COMPORTAMENTO COMPULSIVO DE APOSTA E NEGLIGÊNCIA DO AUTOCUIDADO: IMPLICAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO MÉDICA

COMPULSIVE GAMBLING BEHAVIOUR AND SELF-CARE NEGLECT: IMPLICATIONS FOR MEDICAL ASSESSMENT

COMPORTAMIENTO COMPULSIVO DE APUESTA Y NEGLIGENCIA DEL AUTOCUIDADO: IMPLICACIONES PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA

10.56238/IIMedCientifica-140

Yury Lomar de Araújo
Graduado em Medicina
Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
E-mail: yury-araujo@hotmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1315144643973911

Benedita Neida da Silva Flexa
Acadêmica de Medicina; Especialização em Saúde Pública
Instituição: Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)
E-mail: flexaneida@gmail.com

Pedro Henrique Nogueira Melo
Graduado em Medicina, Pós-graduação em Gestão da Administração Militar
Instituição: Universidade Atenas (UniAtenas)
E-mail: pedronogueira219@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/2826531265170619

RESUMO
A expansão das apostas de quota fixa no Brasil após a regulamentação de 2023 tornou o comportamento compulsivo de aposta um problema de relevância clínica crescente. O médico que atende esse paciente precisa saber se a compulsão compromete o autocuidado e a adesão ao tratamento, e dispõe de duas fontes possíveis: a literatura científica e os registros do sistema de saúde. O artigo examina o que cada uma delas oferece. A busca foi conduzida na base Europe PMC, restrita a título e resumo, sobre registros indexados até 19 de outubro de 2026, e os dados de internação foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Foram identificados 5.597 registros sobre transtorno do jogo. A comorbidade psiquiátrica concentra a atenção, com 752 registros sobre depressão e ansiedade, 13,44% da base. Os domínios diretamente relevantes para a avaliação clínica geral são residuais: saúde física reúne 50 registros, atenção primária 45, autocuidado 13 e adesão a tratamento 11. O cruzamento entre rastreamento e atenção primária reúne 21 registros e o cruzamento entre autocuidado e saúde física não reúne nenhum. No sistema hospitalar brasileiro, o transtorno não é separável, por integrar grupo residual que acumulou 137.723 internações entre 2018 e agosto de 2026. Conclui-se que a avaliação médica desse paciente carece simultaneamente de literatura própria e de registro administrativo.

Palavras-chave: Jogo Patológico. Autocuidado. Avaliação Clínica.

ABSTRACT
The expansion of fixed-odds betting in Brazil following the 2023 regulation has made compulsive gambling behaviour a problem of growing clinical relevance. The physician attending such a patient needs to know whether the compulsion compromises self-care and treatment adherence, and has two possible sources: the scientific literature and health system records. This article examines what each offers. The search was conducted in Europe PMC, restricted to title and abstract, covering records indexed up to 19 October 2026, and admission data were extracted from the Hospital Information System of the Brazilian Unified Health System. A total of 5,597 records on gambling disorder were identified. Psychiatric comorbidity concentrates attention, with 752 records on depression and anxiety, 13.44% of the base. Domains directly relevant to general clinical assessment are residual: physical health comprises 50 records, primary care 45, self-care 13 and treatment adherence 11. The intersection between screening and primary care comprises 21 records, and the intersection between self-care and physical health comprises none. In the Brazilian hospital system the disorder is not separable, as it falls within a residual group that accumulated 137,723 admissions between 2018 and August 2026. Medical assessment of this patient therefore lacks both a literature of its own and an administrative record.

Keywords: Pathological Gambling. Self-care. Clinical Assessment.

RESUMEN
La expansión de las apuestas de cuota fija en Brasil tras la regulación de 2023 hizo que el comportamiento compulsivo de apuestas se convirtiera en un problema de relevancia clínica creciente. El médico que atiende a este paciente necesita saber si la compulsión compromete el autocuidado y la adherencia al tratamiento, y dispone de dos fuentes posibles: la literatura científica y los registros del sistema de salud. El artículo examina lo que cada una de ellas ofrece. La búsqueda fue conducida en la base Europe PMC, restringida a título y resumen, sobre registros indexados hasta el 19 de octubre de 2026, y los datos de internación fueron extraídos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud. Fueron identificados 5.597 registros sobre trastorno del juego. La comorbilidad psiquiátrica concentra la atención, con 752 registros sobre depresión y ansiedad, 13,44% de la base. Los dominios directamente relevantes para la evaluación clínica general son residuales: salud física reúne 50 registros, atención primaria 45, autocuidado 13 y adherencia a tratamiento 11. El cruzamiento entre rastreo y atención primaria reúne 21 registros y el cruzamiento entre autocuidado y salud física no reúne ninguno. En el sistema hospitalario brasileño, el trastorno no es separable, por integrar grupo residual que acumuló 137.723 internaciones entre 2018 y agosto de 2026. Se concluye que la evaluación médica de este paciente carece simultáneamente de literatura propia y de registro administrativo.

Palabras clave: Juego Patológico. Autocuidado. Evaluación Clínica.

1 INTRODUÇÃO

A regulamentação das apostas esportivas de quota fixa no Brasil, promovida pela Lei nº 14.790, de 2023, alterou em poucos anos a escala e a visibilidade de um comportamento que antes ocupava posição marginal na prática clínica. A análise jurídica dessa transformação tem sido objeto de estudo na literatura nacional recente (MAIA; FREIRE, 2025), assim como as questões de responsabilidade associadas à publicidade dessas plataformas (SANCHES; SILVA JUNIOR, 2026; SILVA; DIAS JÚNIOR, 2025).

O que interessa ao presente artigo não é a dimensão regulatória, mas a clínica, e especificamente a situação do médico que atende um paciente cujo comportamento de aposta se tornou compulsivo. Esse profissional enfrenta uma pergunta prática: a compulsão afeta a capacidade do paciente de cuidar da própria saúde, de comparecer a consultas, de seguir prescrições e de manter rotinas de sono, alimentação e atividade física?

A pergunta não é retórica. O comportamento compulsivo de aposta consome tempo, dinheiro e atenção em magnitude que compete diretamente com as tarefas do autocuidado, e produz endividamento que pode inviabilizar a compra de medicamentos e o deslocamento até os serviços. A hipótese de que a compulsão degrada o autocuidado é, portanto, clinicamente plausível e operacionalmente relevante, porque determinaria a necessidade de rastreamento ativo em contextos de atenção geral.

Para responder a essa pergunta, o médico dispõe de duas fontes. A primeira é a literatura científica, que pode ou não ter investigado a relação. A segunda são os registros do sistema de saúde, que podem ou não permitir identificar esses pacientes e acompanhar seus desfechos. Este artigo examina sistematicamente o que cada uma dessas fontes efetivamente oferece.

A escolha de examinar as duas fontes em conjunto não é acessória. Uma lacuna de literatura

pode ser suprida por experiência clínica acumulada e registrada em prontuário; uma lacuna de registro pode ser suprida por pesquisa primária. Quando as duas coincidem, porém, a situação é qualitativamente distinta, pois não há conhecimento sistematizado nem base empírica a partir da qual produzi-lo.

O objetivo deste trabalho é mapear a extensão e a distribuição da literatura indexada sobre transtorno do jogo segundo domínios de desfecho clinicamente relevantes, examinar especificamente os cruzamentos entre rastreamento e contextos de atenção geral, verificar a possibilidade de

identificação do transtorno nos registros hospitalares brasileiros e discutir o que esse conjunto implica para a avaliação médica desses pacientes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O transtorno do jogo foi reclassificado nas últimas revisões das classificações diagnósticas internacionais, deixando o grupo dos transtornos do controle dos impulsos para integrar o dos transtornos aditivos, reconhecimento de que seus mecanismos se aproximam dos das dependências químicas. Revisões recentes da comorbidade associada ao transtorno descrevem a frequente coocorrência com transtornos de humor, de ansiedade e por uso de substâncias (SHARMA; WEINSTEIN, 2025).

A perspectiva de saúde pública sobre o agravo tem sido formulada em termos de dano relacionado ao jogo, categoria mais ampla que a do transtorno diagnosticável e que abrange consequências financeiras, familiares e ocupacionais experimentadas também por quem não preenche critérios diagnósticos completos (ABBOTT, 2020). Essa distinção é relevante para a avaliação médica, pois o paciente que chega ao consultório pode apresentar dano substantivo sem configurar o transtorno formal.

Entre os desfechos graves, a tentativa de suicídio em pacientes com transtorno do jogo tem sido investigada em sua associação com comorbidades, incluindo o uso de substâncias (HÅKANSSON; KARLSSON, 2020). Estudos de base populacional com vinculação de registros administrativos têm examinado comorbidade, criminalidade e custos de pacientes tratados pelo transtorno, demonstrando a viabilidade dessa abordagem quando o sistema de informação permite identificar o diagnóstico (VESTERGAARD *et al.*, 2023). Protocolos de estudo recentes propõem coortes retrospectivas de longo prazo a partir de registros clínicos de pacientes que buscaram tratamento (HÅKANSSON *et al.*, 2026).

No contexto brasileiro, a literatura nacional tem abordado o fenômeno sobretudo por suas dimensões comportamental e social. Estudos examinam os perigos da dependência em jogos de azar a partir de modalidades de ampla difusão recente (REIS *et al.*, 2025) e comparam a lógica das apostas online à dos investimentos financeiros, discutindo a confusão entre as duas práticas (SUTIL; CASTRO, 2025). A discussão sobre dependência digital em populações estudantis fornece enquadramento correlato, ao tratar de comportamentos aditivos mediados por dispositivos (MAGNAGO *et al.*, 2024).

A noção de autocuidado, central para o problema aqui examinado, designa o conjunto de práticas pelas quais o indivíduo mantém sua própria saúde, incluindo adesão a tratamentos, comparecimento a consultas, automonitoramento de condições crônicas e manutenção de rotinas de sono e alimentação. Sua relevância clínica é maior justamente em pacientes com condições crônicas, população em que qualquer fator que degrade a capacidade de autogestão produz consequências

mensuráveis. É essa interseção, entre compulsão de aposta e autocuidado, que o presente artigo verifica na literatura disponível.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa combina duas fontes independentes de dados secundários de acesso público. Todas as consultas e extrações foram realizadas em 19 de outubro de 2026, data que constitui também a data de acesso declarada em todas as referências deste trabalho, e nenhum registro posterior foi considerado.

A camada bibliométrica foi obtida da base Europe PMC, por meio de consultas de contagem a seu serviço de busca. O transtorno foi representado pela disjunção das expressões gambling disorder, pathological gambling, problem gambling, compulsive gambling, disordered gambling e gambling addiction, todas entre aspas e restritas aos campos de título e resumo.

A restrição de campo é necessária porque a busca padrão da base opera também sobre o texto

completo dos artigos de acesso aberto. A verificação dessa diferença, apresentada nos resultados, foi realizada antes de qualquer análise substantiva e condiciona todos os números apresentados.

Os domínios de desfecho foram representados por disjunções próprias, declaradas integralmente. A saúde física por physical health, somatic health, medical comorbidity e physical comorbidity. O autocuidado por self-care, self care, self-neglect, self neglect, health behaviour e health behavior. A adesão por treatment adherence, medication adherence, nonadherence e non-adherence. O rastreamento por screening, screening tool e screening instrument. A atenção primária por primary care, general practice, family medicine e primary health care. Os demais domínios por expressões correspondentes, igualmente declaradas.

A camada de registro administrativo foi obtida do Sistema de Informações Hospitalares do

Sistema Único de Saúde, por meio da aplicação de tabulação pública do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, no conjunto referente à morbidade hospitalar por local de residência do Brasil. Foram extraídas as internações do capítulo V da Classificação Estatística

Internacional de Doenças, relativo a transtornos mentais e comportamentais, desagregadas pela Lista de Morbidade empregada pela aplicação, para os arquivos mensais de janeiro de 2019 a agosto de 2026.

A integridade das extrações foi verificada por conferência aritmética interna. A soma dos oito grupos do capítulo coincidiu exatamente com o total informado pela aplicação, 1.850.595 internações, e a soma anual do grupo residual coincidiu com seu total, 137.723 internações. Os valores referentes a 2018 decorrem de internações cujo ano de atendimento antecede o arquivo de processamento e foram mantidos, com a ressalva de que não representam ano completo, assim como 2026, encerrado em agosto.

Uma limitação de fonte precisa ser declarada com clareza. A camada normativa, relativa à regulamentação das apostas no Brasil, não pôde ser consultada em fonte primária durante a janela de realização desta pesquisa, por indisponibilidade de acesso aos repositórios oficiais de legislação e ao diário oficial no período. Por essa razão, as referências ao marco regulatório neste artigo apoiam-se exclusivamente em literatura revisada por pares que o analisa, e nenhuma afirmação sobre o conteúdo literal de dispositivos legais é feita.

Quatro limitações adicionais aplicam-se aos resultados. A primeira é que as contagens registram a menção de termos em título ou resumo, medindo a atenção da literatura e não a quantidade nem a qualidade da evidência. A segunda é que foi consultada uma única base, ainda que agregadora. A terceira é que os domínios não são mutuamente exclusivos. A quarta é que a ausência de desagregação de um diagnóstico no sistema hospitalar não significa ausência de casos, mas impossibilidade de identificá-los naquele instrumento.

Por se tratar de pesquisa com dados secundários agregados, de domínio público e sem identificação de indivíduos, o estudo dispensa apreciação por comitê de ética em pesquisa. Registre-se ainda que este artigo não constitui orientação diagnóstica nem terapêutica e não propõe conduta clínica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O MAPA DA LITERATURA E O ARTEFATO DA BUSCA EM TEXTO COMPLETO

A consulta de referência identificou 5.597 registros sobre transtorno do jogo indexados até 19 de outubro de 2026, considerando menção em título ou resumo. A verificação do efeito da restrição de

campo mostrou diferença expressiva: a expressão gambling disorder recupera 4.023 registros na busca padrão e 1.482 quando restrita a título e resumo, redução de quase dois terços.

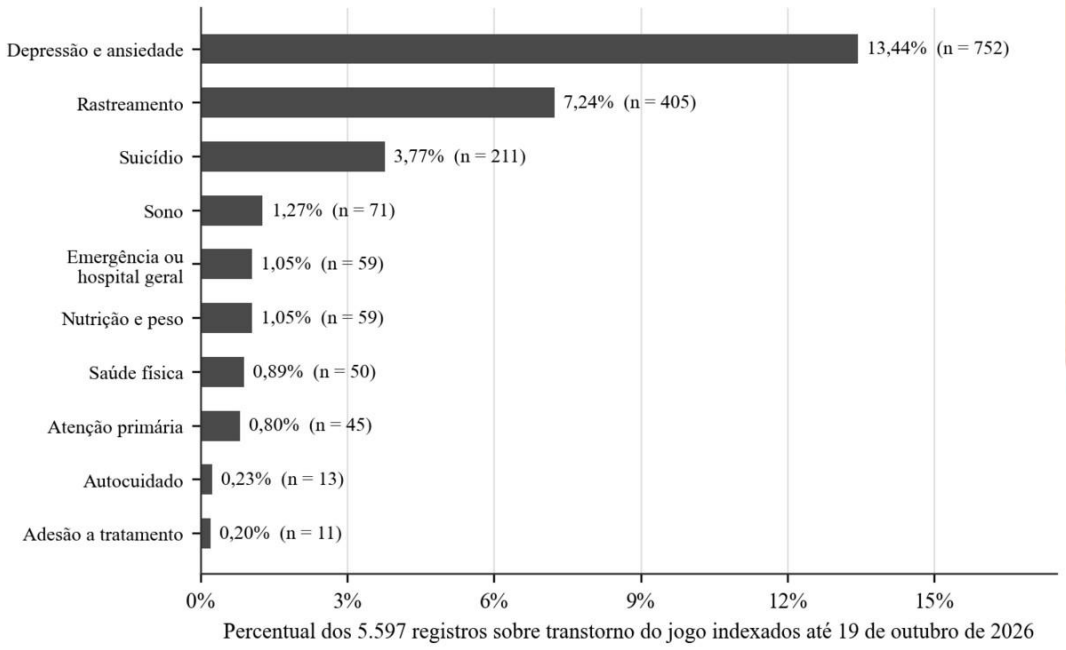
A distribuição dos 5.597 registros entre os domínios examinados está apresentada na Figura 1 e na Tabela 1.

Tabela 1. Registros por domínio de desfecho na base de 5.597 registros sobre transtorno do jogo

Domínio	Registros	% da base	Razão para depressão e ansiedade
Depressão e ansiedade	752	13,44	1,0
Rastreamento	405	7,24	1,9
Suicídio	211	3,77	3,6
Sono	71	1,27	10,6
Emergência ou hospital geral	59	1,05	12,7
Nutrição e peso	59	1,05	12,7
Saúde física	50	0,89	15,0
Atenção primária	45	0,80	16,7
Autocuidado	13	0,23	57,8
Adesão a tratamento	11	0,20	68,4

Fonte: elaboração própria a partir de consultas à base Europe PMC restritas a título e resumo, realizadas em 19 de outubro de 2026.

Figura 1. Distribuição dos registros sobre transtorno do jogo por domínio de desfecho



Os domínios não são mutuamente exclusivos.

Fonte: elaboração própria a partir de consultas à base Europe PMC restritas a título e resumo, realizadas em 19 de outubro de 2026.

O perfil da literatura é inequívoco. A atenção concentra-se na comorbidade psiquiátrica, com 752 registros relativos a depressão e ansiedade, correspondentes a 13,44% da base, e no desfecho de

maior gravidade, com 211 registros sobre suicídio. O rastreamento aparece em 405 registros, segunda posição, o que indica preocupação consolidada com a identificação de casos.

A queda ocorre precisamente nos domínios que a avaliação médica geral mobilizaria. A saúde física comparece em 50 registros, a atenção primária em 45, o autocuidado em 13 e a adesão a tratamento em 11. A razão entre o domínio mais estudado e o menos estudado é de aproximadamente 68 para 1.

Antes de prosseguir, convém explicitar o critério que orientou a escolha dos domínios, pois dele depende a leitura dos resultados. Os domínios foram definidos a partir do raciocínio de quem conduz uma consulta de atenção geral, e não a partir das divisões consagradas da pesquisa em dependências. Interessava saber se a literatura informa sobre o que esse profissional observa: se o paciente comparece, se toma a medicação prescrita, se mantém rotinas de sono e alimentação e se apresenta repercussão física do comportamento.

Essa escolha explica por que domínios centrais na pesquisa especializada, como fatores de risco neurobiológicos ou eficácia de psicoterapias específicas, não foram examinados. Sua ausência deste artigo não implica juízo sobre sua importância, apenas que não compõem a pergunta formulada, que é a do médico não especialista diante de um paciente cujo comportamento de aposta pode estar comprometendo o cuidado com a própria saúde.

A participação brasileira na base é de 70 registros, ou 1,25%, valor modesto para um país que ampliou substantivamente a oferta legal de apostas no período recente.

4.2 OS CRUZAMENTOS DECISIVOS PARA A AVALIAÇÃO MÉDICA

Contagens por domínio isolado podem superestimar a disponibilidade de conhecimento aplicável, pois um registro classificado em rastreamento pode referir-se a instrumentos aplicados em serviços especializados de dependência, sem utilidade para o médico generalista. O exame dos cruzamentos corrige essa superestimação e produz o resultado central deste artigo, sintetizado na Tabela 2.

Tabela 2. Cruzamentos entre domínios relevantes para a avaliação médica geral

Cruzamento examinado	Registros	Observação
Rastreamento e atenção primária	21	Instrumentos aplicáveis ao generalista
Rastreamento e emergência ou hospital geral	7	Identificação em contexto agudo
Apostas online e saúde física, autocuidado ou atenção primária	4	Base de 944 registros sobre apostas online
Autocuidado e saúde física	0	Objeto nomeado no título deste artigo

Fonte: elaboração própria a partir de consultas à base Europe PMC restritas a título e resumo, realizadas em 19 de outubro de 2026.

Em toda a literatura indexada, 21 registros associam rastreamento do transtorno do jogo à atenção primária e 7 o associam a contextos de emergência ou hospital geral. São esses os dois cenários em que o paciente com comportamento compulsivo de aposta tem maior probabilidade de ser visto por um médico que não é especialista em dependências.

O cruzamento entre autocuidado e saúde física não recupera registro algum. A pergunta formulada no título deste artigo, sobre a relação entre compulsão de aposta e negligência do autocuidado com repercussão sobre a saúde física, não possui literatura indexada que a enfrente diretamente nos termos empregados.

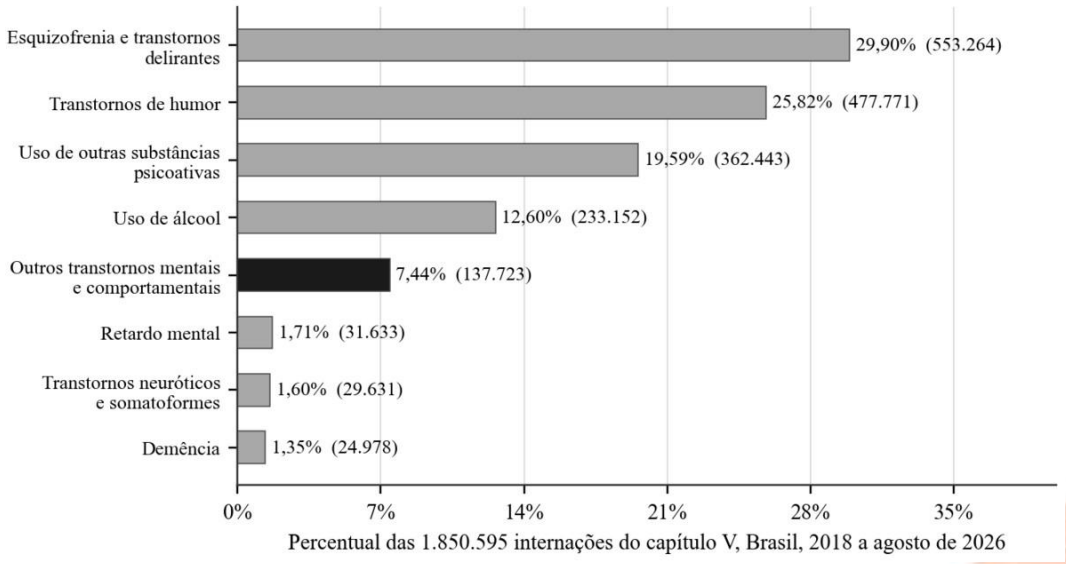
O contraste com o volume da literatura sobre apostas online acentua o diagnóstico. Há 944 registros sobre jogo e apostas em ambiente digital, campo que cresceu com a difusão dessas plataformas. Desses, apenas 4 mencionam saúde física, autocuidado ou atenção primária. A expansão do objeto de estudo não se traduziu em expansão da perspectiva clínica geral.

A série anual confirma que não se trata de atraso a ser superado pelo crescimento do campo. Entre 2015 e 2026 o volume anual manteve-se estável, oscilando entre 256 e 343 registros por ano, sem tendência de crescimento apesar da expansão global da oferta de apostas. O subconjunto que menciona saúde física, autocuidado ou atenção primária variou entre 1 e 8 registros por ano em todo o período, sem qualquer sinal de ampliação.

4.3 A INVISIBILIDADE ADMINISTRATIVA DO TRANSTORNO

A segunda fonte disponível ao médico é o registro do sistema de saúde, e seu exame produz resultado convergente. O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde classifica as internações do capítulo de transtornos mentais e comportamentais segundo uma lista de morbidade composta por oito grupos. A Figura 2 apresenta sua composição.

Figura 2. Composição das internações do capítulo de transtornos mentais e comportamentais, Brasil, 2018 a agosto de 2026



O grupo destacado é aquele em que se classifica o jogo patológico.
Fonte: elaboração própria a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, morbidade hospitalar por local de residência, consultado em 19 de outubro de 2026.

Os oito grupos disponíveis são demência, transtornos por uso de álcool, transtornos por uso de outras substâncias psicoativas, esquizofrenia e transtornos delirantes, transtornos de humor, transtornos neuróticos e somatoformes, retardo mental e outros transtornos mentais e comportamentais. O jogo patológico, codificado como F63.0 na Classificação Estatística Internacional de Doenças, não possui grupo próprio e integra necessariamente o último deles.

Esse grupo residual acumulou 137.723 internações entre 2018 e agosto de 2026, correspondentes a 7,44% das 1.850.595 internações do capítulo. O grupo cresceu de 15.763 internações em 2019 para 22.374 em 2025, mas esse crescimento nada informa sobre o transtorno aqui examinado, pois a mesma categoria abriga transtornos da personalidade, transtornos alimentares, disfunções sexuais não orgânicas e demais condições sem grupo próprio.

Tabela 3. Internações do grupo residual e do capítulo V por ano, Brasil

Ano	Grupo residual	Capítulo V	Participação do residual (%)
2019	15.763	237.225	6,64
2020	13.255	196.363	6,75
2021	13.909	205.000	6,78
2022	16.656	227.038	7,34
2023	19.167	252.917	7,58
2024	20.876	261.777	7,97
2025	22.374	281.257	7,96

Os anos de 2018 e 2026 foram omitidos por não corresponderem a períodos completos. A soma dos oito grupos coincide com o total informado pela aplicação.

Fonte: elaboração própria a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, consultado em 19 de outubro de 2026.

A participação do grupo residual no capítulo cresceu de forma consistente, de 6,64% em 2019 para 7,96% em 2025, com elevação em todos os anos da série exceto o último, estável em relação ao anterior. Esse crescimento significa que uma fração cada vez maior das internações psiquiátricas brasileiras é classificada em uma categoria que não identifica o diagnóstico, tendência que agrava, e não atenua, o problema de visibilidade aqui descrito.

A comparação interna ao capítulo torna o problema mais nítido e revela sua origem taxonômica. Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool possuem grupo próprio, com

233.152 internações, ou 12,60% do capítulo, e os devidos ao uso de outras substâncias psicoativas também, com 362.443 internações, ou 19,59%. Somadas, as dependências químicas com grupo próprio respondem por 32,18% das internações do capítulo.

O transtorno do jogo, por sua vez, não possui grupo próprio, embora as classificações diagnósticas internacionais vigentes o situem entre os transtornos aditivos, ao lado precisamente daquelas duas categorias. A lista de morbidade empregada pelo sistema hospitalar brasileiro reflete, nesse ponto, uma taxonomia anterior à reclassificação, na qual o jogo patológico figurava entre os transtornos do controle dos impulsos e podia razoavelmente ser agrupado com condições heterogêneas. A defasagem não é meramente nominal. Ela produz consequência prática verificável: duas dependências recebem contagem própria e uma terceira, reconhecida como da mesma natureza, permanece indistinguível. Qualquer comparação entre as três, que seria o exercício natural para

dimensionar a carga relativa das dependências no país, é impossível com o instrumento atual.

A consequência é precisa e não depende de interpretação. É impossível, a partir do sistema nacional de internações, estabelecer quantos pacientes foram internados com transtorno do jogo, em

que serviços, com que duração ou com que desfecho. O diagnóstico existe na classificação internacional e não existe na estatística hospitalar brasileira como categoria recuperável.

Essa limitação contrasta com o que a literatura internacional demonstra ser possível. Estudos dinamarqueses vincularam registros administrativos para examinar comorbidade, criminalidade e custos de pacientes tratados pelo transtorno (VESTERGAARD *et al.*, 2023), e protocolos recentes propõem coortes retrospectivas de dez anos a partir de registros clínicos (HÅKANSSON *et al.*, 2026). Essas investigações dependem de sistemas que preservam a identificação do diagnóstico, condição que o instrumento brasileiro examinado não satisfaz.

4.4 IMPLICAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO MÉDICA

A convergência das duas lacunas define a situação do médico que atende esse paciente. Ele não dispõe de literatura que descreva como a compulsão de aposta afeta o autocuidado e a adesão, pois esse objeto reúne 13 e 11 registros respectivamente, e não dispõe de estatística nacional que lhe permita dimensionar o problema em sua população, pois o diagnóstico não é recuperável no sistema hospitalar. A primeira implicação é que a suspeição clínica não pode ser orientada por parâmetros publicados. Diante de um paciente com controle inadequado de condição crônica, faltas recorrentes a consultas ou interrupção de medicação, o médico não encontra na literatura estimativa da contribuição do comportamento de aposta para esse quadro, nem instrumento validado para o contexto em que

atende, dado que apenas 21 registros associam rastreamento à atenção primária.

A segunda implicação é de ordem prática e aponta para o que pode ser feito com o que existe. Os 405 registros sobre rastreamento referem-se majoritariamente a instrumentos desenvolvidos e validados em contextos especializados. A questão aberta não é a inexistência de instrumentos, mas a ausência de estudos sobre seu desempenho quando aplicados por generalistas a pacientes que não procuraram atendimento por queixa relacionada ao jogo.

A terceira implicação diz respeito ao registro. A impossibilidade de recuperar o diagnóstico na estatística hospitalar decorre da estrutura da lista de morbidade empregada, e não da ausência de código na classificação internacional. Trata-se, portanto, de limitação de desenho do instrumento estatístico, suscetível de correção sem alteração da classificação diagnóstica, mediante desagregação do grupo residual.

Uma observação adicional emerge do contraste entre domínios da literatura. O desfecho suicida reúne 211 registros, quase vinte vezes mais que o autocuidado, com 13. Essa proporção é compreensível, pois o risco de morte justifica prioridade de investigação, mas tem efeito colateral sobre a prática clínica geral. A literatura disponível orienta o médico a reconhecer o risco agudo e

grave, e quase nada lhe diz sobre o manejo cotidiano de um paciente que não está em crise e cujo comportamento de aposta erode lentamente a capacidade de cuidar da própria saúde.

É esse paciente, e não o de risco iminente, que ocupa a maior parte das consultas de atenção geral. A assimetria da literatura reproduz, assim, a assimetria clássica entre a urgência e a cronicidade, com a diferença de que, no caso examinado, a vertente crônica não foi apenas menos estudada: foi praticamente não estudada, com 13 e 11 registros nos dois domínios centrais.

A quarta implicação é de prudência interpretativa, e vale tanto para este artigo quanto para quem o leia. Nada do que foi apurado demonstra que a compulsão de aposta não afete o autocuidado. O que foi demonstrado é que essa relação não foi estudada nos termos aqui pesquisados e que o sistema de registro não permite examiná-la com dados brasileiros. Ausência de literatura não é evidência de ausência de fenômeno, e seria erro grave converter uma em outra.

Resta indicar o que o médico pode fazer com o que existe, sem exceder o que os dados sustentam. A literatura sobre comorbidade psiquiátrica é robusta e indica que pacientes com transtorno do jogo apresentam frequentemente depressão, ansiedade e uso de substâncias (SHARMA; WEINSTEIN, 2025). Essa associação, bem estabelecida, autoriza a inclusão da pergunta sobre comportamento de aposta na avaliação de pacientes que já apresentam essas condições, caminho inverso ao do rastreamento universal e apoiado em evidência disponível.

A noção de dano relacionado ao jogo, mais ampla que a do transtorno diagnosticável (ABBOTT, 2020), oferece segundo apoio. Ela desloca a pergunta clínica de um limiar diagnóstico, que o generalista não está habilitado a aferir, para a verificação de consequências concretas, como endividamento, conflito familiar ou abandono de rotinas, que são observáveis em consulta e cuja presença justifica encaminhamento independentemente da classificação formal.

Cabe registrar, por fim, que o contexto brasileiro torna essa lacuna mais consequente do que seria em outras circunstâncias. A ampliação da oferta legal de apostas documentada pela literatura jurídica nacional (MAIA; FREIRE, 2025) e a difusão de modalidades de amplo alcance popular (REIS *et al.*, 2025) sugerem aumento da população exposta, justamente no momento em que o país dispõe de 70 registros indexados sobre o tema e de nenhuma estatística hospitalar desagregada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo examinou o que a literatura científica e os registros do sistema de saúde oferecem ao médico que precisa avaliar um paciente com comportamento compulsivo de aposta, em especial quanto à repercussão desse comportamento sobre o autocuidado.

A literatura indexada sobre transtorno do jogo reúne 5.597 registros e concentra-se na comorbidade psiquiátrica, com 752 registros sobre depressão e ansiedade, e no desfecho suicida, com 211. Os domínios mobilizados pela avaliação médica geral são residuais: 50 registros sobre saúde física, 45 sobre atenção primária, 13 sobre autocuidado e 11 sobre adesão a tratamento.

Os cruzamentos confirmam e aprofundam o diagnóstico. Apenas 21 registros associam rastreamento a atenção primária e 7 a contextos de emergência ou hospital geral. O cruzamento entre autocuidado e saúde física, que corresponde ao objeto nomeado no título deste trabalho, não recupera registro algum. Dos 944 registros sobre apostas em ambiente digital, apenas 4 mencionam saúde física, autocuidado ou atenção primária.

A série anual mostra que a lacuna não está em vias de ser preenchida: o volume anual manteve-se entre 256 e 343 registros ao longo de doze anos, sem crescimento, e o subconjunto de interesse clínico geral oscilou entre 1 e 8 registros por ano, sem tendência.

No registro administrativo brasileiro, o jogo patológico não é recuperável. A lista de morbidade do sistema hospitalar divide o capítulo de transtornos mentais em oito grupos, e o diagnóstico integra o grupo residual, que acumulou 137.723 internações entre 2018 e agosto de 2026, 7,44% do capítulo, ao lado de condições heterogêneas. Não é possível, com esse instrumento, dimensionar internações, duração ou desfechos associados ao transtorno.

A conclusão que o conjunto autoriza é circunscrita. A avaliação médica desse paciente opera, hoje, sem literatura dirigida ao seu contexto de atendimento e sem estatística nacional que permita dimensionar o problema. Essa constatação não autoriza afirmar que a compulsão de aposta não comprometa o autocuidado, afirmação para a qual não há base, mas identifica com precisão onde a base ausente teria de ser construída.

Convém registrar o que a abordagem adotada não é capaz de captar, para que a conclusão não seja lida como mais forte do que é. A contagem por expressões em título e resumo não identifica estudos em que o autocuidado tenha sido medido como desfecho secundário e não mencionado no resumo, nem estudos publicados em periódicos de língua portuguesa com indexação parcial na base

consultada. A ordem de grandeza encontrada, com 13 e 11 registros, torna improvável que esses casos alterem a conclusão qualitativa, mas eles existem e podem elevar os valores absolutos.

As limitações do estudo foram declaradas no percurso metodológico e delimitam o alcance das conclusões: as contagens medem atenção da literatura e não qualidade de evidência; foi consultada uma única base; os domínios não são mutuamente exclusivos; a ausência de desagregação no sistema hospitalar não significa ausência de casos; e a camada normativa não pôde ser consultada em fonte

primária durante a janela da pesquisa, razão pela qual nenhuma afirmação sobre o conteúdo literal de dispositivos legais foi feita.

Vale notar que a desproporção encontrada não se explica pelo tamanho do campo. Com 5.597 registros, a literatura sobre transtorno do jogo não é pequena, e comporta subcampos consolidados, como o do rastreamento, com 405 registros, e o da comorbidade psiquiátrica, com 752. O que se observa não é um campo incipiente em que tudo falta, mas um campo maduro cuja maturidade se distribuiu de modo acentuadamente desigual, deixando sem cobertura justamente a interface com a medicina geral.

Essa distinção importa para o encaminhamento prático. Em campo incipiente, a recomendação cabível seria estimular pesquisa em geral. Em campo maduro e desigualmente distribuído, a recomendação cabível é específica: dirigir esforço à interface desatendida, aproveitando instrumentos e conhecimento já disponíveis no núcleo consolidado, em vez de reconstruí-los.

Três agendas decorrem do que foi apurado. A primeira é a investigação empírica da relação entre comportamento compulsivo de aposta e indicadores objetivos de autocuidado, como adesão medicamentosa e comparecimento a consultas, em pacientes com condições crônicas. A segunda é a avaliação do desempenho de instrumentos de rastreamento existentes quando aplicados por generalistas em população não selecionada. A terceira é a desagregação do grupo residual na lista de morbidade hospitalar, medida de baixo custo técnico que tornaria o transtorno visível na estatística nacional e viabilizaria as duas agendas anteriores.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, Max W. The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. Public Health, v. 184, p. 41-45, 2020. DOI: 10.1016/j.puhe.2020.04.003. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.04.003. Acesso em: 19 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS: morbidade hospitalar por local de residência, Brasil. Brasília, DF: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2026. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftoh tm.exe?sih/cnv/nrbr.def. Acesso em: 19 out. 2026.

EUROPE PMC CONSORTIUM. Europe PMC: base de literatura em ciências da vida. Hinxton: European Bioinformatics Institute, 2026. Disponível em: https://europepmc.org. Acesso em: 19 out. 2026.

HÅKANSSON, Anders; KARLSSON, Anna. Suicide attempt in patients with gambling disorder: associations with comorbidity including substance use disorders. Frontiers in Psychiatry, v. 11, 2020. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.593533. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.593533. Acesso em: 19 out. 2026.

HÅKANSSON, Anders; RAHIM, Yassir Abdul; MILES, Molly; WIDINGHOFF, Carolina. Study protocol: seeking treatment for gambling, a 10-year retrospective clinical and register study. Harm Reduction Journal, v. 23, n. 1, 2026. DOI: 10.1186/s12954-026-01565-0. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12954-026-01565-0. Acesso em: 19 out. 2026.

MAGNAGO, Walaci; RAMOS, Aline Marques; PIRES, Helicy Loss; SANTOS, Leomar Vanderlei Rodrigues dos. A dependência digital: como o celular está influenciando o comportamento dos estudantes. LUMEN ET VIRTUS, v. 15, n. 40, p. 4805-4809, 2024. DOI: 10.56238/levv15n40-061.

Disponível em: https://doi.org/10.56238/levv15n40-061. Acesso em: 19 out. 2026.

MAIA, Dilaine Simões; FREIRE, Antonio Carlos Pantoja. Regulamentação das apostas esportivas online bets no Brasil: análise contemporânea após a Lei 14.790/23. ARACÊ, v. 7, n. 6, p. 32986-33006, 2025. DOI: 10.56238/arev7n6-227. Disponível em: https://doi.org/10.56238/arev7n6-227. Acesso em: 19 out. 2026.

REIS, Rosane Pereira dos; MACHADO, Mickaelly da Silva; CALHEIROS, Renée Leão; NICÁCIO, Otacylio Fernando Marinho Rodrigues. Jogo do tigrinho e os perigos da dependência em jogos de azar. ARACÊ, v. 7, n. 8, p. e7159, 2025. DOI: 10.56238/arev7n8-081. Disponível em: https://doi.org/10.56238/arev7n8-081. Acesso em: 19 out. 2026.

SANCHES, Chayra Emylly Valente; SILVA JUNIOR, Humberto Farias da. A responsabilidade civil dos influenciadores digitais na publicidade de apostas esportivas. ARACÊ, v. 8, n. 5, p. e13259, 2026. DOI: 10.56238/arev8n5-126. Disponível em: https://doi.org/10.56238/arev8n5-126. Acesso em: 19 out. 2026.

SHARMA, Rishi; WEINSTEIN, Aviv. Gambling disorder comorbidity: a narrative review. Dialogues in Clinical Neuroscience, v. 27, n. 1, p. 1-18, 2025. DOI: 10.1080/19585969.2025.2484288. Disponível em: https://doi.org/10.1080/19585969.2025.2484288. Acesso em: 19 out. 2026.

SILVA, Júlia Freitas Aprígio da; DIAS JÚNIOR, Clóvis Marques. Responsabilidade dos influenciadores digitais por divulgação de jogos de azar. LUMEN ET VIRTUS, v. 16, n. 47, p. 4163-

4176, 2025. DOI: 10.56238/levv16n47-088. Disponível em: https://doi.org/10.56238/levv16n47-088. Acesso em: 19 out. 2026.

SUTIL, Émeli Kruchelski; CASTRO, Jéssica de. Apostas online x investimentos: uma análise comparativa. ARACÊ, v. 7, n. 12, p. e11000, 2025. DOI: 10.56238/arev7n12-133. Disponível em: https://doi.org/10.56238/arev7n12-133. Acesso em: 19 out. 2026.

VESTERGAARD, Søren Viborg; ULRICHSEN, Sinna Pilgaard; DAHL, Christian Møller; MARCUSSEN, Thomas; CHRISTIANSEN, Christian Fynbo. Comorbidity, criminality, and costs of patients treated for gambling disorder in Denmark. Journal of Gambling Studies, v. 39, n. 4, p. 1765-1780, 2023. DOI: 10.1007/s10899-023-10255-6. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10899-023-10255-6. Acesso em: 19 out. 2026.