária

No que respeita à distribuição por grupo etário dos 226 doentes participantes, 4 (2%) doentes encontravam-se no grupo etário entre os 20-29 anos, 22 (10%) entre os 30-39 anos, 52 (23%) entre os 40-49 anos, 66 (29%) entre os 50-59 anos, 53 (23%) entre os 60-69 anos, 25 (11%) entre os 70-79 anos e 4 (2%) entre os 80-89 anos. O doente mais novo tinha 20 anos e o doente mais velho tinha 84 anos. A média de idades registada foi de 54,7 anos.

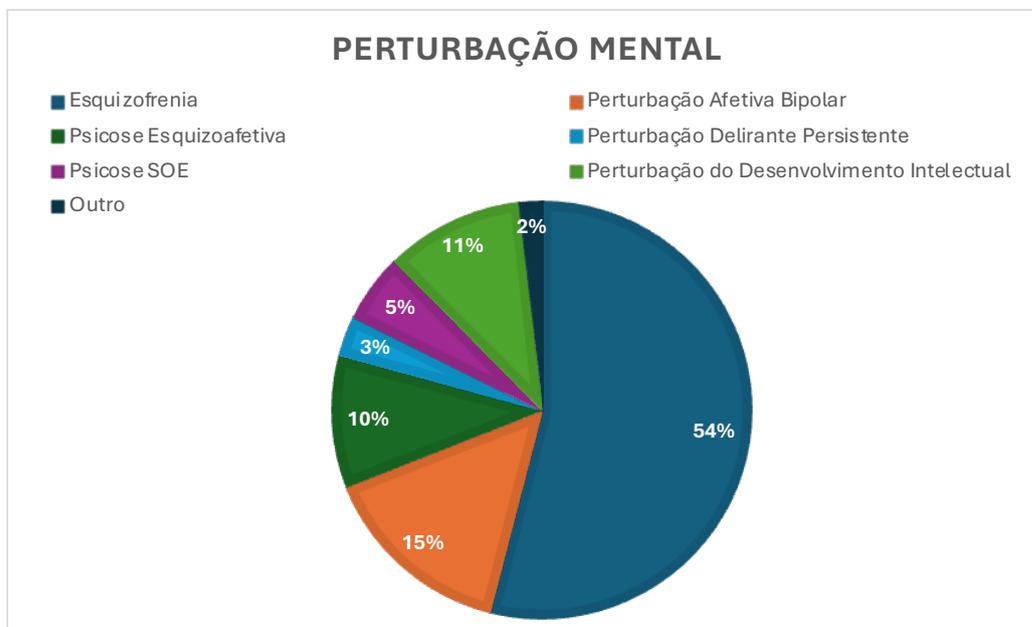


Figura 3. Prevalência das perturbações mentais na população de doentes

Quanto à principal perturbação mental diagnosticada aquando da integração na USMC, 122 (54%) dos doentes encontravam-se diagnosticados com Esquizofrenia, 34 (15%) com Perturbação Afetiva Bipolar, 24 (11%) com Oligofrenia, 23 (10%) com Psicose Esquizoafetiva, 12 (5%) com Psicose Sem Outra Especificação, 7 (3%) com Perturbação Delirante Persistente e 4 (2%) com Outro diagnóstico.



Figura 4. Distribuição dos doentes de acordo com a sua situação profissional

Quanto à sua situação profissional, 153 (68%) doentes estavam reformados por invalidez associada à sua patologia psiquiátrica. Dos restantes, 56 (25%) encontravam-se desempregados, 10 (4%) reformados, e apenas 7 (3%) doentes estavam empregados.

No que se refere ao rendimento mensal auferido, 17 (7%) doentes não apresentavam qualquer tipo de rendimento, 2 (1%) doentes tinham um rendimento inferior a 100euros, 23 (10%) tinham um rendimento entre 100 e <200euros, 104 (46%) doentes entre 200 e <300euros, 27 (12%) doentes entre 300 e <400euros, 20 (9%) doentes entre 400 e <500euros, 6 (3%) doentes entre 500 e < 600euros e 14 (6%) doentes apresentavam rendimento igual ou superior a 600euros. 13 (6%) doentes inquiridos desconheciam o valor do seu rendimento mensal.

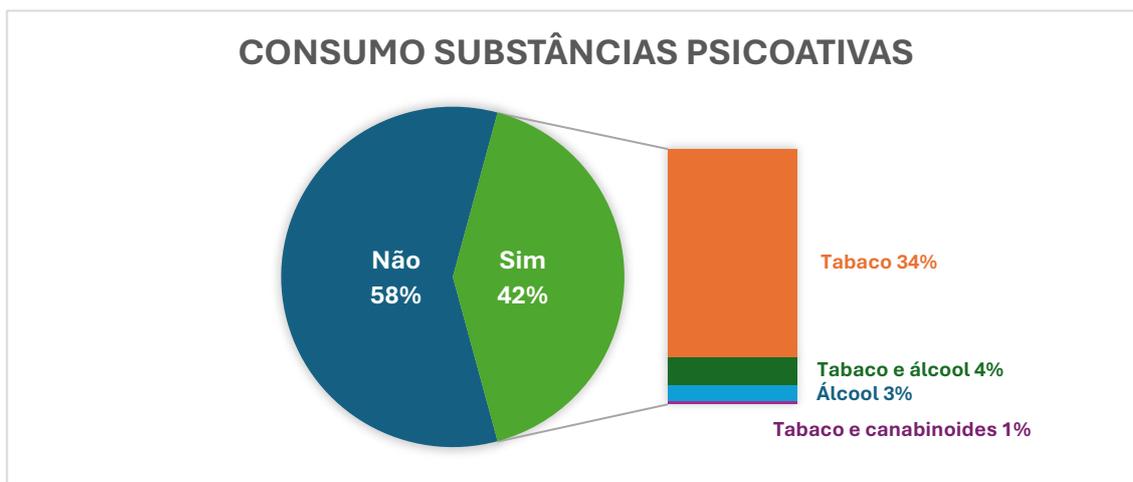


Figura 5. Prevalência dos consumos de substâncias psicoativas

No que diz respeito aos consumos de substâncias psicoativas, 94 (42%) doentes responderam afirmativamente, enquanto 132 (58%) negaram a existência de consumos de substâncias psicoativas.

Em relação aos doentes que responderam afirmativamente, a respeito da substância consumida, 77 (34%) doentes referiram o tabaco, 10 (4%) assumiram o consumo combinado de álcool e tabaco, 6 (3%) o álcool e apenas 1 (1%) doente assumiu o consumo combinado de tabaco e canabinoides.

De acordo com as respostas dos inquiridos, em relação ao valor despendido nos consumos de substâncias psicoativas, verificámos que nos doentes que fumavam, 60 (78%) gastavam mensalmente um valor  $\geq$  50euros, 8 (10%) gastavam entre 25 e <50 euros e 9 (12%) gastavam uma quantia inferior a 25euros.

Em relação aos consumos de álcool, 2 (33%) doentes apresentavam gastos mensais  $\geq$  50euros, 1 (17%) gastava entre 25 e < 50euros e 3 (50%) apresentavam gastos inferiores a 25euros.

No que diz respeito ao consumo combinado de tabaco e álcool, 10 (100%) doentes referiram gastar mensalmente um valor  $\geq$  50euros e em relação ao consumo combinado de tabaco e canabinoides o único (100%) doente referiu gastos mensais superiores a 50euros.

## DISCUSSÃO

A nível nacional são escassos os estudos dirigidos à população de doentes com perturbações mentais graves com vista à sua caracterização clínica e sociodemográfica. O mais recente, e talvez mais representativo, foi desenvolvido em 2018 pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, sob a coordenação do Professor Doutor J. Marques Teixeira. Comparativamente com este último, no que concerne ao género, o nosso estudo reflete uma prevalência de perturbações mentais graves mais acentuada no género masculino (63% vs 52%)<sup>13</sup>. Relativamente aos grupos etários, verificamos uma maior prevalência de idades compreendidas entre os 50 e 59 anos que refletem o longo percurso de acompanhamento pela USMC. Importa referir que a intervenção e acompanhamento dos doentes com primeiro episódio psicótico pela Equipa de Intervenção do Primeiro Surto Psicótico (EIPSP) do DPSM da ULS-VDL, que desempenha as suas funções de forma autónoma, pode justificar a menor prevalência de doentes jovens acompanhados pela USMC.

O diagnóstico mais frequente nos doentes inquiridos é de Esquizofrenia. Contudo, importa realçar que, além desta, outras perturbações mentais graves como a Perturbação Afetiva Bipolar, a Psicose Esquizoafetiva, as Perturbações Delirantes Persistentes ou a Psicose Sem Outra Especificação, que carecem de um acompanhamento próximo e de uma monitorização regular, também estão presentes de forma significativa, realçando assim o papel fundamental da USMC na prestação de cuidados e no processo de desinstitucionalização do doente com doença mental grave.

Relativamente à sua situação profissional, 68% dos doentes estavam reformados por invalidez, 25% estavam desempregados e apenas 3% estavam empregados, sendo estes dados congruentes com o estudo comparativo desenvolvido pela SPPSM<sup>15</sup>.

Concordantes com os dados obtidos relativos à situação profissional estão os dados relativos

aos rendimentos mensais, uma vez que os doentes reformados por invalidez apresentam rendimentos mais baixos, principalmente quando comparados com doentes profissionalmente ativos ou reformados. 47% dos doentes apresenta um rendimento de 200 a < 300 euros, situação semelhante ao descrito no estudo coordenado pelo Prof. Dr. J. Marques Teixeira<sup>13</sup>.

Baseado na caracterização sociodemográfica, o doente padrão do nosso estudo é um doente do género masculino, com idade compreendida entre os 50 e 59 anos, profissionalmente inativo e com baixo rendimento. De acordo com a literatura, estas características estão associadas a um maior risco de consumo de substâncias psicoativas<sup>4,5</sup>.

Por seu lado, o consumo de substâncias psicoativas está associado a uma evolução mais desfavorável, com menor adesão à terapêutica, maior número de recaídas e hospitalizações, comportamentos mais agressivos e maior risco de suicídio nos doentes com perturbações mentais graves<sup>4-12</sup>.

Do total de doentes inquiridos, 42% assume a existência de consumos substâncias psicoativas. Estes resultados são concordantes com os apresentados nas investigações de *Winklbaur et al*<sup>4</sup> *Jiménez-Castro et al*<sup>5</sup> e *Preuss et al*<sup>6</sup> onde as prevalências de consumos de substâncias psicoativas se registam entre os 40% e os 60%.

No nosso estudo, a principal substância consumida é o tabaco (38% no total), sendo muito menor a percentagem de consumos de álcool (7% no total) ou outras substâncias psicoativas.

De facto, o tabagismo é uma comorbilidade frequente nos doentes com perturbação mental grave, sendo reportadas prevalências que podem atingir os 80%. No nosso estudo, a percentagem de fumadores, apesar de muito inferior ao descrito na maioria dos estudos, é semelhante ao descrito no estudo de *Karpov et al*<sup>7</sup> e, se considerarmos os dados relativos aos consumos atuais de tabaco na população geral nacional verificamos que não existem diferenças significativas (34% vs 32%) entre as duas populações<sup>14</sup>.

Por outro lado, o consumo de álcool verificado no nosso estudo apresenta uma percentagem praticamente insignificante (7%) o que contraria não só a prevalência de consumos atuais de álcool na população geral nacional que ronda os 56%<sup>14</sup>, mas também as percentagens apresentadas noutros estudos que se situam entre os 30 e 60%<sup>6,8,11,12</sup>.

Desta forma, atendendo a que a área de influência da ULS-VDL é uma zona de produção vitivinícola nacionalmente reconhecida, a baixa percentagem de doentes consumidores de bebidas alcoólicas obtida neste estudo levanta a dúvida se estes resultados não traduzem, no contexto histórico, uma ausência de capacidade crítica para os consumos etílicos excessivos.

No que concerne ao consumo de outras substâncias psicoativas, é conhecida a relação entre o consumo de canabinoides e o desenvolvimento de sintomatologia psicótica, principalmente em indivíduos jovens. Contudo, no nosso estudo a percentagem mostrou-se praticamente irrelevante provavelmente não só pelo facto de um grande número de doentes viverem em meios mais rurais onde a facilidade de acesso a estas substâncias psicoativas é menor, como também pelo facto dos indivíduos jovens com sintomas psicóticos inaugurais (que podem ser associados ou potenciados pelo consumo de canabinoides) serem inicialmente integrados na EIPSP e não na USMC.

Ainda neste âmbito, importa salientar que na maioria dos casos referidos, os gastos mensais com os consumos ascendem a valores iguais ou superiores a 50 euros o que, para doentes que fazem parte de um grupo mais vulnerável do ponto de vista socioeconómico, não deixa de ser preocupante.

## CONCLUSÃO

De acordo com a visão da Organização Mundial de Saúde, a saúde mental deve estar incluída no plano de cobertura universal da saúde, salientando que esta não pode ser negada só porque uma pessoa vive num lugar remoto ou porque é pobre.

Neste contexto, os doentes com perturbações mentais graves, por serem alvo de elevado estigma social e por apresentarem um contexto socioeconómico desfavorável, configuram uma população bastante vulnerável, devendo ser orientados não só no tratamento da sua patologia mental, mas também no tratamento da comorbidade relacionada com o consumo de substâncias psicoativas, uma vez que, quando presentes, estas estão comprovadamente associadas a piores *outcomes* e pior prognóstico.

Desta forma, os dados apresentados neste estudo permitem ter um conhecimento mais aprofundado da população de doentes que é acompanhada pela USMC do DPSM da ULS-VDL, nomeadamente no que diz respeito à prevalência de consumos de substâncias psicoativas, tendo como objetivo desenvolver protocolos e estratégias de intervenção locais que permitam identificar e mitigar as necessidades desta população.

## AGRADECIMENTOS

Aos profissionais de saúde do DPSM da ULS-VDL anteriormente sob a direção do Dr. Jorge Humberto Silva e atualmente sob a direção do Dr. Nuno Pessoa Gil e, em especial, à equipa de enfermagem da USMC pelo contributo dado neste projeto.

### Conflito de interesses

Os autores do estudo declaram não haver conflito de interesses.

### Declaração de contribuição dos autores

Todos os autores aprovaram o manuscrito e concordam com sua submissão à Revista de Adictologia

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fidalgo de Freitas, J., Silva, J. H., & Gil, N. P. (2016). Centro Hospitalar Tondela Viseu. Em P. Cintra, & N. P. Gil, *HISTÓRIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL* (pp. 347-366). Lisboa: EDIÇÕES PARSIFAL.
- Shorter, E. (2001). A segunda psiquiatria biológica. Em E. Shorter, *UMA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA- DA ERA DO MANICÓMIO À IDADE DO PROZAC* (pp. 241-281). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Bastos, H., Polido, F., & Saraiva, C. B. (2014). História da Psiquiatria. Em C. B. Saraiva, & J. Cerejeira, *Psiquiatria fundamental* (pp. 1-16). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Winklbaur, B. e. (2006). Substance abuse in patients with schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 8* (1), 37-43.
- Jiménez-Castro, L., Raventós-Vorst, H., & Escamilla, M. (2011). Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población Latina. *Actas Esp Psiquiatr.* Vol 39 (2), 123-130.
- Preuss, U. W., Schaefer, M., Born, C., & Heinz, G. (2021). Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. *Medicina* Vol 57 (1256), 1-14.
- Karpov, B. e. (2017). Psychoactive substance use in specialized psychiatric care patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* Vol 52 (4-5-6), 399-415
- Archibald, L., Brunette, M. F., Wallin, D. J., & Green, A. I. (2019). Alcohol Use Disorder and Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews* Vol 40 (1).
- Brown, E. S. (2005). Bipolar Disorder and Substance Abuse. *Psychiatric Clinics of North America* Vol 28, 415-425.
- Levin, F. R., & Hennessy, G. (2004). Bipolar Disorder and Substance Abuse. *BIOL PSYCHIATRY* 56, 738-748.
- Ringen, P. A. (2008). Differences in prevalence and patterns of substance use in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychological Medicine* Vol 38 , 1241-1249.
- Simhandl, C., Radua, J., König, B., & Amann, B. L. (2015). Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1-7.
- Teixeira, J. M. (5 de junho de 2019). *Inquérito Nacional dirigido a Doentes e seus Cuidadores, realizado pela SPPSM*. Obtido de Web site de Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental: Investigação científica e publicações:  
<https://www.sppsm.org/noticias/investigacao-cientifica-e-publicacoes/inquerito-nacional-dirigido-a-doentes-e-seus-cuidadores-realizado-pela-sppsm/>
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (26 de março de 2023). V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022. Relatório final. Lisboa: SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Obtido de ICAD- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P:  
<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=569&languageId=1>
- Carapinha, L., & Guerreiro, C. (2021). Enquadramento epidemiológico: uma breve perspetiva da situação atual. Enquadramento epidemiológico: uma breve perspetiva da situação atual.

## ANEXOS

A.1- Formulário de recolha de dados

Nº processo: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  
Solteiro  União de facto  Casado  Viúvo  Divorciado

Agregado Familiar: \_\_\_\_\_

Tipologia da Habitação:  
Casa Própria  Arrendada  Residência protegida   
Instituição (IPSS, ERPI)  Instituição de Saúde Mental  Outro \_\_\_\_\_

Localidade de Residência: \_\_\_\_\_  
-Distância até DPSM:  
<10km  10-<25km  25-<50km  50-<100km

Situação Profissional:  
Desempregado  Reformado  Ativo  Estudante   
Reformado por invalidez/doença: Sim  Não

Rendimento Mensal:  
<100  100-<200e  200-<300e  300-<400e  400-<500e   
500-600e  ≥600e  sem rendimentos  desconhece

Evolução da Doença (em anos):  
<5a  5-10a  10-15a  15-20a  >20a

Acompanhamento Psiquiátrico: Sim  Não   
-Local: DPSM  Outro \_\_\_\_\_

-Periodicidade:  
mensal  trimestral  semestral  anual

Valor despendido para se deslocar à consulta no DPSM:  
<10e  10-<20e  20-<30e  30-<40e  40-<50e  ≥50e

Como se desloca:  
Viatura própria  familiar  amigo  transportes públicos  instituição   
Ambulância/bombeiros  Polícia  Outro \_\_\_\_\_

Antipsicótico de longa duração de ação: \_\_\_\_\_  
Fornecimento Hospitalar:  
Sim  Não

Valor despendido com a medicação psiquiátrica mensalente:  
<25e  25-<50e  50-<75e  75-<100e  ≥100e

Gestão da Terapêutica:  
Próprio  Familiar  Amigo  Apoio domiciliário   
Enf Instituição  Outro

Internamentos no último ano:  
Sim  Não

Último internamento:  
<1 ano  1-<2 anos  2-<5 anos  5-<10anos  ≥10 anos

Atividades ocupacionais/local de convívio:  
Café  CAO  Centro de Dia  Atividades religiosas   
Atividades domésticas  Atividades agrícolas  Outro

Exercício físico regular:  
Sim  Não

Consumos: Sim  Não   
Tabagismo  Álcool  Drogas

Valor mensal gasto:  
<5e  5-<10e  10-<15e  15-<20e  20-<25e  25-<50e   
≥50e

Exercício de cidadania:  
Sim  Não

Gestão domiciliária:  
Próprio  Familiar  Próprio e familiar  Apoio domiciliário  Outro

# ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO CONCEITO DE “LOOT BOX” UTILIZANDO MÉTRICAS DA SCOPUS E VOSviewer

*BIBLIOMETRIC ANALYSIS  
OF “LOOT BOX” CONCEPT*

## AUTORES E AFILIAÇÕES

Rui Tinoco<sup>1</sup>; Ana Sofia Braga<sup>2</sup> e Letícia Rodrigues<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico, Pós-Phd,  
DICAD ARS Norte – CRI Porto Ocidental,  
<https://orcid.org/0000-0002-0771-5303>

<sup>2</sup> Socióloga, estagiária da DICAD.  
<https://orcid.org/0009-0009-4838-174X>

<sup>3</sup> Psicóloga, estagiária da DICAD ARS Norte – CRI Braga  
<https://orcid.org/0009-0000-5587-810X>

## RESUMO

Este artigo realiza uma análise bibliométrica do conceito de *loot box*. Tendo em linha de conta este objetivo, procedemos a uma pesquisa deste termo na Scopus, no intervalo temporal 2018-2022. Procuramos caracterizar a pesquisa considerando os autores, as suas filiações, as revistas mais relevantes, e ainda, identificar os temas que se apresentam com maior frequência nos artigos mais citados.

Num segundo momento, a pesquisa foi analisada através do VOSviewer de Van Eck e Waltman (2010; 2022). No tipo de análise acoplamento bibliográfico (*bibliographic coupling*), as categorias propostas pelo programa foram mapeadas muito próximas e foi difícil distingui-las entre si. Procuramos perceber os temas dos artigos com mais impacto, que confirmaram a inscrição da investigação sobre as *loot boxes* no *gaming* e *gambling*, e na forma como se configuram entre as pessoas mais novas. No que respeita a outras áreas, mais minoritárias no material em análise, regista-se o interesse em caracterizar algumas variáveis dos compradores de *loot boxes*, o enquadramento das *loot boxes* como uma microtransação ou as relações que podem tecer com as apostas em *eSports*. Na análise de coocorrência (*co-occurrence*) de palavras-chave, identificaram-se palavras com tempo de publicação mais recente que podem estar na origem de futuras tendências de investigação. Realçam-se aqui palavras como *child*, *adolescent*, *male*, *female* e *consumer protection*. Estas palavras podem indicar uma preocupação com a utilização diferencial das *loot boxes*, conforme o estágio de desenvolvimento ou o género, bem como a necessidade de regulamentar esta área.

Este campo de estudo ainda tem dimensões mais reduzidas, relativamente a outros conceitos que geram milhares e mesmo dezenas de milhares de resultados, no entanto, o presente trabalho configura algumas sistematizações sobre este tema. Em termos de sugestão de trabalho, futuros, o cruzamento deste campo de investigação com as apostas a dinheiro nos *eSports* e as microtransações poderão fornecer *insights* interessantes sobre este fenómeno.

**Palavras-chave:** análise bibliométrica; VOSviewer; *loot box*; jogo problemático; artigo de revisão.

## ABSTRACT

This article performs a bibliometric analysis of the *loot box* concept. Taking this objective into account, we carried out a search for this term in Scopus, in the 2018-2022 time frame. We sought to characterize the research considering the authors, their affiliations, and the most relevant journals, and also identify the themes that appear most frequently in the most cited articles.

Secondly, the research was analysed using VOSviewer by Van Eck and Waltman (2010; 2022). In the bibliographic coupling type of analysis, the categories proposed by the program were mapped very closely and it was difficult to distinguish them from each other. We sought to understand the themes of the articles with the most impact, which confirmed the inclusion of research on *loot boxes* in *gaming* and *gambling*, and the way in which these variables are configured among younger people. With regard to other areas, more in the minority of the material under analysis, there is an interest in characterizing some variables of *loot box* buyers, the framing of *loot boxes* as a microtransaction or the relationships it can form with *eSports* betting. In the co-occurrence analysis of keywords, words with a more recent publication time were identified that may be the origin of future research trends. Words such as “child”, “adolescent”, “male”, “female” and “consumer protection” stand out here. These words may indicate a concern about the differential use of *loot boxes*, depending on the stage of development or gender, as well as the need to regulate this area.

This field of study still has smaller dimensions, compared to other concepts that generate thousands and even tens of thousands of results, however, the present work configures some first systematizations on this topic. In terms of suggestions for future work, the intersection of this field of research with cash betting on *eSports* and microtransactions could provide interesting insights into this phenomenon.

**Keywords:** bibliometric analysis; VOSviewer; *loot box*; problem gaming and gambling

## INTRODUÇÃO

As *loot boxes*, ou também designadas de *crates*, *cases*, *chests* e outros termos similares (Li, Mills & Nower, 2019), são itens virtuais de videojogos com conteúdo aleatório que podem ser pagos com dinheiro real (Zendle & Cairns, 2018). O uso de *loot boxes* começou a surgir em jogos gratuitos, mas desde então foi adotado pela maioria dos géneros e modelos de negócios nesta área, desde produções independentes até aquelas produzidas por grandes estúdios (Macey, 2017). De acordo com um professor assistente da *Harvard Business School*, Tomomichi Amano, e um professor associado da *Columbia Business School*, Andrey Simonov, as *loot boxes* têm gerado uma receita de cerca de 15 biliões de dólares por ano para as empresas de jogos (Voorhis, 2023). Em 2018, um estudo (Zendle & Cairns, 2018) revelou que 78% dos jogadores de videojogos de todo o mundo já compraram *loot boxes*. Estima-se que só em 2018, as receitas totais alcançaram os 30 mil milhões de dólares, revelando-se como sinal significativo do crescimento contínuo da indústria dos videojogos (Juniper Research, 2018). Alguns investigadores, contudo, levantaram preocupações sobre as semelhanças entre a compra de *loot box* e a atividade de jogo a dinheiro ou *gambling* (Griffiths, 2018).

Um estudo bibliométrico recentemente realizado (Tinoco et al., 2023) evidenciou, na sua análise de coocorrência de palavras-chave, a relativa relevância da palavra-chave *loot box*. Detetámos nesse estudo que esta palavra-chave apresentava um tempo de citação mais recente. Este facto, cruzado com a sua relativa proeminência, lançou então o interesse nesta área em expansão em termos de literatura científica internacional.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tem sido discutido o facto da “*gamblificação*” dos videojogos modernos ter uma dimensão de exploração monetária/*predatory monetization*

(King & Delfabbro, 2018; 2019). Os bens virtuais a que nos referimos fornecem um prémio gerado aleatoriamente no jogo, com possibilidade de ser adquirido durante a sua utilização, usando a moeda do jogo, ou através de transações diretas em dinheiro (Brooks & Clark, 2019). Os jogos que oferecem *loot boxes* gratuitas, também dão oportunidade aos jogadores de as comprar com dinheiro da vida real. Ou seja, por um lado, existem jogos que permitem que as *loot boxes* e itens virtuais associados sejam trocados diretamente por moeda do mundo real, através de mercados no jogo, serviços de terceiros ou uma combinação de ambos (Macey & Hamari, 2019). Por outro lado, algumas *loot boxes* têm uma economia fechada no jogo, sem meios diretos para as trocar por moeda do mundo real. O conteúdo destas “caixas” pode afetar a jogabilidade ou pode servir uma função estética, totalmente decorativa, sendo que o valor dos itens ganhos pode ou não exceder o preço pago para adquirir a *loot box* - como acontece, por exemplo, nas lotarias (Macey & Hamari, 2019).

Assim como sucede com as *slot machines*, a baixa probabilidade de obter um item desejado com a *loot box*, significa que o jogador terá de comprar um número indeterminado de vezes até alcançar o seu item desejado. Para além do facto de terem um resultado aleatório, também se assemelham ao jogo a dinheiro por não exigir habilidades do jogador para obter o item. No entanto, algumas destas práticas não se encaixam em certas definições legais de *gambling*, na medida em que as despesas financeiras com as *loot boxes* não são consideradas “perdas” financeiras e os itens virtuais não são considerados “algo de valor” (Nettleton & Chong, 2013), não existindo a possibilidade de retorno financeiro nessas transações (King & Delfabbro, 2018; 2019).

Griffiths (1995) especifica cinco características que diferenciam o *gambling* de outros comportamentos relacionados ao risco. São elas: (1) A troca de dinheiro ou algo de valor; (2) Um evento

futuro que determina os resultados desta troca, e o resultado deste evento é desconhecido no momento em que a aposta é feita. (3) O acaso determina, pelo menos parcialmente, o resultado da troca. (4) As perdas podem ser evitadas simplesmente não participando. (5) Os vencedores ganham às custas exclusivas dos perdedores. Numa análise sistemática de 22 jogos, Drummond e Sauer (2018), descobriram que 10 deles atendiam a todos os critérios listados acima, e muitos mais atendiam à maioria deles. Eles perceberam que as *loot boxes* não compartilhavam apenas “importantes semelhanças estruturais e psicológicas com o *gambling*”, mas que permitem (ou encorajam ativamente) 100% os jogadores menores de idade a envolverem-se com esses sistemas, estando a formar “terreno fértil” para o desenvolvimento de problemas de *gambling* nas crianças (Drummond & Sauer, 2018).

A compra de *loot boxes* pode, portanto, desempenhar um papel nos problemas com o videogame - no Transtorno de Jogo pela Internet (TJI) ou *Internet Gaming Disorder* (IGD), como classificação recomendada para investigação futura no DSM-5-TR (Sherer, 2023). O *Gaming Disorder* também está incluído na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) com o código 6C51 (WHO, 2019). O videogame problemático é caracterizado por sintomas semelhantes aos do uso de substâncias e do transtorno do jogo (e.g. preocupação, tolerância, sintomas de abstinência e perda de controle) (Petry et al., 2018). As *loot boxes* potencializam o videogame problemático, pois alguns itens obtidos podem aumentar a experiência e a competitividade dos jogadores, o que pode, por sua vez, intensificar o seu envolvimento com videogames e gastos financeiros.

Desde que surgiram, as *loot boxes* têm estado sob escrutínio por serem um tipo específico de microtransação *online* (King & Delfabbro, 2018). Em estudos com adultos, Zendle e Cairns (2018, 2019) mostraram que os gastos com *loot boxes* estavam significativamente ligados à gravidade

do jogo problemático e que havia uma diferença significativa nos gastos entre jogadores problemáticos e jogadores de baixo risco e/ou jogadores de risco moderado. Estudos também demonstraram associações significativas entre gastos e gravidade dos problemas de jogo, videogames excessivos/problemáticos e sofrimento psicológico (Drummond et al., 2020; Li, Mills & Nower, 2019).

No estudo de Zendle et al., (2020), especificam-se sete dimensões em que as *loot boxes* podem diferir umas das outras: 1) se envolvem aberturas pagas ou não pagas; 2) se dão oportunidade de fazer *cash out*; 3) se permitem aos jogadores pagar para ganhar; 4) se envolvem o uso de uma moeda de jogo; 5) se têm mecânicas de caixa e chave; 6) se mostram *near misses* a fazer-se determinada compra (i.e. se certas aquisições podem ser interpretadas como próximas do sucesso – Sundali et al., 2012); 7) se contém itens exclusivos.

Tendo em conta a semelhança das *loot boxes* com as atividades ligadas ao *gambling*, dezasseis reguladores de *gambling* de todo o mundo assinaram recentemente um acordo para investigar os riscos associados às *loot boxes* (Lanier, 2018). Embora regulamentações específicas em alguns territórios impeçam que as *loot boxes* sejam consideradas *gambling* (Postrado, 2018), uma minoria de países proibiu-as – é o caso dos reguladores nos Países Baixos e na Bélgica, que determinaram que certas *loot boxes* violam as leis nacionais de *gambling*, ordenando a sua remoção dos videogames (Usher, 2018).

O presente trabalho procura explorar a temática emergente, identificada em Tinoco et al. (2013) como um interesse futuro. Assim, procuramos traçar diversas questões de partida que nos possam balizar em todo o esforço que vamos agora desenvolver.

Research Question (RQ) 1: Quais os assuntos que merecem mais atenção e se cruzam com as *loot boxes*?

RQ2: Quem e onde se investiga nesta área - quais os autores, as afiliações institucionais e os países mais relevantes nesta área de investigação?

RQ3: Quais são as revistas mais importantes que suportam o campo do conhecimento da investigação das *loot boxes*?

RQ4: Quais são os temas de investigação que se destacam e as tendências emergentes na área da investigação em *loot boxes*?

## MÉTODO

Este estudo procurou operacionalizar as questões de investigação recorrendo a dois instrumentos bibliométricos. Um primeiro é disponibilizado durante a própria pesquisa da base de dados Scopus. De facto, a opção *analyse results* torna quantificáveis inúmeras dimensões convocadas pelos artigos disponibilizados. Assim, a maior parte destas informações serão descritas na secção 4. Caracterização da Amostra. Por outro lado, a pesquisa foi gravada e importada para o VOSviewer, onde foram utilizados diversos instrumentos disponíveis na plataforma de acordo com estudos anteriores (Shah et al., 2020; Tinoco et al., 2023; Vošner et al., 2017). Este instrumento bibliométrico permite a visualização das pesquisas (nomeadamente das realizadas com o apoio da Scopus), de uma forma espacial, com o mapeamento de diversas dimensões como a ocorrência de palavras-chave (*co-occurrence*) ou de acordo com a utilização de referências bibliográficas comuns (*bibliographic coupling*) (Denche-Zamorano et al., 2022; Moreno-Guerrero et al., 2020).

## CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Realizamos a 20/07/2023 na Scopus uma pesquisa com o termo “*loot box*”. No que diz respeito a outras especificações, foi considerado: *Article title*, *Abstract*, *Keywords* e nos seguintes anos de publicação: 2018-2022. Obtiveram-se

139 resultados que foram exportados no formato CSV (Excel) tendo em conta a necessidade de importar os dados para análise no VOSviewer. Não se limitaram os resultados em termos de língua em que o trabalho foi escrito.

## Instrumentos de Análise

O Scopus consiste numa base de dados de alta qualidade e confiabilidade para extração bibliográfica, uma vez que tem uma ampla cobertura na recolha de informações (atualmente o Scopus possui 1,7 bilhão de referências citadas datadas desde 1970), e uma grande facilidade no *download* de dados. Harzing e Alakangas (2016), identificaram três grandes bases de dados científicas: o Google Scholar, o Scopus e o Web of Science. Este trabalho identifica ainda que o Scopus apresenta uma média mais elevada de artigos por autor do que a Web of Science. Numa pesquisa efetuada na Web of Science, com o mesmo termo - “*loot box*” - e com as mesmas especificações - anos de publicação de 2018-2022 e limitado por *Article title* or *Abstract* or *Keywords*, obtiveram-se 77 resultados, corroborando assim a nossa visão de que a Scopus possui mais artigos sobre este tema (139 resultados). Verificamos que, na Web of Science, há menos publicações por ano e autor, e menos entradas para as revistas científicas (*Publication Titles*). Por outro lado, o Google Scholar apresenta ainda um número mais elevado de artigos, mas muitas dessas situações são repetidas ou *stray citations*. Deste modo, optámos por utilizar a Scopus como ponto de partida para este estudo.

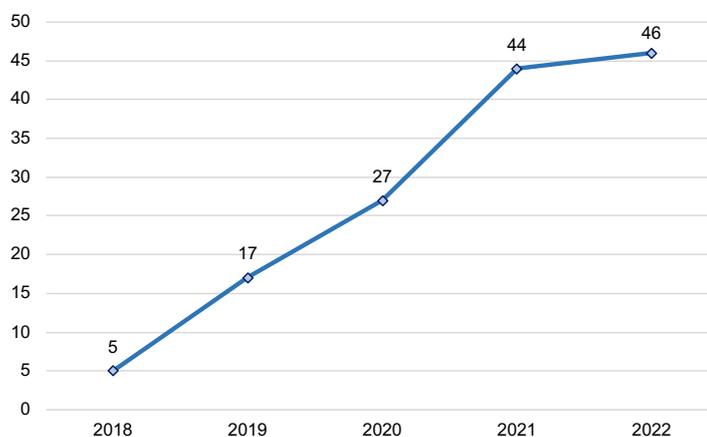
O VOSviewer, de Van Eck e Waltman (2010), permite o mapeamento da pesquisa bibliográfica de acordo com diversas variáveis. Deste modo, a bibliografia sobre as *loot boxes* pode ser analisada de acordo com as relações entre autores, referências bibliográficas comuns, bem como a identificação dos artigos com mais citações de acordo com diversas dimensões. Permite, também, visualizar espacialmente as relações entre

autores, países, revistas, permitindo diversas opções de mapeamento bibliográfico e associações entre as palavras-chave utilizadas em cada trabalho.

## CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Uma primeira descrição da pesquisa (figura 1), fornecida pela própria Scopus, desde logo fornece importantes informações sobre as pesquisas efetuadas. Assim, em termos de análise de resultados, foram identificados um total de 139 artigos tendo em conta o intervalo considerado (2018-2022). A tendência foi crescente, tendo o total de artigos publicados aumentado de ano para ano. Em 2021 e 2022 as publicações situam-se entre os 40 e 50 artigos anuais.

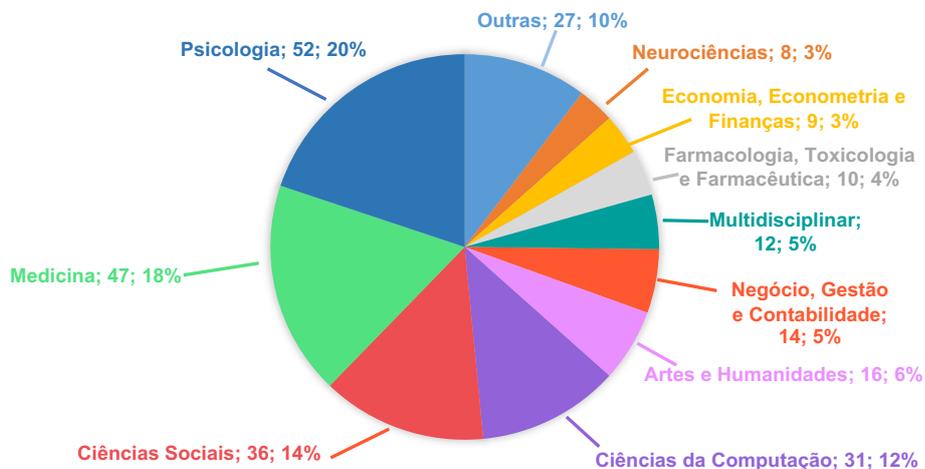
Figura 1. Número de Publicações por Ano



Nota. A pesquisa inclui resultados compreendidos entre 2018 e 2022.

No que diz respeito à área disciplinar, como se pode observar na figura 2, Psicologia (20%), Medicina (18%) e Ciências Sociais (14%) são as áreas que contêm mais publicações, perfazendo mais de metade do total de publicações (51%) no período compreendido entre 2018-2022. De seguida, evidenciam-se as áreas de Ciências da Computação (12%), Artes e Humanidades (6%), Negócios, Gestão e Contabilidade (5%).

Figura 2. Publicações por Área Disciplinar



Nota. Pesquisa inclui resultados das 10 áreas com mais publicações num total de 18 entradas.

No Quadro 1 é possível observar as dez revistas científicas com mais artigos publicados sobre *loot box*. Evidenciam-se, por um lado, as revistas da área dos comportamentos aditivos e do próprio jogo a dinheiro (*gambling*) que perfazem metade do total. A outra metade é constituída por uma revista multidisciplinar centrada na ciência e medicina (*Plos One*); uma sobre novos media e sociedade; uma outra sobre aspetos legais e, finalmente, as duas restantes que introduzem o tema dos computadores no comportamento humano e a relação dos jogos com a cultura. Neste nível de análise, a abordagem da *loot box* na sua componente adicta parece dominar.

Quadro 1. Número de Publicações por Periódico Científico		
Periódico Científico	Nº Registos	%
Addictive Behaviors	8	5,755%
Plos One	8	5,755%
Addiction	7	5,036%
International Journal of Mental Health and Addiction	7	5,036%
Computers in Human Behavior	6	4,317%
Interactive Entertainment Law Review	6	4,317%
International Gambling Studies	6	4,317%
New Media and Society	6	4,317%
Journal of Behavioral Addictions	5	3,597%
Games and Culture	4	2,878%

Nota. Exibindo 10 de 55 entradas.

Apresentamos de seguida, no Quadro 2, os autores com maior número de trabalhos publicados nesta área da investigação: Zendle destaca-se com 16 trabalhos; seguido de Drummond, King e Sauer com 10 artigos cada um. Esta descrição servirá de enquadramento posterior às análises realizadas com a VOSviewer.

Quadro 2. Número de Publicações por Autor		
Autor	Nº Registos	%
Zendle, D.	16	11,511%
Sauer, J. D.	10	7,194%
King, D. L.	10	7,194%
Drummond, A.	10	7,194%
Xiao, L. Y.	8	5,755%
Cairns, P.	7	5,036%
Hamari, J.	6	4,317%
Hall, L. C.	6	4,317%
Delfabbro, P. H.	6	4,317%
Close, J.	6	4,317%

Nota. Exibindo 10 de 159 entradas.

Relativamente às afiliações institucionais dos autores que fazem parte da amostra (ver quadro 3), temos a Universidade de York em primeiro lugar com 15 artigos; seguido da Universidade da Tasmânia com 11 e a Universidade de Massey com 10. Existe uma preponderância das Universidades do mundo anglo-saxónico.

Quadro 3. Número de Publicações por Periódico Científico		
Afiliação	Nº Registos	%
University of York	15	10,791%
University of Tasmania	11	7,914%
Massey University	10	7,194%
Turun Yliopisto	8	5,755%
The University of Adelaide	8	5,755%
Flinders University	8	5,755%
University of Adelaide, School of Psychology	8	5,755%
Tampere University	7	5,036%
Queen Mary University of London	7	5,036%
University of Wolverhampton	6	4,317%

Nota. Exibindo 10 de 158 entradas.

No que concerne aos trabalhos mais citados, listados no quadro 4, temos uma esmagadora maioria a referir explicitamente no seu título a problemática do jogo a dinheiro, incluindo o termo *gambling* (1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 e 10). Os restantes dois artigos incluem a mesma problemática sem referir o termo *gambling* no título - 5. "Predatory Monetization Schemes in Video Games (e.g. 'loot boxes') and internet gaming disorder"; 8. "Video game Monetization (e.g. 'loot boxes')", ambos apresentando como exemplo as *loot boxes*, que podem representar um esquema de monetização nos videojogos.

Numa análise de palavras-chave dos títulos destes artigos (Quadro 4), verificamos, mais detalhadamente, que o termo *gaming* surge quatro vezes (trabalhos 3, 5, 6 e 9); quatro artigos referem o termo videojogos/*video game(s)* (artigos 1, 2, 5 e 8); dois mencionam o termo monetização/*monetization* (5 e 8, 7 e 9 - estes dois últimos utilizam *purchase(s)*); o artigo 4 cruza o tema das *loot boxes* com temas igualmente emergentes, como os *e-Sports* e as *skins*. Além disso, o artigo 6 refere-se também à questão de assistir a *e-Sports* (*spectating eSports*). Os trabalhos que suscitam mais citações e, por isso, apresentam maior impacto científico, parecem abordar o tema das *loot boxes* nas suas relações com o jogo a dinheiro (*gambling*).

Quadro 4. Documentos mais citados (2018-2022)

	Documents	Citations	2018	2019	2020	2021	2022	Subtotal	>2022	Total
			Total	5	64	172	242			
1	Video game loot boxes are psychologically akin to gambling	2018	1	14	27	27	45	114	31	145
2	Video game loot boxes are linked to problem gambling: Results of a large-scale survey	2018		9	24	32	43	108	29	137
3	Associations between loot box use, problematic gaming and gambling, and gambling-related cognitions	2019		1	18	29	39	87	34	121
4	eSports, skins and loot boxes: Participants, practices and problematic behaviour associated with emergent forms of gambling	2019		10	17	28	36	91	23	114
5	Predatory monetization schemes in video games (e.g. 'loot boxes') and internet gaming disorder	2018	3	16	19	18	24	80	22	102
6	Investigating relationships between video gaming, spectating esports, and gambling	2018			13	28	33	74	23	97
7	Adolescents and loot boxes: links with problem gambling and motivations for purchase	2019		1	19	23	31	74	17	91
8	Video Game Monetization (e.g., 'Loot Boxes'): a Blueprint for Practical Social Responsibility Measures	2019	1	9	12	19	25	69	20	89
9	The relationship of loot box purchases to problem video gaming and problem gambling	2019		1	12	19	25	57	20	77
10	Loot boxes are again linked to problem gambling: Results of a replication study	2019		3	11	19	30	63	12	75

Nota. Exibindo 10 de 139 entradas.

## RESULTADOS

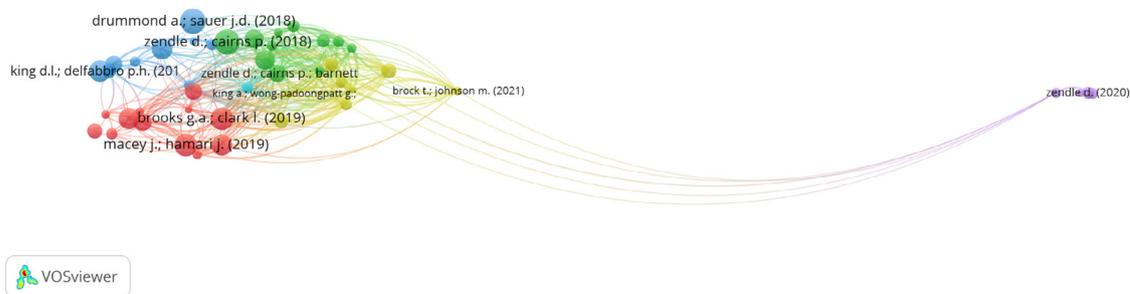
A análise descritiva que acabou de se realizar apresenta alguns *insights* e tendências de investigação que irão ser retomadas na discussão. Neste ponto, consideramos como resultados as análises bibliométricas propriamente ditas, efetuadas através do VOSviewer. Utilizámos, mais concretamente, a função do acoplamento bibliográfico e a análise de cocorrência de palavras-chave.

### Acoplamento bibliográfico no VOSviewer (Bibliographic coupling)

O mapeamento, de acordo com o acoplamento bibliográfico, consiste numa visualização espacial que é organizada tendo em conta o número de referências que cada trabalho partilha com um outro. Esta análise pode ajudar a identificar assuntos ou temas de investigação mais importantes, uma vez que um parâmetro que se tem de definir no programa é o número de citações que cada trabalho conseguiu obter no período em análise. O programa propõe de seguida *clusters*, representados por cores diferentes, que foram depois analisados por 3 juízes independentes, que se reuniram e consensualizaram sobre os temas principais de cada um dos trabalhos.

Nesta análise, como se pode constatar na Figura 3, optamos pela visualização dos trabalhos com um mínimo de 15 citações, com método de contagem *full counting* e unidade de análise *Documents*. A decisão tem que ver com a obtenção de mapeamentos legíveis e com um número de trabalhos considerável.

Figura 3. Acoplamento Bibliográfico utilizando VOSViewer (network visualization).

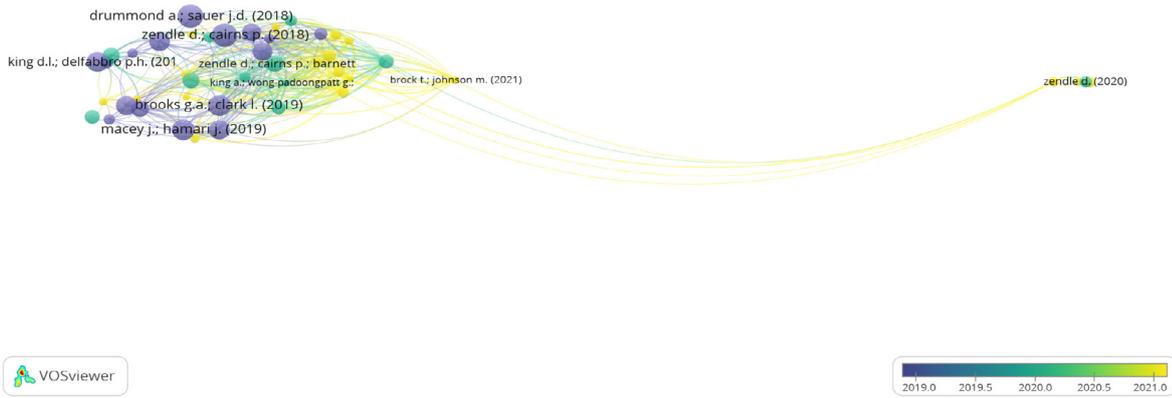


Nota. Exibindo 46 artigos com um mínimo de 15 citações de um total de 139 trabalhos.

Detetaram-se diversos grandes temas transversais aos diferentes *clusters* propostos pelo VOSviewer. Deste modo, considera-se a existência de três grandes temas, a saber: 1) as práticas de responsabilidade social no *gambling* (incluindo *loot boxes*); 2) a evolução e as características do *gaming* e *gambling* (revisões sistemáticas sobre estes assuntos); 3) relação do problema do jogo com *gambling* e *loot box* (incluindo os *e-Sports* e as apostas neste tipo de competição, sendo que um dos artigos procura conhecer o que motiva/antecede as apostas).

Apesar de tentarmos diversas análises com especificações diferentes, não foi possível encontrar temas que se destaquem espacialmente. O mapa obtido não individualiza claramente os *clusters*, apesar da restrição a um mínimo de citações já um pouco elevada, como se verificam noutros trabalhos bibliométricos. Tal situação pode dever-se ao facto do corpus bibliográfico sob análise ser ainda diminuto.

Figura 4. Acoplamento Bibliográfico utilizando VOSViewer (overlay visualization).



Nota. Exibindo 46 artigos (de 139) com um mínimo de 15 citações.

Na Figura 4 podemos testemunhar a mesma nuvem com idênticas especificações à acima mencionada, e acionando o acoplamento bibliográfico. Desta vez, socorremo-nos da opção *overlay visualization*. A nuvem surge com gradações coloridas tendo em linha de conta o tempo de publicação de cada trabalho considerado. Optamos por analisar os trabalhos com tempo de publicação mais recente.

No Quadro 5, identificam-se os artigos com tempo de publicação mais recente. Da análise destes textos, sublinham-se o estudo de diversas relações que as *loot boxes* podem ter com o *gaming* e *gambling* (7, 14, 15, 17); mais com o *gaming* (3, 11); mais com *gambling* (6, 9 e 13 - estes dois últimos com ênfase em pessoas mais novas); e na relação com *gaming* nos adolescentes (10). Defrontamo-nos com dois estudos que apelam a perspetivas fisiológicas e os fatores que desencadeiam *trigger* nesta área (texto 1 e 5); bem como com os aspetos éticos e necessidade de regulamentação destas práticas (textos 4 e 8). Temos ainda um texto (2) que se debruça sobre a problemática dos *whale gamblers*; da *gamblification* (12); *eSport* (16); bem como a caracterização dos jogadores que compram *loot boxes* (18).

Quadro 5. Artigos Acoplamento Bibliográfico utilizando VOSViewer (*overlay visualization*).

Documents	
1	Brady, A., & Prentice, G. (2021). Are loot boxes addictive? Analyzing participant's physiological arousal while opening a loot box. <i>Games and Culture</i> , 16(4), 419-433.
2	Close, J., Spicer, S. G., Nicklin, L. L., Uther, M., Lloyd, J., & Lloyd, H. (2021). Secondary analysis of loot box data: Are high-spending "whales" wealthy gamers or problem gamblers?. <i>Addictive Behaviors</i> , 117, 106851.
3	Carey, P. A. K., Delfabbro, P., & King, D. (2022). An evaluation of gaming-related harms in relation to gaming disorder and loot box involvement. <i>International Journal of Mental Health and Addiction</i> , 20(5), 2906-2921.
4	Carvalho, A. (2021). Bringing transparency and trustworthiness to loot boxes with blockchain and smart contracts. <i>Decision Support Systems</i> , 144, 113508.
5	Larche, C. J., Chini, K., Lee, C., Dixon, M. J., & Fernandes, M. (2021). Rare loot box rewards trigger larger arousal and reward responses, and greater urge to open more loot boxes. <i>Journal of gambling studies</i> , 37, 141-163.
6	DeCamp, W. (2021). Loot boxes and gambling: Similarities and dissimilarities in risk and protective factors. <i>Journal of Gambling Studies</i> , 37(1), 189-201.
7	Garea, S. S., Drummond, A., Sauer, J. D., Hall, L. C., & Williams, M. N. (2021). Meta-analysis of the relationship between problem gambling, excessive gaming and loot box spending. <i>International Gambling Studies</i> , 21(3), 460-479.
8	Xiao, L. Y., & Henderson, L. L. (2021). Towards an ethical game design solution to loot boxes: a commentary on King and Delfabbro. <i>International Journal of Mental Health and Addiction</i> , 19(1), 177-192.
9	Wardle, H., & Zendle, D. (2021). Loot boxes, gambling, and problem gambling among young people: Results from a cross-sectional online survey. <i>Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking</i> , 24(4), 267-274.
10	Ide, S., Nakanishi, M., Yamasaki, S., Ikeda, K., Ando, S., Hiraiwa-Hasegawa, M., ... & Nishida, A. (2021). Adolescent problem gaming and loot box purchasing in video games: cross-sectional observational study using population-based cohort data. <i>JMIR Serious Games</i> , 9(1), e23886.
11	Hall, L. C., Drummond, A., Sauer, J. D., & Ferguson, C. J. (2021). Effects of self-isolation and quarantine on loot box spending and excessive gaming—results of a natural experiment. <i>PeerJ</i> , 9, e10705.
12	Brock, T., & Johnson, M. (2021). The gamblification of digital games. <i>Journal of Consumer Culture</i> , 21(1), 3-15.
13	Rockloff, M., Russell, A. M., Greer, N., Lole, L., Hing, N., & Browne, M. (2021). Young people who purchase loot boxes are more likely to have gambling problems: An online survey of adolescents and young adults living in NSW Australia. <i>Journal of Behavioral Addictions</i> , 10(1), 35-41.
14	Raneri, P. C., Montag, C., Rozgonjuk, D., Satel, J., & Pontes, H. M. (2022). The role of microtransactions in Internet Gaming Disorder and Gambling Disorder: A preregistered systematic review. <i>Addictive Behaviors Reports</i> , 15, 100415.
15	Spicer, S. G., Nicklin, L. L., Uther, M., Lloyd, J., Lloyd, H., & Close, J. (2022). Loot boxes, problem gambling and problem video gaming: A systematic review and meta-synthesis. <i>New Media &amp; Society</i> , 24(4), 1001-1022.
16	Macey, J., Abarbanel, B., & Hamari, J. (2021). What predicts esports betting? A study on consumption of video games, esports, gambling and demographic factors. <i>New media &amp; society</i> , 23(6), 1481-1505.
17	Zendle, D. (2020). Beyond loot boxes: A variety of gambling-like practices in video games are linked to both problem gambling and disordered gaming. <i>PeerJ</i> , 8, e9466.
18	Yokomitsu, K., Irie, T., Shinkawa, H., & Tanaka, M. (2021). Characteristics of gamers who purchase loot box: a systematic literature review. <i>Current Addiction Reports</i> , 8, 481-493.

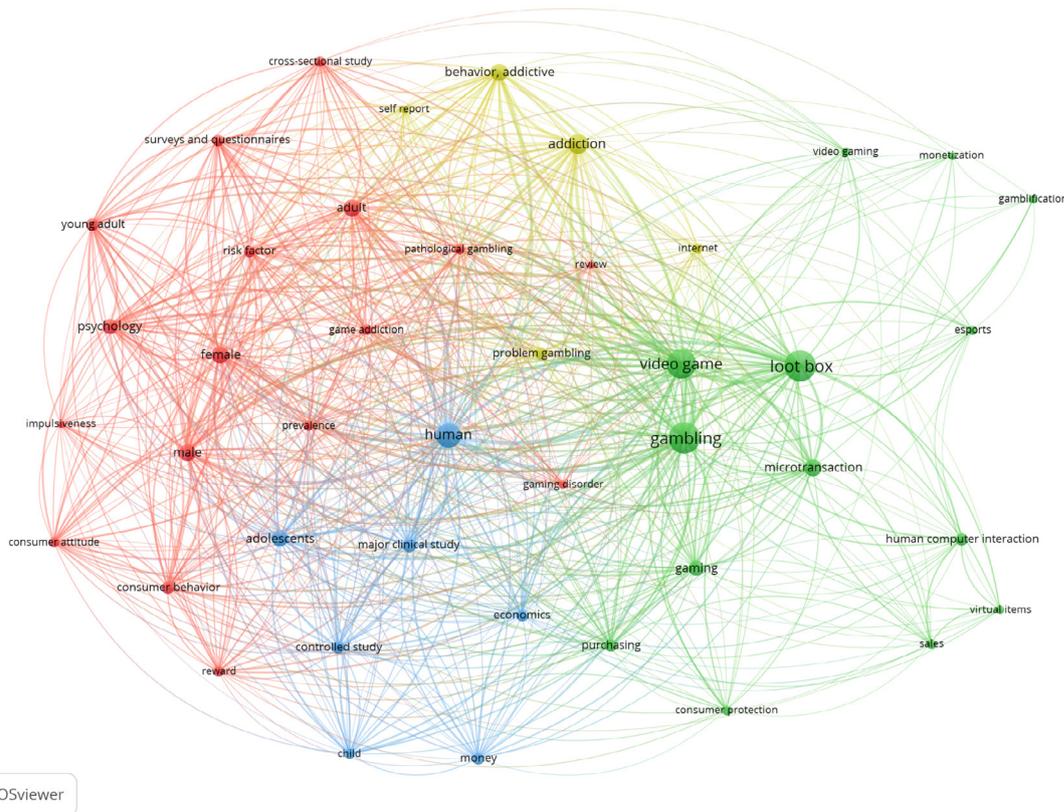
Nota. Referência dos artigos com tempo de publicação mais recente.

### Análise de Co-ocorrência de palavras-chave

Na análise de co-ocorrência, a proximidade das palavras-chave está determinada pelo número de vezes que surgem em cada artigo da pesquisa que fundamenta este trabalho. Esta opção implica um trabalho de pré-processamento das palavras-chave, unindo grafias diferentes de uma mesma palavra-chave, para que não se repitam palavras - por exemplo, os termos *loot boxes* e *loot box* “juntaram-se” e consideramos ambos como *loot box*, assim como os termos *microtransactions* e *microtransaction* ficaram apenas como *microtransaction*. Ou seja, constituiu-se um *thesaurus* com as opções tomadas, antes de realizar a análise propriamente dita. Dado o número elevado de palavras-chave (uma vez que o número total de palavras-chaves em processamento eram 713; e com pré-processamento 705), foi estabelecido um limite mínimo de 5 ocorrências por artigo, resultando em 43 palavras-chave. O método de contagem selecionado foi *full counting* e a unidade de análise *all keywords*.

Relativamente ao mapeamento bibliográfico utilizando a coocorrência de palavras-chave (*network visualization*) apresentado na Figura 5, procuramos realizar uma análise qualitativa das palavras-chave propostas pelo programa, identificando as mais relevantes.

Figura 5. Mapeamento Bibliográfico utilizando a Coocorrência de palavras-chave (*network visualization*).



Nota. Exibindo 43 palavras-chave (de 705) com ocorrência mínima de 5.

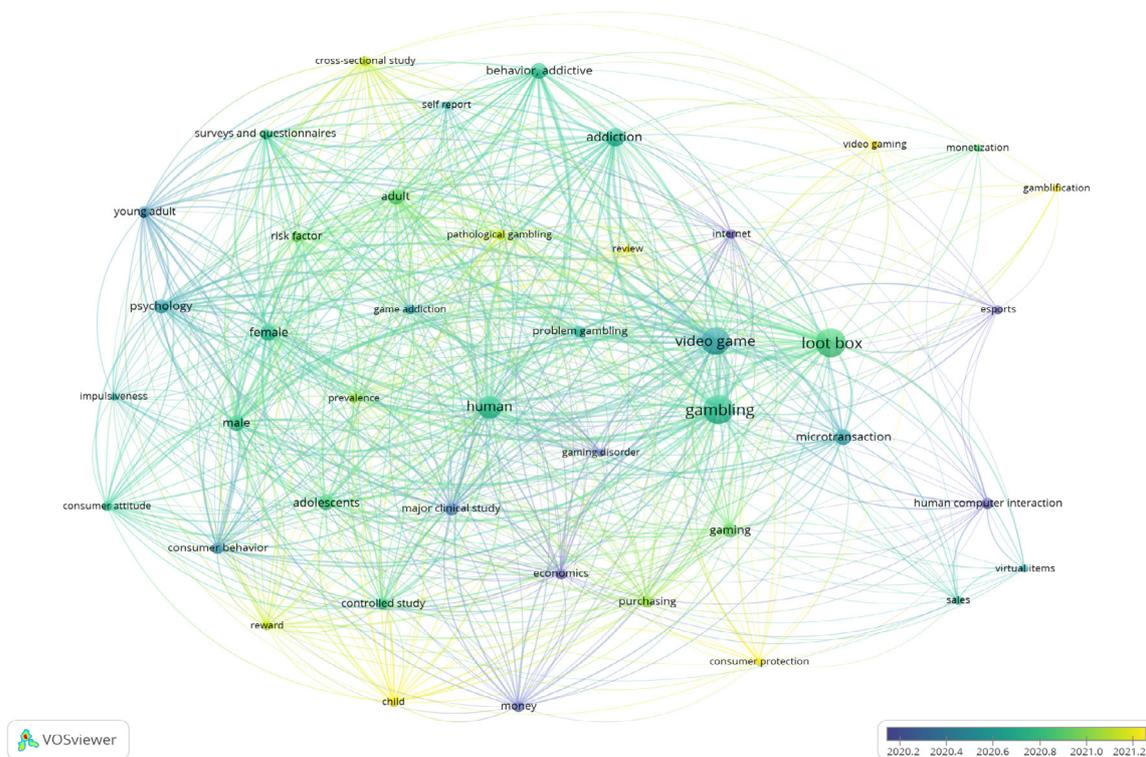
No *Cluster 1*, representado pela cor vermelha (presente na Figura 5), temos palavras relacionadas com o humano (*Adult; Female; Male; Young Adult*) e palavras-chave relacionadas com aspetos psicológicos (e.g. *psychology*), comportamento de jogo/*gambling* e as suas características (prevalência, impulsividade, *consumer behavior, consumer attitude pathological gambling*), distúrbios (e.g. *gaming disorder*) e vícios (e.g. *game addiction; gaming disorder*). Surgiram também neste *cluster*, palavras relacionadas com o tipo de estudo (*cross-sectional study; review; surveys and questionnaires*).

No *cluster 2*, representado pela cor verde, surge o termo *loot box*, objeto central desta pesquisa. Identificaram-se palavras relacionadas com o *gambling*, a *gambification* e exploração monetária dos videojogos (*gambification; gambling; microtransaction; monetization; purchasing; sales*). A proteção do consumidor está também incluída nesta categoria (*consumer protection*), assim como vários termos relacionados com o jogo e itens virtuais associados (*esports; gaming; human computer interaction; video game; video gaming; virtual items*).

No que diz respeito ao *cluster 3*, representado pela cor azul, estão nele incluídos palavras relacionadas com a dimensão humana (*Adolescents; Child; Human*) a vertente financeira (*Economics; Money*) e dois termos que identificam o género de metodologia utilizada (*Controlled study; Major clinical study*).

Finalmente, no que concerne ao *cluster 4*, representado pela cor amarela, foram nele incluídas palavras relacionadas com os comportamentos aditivos (*addiction; behavior; addictive; problem gambling*). O termo *internet* e, um outro, relacionado com a esfera metodológica (*self report*).

Figura 6. Mapeamento Bibliográfico utilizando a Coocorrência de palavras-chave (*overlay visualization*).



Nota. Exibindo 43 palavras-chave (de 705) com ocorrência mínima de 5.

Na Figura 6, apresenta-se uma nuvem de palavras-chave, com os mesmos parâmetros da anterior, mas agora com a opção *overlay visualization*. Esta funcionalidade permite perceber o tempo médio de publicação dos trabalhos em que as palavras-chave foram utilizadas. Interessa-nos identificar as palavras-chave com tempo de publicação mais recente e com uma ocorrência mínima de 5, o que garante a sua relevância nesta pesquisa. Tem-se assim as seguintes palavras-chave: *cross sectional study*; *patohological gambling*; *review*; *video gaming*; *gamblication*; *reward*; *child e consumer protection*. Parece existir deste modo uma preocupação em sistematizar conhecimento nesta área, o que implica a emergência de uma *corpus* teórico, se bem que ainda em desenvolvimento. As *loot boxes* estão bem no centro do videogame (*video gaming*) e do jogo a dinheiro (*patohological gambling*; *gamblication*). Realça-se também aqui o tempo de publicação mais recente da palavra-chave *child*, enquanto as restantes palavras relacionadas com a dimensão humana como: *adolescent*, *male*, *female* têm tempos de publicações anteriores. Deste modo, este resultado parece indicar um interesse mais recente com a relação entre as idades mais novas do desenvolvimento humano e as *loot boxes*. Finalmente, algumas dimensões relativas à parte jurídica que fomos identificando na análise dos artigos parecem também condensar-se nas preocupações relacionadas com a proteção do consumidor.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As atividades *monetizadas* nos jogos têm sido cada vez mais emergentes e têm vindo a dar a conhecer várias formas de microtransações (*loot boxes*, *skins*, etc.) que têm semelhanças com o *Gambling*. Das análises realizadas, quer ao nível mais descritivo, quer utilizando as análises bibliométricas disponibilizadas pelo VOSviewer, importa realçar diversos aspetos. Esta é uma área em que se regista um aumento contínuo do número de publicações e a inscrição clara das *loot box* num conjunto evidente de áreas e interesses de investigação. Num primeiro momento, ressalta da análise descritiva oferecida pela Scopus, a relevância de áreas como a psicologia, a medicina e as ciências sociais que totalizam cerca de 50% do corpo bibliográfico sob análise. As revistas em que são publicados os artigos que abordam as *loot boxes* também têm como interesses as adições em geral ou o jogo a dinheiro (*gambling*) no seu título e principal área de publicação. Também se constata esse cruzamento com o *gaming* (problemático ou não) e com o *gambling* relativamente aos trabalhos que obtêm mais citações nesta área.

As análises efetuadas através das funcionalidades de acoplamento bibliográfico e coocorrência de palavras-chave no VOSviewer, confirmaram estas primeiras análises que se acabaram de referir. No acoplamento bibliográfico teve-se dificuldade em identificar precisas áreas de diferenciação temática. No entanto, os artigos com mais impacto científico moveram-se nos mesmos grandes temas identificados

na Scopus. No que respeita a outras áreas, mais minoritárias no material em análise, regista-se o interesse em caracterizar algumas variáveis dos compradores de *loot boxes* ou o enquadramento deste comportamento de compra como microtransação ou como um tema secundário num artigo dedicado aos *eSports*.

Finalmente, na coocorrência de palavras-chave, para além da corroboração das tendências observadas nos momentos anteriores da análise, identificou-se palavras com tempo de publicação mais recente e que podem estar na origem de futuras tendências de investigação. Realçam-se palavras como *child*, *adolescent*, *male*, *female* e *consumer protection*. Estas palavras podem indicar uma preocupação com a utilização diferencial das *loot boxes*, isto é, em que medida desencadeiam comportamentos diferentes conforme o estágio de desenvolvimento ou o género, bem como a necessidade de regulamentar esta área.

## Limitações e Hipóteses de Futuras Investigações

As *loot boxes* constituem um elemento de jogo relativamente recente, o que resulta na dimensão ainda limitada de publicações. Assim, o acooplamento bibliográfico, que propõe categorias e realiza mapeamentos bibliográficos de acordo com referências utilizadas em cada trabalho, não conseguiu identificar diferenças significativas entre os trabalhos. Desta forma, diversas temáticas identificadas qualitativamente pelos autores deste estudo eram transversais às diversas categorias propostas pelo programa. Embora os artigos contenham um tema diferenciado uns dos outros, o VOSviewer apresentava-os muito próximos. Esta limitação configura também a pertinência de se repetir este estudo no futuro com um maior número de publicações. Tal limitação não foi evidente no mapeamento bibliográfico utilizando a coocorrência, uma vez que cada artigo apresenta diversas palavras-chave e o corpus sob análise é, forçosamente, maior.

A questão da dimensão da amostra bibliométrica neste género de estudos é ainda sujeita a debates (Denche-Zamorano, 2022; Rogers, et al 2020; Roslan et al 2023). Estes estudos exploram a questão das dimensões das pesquisas em estudos bibliométricos.

Outras hipóteses de exploração será o cruzamento da temática das *loot boxes* com outros temas específicos como as apostas a dinheiro nos *eSports*, bem como o cruzamento do comportamento dos compradores destes produtos com outras dimensões das microtransações e do uso problemático do videojogo.

## BIBLIOGRAFIA

42

ADICTOLOGIA #9 • 2024

- Brooks, G. A., Clark, L. (2019). Associations between loot box use, problematic gaming and gambling, and gambling-related cognitions. *Addictive behaviors*, 96, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.04.009>
- Denche-Zamorano, Á., Barrios-Fernandez, S., Galán-Arroyo, C., Sánchez-González, S., Montalva-Valenzuela, F., Castillo-Paredes, A., ... & Olivares, P. R. (2022). Science mapping: a bibliometric analysis on cyberbullying and the psychological dimensions of the self. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 209. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010209>
- Drummond, A., Sauer, J. D. (2018). Video game loot boxes are psychologically akin to gambling. *Nature Human Behaviour*, 2(8), 530–532. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0360-1>
- Drummond, A., Sauer, J. D., Ferguson, C. J., & Hall, L. C. (2020). The relationship between problem gambling, excessive gaming, psychological distress and spending on loot boxes in Aotearoa New Zealand, Australia, and the United States—A cross-national survey. *PLoS One*, 15(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230378>
- Griffiths M. (1995). *Adolescent Gambling*. Psychology Press.
- Griffiths, M. (2018). Is the buying of loot boxes in video games a form of gambling or gaming?. *Gaming Law Review*, 22(1), 52–54. <https://www.liebertpub.com/doi/epdf/10.1089/qlr.2018.2216>
- Harzing, AW., Alakangas, S. (2016). Google Scholar, Scopus and the Web of Science: a longitudinal and cross-disciplinary comparison. *Scientometrics*, 106, 787–804. <https://doi.org/10.1007/s11192-015-1798-9>
- Juniper Research, In-Game Gambling ~ The Next Cash Cow for Publishers, Apr-2018. [Online]. <https://www.juniperresearch.com/document-library/white-papers/in-game-gambling---the-next-cash-cow>
- King, D. L., Delfabbro, P. H. (2018). Predatory monetization schemes in video games (e.g. 'loot boxes') and internet gaming disorder. *Addiction*, 113(11), 1967–1969. <https://doi.org/10.1111/add.14286>
- King, D.L., Delfabbro, P.H. (2019). Video Game Monetization (e.g., 'Loot Boxes'): a Blueprint for Practical Social Responsibility Measures. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(1), 166–179. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0009-3>
- Lanier, L. (2018). Sixteen European, US Gambling Regulators Teaming Up to Tackle Loot Boxes, Skin Gambling, *Variety*. <https://variety.com/2018/gaming/news/european-us-gambling-regulators-against-loot-boxes-1202943991/>
- Li, W., Mills, D., Nower, L. (2019). The relationship of loot box purchases to problem video gaming and problem gambling. *Addictive Behaviors*, 97, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.016>
- Macey, J. (2017). The Convergence of Gaming and Gambling. <https://www.tut.fi/Gamification/2017/12/10/the-convergence-of-gaming-and-gambling/>
- Macey, J., & Hamari, J. (2019). eSports, skins and loot boxes: Participants, practices and problematic behaviour associated with emergent forms of gambling. *New Media & Society*, 21(1), 20–41. <https://doi.org/10.1177/1461444818786216>
- Moreno-Guerrero, A. J., Gómez-García, G., López-Belmonte, J., & Rodríguez-Jiménez, C. (2020). Internet addiction in the web of science database: a review of the literature with scientific mapping. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2753. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082753>
- Nettleton J., Chong K. (2013) Online social games – The Australian position. <https://www.mondaq.com/australia/gaming/270002/online-social-games--the-australian-position>
- Petry, N. M., Zajac, K., & Ginley, M. K. (2018). Behavioral addictions as mental disorders: to be or not to be?. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 399–423. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120>
- Postrado L., (2018). Legal definition saves loot boxes from gambling classification in France <https://calvinayre.com/2018/07/05/business/legal-definition-saves-loot-boxes-gambling-classification-france/>
- Rogers, G., Szomszor, M., & Adams, J. (2020). Sample size in bibliometric analysis. *Scientometrics*, 125(1), 777–794. <https://doi.org/10.1007/s11192-020-03647-7>
- Roslan, M. F., Abd Razak, M. R., Abdullah, K. H., Ishak, N. S., & Ishak, N. S. (2023). A bibliometric analysis of work stress research: three decades (1992-2022) publication trends. *International Journal of Advanced Research in Education and Society*, 5(1), 1–14. <https://doi.org/10.55057/ijares.2023.5.1.1>
- Shah, S. H. H., Lei, S., Ali, M., Doronin, D., & Hussain, S. T. (2020). Prosumption: Bibliometric analysis using HistCite and VOSviewer. *Kybernetes*, 49(3), 1020–1045. <https://doi.org/10.1108/K12-2018-0696>
- Sherer, J. (2023). Internet Gaming. American Psychiatric Association, <https://www.psychiatry.org/patients-families/internet-gaming>
- Sundali, J., Safford, A., & Croson, R. (2012). The impact of near-miss events on betting behavior: An examination of casino rapid roulette play. *Judgment and Decision Making*, 7(6), 768–778. <https://doi.org/10.1017/S1930297500003326>

Tinoco, R., Fortes, O., Lopes, C., Valinho, R., & Moreira, V. (2023). Análise bibliométrica do conceito de "Burnout" em profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 24, 160-175.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/46217/1/Bibliometria%20burnout.pdf>

Usher, W. (2018). *CS: GO players in Belgium and The Netherlands can no longer open loot boxes*. <https://www.cinemablend.com/games/2450129/cs-go-players-in-belgium-and-the-netherlands-can-no-longer-open-loot-boxes>

Van Eck, N.J., & Waltman, L. (2010). Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics*, 84(2), 523–538.

<https://doi.org/10.1007/s11192-009-0146-3>

Voorhis, S. (2023). "The \$15 Billion Question: Have Loot Boxes Turned Video Gaming into Gambling?". *Harvard Business School Working Knowledge*. <https://tinyurl.com/gamingandgambling>

Vošner, H. B., Bobek, S., Zabukovšek, S. S., & Kokol, P. (2017). Openness and information technology: a bibliometric analysis of literature production. *Kybernetes*. <https://doi.org/10.1108/K-10-2016-0292>

Zendle, D., Cairns, P. (2018). Video game loot boxes are linked to problem gambling: Results of a large-scale survey. *PLoS One* 13(11): e0206767.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214167>

Zendle, D., Cairns, P. (2019). Loot boxes are again linked to problem gambling: Results of a replication study. *PLoS One* 14(3), e0213194.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213194>

Zendle, D., Cairns, P., Barnett, H., McCall, C. (2020). Paying for loot boxes is linked to problem gambling, regardless of specific features like cash-out and pay-to-win. *Computers in Human Behavior*, 102, 181–191.

<https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.003>

# FILHOS DE PAIS COM PERTURBAÇÃO DO USO DO ÁLCOOL E A SUA ABORDAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – ESTUDO DE CASO

## *CHILDREN OF PARENTS WITH ALCOHOL USE DISORDER AND THEIR APPROACH IN PRIMARY HEALTH CARE – CASE STUDY*

### AUTORES E AFILIAÇÕES

Matilde Pontes Gramacho Vieira<sup>1</sup>  
Sónia Ferreira<sup>2</sup> Cristina Ribeiro<sup>3</sup>

1- Aluna do MIM Faculdade de Medicina  
da Universidade de Lisboa (FMUL);  
matilde.vieira@edu.ulisboa.pt

2- Psicóloga Clínica e Terapeuta Familiar  
na Unidade de Tratamento e  
Reabilitação Alcoológica da ULS São José;  
Doutoranda na FMUL; membro Unidade de  
Estilos de Vida Saudáveis do IMPSP.

3- Professora da Clínica Universitária de MGF da FMUL;  
Coordenadora da Unidade de Estilos de Vida Saudáveis  
do Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública (IMPSP);  
Membro da Competência de Adictologia da Ordem dos Médicos.

## RESUMO

Pessoas com pais com Perturbação de Uso do Álcool (PUA) têm maior vulnerabilidade de desenvolver comportamentos de risco, pela aprendizagem de determinados padrões relacionais e comportamentais. A vivência desta problemática impacta de forma significativa nos descendentes, devido à imprevisibilidade no comportamento parental, à negligência, ao ambiente familiar conflituoso, entre outros. Estes descendentes poderão tornar-se pessoas mais tímidas, com menor autoestima e mais inseguranças. Apesar da vasta literatura nesta área, o foco frequentemente não é colocado nos descendentes, mas sim nos progenitores com PUA. Recorreu-se à apresentação de um caso clínico, baseado na entrevista detalhada e articulação com a médica de família, analisando-se o desenvolvimento de uma adolescente, seguida num Centro de Saúde do concelho de Lisboa, filha de uma pessoa com PUA, de modo a delinear estratégias de acompanhamento para estes jovens em Medicina Geral e Familiar. O médico de família está numa posição privilegiada para analisar o utente e a família como um todo, identificando os seus problemas, permitindo a ligação e integração do utente com os outros profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** *Perturbação do uso do álcool, filhos de pais com perturbação do uso do álcool, cuidados de saúde primários.*

## ABSTRACT

People with parents who have Alcohol Use Disorder (AUD) are more vulnerable to developing risky behaviors due to learning certain relational and behavioral patterns. Living with this issue significantly impacts the descendants, due to the unpredictability in parental behavior, neglect, a conflict-ridden family environment, among other factors. These descendants may become more shy, have lower self-esteem, and more insecurities. Despite the extensive literature in this area, the focus is often not on the descendants but rather on the parents with AUD. Through the presentation of a clinical case, using detailed interviews and contact with the family doctor, the development of an adolescent, monitored at a Health Center in the Lisbon municipality, was analyzed. This adolescent is the daughter of a person with AUD. The aim was to outline strategies for supporting these young people in General and Family Medicine. The family doctor is in a privileged position to analyze the patient and the family, identifying their problems and facilitating the connection and integration of the patient with other healthcare professionals.

**Key words:** *Alcohol use disorder, children of people with alcohol use disorder, primary care*

## INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários são a entidade que deve alcançar a maior parte da população ao longo de todo o ciclo de vida. O médico de família está posicionado de forma privilegiada para a realização de intervenções breves, com todos os elementos da família, respeitando o estadio de mudança, em que cada um se encontra, de acordo com o Modelo Transteórico de Mudança<sup>1</sup>.

Os ambientes familiares, com um membro com Perturbação de Uso de Álcool – PUA, caracterizam-se por uma maior instabilidade, imprevisibilidade, inflexibilidade, inversão de papéis, comportamentos violentos, estigmatização social, falta de afeto e de supervisão comportamental<sup>2</sup>. Os filhos de pais com PUA têm uma maior vulnerabilidade para desenvolver comportamentos aditivos no futuro, perturbações do foro psiquiátrico, principalmente do foro emocional e de comportamento (perturbações de humor, depressivas, de ansiedade, abuso de outras substâncias)<sup>3</sup>. Estão descritos, também, nesta população, a diminuição da autoestima<sup>3</sup>, sentimentos de vergonha, culpa, raiva, abandono, não pertença a um grupo, de estigmatização<sup>4,5</sup>. Adolescentes, filhos de pais com PUA, apresentam um risco superior de desenvolverem queixas psicossomáticas, provavelmente interligadas ao ambiente stressante<sup>4,6</sup>. Estão mais vulneráveis a problemas legais, problemas económicos e violência. Podem vivenciar experiências de abuso físico e emocional. Para além disso, podem ser alvo de um menor investimento ou estimulação durante a infância<sup>7</sup>.

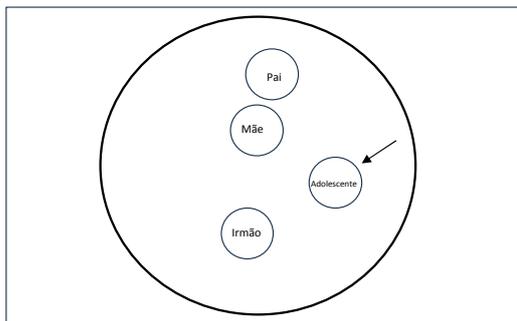
Um estudo mostra que jovens, com pais com PUA, têm um maior risco de saúde precária, relações sociais deficientes e escolaridade insuficiente<sup>8</sup>. No entanto, estes problemas também acontecem quando o consumo de álcool é moderado, pelo que se subentende que não existe um limite claro para quando o mesmo começa a influenciar os filhos<sup>6</sup>. É benéfico que se aborde este tema antes do começo de experiência de consumo de bebidas alcoólicas, sensibilizando para o risco aumentado de desenvolver comportamento aditivo.

## METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho recorreu-se à análise de um caso clínico, com o objetivo de descrever o desenvolvimento a nível pessoal, familiar, social de uma adolescente, seguida num Centro de Saúde, do concelho de Lisboa, filha de uma pessoa com PUA, de modo a perceber qual o papel do Médico de Família nos casos de jovens com pais com PUA. Foi obtido consentimento informado, livre e esclarecido, dado por escrito pela utente e pelo progenitor, uma vez ser menor de idade. E dada a possibilidade de desistir do processo, sem qualquer prejuízo.

**Identificação:** Utente, sexo feminino, 17 anos, natural dos Açores, residente em Lisboa. Família nuclear na fase VI do Ciclo de Vida de *Duvall*<sup>9,10</sup>, classificação de 3 no APGAR familiar de *Smilkstein*<sup>9,10</sup> – disfunção acentuada -, classe social baixa de acordo com a classificação de *Graffar*. Viveu até outubro de 2021 com os pais e irmão de 21 anos. Mudança para casa dos avós maternos com os pais, até abril de 2023, quando por intervenção da CPCJ (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens) foi para um apartamento de autonomização. No Círculo Familiar de *Thrower* (Figura 1)<sup>9,10</sup>, a adolescente colocou-se à mesma distância do seu irmão e da sua mãe, não considerando atualmente nenhum dos dois muito próximos. Após deixar de viver com o irmão, sentiu que se afastaram, apesar de perceber que este é o único que experienciou o mesmo que a adolescente. Descreve uma relação estável com a mãe, apesar de sentir maiores dificuldades de comunicação, desde que deixou de viver com esta. Considera o seu pai mais distante, depois do internamento para desintoxicação alcoólica, e devido à instabilidade vivenciada, em contexto familiar, despoletada pela doença do mesmo. No entanto, verifica-se uma tentativa de reaproximação.

Figura 1. Círculo familiar de Thrower. A seta assinala a adolescente.

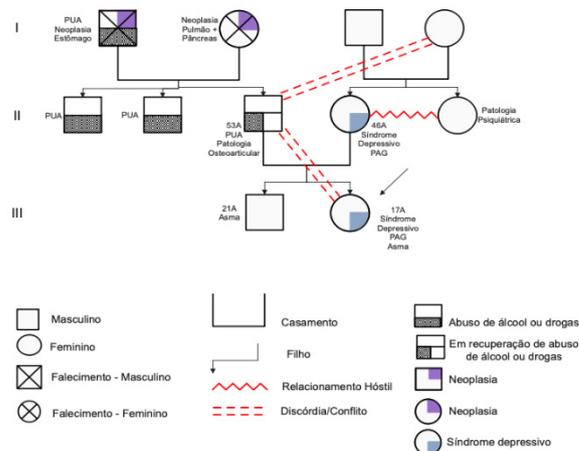


**Antecedentes Pessoais:** Asma controlada, com terapêutica em SOS, perturbação depressiva major (diagnóstico em 2022), perturbação de ansiedade generalizada (diagnóstico em 2022), História de comportamentos autolesivos (início em 2021 e último episódio em Agosto 2022). Medicada com sertralina, uma vez ao dia, e olanzapina, em SOS. Nega hábitos alcoólicos e toxicofílicos, refere consumo tabágico em ambiente social. Acompanhada em consulta de Psicologia e Psiquiatria desde o diagnóstico, e no Centro de Saúde atual desde o início de 2023.

**Antecedentes Familiares:** Avó paterna com neoplasia do pâncreas (diagnosticada 2019) e neoplasia do pulmão (diagnosticada 2022), falecida em 2023; Avó Paterno com diagnóstico de PUA e neoplasia do estômago, falecido em 2022; Avós maternos saudáveis; Mãe (46A) com perturbação depressiva major e perturbação de ansiedade generalizada; Pai (43A) com PUA, desde os 20 anos, internado no início de janeiro de 2022; ex-fumador, com patologia osteoarticular (contratura de Dupuytren – tratada cirurgicamente), com perturbação depressiva, incluindo ideação suicida; Irmão (21A) com asma; Tia materna: perturbação psiquiátrica; Tios paternos: dois com PUA, um deles com neoplasia do estômago.

O Genograma Familiar (Figura 2)<sup>11</sup> transcreve os antecedentes referidos e as relações conflituosas entre pai e avó materna, bem como entre pai e filha, e a relação hostil entre mãe e tia materna.

Figura 2. Genograma familiar.



**História da Doença Atual:** Até 2018, vivia com os pais e o irmão e refere uma infância dentro dos parâmetros normativos. Tinha uma relação próxima com a família, principalmente com o pai. Sempre viu o pai a consumir bebidas alcoólicas, mas o consumo não afetava a família.

Entre 2019 e 2021, avó paterna recebe diagnóstico de neoplasia, o que leva a um aumento do consumo de álcool pelo pai. A relação entre pai e filha piorou, tal como o relacionamento familiar entre os restantes elementos. A adolescente sentia necessidade de participar em todas as discussões.

Durante o ano 2021, o ambiente familiar era instável, o que coincide com a sua ida para o 10.º ano. Dá-se o agravamento da situação financeira da família, resultando na perda da sua habitação e na mudança para casa dos avós maternos. Nesta fase, sentia-se mais triste, sozinha, com menos confiança e insegura. Isolava-se mais, não conseguindo desabafar com ninguém. Refere uma relação conflituosa entre os pais e os avós. A adolescente passou a assumir um papel protetor em relação ao pai, no sentido de o proteger da avó. Inicia comportamentos autolesivos, sendo que apenas o irmão tinha conhecimento desta situação, embora nunca tenha abordado este assunto. Sem necessidade de intervenção médica até então.

Em 2022, a situação familiar continuou a deteriorar-se e os consumos do pai aumentaram. Após um episódio de desorientação na rua, no início de 2022, o pai é internado no Hospital Psiquiátrico de Lisboa, durante 1 mês e começa a ser acompanhado pela UTRA (Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica). Apesar da melhoria significativa deste, no fim do verão, a adolescente sente que a sua “vida estava a desabar” (*sic*), e tem um comportamento autolesivo grave, pelo que tem de ser socorrida por uma ambulância, até ao Serviço de Urgência. Por ser menor, é sinalizada pela CPCJ. Começa o acompanhamento em Psiquiatria e Psicologia, a partir do qual refere uma melhoria significativa, mas também a associa à abstinência do pai.

Em 2023, a jovem inicia um programa, sendo integrada num apartamento de autonomização do Estado. Apesar de a transição não ter sido fácil, considera que está mais estável. Os pais saíram de casa dos avós e alugaram uma casa, o que tem contribuído para o seu bem-estar. O 11º e o 12º ano estão a correr de forma positiva, descrevendo maior facilidade na socialização e mais determinada nos seus objetivos de vida, tem o desejo de seguir Design na Faculdade. Refere que durante todo o processo, nunca sentiu necessidade de falar sobre este assunto com ninguém, nem com a médica de família, com o receio de ser afastada dos pais. É importante reforçar que apenas no início do ano é que começou a ser acompanhada pela médica de família atual, anteriormente não tinha médico atribuído. A médica de família revela que desde o início do acompanhamento que sabe desta situação, mas que nunca abordou esse assunto com a utente.

**Análise do Caso Clínico:** A adolescente passa pela experiência de um pai com PUA, numa fase vulnerável do ciclo de vida. Só recebe acompanhamento após o internamento do pai e da sua visita à urgência, por comportamentos autolesivos, apesar de já existirem sinais de instabilidade e consequências prévias a essa situação. É uma adolescente com baixa autoestima, que se isolou, que nunca

se sentiu confortável para falar sobre os seus problemas, nem sobre os da família, pelo medo de fraturar a mesma. O ambiente familiar era conflituoso e existiam problemas financeiros. Neste caso, não se observa, por parte da adolescente, consumo de álcool, mas verifica-se a presença do diagnóstico de Perturbação Depressiva Major e Perturbação de Ansiedade Generalizada. Também é visível, após o início do seu acompanhamento na Psicologia e Psiquiatria e após o tratamento do pai, uma melhoria da adolescente e da família.

## DISCUSSÃO

O Médico de Família pode abordar o caso em diversas frentes: estar atento ao membro da família com PUA, percebendo se a abstinência está mantida e se o mesmo precisa de apoio, visto que este é um elemento protetor. Pode acompanhar o seguimento da adolescente nas consultas de especialidade, percebendo se mantém comportamentos de risco ou se inicia consumo de álcool ou de outras substâncias. Tem o papel de, após o início do seu acompanhamento na Psicologia e Psiquiatria, analisar a evolução e integrar os cuidados das diferentes áreas. Deve estar atento, pelo risco de sintomatologia psicossomática, a sintomas desta categoria, sem desvalorização de doença aguda. E ainda, realizar uma avaliação familiar, podendo utilizar o modelo de *Olson*<sup>10</sup>, e se existir formação para tal, começar Terapia Familiar<sup>12</sup>.

A prevenção primária nos filhos de pais com PUA deve incluir formas de redução de stress; desenvolvimento de autoestima e de competências sociais (utilizando *roleplay*, feedback positivo, dando ferramentas para impedir “*peer pressure*”); garantir um sistema de suporte social forte<sup>13</sup>. A PUA é uma patologia que é muito estigmatizada, por isso os jovens tentam evitar contextos onde este assunto possa ser abordado<sup>14</sup>. No entanto, se a entrevista for realizada por um médico que seja familiar, empático, sensível, compreensível e que garanta o sigilo e confidencialidade, os utentes tendem a expressar-se melhor<sup>15</sup>. Estes jovens sentem-se pouco

apoiados, quer pelos pais, quer por outros adultos presentes na sua vida, sendo necessário proporcionar um espaço de apoio para abordarem as suas fragilidades, dando suporte e ferramentas para ultrapassar as mesmas.

Após a identificação do problema e do plano estabelecido para a adolescente que deve ser o mais precoce possível, a Medicina Geral e Familiar deve ser o elo que estabelece os contactos com todos os outros profissionais de saúde.

As Intervenções Breves são eficazes na diminuição dos consumos dos utentes, mesmo nas condições reais de trabalho dos médicos de família<sup>16</sup>. Os médicos de família relatam dificuldades na gestão de problemas relacionados com o consumo de álcool, consideram-se pouco preparados e que o seu discurso não tem efetividade. É, por isso, importante oferecer formação nesta área para que os profissionais de saúde se sintam mais seguros e abordem este tema com maior confiança e como uma prática regular na prestação de cuidados<sup>17</sup>.

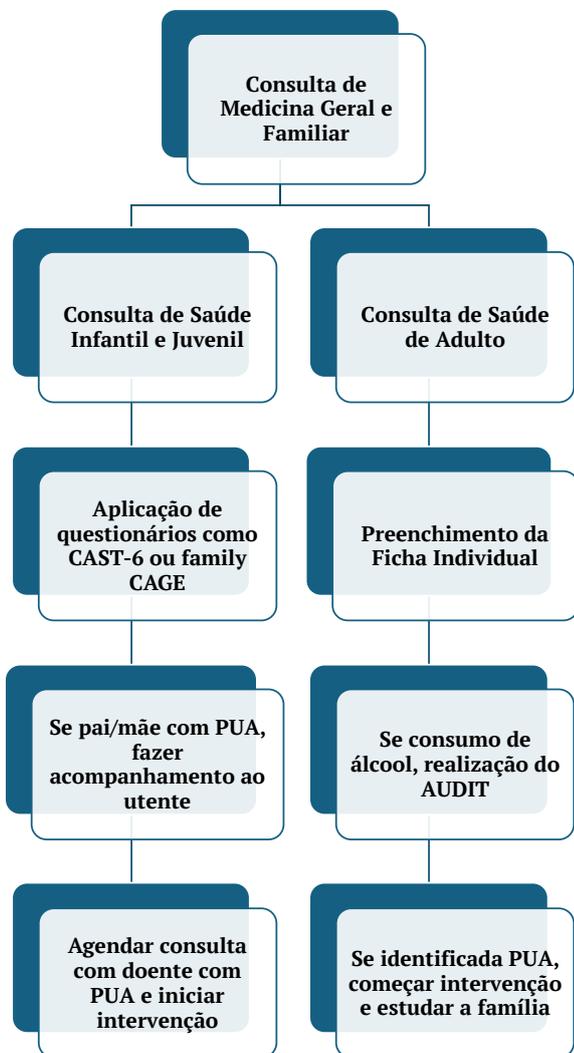
Em Portugal, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil<sup>18</sup> são referidas as “Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”<sup>19</sup>, um documento que explica quando referenciar e o que fazer quando o médico de família ou outro médico se apercebe da existência de certas patologias da área da saúde mental. Este ano, 2024, foi, também, criado pela Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental um relatório sobre a “Reforma da Saúde Mental em Portugal: 3 anos de transformação”<sup>20</sup>, que inclui uma proposta de integração de cuidados entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental. Esta proposta de integração de cuidados tem como objetivo principal garantir o acesso de todos os utentes a cuidados no âmbito da Saúde Mental e definir trajetos que devem ser seguidos e que garantam um acompanhamento mais adequado. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil<sup>18</sup>, preconiza, na entrevista ao adolescente, entre os 10 e os 19 anos, nos Cuidados de Saúde Primários, a utilização do

acrónimo HEEADSSS. No primeiro H (*home*) do acrónimo, onde são feitas perguntas sobre casa e família, conseguimos perceber qual a dinâmica familiar. No D (*drugs*), há oportunidade para questionar sobre os consumos, não só do próprio, mas também, dos amigos e da família. No segundo S do acrónimo (*suicide*), é possível introduzir o tema da saúde mental. O SICAD, agora ICAD, criou uma Rede de Referência<sup>21</sup> neste âmbito. Esta rede indica-nos qual devem ser os passos a seguir no caso de abuso de substâncias. Ainda no âmbito da PUA, existe em Portugal, a norma da DGS sobre Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool<sup>22</sup>, que utiliza o AUDIT para a identificação de qual o tipo de intervenção necessário. A DGS criou, também, duas normas, mais direcionadas para os adolescentes, para o Diagnóstico de Consumo de Substâncias e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens<sup>23</sup> e para a Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens<sup>24</sup>.

No entanto, seria importante criar ou validar questionários para que existisse uma ferramenta mais fácil e rápida de utilizar para o rastreio dos filhos de pais com PUA nas consultas de CSP, como por exemplo o CAST-625 ou o *Family CAGE*<sup>26</sup>.

No Fluxograma 1, estão exemplificados dois tipos de abordagem em consulta de CSP, para a abordagem dos filhos de pais com PUA.

Fluxograma 1. Exemplo de abordagem de intervenção na Consulta dos Cuidados de Saúde Primários.



## CONCLUSÃO

O Médico de Família está numa posição privilegiada para analisar o utente e a sua família num todo. Pela elevada prevalência do consumo de álcool em Portugal, e sabendo as consequências que o mesmo traz à família, mais especificamente aos filhos, é essencial que exista uma intervenção precoce. No caso clínico observado, esta intervenção foi tardia, pelo que se observaram na adolescente várias características descritas para este grupo da população. Analisando o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, as normas da Direção Geral da Saúde, Relatórios relativos à Saúde Mental, percebemos os passos preconizados que devem ser tomados em Portugal nos CSP. Seria benéfico, no entanto, a existência de questionários específicos para o rastreio de filhos de pais com PUA validados em Portugal, para facilitar a abordagem mais precoce.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

## BIBLIOGRAFIA

1. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984. ISBN 9780870944383
2. Kraitsberg Wayne (1986). The Adult Children of Alcoholics Syndrome: From Discovery to Recovery. Personal Development Series. Health Communications.
3. Personality Characteristics of Children of Alcoholics + Russell, M., Henderson, C, & Blume, S. B. (1985). Children of alcoholics: A review of the literature. Buffalo: New York State Division of Alcoholism and Alcohol Abuse, Research Institute on Alcoholism.
4. Mats Ramstedt, Jonas Raninen, Peter Larm, Michael Livingston, Children with problem-drinking parents in a Swedish national sample: is the risk of harm related to the severity of parental problem drinking?, *European Journal of Public Health*, Volume 33, Issue 2, April 2023, Pages 312–316, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad022>
5. Numan Raza Syed, Joakim Wahlström, Sara Brolin Låftman, Johan Svensson, Perceived parental alcohol problems and psychosomatic complaints among adolescents in Sweden, *Addictive Behaviors Reports*, Volume 17, 2023, 100491, ISSN 2352-8532, <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100491>.
6. Lund IO, Skurtveit S, Handal M, et al. Association of constellations of parental risk with children's subsequent anxiety and depression: findings from a HUNT survey and health registry study. *JAMA Pediatr* 2019;173:251–9.
7. Laura Lander, Janie Howsare & Marilyn Byrne (2013) The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice, *Social Work in Public Health*, 28:3-4, 194-205, DOI: 10.1080/19371918.2013.759005
8. Berg L, Bäck K, Vinnerljung B, Hjern A. Parental alcohol-related disorders and school performance in 16-year-olds—a Swedish national cohort study. *Addiction*. 2016 Oct;111(10):1795–803. doi: 10.1111/add.13454. Epub 2016 Jun 14. PMID: 27178010; PMCID: PMC5089658.
9. Rebelo L. editor. A família em medicina geral e familiar: conceitos e práticas. Lisboa: Almedina; 2018. ISBN 9789724073132
10. Caeiro RT. Registos clínicos em medicina familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1991.
11. Rebelo L. Genograma familiar: o bisturi do médico de família [The genogram: the scalpel of the family doctor]. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23(3):309-17. Portuguese
12. Laginha Teresa. Terapia Familiar em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:331-6.
13. Price AW, Emshoff JG. Breaking the cycle of addiction: prevention and intervention with children of alcoholics. *Alcohol Health Res World*. 1997;21(3):241-6. PMID: 15706776; PMCID: PMC6826802.
14. DICICCO, L.; DAVIS, R.B.; HOGAN, J.; MACLEAN, A.; AND ORENSTEIN, A. Group experiences for children of alcoholics. *Alcohol Health & Research World* 8:20–24, 1984.
15. Werner A, Malterud K. How can professionals carry out recognition towards children of parents with alcohol problems? A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45(1):42–49. doi:10.1177/1403494816680802
16. Bertholet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2005;165:986–95
17. Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N, Wensing M, et al. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol Alcohol*. 2004;39:351-6.
18. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), norma 010/2013 da Direção Geral da Saúde, 1 de Junho de 2013
19. Marques C, Cepêda T. Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Coordenação nacional para a saúde mental. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo. Lisboa, 2009 – 52 p.
20. Xavier M, Barreto H, Cruz MC, Domingos P, Gago J, Maia Correia T, Marques C, Marques MJ, Matos Pires A, Morgado P, Narigão M, Pereira S, Redondo J, Santos T, Vieira F, Sena e Silva F (2024). A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/1n9a-yb44
21. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências [Internet]. Lisboa, 2013.
22. Direção Geral da Saúde. Detecção precoce e Intervenção Breve no consumo excessivo do álcool no adulto. Norma 030/2012. 28/12/2012. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/detecao-precoce-e-intervencao-breve-no-consumo-excessivo-do-alcool-no-adulto/> Acedido a 26/03/2024.
23. Direção Geral da Saúde. Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens. Norma nº 036/2012 de 30/12/2012 atualizada a 21/08/2014. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/diagnostico-de-policonsumos-e-intervencao-breve-em-adolescentes-e-jovens.pdf> Acedido em: 30/05/2024
24. Direção Geral da Saúde. Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens. Norma 035/2012 de 30/12/2012 atualizada a 17/07/2017. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-da-intoxicacao-alcoolica-aguda-em-adolescentes-e-jovens.pdf> Acedido a 30/05/2024.
25. Tobias H. Elgán, Anne H. Berman, Nitya Jayaram-Lindström, Anders Hammarberg, Camilla Jalling & Håkan Källmén (2021) Psychometric properties of the short version of the children of alcoholics screening test (CAST-6) among Swedish adolescents, *Nordic Journal of Psychiatry*, 75:2, 155-158, DOI: 10.1080/08039488.2020.1812000
26. Frank, Scott H., Graham, Antonnette V., Zyzanski, Stephen J., White, Sybil. Use of the Family CAGE in Screening for Alcohol. *Problems in Primary Care*. *Arch Fam Med*/Vol 1. Novembro 1992. DOI: 10.1001/archfam.1992.04190010062006

# DESAFIOS DIAGNÓSTICOS A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO: A AUSÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ADIÇÃO SEXUAL NOS ATUAIS SISTEMAS CLASSIFICATIVOS.

*DIAGNOSTIC CHALLENGES  
REGARDING A CASE REPORT: THE  
ABSENCE OF THE DIAGNOSIS OF  
SEXUAL ADDICTION IN CURRENT  
CLASSIFICATION SYSTEMS.*

AUTORES

Ana Carolina Pires<sup>1</sup>, Isabela Faria<sup>1</sup>,  
Joana Marques Pinto<sup>1</sup>, Carla Silva<sup>2</sup>

1- Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria, Coimbra, Portugal

2- Médica Especialista em Psiquiatria, Unidade de Patologia Dual da Unidade Local de Saúde de Coimbra, Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria, Coimbra, Portugal. Terapeuta Sexual pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica; Competência em Sexologia Clínica pela Ordem dos Médicos.

**Nenhum subsídio ou bolsa contribuíram  
para a realização do trabalho.**

Autor correspondente:

Nome: Ana Carolina Pires

Morada: Rua do Túnel, nº1, 1º direito, 3030-006 Coimbra Portugal

E-mail: ACMP95@HOTMAIL.COM; 11822@ULSCOIMBRA.MIN-SAUDE.PT

índice ▲

## RESUMO

Com a integração das Adições Comportamentais nas atuais classificações diagnósticas e consequente disseminação científica e clínica, a Adição Sexual tem vindo a ser novamente proposta como uma entidade nosológica. Esta refere-se à perda de controlo de comportamentos, pensamentos e impulsos relacionados com atividade sexual, ainda que se traduza em consequências legais, sofrimento e/ou negligência nas múltiplas vertentes do funcionamento. Os atuais sistemas classificativos contemplam apenas a Perturbação do Comportamento Sexual Compulsivo, tendo a designação de Hipersexualidade caído em desuso. Descrevemos um caso clínico de um doente encaminhado para consulta de Sexologia após intercorrência legal, apresentando consumo de pornografia diário extenso, com impacto funcional e angodpressivo. A investigação nesta área é ainda parca e com a terapêutica em validação, pelo que a sua consciencialização e investigação são importantes. Por poder ter graves implicações legais, funcionais e clínicas, uma pesquisa de psicopatologia minuciosa, o correto diagnóstico e intervenção dirigida são essenciais.

### *Palavras-Chave*

*Adição Comportamental; Adição Sexual; Hipersexualidade; Perturbação do Comportamento Sexual Compulsivo*

## ABSTRACT

With the integration of Behavioral Addictions into current diagnostic classifications and consequent scientific and clinical dissemination, Sexual Addiction has once again been proposed as a nosological entity. It includes the loss of control of behaviors, thoughts, and impulses related to sexual activity, even if it leads to legal consequences, suffering, and/or negligence in multiple aspects of functioning. Current classification systems only include Compulsive Sexual Behavior Disorder, with the designation of Hypersexuality having fallen into disuse. We describe a clinical case of a patient referred for a Sexology appointment after a legal complaint, presenting extensive daily pornography consumption, with functional, anxious, and depressive impact. Research in this area is still scarce and therapy options are still being validated, so awareness and further research are critical. Since it can have serious legal, functional, and clinical implications, thorough psychopathology research, correct diagnosis, and targeted interventions are essential.

### *Keywords*

*Behavioral addiction; Sexual Addiction; Hypersexuality; Compulsive Sexual Behavior Disorder*

## INTRODUÇÃO

No passado, as Perturbações Aditivas referiam-se apenas a dependência de substâncias psicoativas, sendo caracterizadas por um desejo incontrolável e recorrente de continuar a consumir as mesmas, apesar das suas consequências prejudiciais<sup>1,2</sup>. Numa fase inicial, o seu uso produz efeitos psicoativos prazerosos e recompensadores, reforçando assim o uso repetido. Com o uso contínuo, e não obstante do seu potencial para originar extensas formas de malefícios, tanto para a saúde mental e/ou física, como para as vertentes pessoal, familiar, social, educacional ou ocupacional, pode surgir uma dependência<sup>2</sup>.

Foi proposto mais recentemente a criação do conceito de Adição Comportamental (como o Jogo Patológico), com fundamento científico, que demonstrou semelhanças clínicas, fenomenológicas, genéticas e neurobiológicas com as Perturbações de Uso de Substâncias<sup>1</sup>. Assim, as adições comportamentais consistem em síndromes que se desenvolvem como resultado de comportamentos repetitivos, resultando em sofrimento e/ou impacto nos vários níveis de funcionalidade, fazendo parte dos atuais sistemas de classificação, nomeadamente a 11<sup>a</sup> Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição, Texto Revisto (DSM-5-TR)<sup>2,3</sup>.

Uma das adições comportamentais que tem vindo a ser apontada é a Adição Sexual<sup>4</sup>. Este construto diagnóstico, também designado por Hipersexualidade<sup>5</sup> ou Perturbação do Comportamento Sexual Compulsivo (PCSC)<sup>2</sup>, refere-se à perda de controlo de comportamentos, pensamentos e impulsos relacionados com atividade sexual, independentemente se dela possa advir pouco prazer/satisfação e se poder traduzir em consequências legais, sofrimento e/ou negligência nas múltiplas vertentes do funcionamento<sup>6</sup>. Contudo, estes conceitos não são hodiernos, existindo múltiplas referências desde os primórdios da Psiquiatria. Em 1845, Jean-Étienne

Esquirol relatou comportamentos sexuais divergentes das práticas comuns sociais como entidades clínicas específicas, falando de conceitos como ninfomania e satíriase<sup>7</sup>. Posteriormente, em 1886, Krafft-Ebbing (1886), no livro *Psychopathia sexualis*, designou a hiperestesia hipersexual como um aumento da atividade sexual patológico<sup>4,7</sup>. Em 1993, Goodman analisou este conceito psicopatologicamente, verificando a existência de uma componente compulsiva de comportamentos sexuais como meio de regular os estados internos, nomeadamente a diminuição da ansiedade, bem como uma componente impulsiva, havendo consequentemente sentimentos de vergonha e culpa<sup>8,9</sup>. Em 2008, o mesmo autor salientou três domínios comportamentais alterados na Adição Sexual, nomeadamente a motivação-recompensa, a regulação afetiva e a inibição comportamental<sup>10</sup>.

Atualmente, nem na DSM-511 nem na sua versão revista<sup>3</sup> existe alguma destas classificações diagnósticas. Foi proposta a criação do diagnóstico de Perturbação Hipersexual na categoria das Perturbações Sexuais<sup>12</sup>, bem como de Adição Sexual, enquanto Adição Comportamental, sendo incluída na categoria Adições e Perturbações Relacionadas<sup>13,14</sup>, mas nenhuma foi aceite.

O DSM-III incluía na categoria Perturbação Psicosexual Sem Outra Especificação o conceito de angústia sobre um padrão de repetidas conquistas sexuais com uma sucessão de indivíduos que eram conceptualizados como objetos utilizados para um fim<sup>15</sup>. Na sua versão revista, este conceito evoluiu para dependência sexual não parafílica<sup>16</sup>. No DSM-IV, a condição descrita voltou a aproximar-se da definição da DSM-III original<sup>17</sup>.

No entanto, na CID-11, foi adicionado o diagnóstico de PCSC (6C72). Esta perturbação consiste num padrão persistente, num mínimo de 6 meses, de falha em controlar desejos ou impulsos sexuais intensos e repetitivos, passando estes a ser o foco central da vida do indivíduo, a ponto de negligenciar as várias vertentes da sua vida. Os comportamentos são diversos, e incluem atividade sexual com outros

(presencial, virtual ou por telefone), masturbação ou consumo de pornografia. Há manutenção do padrão de comportamento, apesar das consequências adversas ou mesmo quando satisfação obtida é reduzida ou inexistente. A origem do quadro não deriva de outras perturbações, como um episódio maniaco, e também não é consequência dos efeitos de uma substância, seja droga de abuso ou fármaco<sup>2</sup>.

Na classificação anterior, a CID-10, incluía-se como *Apetite Sexual Excessivo* (F52.7), podendo ser subclassificado em *Ninfomania*, no caso do género feminino, ou *Satíriase*, no caso do género masculino<sup>18</sup>.

Estima-se que a PCSC afete 3% a 6% da população, sobretudo homens<sup>2,19</sup>, mais no início habitual no final da adolescência ou no início da terceira década de vida. A procura de ajuda, quando acontece, tende a ser mais tardia<sup>19</sup>. A maioria apresenta uso excessivo/problemático de pornografia<sup>20,21</sup>.

O abuso sexual na infância pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de PCSC<sup>2,9</sup>. A comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas é comum, nomeadamente perturbações do humor e da ansiedade, outras perturbações aditivas, perturbações do impulso, perturbação de hiperatividade com défice de atenção, perturbações da personalidade, perturbações do comportamento alimentar e perturbação obsessivo-compulsiva<sup>21,22</sup>. Tem sido também encontrada uma maior prevalência de parafilias nesta população<sup>21</sup>.

## CASO CLÍNICO

O caso refere-se a um doente do sexo masculino, no início da quarta década de vida, solteiro, com orientação sexual heterossexual e formação universitária. O doente tinha tido um emprego especializado, mas encontrava-se desempregado e sem perspectiva de voltar a ficar profissionalmente ativo a curto/médio prazo. Não tinha antecedentes psiquiátricos nem antecedentes médico-cirúrgicos de relevo e não cumpria medicação habitual. No que toca a antecedentes familiares, não havia nenhum a relevar.

Em termos de hábitos, era não fumador e não havia referência a consumo de substâncias psicoativas, para além de consumo social de álcool esporádico.

No final da terceira década de vida, foi encaminhado para consulta especializada de Sexologia Clínica, após intercorrência legal por posse e consumo de pornografia de menores, nomeadamente adolescentes do sexo feminino.

O utente negava qualquer interesse sexual específico por pré-púberes/adolescentes, tendo a visualização de pornografia de menores ocorrido no contexto de consumo desenfreado de pornografia. O mesmo admitiu um consumo médio de 8 horas/dia, com grave prejuízo clínico e funcional, principalmente do ponto de vista socio-ocupacional. Apesar das tentativas de redução da frequência deste comportamento, numa tentativa de controlar o seu impacto negativo, o mesmo já se prolongava com esta duração há mais de 6 meses, principalmente desde que ficou desempregado. O seu início foi gradual, considerando o doente retrospectivamente como algo problemático há vários anos. Consequentemente, tinham surgido mais recentemente alguns sintomas angodepressivos de grau ligeiro, bem como uma alteração do ciclo sono-vigília.

Foi colocada a hipótese, de acordo com a CID-11, de diagnóstico de *Perturbação Pedofílica* (6D32). Esta perturbação é caracterizada por um padrão persistente e focalizado de excitação sexual por crianças pré-púberes, podendo ser manifestada por pensamentos, fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais recorrentes. Para o diagnóstico ser efetuado, o indivíduo ou já deve ter agido de acordo com esses desejos, ou encontra-se em sofrimento relevante como sua consequência. No entanto, de facto, o utente não tinha qualquer tipo de interesse sexual específico em menores de idade, referindo que a proporção de pornografia consumida envolvendo os mesmos era muito reduzida. Acrescentou ainda que, na maioria dos casos, achava que seriam maiores de idade ainda na segunda década de vida. Negou também alguma vez ter mantido envolvimento com uma menor de idade, após ter atingido a maioridade.

Assim, preenchendo todos os critérios, foi efetuado o diagnóstico de PCSC, sendo definido um plano terapêutico. Optou-se por não introduzir medicação, após discussão partilhada com o utente, que preferiu iniciar por uma intervenção não medicamentosa. As sessões foram principiadas por psicoeducação, seguidas por uma intervenção psicoterapêutica, visando o autocontrolo, reestruturação cognitiva, motivação para a alteração comportamental/estilo de vida, promoção de competências interpessoais e estratégias de resolução de problemas e regulação emocional.

Gradualmente houve redução do consumo de pornografia de adultos para 1 hora/semana, com consequente significativa melhoria funcional, nomeadamente a nível social, tendo sido retomado o contacto mais frequente com familiares e amigos e, a nível profissional, encontra-se a trabalhar dentro da sua área de especialização, com satisfação e sucesso. Houve também resolução da sintomatologia angodepressiva apresentada, assim como uma regularização do ciclo sono-vigília.

## DISCUSSÃO

Apesar de não fazer parte das classificações diagnósticas atuais, a Adição Sexual tem sido um conceito cada vez mais estudado. A investigação neurobiológica tem demonstrado a presença de vieses de atenção, alterações no sistema de recompensa e na reatividade a pistas externas que sugerem semelhanças com as perturbações aditivas, incluindo estudos imagiológicos com Tomografia por Emissão de Positrões e Ressonância Magnética Funcional<sup>13,14</sup>. Em doentes com Adição Sexual, foram encontradas alterações semelhantes no sistema dopaminérgico mesolímbico. O córtex pré-frontal dorsolateral, o estriado ventral, o córtex cingulado dorso-anterior e a amígdala têm sido apontados como relevantes nos seus mecanismos de desejo/*craving*. Para além do sistema dopaminérgico, o sistema serotoninérgico, noradrenérgico, opióide e hormonal (eixo hipotálamo-hipófise-gonadal) têm também sido relacionados como mecanismos neurobiológicos de relevo<sup>14,19,21</sup>.

Tabela 1. Critérios de diagnóstico de Adição Sexual, propostos por Patrick J. Carnes, em 2005<sup>23,24</sup>.

Original	Tradução
<i>1. Recurrent failure (pattern) to resist sexual impulses to engage in specific sexual behavior</i>	<b>1. Falha recorrente (padrão) em resistir a impulsos sexuais para se envolver num comportamento sexual específico</b>
<i>2. Frequent engaging in those behaviors to a greater extent</i>	<b>2. Envolvimento frequente nesses comportamentos em larga medida</b>
<i>3. Persistent desire or unsuccessful efforts to stop, to reduce, or to control behaviors</i>	<b>3. Desejo persistente ou esforços infrutíferos para parar, reduzir ou controlar comportamentos</b>
<i>4. Inordinate amount of time spent in obtaining sex, being sexual, or recovering from sexual experiences</i>	<b>4. Quantidade excessiva de tempo gasto na obtenção de sexo, a ser sexual ou a recuperar de experiências sexuais</b>
<i>5. Preoccupation with the behavior or preparatory activities</i>	<b>5. Preocupação com o comportamento ou com atividades preparatórias</b>
<i>6. Frequent engaging in the behavior when expected to fulfill occupational, domestic, or social obligations</i>	<b>6. Envolvimento frequente no comportamento, quando seria expectável que cumprisse obrigações ocupacionais, domésticas ou sociais</b>
<i>7. Continuation of behavior despite knowledge of having persistent or recurrent social, financial, psychological, or physical problem that is caused or exacerbated by the behavior</i>	<b>7. Continuação do comportamento, apesar de saber ter um problema social, financeiro, psicológico ou físico persistente ou recorrente, que é causado ou exacerbado pelo comportamento</b>
<i>8. Need to increase the intensity, frequency, number, or risk of behaviors to achieve the desired effect or diminished effect with continued behaviors at the same level of intensity</i>	<b>8. Necessidade de aumentar a intensidade, frequência, quantidade ou risco dos comportamentos para atingir o efeito desejado; ou diminuição do efeito com manutenção dos comportamentos no mesmo nível de intensidade</b>
<i>9. Giving up or limiting social, occupational, or recreational activities because of their behavior</i>	<b>9. Abdicar ou limitar atividades sociais, ocupacionais ou recreativas por causa do seu comportamento</b>
<i>10. Distress, anxiety, restlessness, or irritability if unable to engage in the behavior</i>	<b>10. Angústia, ansiedade, inquietação ou irritabilidade se incapaz de se envolver no comportamento</b>

Existem instrumentos de avaliação que permitem aferir melhor esta adição comportamental, nomeadamente a *Sexual Addiction Screening Test*<sup>25</sup>, *Compulsive Sexual Behavior Inventory*<sup>26</sup> e a *Hypersexual Behavior Inventory*<sup>27</sup>. Foram inclusivamente propostos critérios oficiais de diagnóstico de Adição Sexual, propostos por Patrick J. Carnes, em 2005 posteriormente a ter criado o *Sexual Addiction Screening Test*<sup>23,24</sup>.

Independentemente de fazer parte das Classificações atuais como Adição Sexual, há utentes como o descrito no presente caso clínico que procuram ajuda para solucionar alterações comportamentais, beneficiando de intervenções terapêuticas específicas, muitas delas semelhantes às utilizadas nas adições comportamentais vigentes.

Para tal, é sempre importante uma investigação psicopatológica pormenorizada, para evitar erros diagnósticos. Neste caso, facilmente se poderia pensar que o consumo de pornografia de menores estaria relacionado com a existência de uma Perturbação Pedofílica. Em outros casos, utentes de contextos socioculturais específicos podem ter receio de julgamentos religiosos ou morais próprios ou de terceiros, podendo descrever-se como “viciados” em alguma atividade sexual ou descrever os seus comportamentos sexuais como compulsivos quando, na verdade, são normativos. Assim, é importante analisar cuidadosamente as descrições dadas pelo utente ou terceiros, enquadrando dentro do padrão de crenças e investigando se há falta de controlo nos comportamentos sexuais e/ou se há consequências efetivas, nomeadamente sofrimento ou alterações no funcionamento. Por poder ter graves implicações legais, funcionais e clínicas, uma pesquisa de psicopatologia minuciosa, com o consequente correto diagnóstico e ulterior intervenção dirigida são essenciais.

Em relação à terapêutica, esta pode ser dividida em intervenções não farmacológicas e farmacológicas. O tratamento deve ter sempre em conta as perturbações comórbidas que possam existir, sejam psiquiátricas ou não.

Em relação às estratégias não farmacológicas, a psicoeducação tem extrema relevância, uma vez que são doentes que muitas vezes não procuram ajuda autonomamente, ou por não conseguirem identificar os seus comportamentos como problemáticos, ou por receio do estigma a eles associado. Assim, é importante discutir com os utentes a diferença entre comportamentos sexuais saudáveis e patológicos, e estabelecer que estes últimos são constituintes de uma perturbação psiquiátrica, passível de intervenção.

A intervenção psicoterapêutica tem uma base cognitivo-comportamental visando o controlo de estímulos e autocontrolo, reestruturação cognitiva, motivação para a alteração comportamental e de estilo de vida, bem como estratégias de resolução de problemas e de regulação emocional.

A promoção de competências interpessoais tem também um papel central, com treino de aptidões sociais, de assertividade e de regras de comunicação. No caso de o doente se encontrar numa relação afetiva, a terapia de casal poderá ser importante. No caso de haver uma disfunção sexual associada, esta também deverá ser atempadamente abordada em consulta especializada/de terapia sexual<sup>28,29</sup>.

Conquanto não seja decisivo para o diagnóstico, a apreciação da relação entre eventuais pistas emocionais e/ou comportamentais e o comportamento sexual pode ser um aspeto importante para estabelecer um plano terapêutico: os comportamentos sexuais podem ser uma resposta a estados afetivos negativos, como tristeza, ansiedade, tédio ou solidão. A identificação de fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção torna o processo personalizado, permitindo uma maior eficácia e prevenção de recaída.

Em relação à terapia farmacológica, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina são os fármacos habitualmente eleitos, uma vez que têm ação na resposta sexual, ao inibi-la. Os utentes com esta patologia habitualmente podem ter também comorbilidade com quadros angodepressivos, tendo também uma ação nesta sintomatologia. O Topiramato

e a Naltrexona foram apontados como fármacos de segunda linha ou adjuvantes<sup>21</sup>. Os antipsicóticos, principalmente os de segunda e terceira geração, também foram apontados como potenciais fármacos de eleição, particularmente em doentes com outra comorbilidade psiquiátrica. Contudo, é recomendado o seu uso com precaução, por terem sido associados a hipersexualidade, em particular o Aripiprazol<sup>21,30</sup>.

Ainda que a investigação relacionada com a Adição sexual e com os comportamentos sexuais compulsivos tenha vindo a crescer, há ainda uma lacuna de estudos com metodologias de qualidade, de integração teórica e ausência de instrumentos de medição/afecção uniformizados<sup>31</sup>. Estas entidades diagnósticas encontram-se ainda pouco estudadas e com a terapêutica em validação, pelo que a sua consciencialização e investigação são importantes. O estudo destes construtos é muito importante, podendo em futuras classificações diagnósticas estarem reunidas evidências científicas suficientes para estabelecer uma nova classificação diagnóstica, nomeadamente a Adição Sexual enquanto Adição Comportamental.

Apesar de poder ser vista como patologização de minorias sexuais e de práticas sexuais alternativas, a não inclusão da Adição Sexual no DSM-5 tem apresentado múltiplas consequências. Por não ser considerado um diagnóstico, levou a menor prevenção, investigação e oportunidade de intervenção<sup>12,14</sup>. Por outro lado, a inclusão do conceito diagnóstico vizinho de PCSC na CID-11 permitiu a validação da necessidade de intervenção com terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, permitindo o mais fácil acesso dos doentes aos cuidados de saúde, o avanço da investigação na área e uma maior literacia por parte dos profissionais de saúde e população geral, contribuindo para o combate ao estigma<sup>32</sup>.

Mais estudos nesta área têm de ser realizados, permitindo uma reformulação de base científica das entidades nosológicas atuais, permitindo um diagnóstico mais precoce e abrangente, bem como o desenvolvimento de terapêuticas mais dirigidas.

## REFERÊNCIAS

- Zou, Z. *et al.* Definition of Substance and Non-substance Addiction. in 21–41 (2017). doi:10.1007/978-981-10-5562-1\_2.
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed). <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en> (2019).
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition Text Revision (DSM-5-TR)*. (American Psychiatric Association, Washington DC, 2022). doi:10.1176/appi.books.9780890425787.
- Markovic, D. “Sexual compulsivity”, “sexual addictions”, or “hypersexuality”? An overview of contrasting perspectives. *Journal of Psychological Therapies* **4**, 120–130 (2019).
- Orford, J. Hypersexuality: Implications for a Theory of Dependence. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs* **73**, 299–310 (1978).
- Derbyshire, K. L. & Grant, J. E. Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *J Behav Addict* **4**, 37–43 (2015).
- Pereira, M. E. C. Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* **12**, 379–386 (2009).
- Barth, R. J. & Kinder, B. N. The mislabeling of sexual impulsivity. *J Sex Marital Ther* **13**, 15–23 (1987).
- Goodman, A. Diagnosis and treatment of sexual addiction. *J Sex Marital Ther* **19**, 225–251 (1993).
- Goodman, A. Neurobiology of addiction. *Biochem Pharmacol* **75**, 266–322 (2008).
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5)*. (American Psychiatric Association, Washington DC, 2013).
- Kafka, M. P. Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* **39**, 377–400 (2010).
- Potenza, M. N., Gola, M., Voon, V., Kor, A. & Kraus, S. W. Is excessive sexual behaviour an addictive disorder? *Lancet Psychiatry* **4**, 663–664 (2017).
- Karila, L. *et al.* Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? A Review of the Literature. *Curr Pharm Des* **20**, 4012–4020 (2014).
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition (DSM-III)*. (American Psychiatric Association, Washington DC, 1980).
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition Text Revision (DSM-III-TR)*. (American Psychiatric Association, Washington DC, 1987).
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV)*. (American Psychiatric Association, Washington DC, 1994).
- World Health Organization(WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. <https://icd.who.int/browse10/2019/en> (1993).
- Malandain, L., Blanc, J.-V., Ferreri, F. & Thibaut, F. Pharmacotherapy of Sexual Addiction. *Curr Psychiatry Rep* **22**, 30 (2020).

20. Bóthe, B. *et al.* Revisiting the Role of Impulsivity and Compulsivity in Problematic Sexual Behaviors. *The Journal of Sex Research* **56**, 166–179 (2019).
21. Malandain, L., Blanc, J.-V., Ferreri, F. & Thibaut, F. Pharmacotherapy of Sexual Addiction. *Curr Psychiatry Rep* **22**, 30 (2020).
22. Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B. & Gil-Llario, M. D. Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addictive Behaviors* **107**, 106384 (2020).
23. Carnes, P. J., Hopkins, T. A. & Green, B. A. Clinical Relevance of the Proposed Sexual Addiction Diagnostic Criteria. *J Addict Med* **8**, 450–461 (2014).
24. Carnes, P. J. Sexual addiction. in s. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (eds. Sadock, B. J. & Kaplan, H. I.) vol. I 1991–2001 (Lippincott, Williams, & Wilkins: A Wolters Kluwer Company, New York, 2005).
25. Carnes, P. Sexual addiction screening test. *Tenn Nurse* **54**, 29 (1991).
26. Miner, M. H., Coleman, E., Center, B. A., Ross, M. & Rosser, B. R. S. The Compulsive Sexual Behavior Inventory: Psychometric Properties. *Arch Sex Behav* **36**, 579–587 (2007).
27. Reid, R. C., Garos, S. & Carpenter, B. N. Reliability, Validity, and Psychometric Development of the Hypersexual Behavior Inventory in an Outpatient Sample of Men. *Sex Addict Compulsivity* **18**, 30–51 (2011).
28. von Franqué, F., Klein, V. & Briken, P. Which Techniques Are Used in Psychotherapeutic Interventions for Nonparaphilic Hypersexual Behavior? *Sex Med Rev* **3**, 3–10 (2015).
29. Antons, S. *et al.* Treatments and interventions for compulsive sexual behavior disorder with a focus on problematic pornography use: A preregistered systematic review. *J Behav Addict* **11**, 643–666 (2022).
30. Akbari, M. *et al.* Aripiprazole and its adverse effects in the form of impulsive-compulsive behaviors: A systematic review of case reports. *Psychopharmacology (Berl)* **241**, 209–223 (2024).
31. Grubbs, J. B. *et al.* Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clin Psychol Rev* **82**, 101925 (2020).
32. Potenza, M. N., Gola, M., Voon, V., Kor, A. & Kraus, S. W. Is excessive sexual behaviour an addictive disorder? *Lancet Psychiatry* **4**, 663–664 (2017).

#### Conflito de interesses

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

# PERTURBAÇÃO DE JOGO E ESQUIZOFRENIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

## *GAMBLING DISORDER AND SCHIZOPHRENIA: CASE REPORT*

### AUTORES

Isabela Faria<sup>1,2</sup>, Joana Marques Pinto<sup>1,2</sup>, Ana  
Carolina Pires<sup>1,2</sup>, Francisca Jarmela Pina<sup>1,2</sup>,  
Pedro M. Esteves<sup>1,2</sup>, Brigitte Wildenberg<sup>1,2</sup>,  
Filipa Sola<sup>1</sup>, Carla Silva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de  
Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de  
Coimbra, Coimbra, Portugal

### **Autor para correspondência:**

Isabela Marina Antunes de Faria;  
Morada - Praceta Professor Mota Pinto  
3004-561, Coimbra;  
12003@ulscoimbra.min-saude.pt

## RESUMO

A Perturbação de Jogo (PJ) é uma adição comportamental com elevados níveis de comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas, como a Esquizofrenia. Pretende-se apresentar um caso clínico com uma breve revisão da literatura, e evidenciar a estreita relação entre PJ e esquizofrenia.

Masculino, 39 anos, diagnóstico de Esquizofrenia, inicia descontrolo em jogos de azar, após ganho avultado numa das tentativas. Joga diariamente, com dívidas aos familiares e amigos. Assume esforços mal sucedidos em reduzir o comportamento, sem sintomatologia psicótica ativa.

Estima-se que a prevalência de PJ na esquizofrenia seja de 12-19%, superior à população em geral. Quando estas patologias co-ocorrem, podem exacerbar os sintomas de cada uma. Na literatura, tem sido discutidos componentes chave para a co-ocorrência, como a impulsividade, alterações neuropsicológicas e neurobiológicas. É fundamental que os profissionais de saúde mental investiguem os diversos sintomas de PJ nestes doentes, com o objetivo de incorporar estratégias de prevenção e intervenção precoce.

### *Palavras-chave*

*Jogo patológico; esquizofrenia; adições; patologia dual; aripiprazol*

## ABSTRACT

Gambling disorder (GD) is a behavioural addiction with high levels of comorbidity with other psychiatric disorders, such as schizophrenia. The aim is to present a clinical case with a brief review of the literature, and to highlight the close relationship between PJ and schizophrenia.

Male, 39 years old, diagnosed with Schizophrenia, begins to lose control of gambling after winning a lot in one of his attempts. He gambles daily, owing debts to family and friends. He makes unsuccessful efforts to reduce his behaviour, without active psychotic symptoms.

The prevalence of GD in schizophrenia is estimated at 12-19%, higher than in the general population. When these pathologies co-occur, they can exacerbate the symptoms of each other. In the literature, key components for co-occurrence have been discussed, such as impulsivity, neuropsychological and neurobiological alterations. It is essential that mental health professionals investigate the various symptoms of GD in these patients, with the aim of incorporating prevention and early intervention strategies.

### *Keywords*

*Gambling disorder; schizophrenia; addictions; dual disease; aripiprazole*

## INTRODUÇÃO

A Perturbação de Jogo (PJ) é definida como uma condição psiquiátrica que envolve comportamentos repetitivos e incontrolláveis, em atividades de jogo problemático apesar de consequências negativas a nível pessoal, de saúde, social, académico/ocupacional e financeiro, com prioridade crescente em relação a outros interesses e perda de controlo sobre o comportamento.<sup>1</sup> Esta patologia faz parte do grupo de Adições sem substância, designado de Adições comportamentais, e tem uma prevalência de 0.1 a 5.8% em todo o mundo no último ano, e de 0.7 a 6.5% durante toda a vida.<sup>2</sup>

A PJ é pautada por um padrão persistente comportamental maladaptativo associado à prática de jogo excessiva que conduz a uma disrupção das atividades pessoais, familiares ou ocupacionais. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition – Revised* (DSM-5-TR)<sup>1</sup> inclui nove critérios diagnósticos, quatro dos quais devem ser preenchidos para o diagnóstico de PJ. O comportamento de jogo que ocorra durante um episódio maníaco é critério de exclusão para o diagnóstico, ou seja, embora o mesmo indivíduo possa ter um diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar e PJ em co-ocorrência, o padrão comportamental de jogo maladaptativo não deve ocorrer exclusivamente durante episódios maníacos para se poder formular o diagnóstico de PJ. Deste modo, objetiva-se uma mudança na conceptualização das Perturbações Aditivas nos critérios de classificação, com a PJ (antes denominada Jogo patológico) a ser transferida da sua anterior classificação na categoria de *Perturbação do controlo do impulso* (DSM III e DSM IV) para o grupo das *Perturbações relacionadas com substâncias* e *Perturbações aditivas*, num subgrupo denominado de *Perturbações não relacionadas com substâncias*.

Na Classificação Internacional de Doenças – 11ª Edição (CID-11),<sup>3</sup> a PJ foi reclassificada, tendo transitado da secção das *Perturbações de personalidade e do comportamento* para as *Perturbações por uso de substâncias ou comportamentos aditivos*, estando

agora incluída como uma perturbação psiquiátrica a *Perturbação por uso de videojogos*.

Indivíduos com PJ apresentam uma significativa diminuição do auto-controlo no comportamento aditivo, com *craving* para a continuação do comportamento.<sup>2</sup> É uma doença que tem permanecido subdiagnosticada e não tratada, muitas vezes devido ao longo período entre o início da clínica e a procura de ajuda numa unidade de saúde. A PJ pode-se dividir entre *gaming*, que mobiliza predominantemente a interatividade e define-se por indicadores de progressão e sucesso, requerendo conhecimento e habilidade para o jogo; ou *gambling*, que envolve mecanismos de apostas, montantes financeiros, risco e pagamentos, dependendo de probabilidade e sorte. Atualmente, o paradigma da prática de jogo tem-se alterado ao longo das últimas décadas, havendo cada vez mais jogadores a optarem pelos jogos na Internet, o que se pode justificar pelo conforto associado ao simples uso do computador ou telemóvel, a maior acessibilidade, possibilidade de anonimato e facilidade no pagamento.

Dos doentes diagnosticados com PJ, 96% terão outra perturbação mental e 64% terão três ou mais perturbações psiquiátricas.<sup>4</sup> A PJ tem sido associada a elevada comorbilidade com diversas perturbações psiquiátricas, incluindo Perturbações psicóticas e Esquizofrenia. Por sua vez, a esquizofrenia está associada a taxas elevadas de perturbações associadas ao consumo de substâncias (PUS), que são frequentemente comórbidas com PJ na população em geral e podem desenvolver-se através de mecanismos partilhados.<sup>5</sup> De acordo com a literatura, doentes com psicose tem cerca de 12 a 19% de comorbilidade com PJ,<sup>6</sup> e tem 3 a 4 vezes maior probabilidade de desenvolver jogo patológico comparativamente à população em geral.<sup>7</sup>

Com este artigo, apresenta-se um caso clínico e pretende-se evidenciar a estreita relação entre PJ e esquizofrenia, com uma breve revisão da literatura.

## CASO CLÍNICO

F., sexo masculino, 39 anos, casado. Reformado por invalidez, reforma da Suíça onde residiu durante 10 anos, auferir cerca de 5 mil euros por mês. Seguido em consultas de Psiquiatria desde os 23 anos, com o diagnóstico de Esquizofrenia, regista mais de 7 internamentos no serviço de Psiquiatria por sintomatologia psicótica e alterações do comportamento, coincidentes com períodos em que descontinuava a medicação antipsicótica. Clinicamente estabilizado desde há 4 anos, data do último internamento. Atualmente com a seguinte medicação habitual: aripiprazol 400mg IM mensalmente, olanzapina 10mg ao deitar e lorazepam 5mg ao deitar, afirmando cumprimento regular. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, por sensação de descontrolo em jogos de azar, especificamente rapsadinhas. Iniciou o comportamento aditivo há 2 anos, após ganho avultado numa das tentativas, tendo ganho de uma vez 5 mil euros. Joga diariamente, em média 100 euros por dia, com dívidas aos familiares e amigos. Assume esforços mal sucedidos em reduzir ou parar o comportamento. Não se apura psicopatologia do foro afetivo durante toda a evolução clínica, excluindo-se episódios maníacos.

À observação encontrava-se vígil, orientado em todas as valências, aspeto cuidado e higiene mantida. Contacto cordial. Humor eutímico, níveis de ansiedade aumentados na vertente cognitiva. Discurso fluente e globalmente organizado, sem alterações da semântica ou sintaxe. Sem sintomatologia psicótica. Ritmos cronobiológicos conciliados. Motivado para cessar o comportamento aditivo. Foi realizado controlo analítico com hemograma, bioquímica, função renal, hepática e tiroideia, doseamento de ácido fólico e vitamina B12, sem alterações. Foi realizada Tomografia Computorizada Crânio-encefálica (TC.CE) que não revelou alterações.

No SU foi iniciado topiramato com titulação até 150mg por dia, e foi encaminhado para intervenção em grupo de jogo patológico na Unidade de

Patologia Dual da ULS Coimbra. Iniciou sessões em grupo, que tinham como premissa técnicas de controlo de estímulos, prevenção de recaída, treino assertivo, re-estruturação cognitiva e auto-reforço. Posteriormente, fez *dropout* após a segunda sessão.

## DISCUSSÃO

O caso clínico apresentado evidencia o diagnóstico comórbido de Esquizofrenia e PJ. De acordo com a literatura, estima-se que a prevalência de jogo patológico na esquizofrenia seja de 12 a 19%,<sup>8</sup> superior à população em geral. Quando estas duas patologias co-ocorrem, está descrito que podem exacerbar os sintomas de cada uma.<sup>9</sup>

A elevada prevalência de comportamentos aditivos na esquizofrenia pode contribuir para a presença de jogo patológico subdiagnosticado.<sup>10</sup> No entanto, a presença de sintomatologia psicótica ativa na esquizofrenia é tipicamente um critério de exclusão nos estudos em doentes com o diagnóstico de jogo patológico.<sup>2</sup>

A literatura recente tem tentado identificar componentes chave para a co-ocorrência específica destas duas patologias. Em primeiro lugar, a impulsividade é reconhecida como um dos fatores mais importantes para a presença deste diagnóstico dual. De facto, os domínios cognitivo, afetivo e motor da impulsividade são considerados fatores essenciais para o início e progressão de várias patologias, sendo considerado uma componente transdiagnóstica das Perturbações do espectro impulsivo-compulsivo.<sup>11</sup> A presença de comportamentos inapropriados relacionados com impulsos maladaptativos podem estar na origem da coexistência de múltiplas condições comórbidas e/ou perturbações caracterizadas por escassos mecanismos de auto-controlo, como a PJ e a esquizofrenia.<sup>12</sup> Em segundo lugar, estudos neuropsicológicos e neurobiológicos têm encontrado disfunções semelhantes que podem contribuir para a explicação da conexão entre PJ e esquizofrenia. Alterações no sistema de motivação, e disfunção no circuito de comportamento e recompensa (estriado ventral primário e córtex

pré-frontal medial) e anormalidades no sistema dos neurotransmissores, como a dopamina, serotonina e glutamato, tem sido características presentes em ambas PJ e esquizofrenia.<sup>13-15</sup> Em terceiro lugar, há múltiplas manifestações clínicas comuns na PJ e na psicose, como por exemplo, a idade de início na adolescência ou jovem adulto,<sup>16</sup> e a maior frequência no sexo masculino. A presença de traços de personalidade pautados por dificuldade na regulação emocional é comum em ambas as patologias, e a presença do diagnóstico dual está relacionada com pior estado psicopatológico, muitas vezes evidenciado com o aumento da frequência e intensidade do jogo.<sup>17</sup>

A comorbilidade entre Esquizofrenia e PJ foi associada a níveis mais elevados de neuroticismo e introversão na *Symptom Checklist Revised* (SCL-90-R).<sup>18</sup> Adicionalmente, na *Temperament and Character Inventory-Revised* (TCI-R),<sup>19</sup> indivíduos com ambos os diagnósticos pontuaram mais no evitamento de perigo e dependência de recompensa, e pontuaram menos na persistência e auto-aceitação.<sup>2</sup> Em adição, foi constatado que estes doentes tem preferência por jogos não estratégicos, como *slot-machines*, bingo e lotaria.

Neste caso clínico em particular, o doente encontrava-se medicado com aripiprazol 400mg IM mensal. O aripiprazol é um agonista parcial dopaminérgico dos recetores D2, tem uma ação agonista parcial em recetores dopaminérgicos D3, ações nos recetores serotoninérgicos 5HT2A, 5HT1A, 5HT7 e 5HT2C, e propriedades colinérgicas, muscarínicas e antagonistas H1 limitadas.<sup>20</sup> É um antipsicótico atípico aprovado desde 2002, pela *US Food and Drug Administration* (FDA), amplamente utilizado no tratamento da esquizofrenia, Doença Bipolar e Perturbações depressivas (nestas como adjuvante). O uso de aripiprazol em Perturbações Aditivas tem sido um tema de debate na literatura e comunidade científica. A FDA e outras autoridades de saúde chegaram a emitir um aviso sobre a utilização do aripiprazol e o eventual desenvolvimento de perturbações pautadas por dificuldades no controlo de impulsos, incluindo o jogo patológico, a perturbação

da compulsão alimentar e a hipersexualidade.<sup>21</sup> Este efeito poderia ser uma consequência do aumento da disponibilidade de dopamina (DA) no sistema de recompensa do cérebro. No entanto, tal não é suficiente para explicar estes efeitos e os estudos de investigação indicam que alguns fenótipos clínicos afetados por disfunções frontais específicas são mais vulneráveis a desenvolver perturbações do controlo dos impulsos quando medicados com agonistas dopaminérgicos.<sup>22</sup> A capacidade dos agonistas parciais de aumentar a atividade da dopamina na via mesolímbica e modular o sistema dopaminérgico pode ser benéfica para reduzir o *craving*, os comportamentos de procura de recompensa e a recaída. O aripiprazol ILD mostrou eficácia em sintomas psicóticos e aditivos em doentes com esquizofrenia e Perturbações do uso de substâncias num estudo observacional multicêntrico.<sup>23</sup>

Relativamente ao tratamento, devem ser priorizadas estratégias individualizadas. A intervenção psicofarmacológica e psicoterapêutica deve levar em conta o duplo diagnóstico, e não apenas um deles. O tratamento deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar, com intervenção psicoterapêutica que vise aumentar o auto-controlo, a regulação emocional, reduzir a impulsividade e treino de aptidão social. A comorbilidade pode levar a uma maior dificuldade no tratamento e a um pior prognóstico. A presença do duplo estigma, estigma de uma doença mental grave e de uma perturbação aditiva, muitas vezes contribui para o atraso ou mesmo a ausência na procura de cuidados.

Há poucos estudos que relacionem o diagnóstico dual de esquizofrenia e PJ, pelo que devem ser realizadas novas investigações nesta área, para o estudo da psicopatologia e da co-ocorrência de ambas patologias, para avaliação do curso da doença, adesão ao tratamento e prognóstico.

É fundamental que os profissionais de saúde mental investiguem os diversos sintomas de PJ nestes doentes, com o objetivo de incorporar estratégias de prevenção e intervenção precoce.

## REFERÊNCIAS

- 1 American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- 2 Granero R, et al. The prevalence and features of schizophrenia among individuals with gambling disorder. *J Psychiatr Res.* 2021 Apr;136:374-383. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.02.025. Epub 2021 Feb 13. PMID: 33639330
- 3 World Health Organization. (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>
- 4 Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564–574. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n0504>
- 5 Fortgang, R. G., Hoff, R. A., & Potenza, M. N. (2018). Problem and pathological gambling in schizophrenia: Exploring links with substance use and impulsivity. *Journal of Gambling Studies*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10899-018-9757-z
- 6 Aragay, N., et al. 2012. Pathological gambling in a psychiatric sample. *Compr. Psychiatr.* 53, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.004>
- 7 Haydock, M., Cowlshaw, S., Harvey, C., Castle, D., 2015. Prevalence and correlates of problem gambling in people with psychotic disorders. *Compr. Psychiatr.* 58, 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.01.003>
- 8 Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2009). A cross-sectional study of problem and pathological gambling in patients with schizophrenia/schizoaffective disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(9), 1250–1257. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04359>
- 9 Yakovenko, I., Clark, C.M., Hodgins, D.C., Goghari, V.M., 2016. A qualitative analysis of the effects of a comorbid disordered gambling diagnosis with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 171, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.12.008>
- 10 Fortgang, R.G., Hoff, R.A., Potenza, M.N., 2020. Schizophrenia symptom severity and motivations for gambling in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr. Res.* 291, 113281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113281>
- 11 Krueger, R.F., Eaton, N.R., 2015. Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatr.* 14, 27–29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- 12 Dowling, N.A., et al. 2015. Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: a systematic review and meta-analysis. *Aust. N. Z. J. Psychiatr.* 49, 519–539. <https://doi.org/10.1177/0004867415575774>
- 13 Leicht, G., et al, 2020. Alterations of oscillatory neuronal activity during reward processing in schizophrenia. *J. Psychiatr. Res.* 129, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.031>
- 14 Ruiz, I., Raugh, I.M., Bartolomeo, L.A., Strauss, G.P., 2020. A meta-analysis of neuropsychological effort test performance in psychotic disorders. *Neuropsychol. Rev.* 30, 407–424. <https://doi.org/10.1007/s11065-020-09448-2>
- 15 Zack, M., St George, R., Clark, L., 2020. Dopaminergic signaling of uncertainty and the aetiology of gambling addiction. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry* 99, 109853. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109853>
- 16 Gin, K., Stewart, C., Jolley, S., 2020. A systematic literature review of childhood externalising psychopathology and later psychotic symptoms. *Clin. Psychol. Psychother.* <https://doi.org/10.1002/cpp.2493>
- 17 Kim, H.S., et al. 2018. Comorbid addictive behaviors in disordered gamblers with psychosis. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 40, 441–443. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2307>
- 18 Derogatis, L.R., 1994. SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual—II for the Revised Version. Clinical Psychometric Research, Towson, MD
- 19 Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., Wetzel, R.D., 1994. The Temperament and Character Inventory (TCI). A Guide to its Development and Use. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St. Louis, MO.
- 20 Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 5th ed. Cambridge University Press; 2021
- 21 Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA Warns About New Impulse-Control Problems Associated With Mental Health Drug Aripiprazole (Abilify, Abilify Maintena, Aristada). (2016). Available online at: <https://www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm498662.htm>
- 22 Peris, L., & Szerman, N. (2021). Partial Agonists and Dual Disorders: Focus on Dual Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 12, 769623. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.769623>
- 23 Szerman N, et al. Once monthly long-acting injectable aripiprazole for the treatment of patients with schizophrenia and co-occurring substance use disorders: a multicenter, observational study. *Drugs RealWorld Outcomes.* (2020) 7:75–83. doi: 10.1007/s40801-020-00178-8

### Conflito de interesses

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.



adictologia

Associação Portuguesa para o Estudo  
das Drogas e das Dependências