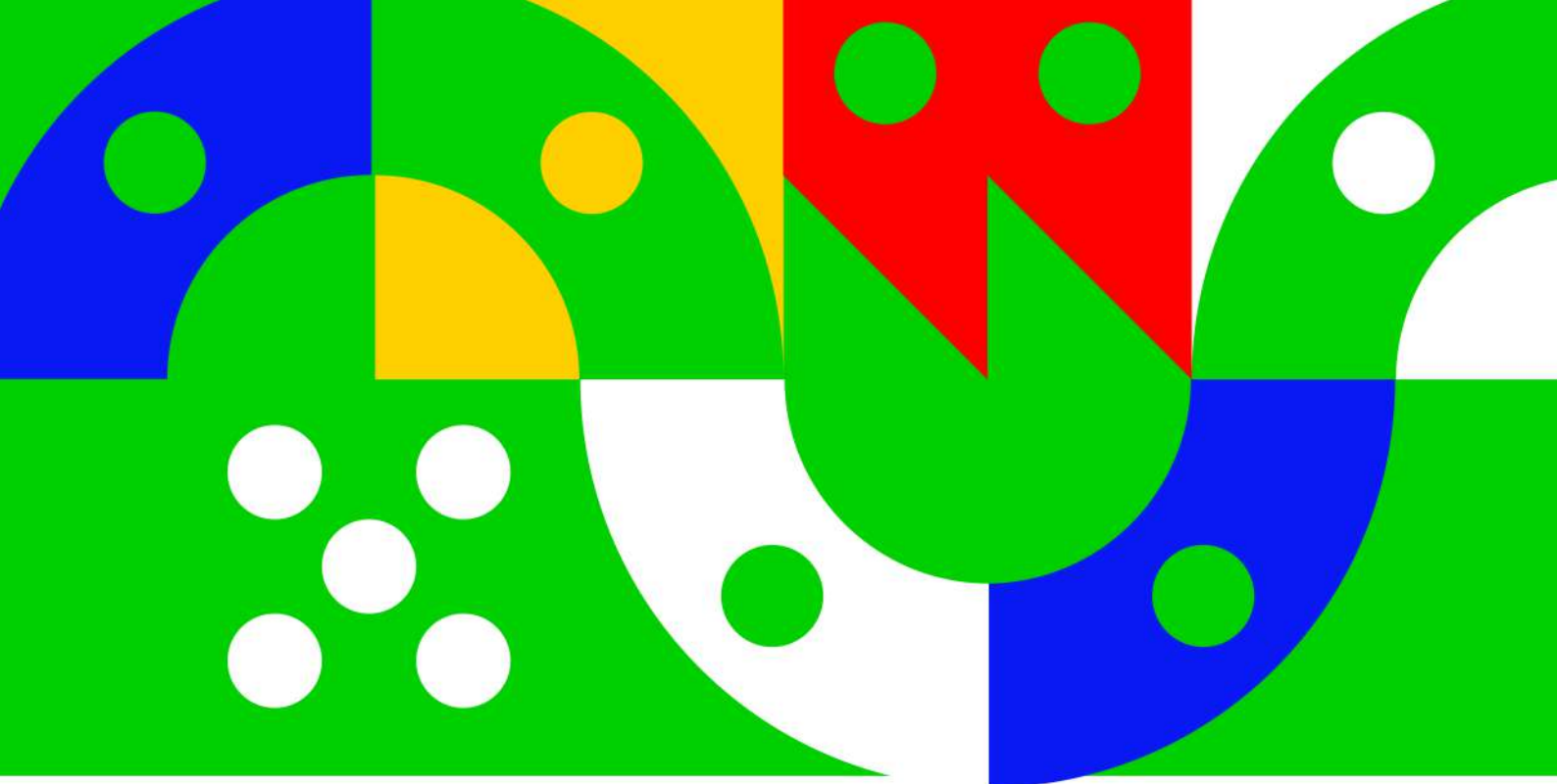




MINISTÉRIO DA SAÚDE

Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas **Relacionados** **a Jogos de Apostas**

Orientações práticas para o acolhimento, acompanhamento e cuidado de pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e das ações intersetoriais



Brasília – DF
2026

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

Orientações práticas para o acolhimento, acompanhamento e cuidado de pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e das ações intersetoriais



**Brasília – DF
2026**

2026 Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.



A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

1ª edição – 2026 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Saúde Mental, Álcool e
outras Drogas (Desmad)
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede,
9º andar, ala sul
CEP: 70058-900 – Brasília-DF
Site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/Saes/Desmad>
E-mail: saudemental@saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretário de Atenção Especializada do Ministério da Saúde:

Mozart Julio Tabosa Sales

Diretor do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas:
Marcelo Kimati Dias

Coordenadora-Geral de Gestão do Cuidado de Usuários de Álcool e Outras Drogas:
Gabriella de Andrade Boska

Elaboração:

Ana Carolina da Conceição
Daniel Duba Silveira Elia
Felipe Freddo Breunig
Francisco Cordeiro
Marília Mastrocolla de Almeida
Nathalia Nakano Telles
Rafael Figueiredo de Ávila

Organização:

Departamento de Saúde Mental, Álcool e
outras Drogas (Desmad)

Colaboração:

Barbara Rahn
Bianca Gonçalves de Almeida Pereira
Calvin Batista Campos
Claudete Raimundo da Silva
Daniela Piconez Trigueiros
Gustavo Guazzelli Nanni
Henrique Almeida Silva Galvão
Julia Monteiro Schenkel
Luciana Pelucio Ferreira
Letícia de Amorim Mota Coelho
Juliana Azevedo Fernandes

Colaboração do diálogo deliberativo:

Ana Maria Nascimento Jardim
Carolina de Sena Sousa
Cecilia Biasibetti Soster
Cinthia Matilde Oliveira Brasil Pereira
Crislany Barbosa de Melo
Flávio Álvares
Iaciara Mendes de Alcântara
Jarissa Porto dos Santos
Luan Ruiz Ramos da Silva
Lucas Gomes Nóbrega
Luiza Bohnen Souza
Marcelo Ribeiro de Araújo
Marina Fernandes dos Santos
Mychele Capellini Moris
Paula Gonçalves Filippin
Rafaela de Queiroga Freitas Porto Carneiro
Thiago Blanco Vieira
Vinicius Oliveira de Andrade
William Augusto

Design editorial:

Lígia Uchôa
Mauricio Euclydes de Lima e Borges

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão:

Luana Gonçalves – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

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

Guia de cuidado para pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas : orientações práticas para o acolhimento, acompanhamento e cuidado de pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e das ações intersetoriais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2026.

73 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidado_problemas_jogos_apostas.pdf

ISBN

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

CDU
615.015.6

Catalogação na fonte – Bibliotecário: Delano de Aquino Silva – CRB 1/1993 – Editora MS/CGDI – OS 2025/0593

Título para indexação:

Care guide for people with gambling-related problems

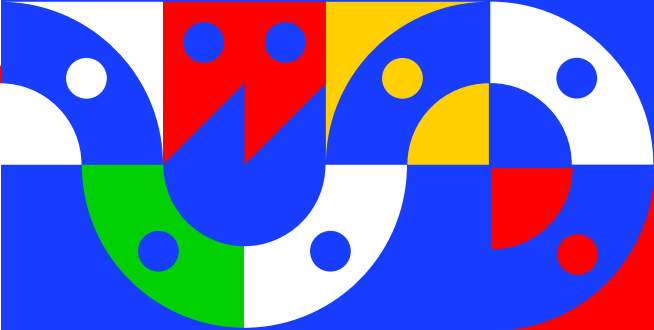


SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1 CONTEXTUALIZAÇÃO	9
1.1 determinantes comerciais da saúde.....	10
1.2 Impacto na saúde	10
2 OBJETIVOS DO GUIA DE CUIDADO	12
3 TIPOS DE JOGOS DE APOSTAS	13
3.1 Entre brincar, jogar e apostar.....	13
3.2 Tipologia dos jogos e apostas	14
3.2.1 Jogos lúdicos e educativos	14
3.2.2 Jogos eletrônicos e on-line	14
3.2.3 Jogos com microtransações e recompensas aleatórias (<i>loot boxes</i>)	14
3.2.4 “Jogos de azar” ou apostas informais.....	15
3.2.5 Apostas esportivas e cassinos virtuais.....	15
4 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NAS SITUAÇÕES RELACIONADAS A JOGOS DE APOSTAS	17
4.1 Organização do cuidado.....	19
4.2 Acolhimento	19
5 TERRITORIALIDADE, INTERSECCIONALIDADE E REDUÇÃO DE DANOS: FUNDAMENTOS DO CUIDADO NA RAPS.....	23
5.1 RESPONSABILIDADE DOS DISPOSITIVOS POR TERRITÓRIOS	23
5.1.1 Território como espaço de pertencimento.....	23
5.1.2 Dimensões da territorialidade	24
5.2 Interseccionalidades.....	25
5.3 Redução de danos.....	26
6 O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS.....	29
6.1 O que é o PTS	29
6.2 Princípios orientadores do PTS.....	29
6.4 Estrutura e etapas do PTS	30
6.4.1 Diagnóstico situacional.....	31

6.4.2 Definição de metas e prioridades	31
6.4.3 Ações terapêuticas e estratégias de cuidado	32
6.4.4 Avaliação e replanejamento	33
6.5 Estratégias de apoio à construção do PTS 2	
6.6 O PTS e o cuidado das pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas	34
7 AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL, IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS E REGISTRO DO CUIDADO	35
7.1 Sinais de alerta	35
7.2 Padrões de comportamento problemático associados aos jogos de apostas..36	
7.3 Avaliação psicossocial.....	36
7.3.1 Objetivo	37
7.3.2 Dimensões da avaliação	37
7.4 Instrumentos de apoio à avaliação psicossocial.....	38
7.5 Integração do cuidado: apostas, álcool e outras drogas.....	39
7.6 Integração da avaliação psicossocial com o PTS	39
7.7 Classificação de risco e diagnóstica	39
7.8 Registros em saúde: finalidade, relevância e referências normativas.....	40
8 PAPEL DOS DISPOSITIVOS DA RAPS E SUAS AÇÕES NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS A JOGOS DE APOSTAS.....	42
8.1 Atenção Primária à Saúde – APS.....	42
8.1.1 Identificação de casos e acompanhamento longitudinal.....	43
8.1.2 Ações no território.....	43
8.1.3 Acolhimento e cuidado em saúde mental	44
8.2 Equipes multiprofissionais – eMulti	44
8.2.1 Integração com caps e eMulti	45
8.2.2 Suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial à APS	45
8.2.3 Matriciamento e apoio à rede	45
8.2.4 Articulação com outras políticas públicas	46
8.3 Centros de atenção psicossocial – Caps.....	46
8.3.1 Acolhimento	46
8.3.2 Acolhimento noturno	46
8.3.3 Atendimento aos casos mais graves.....	47
8.3.4 Matriciamento e articulação em rede.....	48
8.3.5 Panorama da trajetória do cuidado – Caps.....	48

8.4 Unidades de acolhimento (UAA E UAI)	48
8.4.1 Moradia transitória e apoio intensivo ao PTS.....	49
8.4.2 Indicações de acolhimento	49
8.5 leitos de saúde mental em hospitais gerais.....	50
8.5.1 Atenção à crise e situações de risco de suicídio ou comorbidades clínicas.....	50
8.6 Centros de Convivência – CECOS.....	50
8.6.1 Cultura	51
8.6.2 Trabalho e renda	51
8.6.3 Integração com a sociedade e o território	51
8.7 Rede de Urgência e Emergência – RUE	51
8.7.1 Situações de crise e risco	52
8.7.2 Atuação do Samu	53
8.7.3 Atuação das UPA e prontos-socorros	53
8.7.4 Integração RUE– Raps	54
8.8 A Rede como circuito contínuo de cuidado.....	54
princípios de funcionamento da Raps	54
9 FLUXO DE IDENTIFICAÇÃO, ACOLHIMENTO E REFERENCIAMENTO NA RAPS PARA PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS AOS JOGOS DE APOSTAS	55
10 CASOS HIPOTÉTICOS E SITUAÇÕES DE CUIDADO NA REDE	57
10.1 CASO 1 – Adulta em crise financeira e risco de vida.....	57
10.2 CASO 2 – Idoso com endividamento e sintomas depressivos	58
10.3 CASO 3 – adolescente que iniciou no jogo de aposta por influência de rede social	58
10.4 CASO 4 – Homem que perde o emprego e inicia jogo de apostas e uso de álcool.....	59
10.5 CASO 5 – ADULTA EM CRISE EM CIDADE DE PEQUENO PORTE	60
REFERÊNCIAS	62
ANEXOS.....	67
ANEXO A – Orientações para avaliação psicossocial	67
ANEXO B – Autoteste de jogo.....	69
ANEXO C – PGSI – Índice de gravidade do jogo problemático (<i>problem gambling severity index</i>)....	70
ANEXO D – Escala de dependência de jogos para adolescentes – Esdeje	71



APRESENTAÇÃO

O Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas foi elaborado pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Desmad), da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) do Ministério da Saúde, com o objetivo de apoiar gestoras, gestores, trabalhadoras e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

O documento surge do compromisso coletivo de compreender e cuidar das novas formas de sofrimento psíquico que emergem no contexto contemporâneo, como os problemas relacionados aos jogos de apostas e sua relação com o território digital. Mais do que reconhecer um fenômeno crescente, propõe qualificar o olhar, a escuta e o cuidado psicossocial das pessoas envolvidas, considerando os impactos na vida cotidiana, nos vínculos e na saúde pública.

Construído de forma colaborativa e interdisciplinar, o Guia contou com a contribuição de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) de todo o País, os quais compartilharam suas experiências e percepções sobre o tema em uma oficina nacional. O documento também foi submetido a um diálogo deliberativo com especialistas, pesquisadores, profissionais de serviços, da gestão e usuários da rede, consolidando uma construção alinhada às necessidades dos territórios.

Este Guia propõe um campo de reflexão e ação prática sobre o cuidado em saúde mental, enfatizando os princípios da integralidade, intersectorialidade, cuidado em liberdade e redução de danos. Para além de fortalecer as práticas já realizadas pela rede e que se mostram efetivas no cuidado da população, reconhece os jogos de apostas como um fenômeno social complexo que atravessa dimensões econômicas, tecnológicas, sociais, culturais e subjetivas, que demanda abordagens cada vez mais integradas.

Seguindo as diretrizes do SUS, da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e dos referenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), pretende-se orientar, no âmbito do SUS, o cuidado para a promoção da saúde, cuidado e reabilitação psicossocial de pessoas, familiares e redes de apoio que enfrentam problemas com os jogos de apostas.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Popularmente conhecidos, os "jogos de azar" fazem parte da cultura brasileira desde o período colonial, e mesmo com a proibição do Decreto-Lei n.º 43.688, de 3 de outubro de 1941, seguiram como um hábito comportamental brasileiro. Porém, nas últimas décadas, a expansão das tecnologias digitais transformou esse cenário e o surgimento dos jogos on-line e das plataformas de apostas esportivas introduziram novas formas de envolvimento com os "jogos de azar" e novos riscos.

Com a Lei n.º 13.756, de 12 de dezembro de 2018, que legalizou as apostas de quota fixa, e a Lei n.º 14.790, de 29 de dezembro de 2023, que consolidou a regulamentação do setor, o País passou a vivenciar uma expansão acelerada do mercado de apostas, acompanhada por publicidade intensa e fácil acesso por meio de dispositivos móveis (Brasil, 2018, 2023).

A Portaria SPA/MF n.º 1.231, de 31 de julho de 2024, incorporou à regulação a necessidade de prevenção e redução de danos à saúde mental, reconhecendo o tema como pauta de saúde pública.

Pesquisas recentes reforçam a relevância do fenômeno. O terceiro Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (INPAD, 2023) identificou que 25,9% dos brasileiros já jogaram ou apostaram alguma vez na vida, sendo as modalidades mais comuns as loterias (71,3%), os sites de apostas on-line (32,1%) e o jogo do bicho (28,9%). Entre os jogadores, 4,4% apresentaram alto risco de envolvimento problemático. Grupos socialmente vulneráveis – pessoas em situação de rua, populações indígenas, idosos, jovens, minorias étnicas e pessoas com histórico de transtorno mental ou uso de álcool e outras drogas – são mais suscetíveis aos efeitos negativos do jogo.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2024) reconhece os problemas com os jogos de apostas como um comportamento potencialmente prejudicial à saúde mental, com associação direta à ansiedade, à depressão, a outros comportamentos compulsivos e ao risco aumentado de suicídio e autolesão. A Organização Pan-Americana da Saúde – Opas (2023) alerta para seus efeitos sobre o bem-viver (Brasil, 2025) psicossocial, nas relações interpessoais e familiares, e sobre os impactos financeiros.

Em escala global, estima-se que 46,2% dos adultos e 17,9% dos adolescentes tenham jogado ou apostado no último ano (2024), e cerca de 8,7% das pessoas adultas que apostam sentem alguma consequência negativa, enquanto 1,4% sentem múltiplas consequências, tendo sua vida significativamente afetada pelos jogos e apostas. Na América Latina, a prevalência geral de pessoas que apostam é de 31,7% entre adultos (Tran *et al.*, 2024).

O número de atendimentos realizados no SUS pelos CID-10 F63.0 (Jogo Patológico) e Z726 (Mania de Jogo e Aposta) no período de janeiro de 2018 a maio de 2025 foi de 10.553, tendo um aumento de 104% no período analisado. Do total de atendimentos, 4.316 foram ambulatoriais (que inclui aqueles realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial – Caps) e 6.237 na Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2024, foram identificados 43% dos atendimentos realizados em mulheres e 57% em homens, com prevalência na faixa etária de 20 a 49 anos.

A projeção do Ministério da Saúde indica que o número de atendimentos seguirá aumentando, reforçando a necessidade de qualificação do cuidado e a ampliação da capacidade de resposta da Raps.

Esses dados reforçam a importância de se tratar o jogo e as apostas como tema de saúde pública, demandando estratégias integradas de cuidado, regulação e comunicação ética.

As experiências de países que já legalizaram os jogos de apostas (mais de 80% dos países no mundo) apontam: para que as políticas públicas se traduzam em ações abrangentes e efetivas, elas deverão ultrapassar a individualidade do problema e seguir para uma abordagem coletiva e de saúde pública (Ukhova , 2024).

Saiba mais sobre a história e contextualização dos jogos de apostas na ***Linha de Cuidado para as Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas***:

(<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/saude-e-fazenda-lancam-observatorio-brasil-saude-e-apostas-eletronicas-para-aco-es-integradas-de-prevencao-a-dependencia>).

1.1 Determinantes comerciais da saúde

Ao analisar os impactos dos jogos de apostas sobre a saúde mental, é fundamental considerar os Determinantes Comerciais da Saúde (DCS), conceito que se refere às estratégias empresariais e práticas de mercado que influenciam os comportamentos e condições de saúde da população (Kickbusch , 2016. OMS, 2023).

Os DCS envolvem ações de marketing, publicidade direcionada, design de produtos, patrocínios e políticas corporativas voltadas à ampliação do consumo de bens e serviços potencialmente nocivos, como álcool, tabaco, alimentos ultraprocessados e jogos de aposta (Moodie , 2013. Mckee. Stuckler, 2018). No caso das apostas, tais práticas se expressam em estratégias digitais de engajamento contínuo, recompensas imediatas, influenciadores e mecanismos de microtransações, que reforçam padrões de uso repetitivo e favorecem a dependência comportamental (OMS, 2023).

Compreender os DCS é essencial para identificar as forças econômicas e comunicacionais que moldam os riscos individuais e coletivos, e para orientar políticas públicas intersetoriais de regulação, prevenção e cuidado (OMS, 2016. Opas, 2020). Essa perspectiva amplia a compreensão das causas estruturais do sofrimento psíquico associado aos jogos de apostas, fortalecendo ações que priorizem a saúde pública e a proteção das pessoas frente aos interesses comerciais.

1.2 Impacto na saúde

Os impactos são diversos: há repercussões físicas (como insônia, problemas cardiovasculares, estresse crônico), psíquicas (ansiedade, depressão, pensamentos de morte, problemas com uso de álcool e outras drogas) e sociais (endividamento, rupturas familiares, conflitos, judicialização) (Pirdaus. Kalfin, 2024).

Estudos internacionais indicam que até 75% das pessoas com problemas com jogos de apostas apresentam algum outro transtorno mental (Håkansson , 2017. Szerman , 2022. Weinstock , 2008). Essas condições podem preceder os problemas com as apostas, ocorrer simultaneamente ou ser agravadas por elas, ampliando o sofrimento e a complexidade do cuidado.

Dessa forma, o cuidado deve incluir a avaliação de vulnerabilidades associadas, comorbidades presentes e fatores de risco, bem como estratégias de reconstrução de vínculos e projetos de vida (Kristensen , 2024).

O cuidado deve reconhecer que os problemas relacionados aos jogos de apostas não se resumem a uma questão individual e de saúde mental. Esses problemas se manifestam, ainda, como expressão de vulnerabilidades sociais, econômicas e culturais, demandando respostas territoriais, intersetoriais e baseadas na escuta e na corresponsabilidade.



2 OBJETIVOS DO GUIA DE CUIDADO

O Guia tem como objetivo oferecer orientações técnicas, conceituais e práticas para profissionais da Raps no acolhimento, acompanhamento e cuidado integral de pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas. Busca-se:

- Apoiar a identificação de sinais de problemas com os jogos de aposta, considerando os determinantes sociais, econômicos e culturais.
- Fornecer diretrizes para a escuta qualificada, avaliação e encaminhamento, fortalecendo a articulação entre os pontos da Raps e outros setores.
- Promover intervenções psicossociais baseadas em evidências, com foco na redução de danos, promoção da saúde mental e autonomia das pessoas atendidas.
- Fortalecer as equipes multiprofissionais para que atuem de forma ética e livre de estigma, reconhecendo a complexidade do fenômeno.
- Estimular ações de prevenção e educação em saúde, fortalecendo redes familiares e comunitárias de apoio e fomentando políticas públicas de regulação e proteção frente à expansão dos jogos de apostas.

Síntese

Este Guia foi construído para apoiar gestores e gestoras, trabalhadoras e trabalhadores da Raps e dos serviços do SUS para uma abordagem ética, técnica e intersetorial diante dos impactos dos jogos de apostas sobre a saúde mental da população brasileira.

Sua leitura e aplicação devem servir como instrumento de formação, cuidado e gestão, favorecendo práticas de acolhimento, escuta e corresponsabilidade nos territórios.

3 TIPOS DE JOGOS DE APOSTAS

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

Entretanto, as transformações tecnológicas e o avanço das plataformas digitais alteraram profundamente essa experiência. A popularização dos jogos eletrônicos e on-line, a incorporação de sistemas de recompensa, as mecânicas de gamificação e a monetização dos ambientes virtuais criaram novas fronteiras entre o brincar, o jogar e o apostar (King, Delfabbro, 2019. OMS, 2022. Zendle. Cairns, 2019).

Assim, compreender a continuidade entre as formas de jogo e apostas, desde o contato infantil com os jogos eletrônicos até as apostas adultas, permite ao SUS atuar de forma educativa e terapêutica, construindo estratégias de cuidado adequadas para cada momento da vida.

Embora este documento reconheça a diversidade dos jogos existentes – dos educativos aos eletrônicos –, o foco principal deste Guia é o cuidado das pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, ou seja, aqueles que envolvem risco financeiro, expectativa de ganho e possibilidade de perda monetária. Esse recorte é fundamental pois essas modalidades têm apresentado impactos crescentes sobre a saúde mental, as relações familiares e a economia das pessoas, especialmente quando se tornam relações de risco ou de dependência.

3.1 Entre brincar, jogar e apostar

A fronteira entre o jogo lúdico e o jogo de aposta se define, principalmente, pela presença do valor financeiro e da expectativa de lucro. Essa transição é gradual e frequentemente invisível, sobretudo quando mediada por tecnologias digitais. Muitos jogos eletrônicos e on-line já incorporam mecanismos de recompensa, aleatoriedade e monetização semelhantes aos presentes em ambientes de apostas – fenômeno amplamente documentado por estudos sobre *loot boxes*, recompensas variáveis e gamificação (APA, 2022. King, Delfabbro, 2019. OMS, 2022. Zendle. Cairns, 2019). Essa sobreposição naturaliza comportamentos de risco e aproxima, desde cedo, práticas de lazer e práticas de aposta.

Por isso, ações de prevenção e cuidado devem reconhecer o jogo como um fenômeno que pode evoluir – em determinados contextos sociais, tecnológicos e econômicos – para padrões problemáticos de jogo ou aposta. Esse entendimento também está presente em avaliações internacionais sobre comportamento digital e bem-estar de crianças e adolescentes (Unicef, 2017).

3.2 Tipologia dos jogos e apostas

3.2.1 Jogos lúdicos e educativos

Os jogos lúdicos e educativos incluem brincadeiras tradicionais, jogos de tabuleiro, propostas cooperativas e aplicativos baseados em aprendizagem gamificada. Essas práticas têm sido reconhecidas como potentes ferramentas de desenvolvimento, capazes de estimular funções cognitivas, a criatividade, a resolução de problemas, a autorregulação emocional e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (Hirsh-Pasek , 2020. Weisberg , 2023). Os riscos surgem quando substituem interações presenciais, reduzem a variedade de experiências ou se tornam a única forma de lazer.

3.2.2 Jogos eletrônicos e on-line

Incluem jogos digitais de ação, estratégia, simulação e plataformas de competição (*e-sports*). Utilizam mecânicas de engajamento como pontuação, conquistas, desafios gradativos, recompensas variáveis e eventos aleatórios, elementos já amplamente estudados na literatura sobre gamificação e comportamento de risco (King. Delfabbro, 2019. Zendle. Cairns, 2019).

Esses jogos constituem um dos principais pontos de transição entre o brincar e o apostar, pois introduzem competição, ganho simbólico, sistemas de recompensas e, cada vez mais, mecanismos de monetização que aproximam o ambiente lúdico das dinâmicas de aposta (OMS, 2022. APA, 2022).

O uso excessivo pode gerar irritabilidade, ansiedade, prejuízo escolar, alterações no sono e isolamento social, especialmente entre crianças e adolescentes, estando, geralmente, associados ao uso de telas (Unicef, 2017).

Sugestão de material complementar: Crianças, adolescentes e telas – *Guia sobre usos de dispositivos digitais*, documento técnico elaborado com base em evidências científicas e nas melhores práticas internacionais (Brasil, 2025). O material reúne análises, recomendações e orientações sobre o uso de tecnologias digitais na infância e adolescência, contribuindo para a promoção de um ambiente digital mais saudável e seguro. O documento completo pode ser acessado por meio do link: https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/uso-de-telas-por-criancas-e-adolescentes/guia/guia-de-telas_sobre-usos-de-dispositivos-digitais-versaoweb.pdf

3.2.3 Jogos com microtransações e recompensas aleatórias (*loot boxes*)

Esses sistemas oferecem prêmios aleatórios em troca de pagamento real ou de créditos virtuais. Estudos apontam que as *loot boxes* apresentam estrutura psicológica semelhante às apostas, estimulando reforços intermitentes e expectativa de ganho (Montiel , 2022).

Essas mecânicas são, muitas vezes, o início para o comportamento de aposta entre crianças e adolescentes. O desconhecimento dos pais e responsáveis sobre o funcionamento dos jogos pode favorecer gastos não supervisionados e endividamento precoce.

3.2.4 “Jogos de azar” ou apostas informais

Incluem loterias, bingos, rifas e o jogo do bicho, práticas historicamente presentes na cultura popular brasileira e amplamente estudadas na antropologia urbana e nas ciências sociais (Chazkel, 2014). Embora muitos participantes as percebam como formas de lazer, socialização e pequenas apostas cotidianas – frequentemente associadas a tradições comunitárias ou a práticas informais de economia popular –, essas modalidades podem evoluir para padrões problemáticos de gasto e endividamento, especialmente em contextos de vulnerabilidade econômica (Montiel, 2022. Pinheiro-Machado, 2019).

Conceitos

Expressões como “**problemas relacionados a jogos de apostas**” e “**transtorno do jogo**” são mais adequadas, pois se alinham ao marco regulatório atual, às recomendações nacionais e internacionais, e às classificações diagnósticas recentes. Além disso, permitem diferenciar práticas recreativas de situações de risco ou adoecimento, oferecendo maior precisão técnica e coerência com o cuidado em saúde mental.

3.2.5 Apostas esportivas e cassinos virtuais

Representam o foco central deste Guia e o principal desafio atual para o SUS. Essas modalidades – como as apostas esportivas, os cassinos on-line e as plataformas de jogos monetizados –, envolvem dinheiro real, acesso irrestrito e forte apelo publicitário, frequentemente direcionado a jovens adultos e a homens, conforme identificado em estudos internacionais sobre segmentação de marketing e vulnerabilidade em jogos on-line (Gainsbury, 2015. Hing, 2018. OMS, 2022).

Operam 24 horas por dia, com baixa percepção de risco e altíssima disponibilidade tecnológica, elementos que ampliam a exposição, reduzem barreiras de controle e favorecem ciclos prolongados de apostas, como demonstram pesquisas sobre comportamento de risco e sistemas digitais de engajamento (APA, 2022. King. Delfabbro, 2019. Montiel, 2022). Nesses ambientes, a combinação de recompensas rápidas, monetização contínua e estímulos quase instantâneos cria condições propícias à perda de controle e ao adoecimento, especialmente entre grupos já expostos a vulnerabilidades sociais.

Os impactos observados incluem endividamento, sintomas depressivos, ansiedade, prejuízo funcional e conflitos familiares – efeitos amplamente descritos em evidências internacionais sobre jogo problemático e apostas on-line (Zendle. Cairns, 2019. OMS, 2022. Unicef, 2017). Tais achados reforçam a necessidade de respostas articuladas da Raps e da rede intersetorial para prevenção, cuidado e proteção social.

Síntese

Os jogos de apostas compõem um continuum de práticas culturais, tecnológicas e econômicas.

Nem todo jogo é prejudicial, mas qualquer forma de aposta envolve risco, especialmente quando há perda de controle, prejuízo emocional ou impacto social. A compreensão dessa trajetória – do jogo lúdico ao jogo de aposta –, é fundamental para planejar ações preventivas, atuar de forma intersetorial e fortalecer o cuidado territorial na Raps.

Este documento concentra-se nas modalidades de jogos de aposta, reconhecendo a necessidade de resposta coordenada do SUS para a promoção e cuidado em saúde mental diante desse fenômeno.



4 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NAS SITUAÇÕES RELACIONADAS A JOGOS DE APOSTAS

O desenvolvimento de problemas relacionados aos jogos de apostas resulta da interação entre fatores sociodemográficos, ambientais, biológicos e psicossociais, bem como das condições e contextos de vida das pessoas. A intensidade e o impacto desses problemas estão diretamente associados aos determinantes sociais da saúde e às suas intersecções – como raça, gênero, etnia, classe social, nível de escolaridade, condições de trabalho, renda e moradia (Tran *et al.*, 2024).

As situações relacionadas aos jogos de apostas apresentam diferentes níveis de complexidade e vulnerabilidade, que podem ir de preocupações iniciais com problemas pontuais a condições de sofrimento intenso e risco social. O reconhecimento dessas diferenças contribui para dimensionar o tipo de cuidado necessário, garantindo que cada pessoa seja cuidada de forma integral, sem que nenhuma barreira ao acolhimento.

A compreensão da vulnerabilidade é central para a organização do cuidado em saúde mental. Segundo o marco conceitual de vulnerabilidade em suas dimensões individual, social e programática, nos contextos relacionados a jogos de apostas destacam-se como fatores de vulnerabilidade:

- Condições econômicas precárias e endividamento familiar.
- Desemprego, instabilidade laboral e sobrecarga de cuidado.
- Histórico de sofrimento mental, uso de substâncias psicoativas ou perdas recentes.
- Isolamento social e ausência de redes de apoio.
- Exposição a ambientes de risco, publicidade intensa e estímulos digitais contínuos.
- Pertencimento a grupos em vulnerabilidade social (pessoas em situação de rua, populações indígenas, idosos, jovens em territórios periféricos).

É importante destacar a relação direta entre os determinantes sociais e comerciais da saúde, ou seja, quanto maior a vulnerabilidade, maior a chance de estratégias e práticas que influenciam o consumo de apostas gerarem impactos negativos. A OMS (2024) evidencia que a desigualdade social e o sofrimento psíquico da população constituem fatores que passam a ser incorporados e explorados pelo mercado, sobretudo em modelos comerciais que intensificam riscos e ampliam exposição a práticas nocivas.

A seguir, veja o relato de uma pessoa usuária de um serviço da Raps sobre como foi seu processo de envolvimento com o jogo de aposta:

"Tudo começou aproximadamente dois anos e meio a três anos pra cá. Era um dia comum, eu tava no Instagram, sempre via os influencers postando os links de plataforma e fotos de ganho, mas nunca havia despertado interesse. Até que um influencer da minha cidade, que ela é conhecida tanto aqui quanto em outras cidades, postou um link de uma plataforma e umas fotos de ganho dela, e eu por conhecer ela sentiu uma certa confiança a mais, uma segurança a mais. E pensei comigo: por que não tentar? E eu lembro que eu deposei exatamente 25 reais e obtive um ganho de 380 reais. Então eu fiz o dobro do que eu coloquei, o dobro, o triplo do que eu coloquei na plataforma. E foi aí onde eu comecei a jogar. Cheguei em casa, comentei com a minha mãe, a minha mãe chegou a jogar umas três, quatro vezes, mas parou, ela também ganhou. Com valores baixos, ganhou em valores até que razoável, né, comentei com meus tios, meus primos todos começaram a jogar. Porém pararam e somente eu permaneci. Eu vou tentar explicar um pouco do que o porquê que eu permaneci: eu comecei a jogar com 25 reais e comecei a ter ganhos de 200, 400, 500 reais. Já chegou a vez de eu fazer com 30 reais mil reais. Então eu comecei a ter o pensamento assim: se com esse valor eu tô tendo esses ganhos, se eu depositar valores maiores como 100, 150, eu vou ter ganhos maiores e eu sempre fui uma pessoa que trabalhou, que teve suas coisas. Depois que eu comecei a jogar, eu não tinha dinheiro para comprar uma bala, porque o meu dinheiro era destinado ao jogo. Sempre com o pensamento: vou ganhar. Até então no começo realmente eu tava tendo uma perda aqui, uma perda ali, mas eram valores baixos. E aí eu comecei a depositar valores maiores, comecei no início a ter uns ganhos, né? Só que a gente ganha, a gente sempre quer ganhar mais, a gente tem aquela ambição. Então, já chegou a vez de eu fazer 8 mil na plataforma, conseguir sacar, porém depositando de 200 a 300 reais em cada plataforma, e a hora que eu fui ver, já perdi os 8 mil que eu já tinha sacado da plataforma. E vai virando um vício, porque você pensa assim, se eu conseguir ganhar 8 mil, eu vou conseguir ganhar de novo. Então, não importa tanto que eu perca uma hora, eu recupero. E vai virando uma bola de neve. E nisso, eu comecei a ter problema com agiota, porque eu cheguei a pegar dinheiro emprestado. Cheguei a ter problemas familiares, problema com justiça. Só que a gente, a gente que joga, tem o pensamento assim: "ah, é só um jogo, não é um vício, eu paro a hora que eu quiser". Até a gente cair na real e ver a gravidade do que tá acontecendo. Demorou um certo tempo, que inclusive eu vim procurar ajuda esse ano, né, faz mais ou menos uns dois a três meses que eu tô procurando ajuda, passando por psicólogo, participando do grupo do Caps, né, passando por psiquiatra, tomando medicação. Mas assim, demorou um tempo, né, se a gente for colocar na balança, demorou um tempo pra eu ver que eu precisava de ajuda. Mas eu costumo falar que é pior do que a droga, porque a droga você tem que ir até lá procurar, buscar e comprar. O jogo não, o jogo você tá assistindo uma televisão, tá passando anúncio do jogo. você tá no seu Instagram, tem um influencer, tem alguém que tá anunciando o jogo. Hoje em dia, até pessoas comuns mesmo, tá anunciando o jogo, então assim, é bem complicado. Já tentei tirar o foco do jogo, mas eu coloquei em outras coisas, como na bebida. Tem muita gente que julga e fala que é sem vergonha e que falta de vergonha na cara, mas só quem passa sabe o quão difícil é porque tá no nosso celular e assim a gente tem acesso facilmente, né, não é tão difícil igual a droga."

4.1 Organização do cuidado

No SUS, o cuidado em saúde mental é organizado de forma territorial, intersetorial e descentralizada, articulando diferentes pontos de atenção que se complementam entre si (Brasil, 2011, 2013). Isso significa que todas as portas do sistema – da Unidade Básica de Saúde (UBS) ao hospital geral –, podem e devem oferecer acolhimento e encaminhamento adequado, de acordo com a complexidade e a intensidade necessárias em cada situação.

A lógica da Raps não segmenta o cuidado por diagnósticos específicos, mas por necessidades, riscos e vulnerabilidades, alinhada às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e à abordagem psicossocial recomendada pela OMS/Opas (OMS. Opas, 2025). Dessa forma, os problemas relacionados a jogos de apostas são reconhecidos como uma situação de sofrimento psíquico e social, e não apenas como uma condição patológica isolada.

Nesse sentido, o foco do cuidado deve estar na pessoa e na sua relação com o contexto de vida – e não apenas no comportamento de jogo/aposta. Essa perspectiva reduz estigma, amplia o acesso e favorece a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), princípio estruturante e instrumento de gestão da clínica e do cuidado psicossocial no SUS (Brasil, 2013a). Portanto, a rede atua de modo compartilhado e corresponsável, envolvendo:

- **Atenção Primária à Saúde (APS)**, como porta de entrada preferencial no SUS, ordenadora do cuidado, identificação precoce dos casos, espaço de escuta e acompanhamento longitudinal, especialmente em municípios sem Caps.
- **Centros de Atenção Psicossocial (Caps)**, serviço porta aberta, como referência para casos de maior complexidade e sofrimento intenso que demandam atenção psicossocial especializada e acolhimento de situações de crise.
- **Serviços de urgência e hospitais gerais**, para situações de crise com implicações clínicas e risco à vida.
- **Dispositivos comunitários e intersetoriais** — como Centros de Convivência - Ceco, Cras, Creas, escolas, cultura, esporte, apoio jurídico — que compõem o cuidado ampliado e a reinserção social (Brasil, 2011. OMS. Opas, 2025).

Essa estrutura contribui para que o cuidado seja integrado, contínuo, resolutivo e humanizado, evitando encaminhamentos automáticos e fragmentação de responsabilidades (Brasil, 2011. OMS, 2021).

4.2 Acolhimento

Cada ponto da rede tem o dever de acolher quem procura ajuda e, quando necessário, articular o encaminhamento para o serviço mais adequado, mantendo o vínculo e a responsabilidade compartilhada pelo cuidado.

Os problemas relacionados aos jogos de apostas devem ser compreendidos como questões de saúde pública que exigem respostas integradas do SUS. Não se trata de criar um serviço exclusivo para essa demanda, mas de fortalecer o funcionamento da Raps, ampliando a capacidade de acolher, acompanhar e oferecer cuidado qualificado às pessoas, familiares e redes de apoio (Brasil, 2011, 2013a).

O acolhimento deve ser sempre personalizado, guiado pela avaliação compartilhada entre equipe, pessoa usuária, quando possível, família e/ou rede de apoio — princípio estruturante da clínica ampliada, da integralidade e da atenção psicossocial defendidos pelo SUS e pela Opas/OMS (Brasil, 2013a. OMS. Opas, 2025).

O acolhimento não é um momento específico do cuidado, mas uma ação, uma postura contínua que acompanhará a trajetória das pessoas, familiares e rede de apoio. Em todos os atendimentos, deve-se garantir a continuidade e o compartilhamento do cuidado, evitando o abandono e o isolamento da pessoa na rede. O cuidado compartilhado é uma prática ética e técnica que assegura responsabilidade coletiva e integralidade da atenção, alinhada à Política Nacional de Humanização (Brasil, 2010) e às recomendações internacionais de redes comunitárias (OMS, 2021).

O cuidado deve acontecer onde a vida acontece — no território, na casa, na escola, na rua, nos espaços de trabalho e lazer. Essa presença ativa das equipes caracteriza a atenção psicossocial como prática viva, integrada e comunitária, fundamentada no vínculo, na corresponsabilidade e no cuidado em liberdade (Brasil, 2011. OMS. Opas, 2025).

O acolhimento inicial permite o reconhecimento dos fatores de risco e vulnerabilidade e orienta a construção do PTS, que deve integrar a rede em ações clínicas, psicossociais, familiares e comunitárias, reforçando a integralidade e a corresponsabilidade entre os pontos de atenção (Brasil, 2013a).

A prática do acolhimento é fundamental, mesmo que a pessoa que buscou o serviço não siga sendo acompanhada neste local. É de responsabilidade do qualquer serviço a atender e dar seguimento ao cuidado da demanda apresentada, seja em acompanhamento no próprio local ou por articulação de rede e encaminhamento corresponsabilizado a outro ponto de atenção.

A seguir, veja o relato de uma pessoa que teve muita dificuldade em encontrar um local de cuidado para o seu sofrimento:

“Eu fui a alguns serviços e quando informei mais ou menos o meu perfil, as pessoas falaram assim: “olha, você não tem tendências suicidas, então não é o caso. E você não tem envolvimento com droga, então a gente não tem como te atender. Você nem quer se matar e você nem está se matando”. Mas eu falei: “mas eu preciso de ajuda. Eu estou sofrendo com isso”. Aí o profissional falou: “você quer tomar algum remédio?” e eu: “não sei se é questão de remédio. Eu preciso desabafar, preciso compartilhar o que está passando.” Eu acho que fiquei mais ou menos um mês tentando procurar e assim é muito angustiante, porque a gente tenta cuidar da gente, do que a gente está passando e ao mesmo tempo buscar essa ajuda. E quanto mais tempo demora, de alguma maneira, menos vontade a gente tem de continuar procurando, não é? E assim, a maior parte das pessoas que acaba se envolvendo com isso, acaba se endividando, não é? E eu estava no contexto muito difícil financeiramente. Então, consegui chegar ao Caps para ser atendido, mas ainda não havia nenhum grupo voltado a essa temática. E aí uma profissional criou um grupo para isso e a gente hoje tem um grupo e desde agosto eu frequento sempre.”

A desse relato é possível, pode-se compreender a importância de acolher e, se necessário, encaminhar de maneira implicada e cuidadosa. A falta dessas ações pode gerar sentimentos de desesperança, desespero e solidão frente ao seu sofrimento que está vivenciando, e fazer com que essa pessoa não busque mais cuidado ou o agravamento do caso.

Considerando ainda que muitas pessoas com problemas relacionados a jogos de aposta têm dificuldade em buscar os serviços de saúde por questões como autoestigma, culpa e vergonha, ao ao encontrar profissionais com postura pouco acolhedora, essas pessoas podem desistir ou adiar a chegada ao Sus.

Ressalta-se ainda que a pessoa não precisa apresentar nenhuma outra questão crítica de saúde além dos problemas relacionados a jogos de aposta, como, por exemplo, o álcool e outras drogas ou pensamentos suicidas para ser atendido e ter sua demanda de saúde encaminhada aos cuidados necessários.

Além disso, identificar os riscos e prejuízos é muito importante para orientar o cuidado de forma proporcional à intensidade do sofrimento relacionado aos jogos de apostas (Rodda, 2022. Moreira. Azeredo. Dias, 2023)

A seguir alguns exemplos de situações que devem ser identificadas, acolhidas e compartilhadas entre as equipes:

a) Quando há comportamento de apostas e a pessoa apresenta preocupação, irritabilidade, e/ou alterações do sono, sem grandes prejuízos nas relações familiares ou sociais. Essas pessoas devem ser acolhidas na Atenção Primária à Saúde (APS), com escuta ampliada, orientação para prevenção, ações de redução de danos e acompanhamento psicossocial. A equipe deve manter o vínculo, observar sinais de agravamento e, se necessário, articular o apoio do Caps ou de outros serviços, com contrarreferência assegurada.

b) Quando há sofrimento emocional mais intenso, conflitos familiares, dificuldades de convívio e/ou prejuízos sociais, ocupacionais e financeiros.

Essas pessoas se beneficiam do acompanhamento compartilhado entre APS e Caps e rede intersetorial, com atendimentos individuais, grupos terapêuticos, oficinas e apoio à família, entre outras articulações com a assistência social, justiça e outros pontos do território. A comunicação entre os serviços é essencial para garantir continuidade, corresponsabilidade e apoio mútuo entre equipes.

c) Quando há perda de controle sobre as apostas, risco de suicídio, ruptura de vínculos, endividamento extremo e/ou ausência de suporte social.

Na observância de implicações clínicas, o cuidado deve ser articulado entre Caps, serviços de urgência e emergência, hospital geral e assistência social, priorizando proteção e acompanhamento contínuo em ambiente seguro e acolhedor. Após a estabilização, é indispensável o seguimento do cuidado no território (APS), com acompanhamento conjunto e articulação junto aos serviços de referência.

Saiba mais sobre os fatores de risco e os fatores protetivos dos problemas relacionados a jogos de apostas na ***Linha de Cuidado para as Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas*** (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/saude-e-fazenda-lancam-observatorio-brasil-saude-e-apostas-eletronicas-para-acoes-integradas-de-prevencao-a-dependencia>)

Síntese

O acolhimento a pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas, aos familiares e à rede de apoio deve ser entendido como responsabilidade coletiva da rede e não como atribuição de um serviço isolado.

O funcionamento integrado da Raps e de parceiros intersetoriais é o que garante acessibilidade, continuidade e efetividade das ações.

Reconhecer as situações de vulnerabilidade permite planejar o cuidado de forma mais precisa, humanizada e sustentável, alinhado aos princípios da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) e da Política Nacional de Atenção às Urgências.

5 TERRITORIALIDADE, INTERSECCIONALIDADE E REDUÇÃO DE DANOS: FUNDAMENTOS DO CUIDADO NA Raps

A territorialidade é um dos fundamentos essenciais da Raps. Ela expressa o compromisso de cada dispositivo de saúde com um espaço geográfico e social definido, onde constrói vínculos, reconhece contextos e atua de forma integrada com outros setores, em consonância com os princípios da responsabilidade sanitária, da clínica ampliada e da atenção territorial (Brasil, 2011, 2013).

Esse entendimento dialoga com a concepção de território como espaço vivo e relacional, atravessado por dinâmicas sociais, culturais e políticas (Santos, 2006), tal como discutido no campo da saúde coletiva. Assim, a territorialidade orienta práticas que valorizam a proximidade, o vínculo, o reconhecimento das singularidades dos territórios e a articulação intersetorial necessária para produzir cuidado em liberdade (OMS, 2021. OMS. Opas, 2025).

5.1 Responsabilidade dos dispositivos por territórios

Cada serviço da Raps – como, por exemplo, os Caps, as UBS, os Consultórios na Rua e as Unidades de Acolhimento –, deve assumir a responsabilidade sanitária e social por um território específico. Isso implica conhecer o território, mapear riscos e potencialidades, identificar redes de apoio existentes e atuar junto às famílias, às escolas, às comunidades e às organizações locais locais (Brasil, 2013b, 2017b).

A corresponsabilidade territorial garante acessibilidade, continuidade e integralidade do cuidado, evitando desarticulação de ações ou desassistência (OMS, 2021. OMS. Opas, 2025).

No caso dos jogos de apostas, o território é o espaço no qual se manifestam as práticas culturais, os padrões de consumo, as vulnerabilidades e os recursos comunitários capazes de sustentar o cuidado.

5.1.1 Território como espaço de pertencimento

O território é mais do que um recorte geográfico: é um espaço de pertencimento e identidade, no qual as pessoas constroem sentidos de vida, vínculos e possibilidades de cuidado. O território é um espaço socialmente produzido, atravessado por relações, histórias, desigualdades e práticas cotidianas (Santos, 2006).

Compreender o território sob essa perspectiva amplia a clínica, pois permite enxergar as condições materiais, simbólicas e relacionais que influenciam o sofrimento psicossocial (Brasil, 2011, 2013b).

No cuidado de pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas, a inserção no território ajuda a identificar fatores de risco, como insuficiência de renda, desemprego, isolamento, vulnerabilidade social e acesso facilitado a plataformas digitais de apostas. e fatores protetores, como família, comunidade, espaços culturais, práticas coletivas e oportunidades de lazer (OEDA, 2023, OMS, 2021).

A prática territorial implica sair do serviço, circular, dialogar, criar pontes e construir confiança – é uma clínica viva, que se move junto à vida, sustentada pelo vínculo, pela corresponsabilidade e pela presença da equipe nos espaços reais do cotidiano (Brasil, 2013b).

Nesse sentido, ressalta-se a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como profissionais estratégicos para o cuidado e a identificação de pessoas que possam estar com problemas relacionados a jogos de apostas, mas que ainda não acessaram os serviços de saúde, além de ofertar orientação sobre as formas de cuidado na rede e possibilitar a interlocução com os serviços da APS para iniciar o processo de cuidado.

Os ACS são profissionais essenciais e estratégicos na identificação de pessoas que podem estar com problemas relacionados a jogos de apostas por estarem em contato direto com o território, pessoas usuárias e sua família, possibilitando uma visão ampla do contexto de vida das pessoas. Ainda, são profissionais que compõem as equipes da APS, fazendo essa interlocução com o serviço para a promoção do cuidado integral e longitudinal.

5.1.2 Dimensões da territorialidade

Mais do que delimitar áreas geográficas, a territorialidade propõe uma forma de fazer cuidado: situada, participativa, intersetorial e comprometida com o cotidiano das pessoas. As equipes da Raps atuam no território não como extensão do serviço, mas como parte integrante das dinâmicas locais, reconhecendo potências e fragilidades presentes em cada contexto (Brasil 2011, 2013b).

A territorialidade envolve dimensões complementares e interdependentes:

- Sanitária: organização do cuidado por área adscrita e população definida, com foco na integralidade e continuidade da atenção, conforme a Pnab e a Raps (Brasil, 2011, 2017b).
- Sociocultural: reconhecimento das expressões culturais, identidades e modos de vida locais como elementos centrais na produção de saúde (Dimenstein, 2017).
- Política: articulação com conselhos, fóruns, movimentos sociais e lideranças comunitárias, fortalecendo participação social e gestão democrática (Santos, 2006. OMS. Opas, 2025).
- Subjetiva: valorização das narrativas, experiências e singularidades, reconhecendo o cuidado como construção compartilhada (Brasil, 2013b).

Nos tempos atuais, é indispensável incluir o território digital como parte constitutiva da territorialidade. As redes sociais, plataformas de jogos, aplicativos e comunidades virtuais se tornaram novas cenas de vida, pertencimento e sociabilidade – mas também de sofrimento, compulsões e violências simbólicas –, conforme apontam estudos sobre ambientes digitais e saúde mental (APA, 2022. OMS, 2022. Unicef, 2017).

O território digital é, portanto, um espaço de cuidado e de risco – um ambiente onde a Raps precisa estar presente de forma ética, educativa e protetiva. Reconhecer essas dinâmicas implica:

- Mapear e compreender as cenas de uso associadas aos jogos de apostas, identificando contextos, motivações, vulnerabilidades e impactos.
- Atuar com estratégias de redução de danos no ambiente digital, promovendo informação qualificada, escuta ativa e vínculos de confiança.
- Criar espaços de cuidado acessíveis on-line, onde as pessoas possam buscar apoio, compartilhar experiências e fortalecer redes.
- Integrar cuidado digital e presencial na construção de itinerários terapêuticos coerentes com a vida concreta das pessoas.

As cenas de uso de apostas físicas (bares, casas de jogos, lotéricas) ou digitais (plataformas, aplicativos, lives, jogos on-line) devem ser compreendidas como situações de produção de sentido e sociabilidade, e não apenas como expressões de risco, tal como reconhecem as abordagens psicossociais contemporâneas (Aranda, 2016. Brasil, 2013b). O olhar da Raps sobre essas cenas deve ser clínico, social e político, voltado à escuta e à oferta de alternativas que reduzam danos e ampliem cuidado, vínculo e autonomia.

Assim, a territorialidade – física, social e digital – torna-se o eixo que integra as práticas da Raps, articulando: cuidado, direitos e cidadania. O território deixa de ser apenas o lugar onde se vive para afirmar-se como espaço de produção de saúde mental, de resistência e de reinvenção da vida (OMS. Opas, 2025. Santos, 2006).

Se quiser mais informações sobre território digital e cenas de uso, leia em: *Linha de Cuidado para as Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas*.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/saude-e-fazenda-lancam-observatorio-brasil-saude-e-apostas-eletronicas-para-aco-es-integradas-de-prevencao-a-dependencia>

5.2 Interseccionalidades

A interseccionalidade, conceito formulado por Kimberlé Crenshaw no final da década de 1980, descreve como diferentes sistemas de desigualdade, como o racismo, o sexismo, o classismo e outras formas de opressão, atuam, simultaneamente, produzindo experiências específicas de vulnerabilidade. Trata-se de uma lente analítica que permite compreender como raça, gênero, classe social, território, idade, sexualidade e outros marcadores de diferença exercem uma importante influência nas condições de vida de pessoas, como no acesso a direitos (Crenshaw, 1991).

As pessoas que desenvolvem relações problemáticas com as apostas podem experimentar formas específicas de vulnerabilidade, tais como: homens jovens expostos à publicidade agressiva. mulheres sobrecarregadas pelo endividamento familiar. violência doméstica, principalmente em dias de jogos de futebol e finais de campeonatos. idosos com rede de apoio fragilizada e propensos à solidão.

populações indígenas e quilombolas enfrentando desigualdades estruturais, e jovens LGBTQIAPN+ buscando pertencimento em espaços virtuais. Essas experiências refletem como marcadores sociais e comerciais se entrecruzam, produzindo desigualdades diferenciais (Akotirene, 2019. Crenshaw, 1989, 1991).

Essas interseccionalidades precisam ser consideradas no acolhimento, na avaliação e na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), reconhecendo que cada pessoa traz consigo múltiplas dimensões de identidade, exclusão e resistência. Uma abordagem sensível aos determinantes sociais é fundamental para produzir cuidado equânime e antidiscriminatório (OMS, 2021. OMS. Opas, 2025).

Na Raps, a abordagem interseccional implica em:

- Escutar sem julgamento, reconhecendo desigualdades históricas e estruturais.
- Garantir acesso equitativo aos serviços e políticas com continuidade do cuidado.
- Promover ações afirmativas e inclusivas nos territórios.
- Trabalhar em rede com assistência social, direitos humanos e políticas de diversidade, fortalecendo respostas intersetoriais.

Essa perspectiva fortalece um cuidado ético, plural e comprometido com a equidade – um cuidado que reconhece as diferenças como parte constitutiva da clínica (Amarante, 2017).

5.3 Redução de danos

A redução de danos constitui um conjunto de princípios, diretrizes e práticas que atravessam políticas públicas, promovendo ações de cuidado e proteção social nas áreas da saúde, educação, assistência social, cultura, justiça, segurança pública com cidadania e direitos humanos. Fundamenta-se na justiça social, na promoção de direitos e no bem-viver, reconhecendo a diversidade dos sujeitos, dos territórios e das condições de vulnerabilidade (Fiore, 2012. Marlatt, 1998. OMS, 2020).

No campo da saúde mental, álcool e outras drogas, a redução de danos é um eixo estruturante da Atenção Psicossocial, orientando os serviços da Raps a adotarem abordagens acolhedoras, não punitivas e baseadas na autonomia, no vínculo e na contratualidade com a pessoa usuária, conforme as diretrizes da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e da Raps (Brasil, 2011, 2013).

Essa perspectiva compreende que o cuidado pode focar na interrupção de comportamentos, mas não exclusivamente, garantindo que todas as pessoas possam acessar os serviços e ser cuidadas para a redução dos riscos, das vulnerabilidades e dos sofrimentos associados, preservando a vida, a dignidade e os laços sociais (Lancetti, 2008. Opas, 2020).

No contexto dos jogos de apostas, a redução de danos se traduz em práticas cotidianas que reconhecem o sujeito em sua integralidade e propõem ações concretas e éticas de cuidado (McMahon, 2019), tais como:

- apoiar o autocuidado e o manejo do tempo e do gasto, estimulando estratégias pessoais de regulação.
- oferecer escuta qualificada sem julgamento, evitando a imposição da abstinência como condição de cuidado.

- promover orientações financeiras e psicossociais para reorganização da vida cotidiana.
- fortalecer vínculos familiares e comunitários, ampliando redes protetoras no território.
- atuar de forma educativa e preventiva, difundindo informações qualificadas sobre riscos e recursos disponíveis na rede.
- articular ações intersetoriais com educação, assistência social, cultura, justiça e direitos humanos.
- priorizar vida, autonomia e cidadania, colocando o(a) usuário(a) como protagonista do processo de cuidado.

Estratégias de prevenção

Adotar estratégias simples de prevenção ajuda a manter o jogo no campo do lazer, fortalecendo o autocontrole e a saúde emocional. Conheça algumas:

- Evite jogar em momentos de tristeza, ansiedade ou estresse.
- Evite jogar enquanto consome álcool e outras drogas, já que isso pode interferir no controle do impulso.
- Converse com familiares e amigos sobre as experiências com as apostas.
- Busque informação e apoio profissional em caso de dificuldade em controlar a atividade.
- Fique alerta a estímulos e influências de apostas nas redes sociais e em outros canais.
- Garanta que pessoas menores de 18 anos não tenham acesso a plataformas de apostas.
- Não reforce o estigma e as atitudes discriminatórias com pessoas com problemas com jogos de apostas.

Estratégias práticas para reduzir os danos

Nas plataformas on-line: nem sempre é fácil parar de apostar de uma vez, mas é possível reduzir riscos e manter o controle com algumas medidas simples, especialmente nas plataformas on-line legalizadas (domínio.bet.br).

- Ative a ferramenta de autoexclusão para suspender voluntariamente a sua conta por um período ou de maneira definitiva.
- Defina limites de depósito e de tempo para controlar quanto (valores) e por quanto tempo pretende jogar.
- Crie uma conta bancária exclusiva para o jogo, com um valor fixo e limites de transferências reduzidos.
- Transfira apenas o valor que pretende gastar por semana.
- Use temporizadores no celular para interromper as apostas.
- Desative notificações sobre apostas nos sites e aplicativos.

Os primeiros momentos após a ativação da autoexclusão podem constituir um período de sofrimento para pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas. A interrupção do acesso às plataformas de apostas pode desencadear desconforto emocional, ansiedade, fissura, irritabilidade e inquietação, especialmente quando a relação com o jogo ainda apresenta dificuldades e este vinha sendo utilizado como estratégia de regulação do estresse, da frustração ou de dificuldades financeiras e relacionais. Nesse período, pode ser comum a intensificação do desejo de jogar, bem como a busca por plataformas alternativas ou a adoção de comportamentos impulsivos associados, o que amplia os riscos psicossociais. Por esse motivo, é preciso reconhecer a necessidade de atenção e suporte nesse momento, com estratégias que favoreçam proteção, apoio psicossocial e reorganização da rotina, sustentando a decisão de autoexclusão e a continuidade do cuidado (APA, 2022. OMS, 2022. OMS, 2024. OEDA, 2023).

Ao se tornar princípio ético-político e prática concreta, a redução de danos oferece às equipes da Raps uma referência para lidar com situações complexas de modo humanizado, contextual e realista. Ela desloca o foco do controle para o acompanhamento contínuo, sustentando relações terapêuticas baseadas na presença, no vínculo e na corresponsabilidade – elementos centrais das práticas psicossociais em liberdade (Brasil, 2011. Lancetti, 2008).

Assim, no cuidado a pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas a redução de danos não é apenas uma estratégia clínica, mas uma posição ética e social, comprometida em proteger vidas, garantir direitos e promover autonomia (Fiore, 2012. OMS, 2020).

Síntese

Os jogos de apostas se expressam em territórios físicos, sociais e digitais, nos quais desigualdades de raça, gênero, classe e geração influenciam o modo como cada pessoa vivencia o sofrimento e acessa o cuidado. Nesse contexto, a territorialidade, a interseccionalidade e a redução de danos se articulam como fundamentos para uma Rede que acolhe, protege e promove autonomia, reconhecendo a vida em sua complexidade e diversidade.

6 O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS

6.1 O que é o PTS

O PTS é um dispositivo que articula dimensões clínicas, psicossociais e territoriais, promovendo o cuidado compartilhado, a corresponsabilidade e a construção de planos que respeitam os modos de vida das pessoas (Campos, Domitti, 2007. Cecílio, 2009). Essa perspectiva também dialoga com a clínica ampliada e com o cuidado em liberdade, que compreendem o sujeito em sua singularidade e complexidade (Lancetti, 2008).

O cuidado é sempre uma produção coletiva (Lancetti, 2008). Nenhum profissional, sozinho, dá conta da complexidade da vida. Mais do que um plano clínico, o PTS é uma estratégia de corresponsabilização, no qual diferentes profissionais e serviços compartilham o cuidado de uma mesma pessoa, respeitando seus tempos, desejos e possibilidades.

No contexto dos jogos de apostas, o PTS é a ferramenta que transforma um problema individual em um projeto de vida acompanhado pela rede. Ele permite que o cuidado vá além do controle do comportamento de jogo, abordando autonomia, vínculos, condições de vida, saúde física e reinserção social.

6.2 Princípios orientadores do PTS

O PTS deve estar alinhado aos princípios da Raps e deve integrar ações clínicas, psicossociais e comunitárias, articulando os diferentes pontos da rede e garantindo corresponsabilidade entre equipes e serviços (Campos, Domitti, 2007. Cecílio, 2009).

Em resumo, ele deve ser:

- **Singular:** voltado à pessoa e sua história, não ao diagnóstico.
- **Integral:** articulando dimensões clínicas, sociais, familiares, culturais e econômicas.
- **Participativo:** elaborado com a pessoa e, sempre que possível, com suas redes social e afetiva.
- **Interdisciplinar:** construído coletivamente pela equipe e serviços da Raps, da rede intersetorial e outros recursos do território.
- **Flexível e processual:** revisado periodicamente conforme as mudanças na vida e nas necessidades da pessoa.
- **Baseado em vínculos:** o cuidado não é uma sequência de procedimentos, mas uma relação contínua e coletiva.

Neste sentido, Delgado (2014) contribui afirmando que a clínica não se encerra no consultório. Ela se desenrola no território, no trabalho, na família, nas ruas, nos rios, no campo onde há o viver.

6.3 Perspectiva do cuidado ao longo da vida

O cuidado deve ser construído de forma integral, contínua e contextualizada, acompanhando as transformações das práticas de jogos e apostas ao longo dos momentos de vida:

- **Na infância e adolescência**, é fundamental priorizar ações de prevenção, educação digital, regulação de telas e mediação familiar, considerando o impacto das tecnologias e dos ambientes virtuais sobre o desenvolvimento (Erikson, 1994. Unicef, 2017). A orientação familiar para supervisão e mediação do uso de telas, construção de ferramentas lúdicas e alternativas para a redução do uso excessivo das telas e a educação midiática para crianças e adolescentes devem ser ações norteadoras de cuidado por parte dos serviços da Raps (Brasil, 2025).

No *Guia sobre Usos de dispositivos digitais para crianças e adolescentes (Brasil, 2025)*, são apresentadas orientações fundamentais para qualificar o cuidado às infâncias e adolescências no contexto digital. O documento destaca que o uso de telas deve ser acompanhado por estratégias que promovam proteção, autonomia progressiva e desenvolvimento saudável. Entre as recomendações centrais, estão a **supervisão e mediação familiar** – incluindo acompanhamento dos conteúdos, estabelecimento de combinados e construção de rotinas equilibradas –, além do **incentivo a atividades lúdicas, esportivas e culturais** como alternativas ao uso excessivo.

O Guia também reforça a importância da **educação midiática**, apoiando crianças e adolescentes a compreenderem riscos digitais, publicidade direcionada e mecanismos de engajamento das plataformas. Aponta ainda **sinais de alerta** que demandam atenção das famílias e das equipes da rede, como **irritabilidade, isolamento, alterações de sono, queda no rendimento escolar e uso compulsivo**.

Para a Raps, o material orienta a necessidade de **identificação precoce de sofrimento associado ao uso excessivo, diálogo qualificado com famílias e escolas, e articulação intersetorial com Cras, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsij) e demais pontos de cuidado**. A abordagem proposta prioriza **ações de proteção e redução de danos**, reconhecendo o ambiente digital como parte constitutiva da vida das novas gerações e, portanto, espaço legítimo de cuidado.

- **Na juventude** e na vida adulta, destaca-se a importância da escuta qualificada, do vínculo, da redução de danos e do acompanhamento psicossocial, reconhecendo vulnerabilidades específicas como pressão financeira, desempenho, publicidade agressiva e busca de pertencimento (Amarante, 2017. OMS, 2022).
- **Na maturidade e velhice**, o cuidado deve atentar à solidão, ao isolamento, às perdas afetivas e à vulnerabilidade financeira, fatores associados ao sofrimento psíquico e à maior exposição a práticas de jogos e apostas como forma de evasão emocional (Brasil, 2013a. OEDA, 2023).

Em todos os momentos, o eixo orientador é o mesmo: promover cuidado articulado na Rede, envolvendo APS, Caps, assistência social, escolas, famílias e dispositivos comunitários, garantindo continuidade, integralidade e proteção social no território (Brasil, 2011. OMS, 2021).

6.4 Estrutura e etapas do PTS

O PTS pode ser compreendido como um ciclo contínuo de cuidado, composto por quatro etapas principais, que devem ser revisadas e atualizadas ao longo do acompanhamento.

6.4.1 Diagnóstico situacional

Como destacou Basaglia (1979), "nenhum sofrimento humano pode ser explicado sem o contexto que o sustenta". Essa afirmação convida a compreender o sofrimento como expressão das condições concretas de vida — econômicas, culturais, afetivas e sociais — que moldam sua experiência.

No cuidado às pessoas com problemas relacionados aos jogos e apostas, esse pensamento é essencial: o sofrimento não reside apenas na compulsão ou no ato de apostar, mas nas redes de sentido, exclusão e vulnerabilidade que cercam a vida da pessoa (Breilh, 2006. OMS, 2021).

Assim, compreender o contexto é parte indissociável do cuidado. É nele que se produzem os sentidos, os suportes e as rupturas que atravessam o sofrimento psíquico, conforme enfatizam a clínica ampliada e a atenção psicossocial (Amarante, 2017. Lancetti, 2008). É também no território — digital, físico, social e simbólico — que se constroem as estratégias clínicas e psicossociais capazes de devolver à pessoa o poder de decisão sobre sua própria vida, fortalecer sua autonomia e reconstruir vínculos e pertencimento (Cecílio, 2009. OMS. Opas, 2025).

Inspirados por Basaglia, entende-se que cuidar implica também transformar o contexto que adocece — atuar sobre o território, as relações sociais e as condições que produzem vulnerabilidade. O trabalho da Raps é clínico, mas também um gesto político e comunitário, que busca restituir cidadania, autonomia e possibilidades de vida digna.

Assim é possível perceber:

- Histórias de vida, condições de saúde.
- Redes de apoio e vínculos significativos.
- Recursos e vulnerabilidades do território (moradia, trabalho, renda).
- Expectativas e demandas da pessoa e da família.

6.4.2 Definição de metas e prioridades

A equipe, junto com a pessoa, define objetivos concretos, alcançáveis e mensuráveis, que enfatizam a construção compartilhada do cuidado e a pactuação de metas realistas (Brasil, 2010. Campos. Domitti, 2007).

As metas devem ser organizadas por prazo e dimensão, podendo incluir:

- cuidado com a saúde física e psíquica.
- redução do tempo ou do gasto com apostas, valorizando estratégias de regulação e manejo.
- Resolução de conflitos e dívidas.
- retomada de vínculos familiares, escolares ou comunitários.
- reintegração ao trabalho, à formação profissional ou a atividades de lazer, conforme defendem as diretrizes de reabilitação psicossocial (Brasil, 2013a. Marlatt, 2002. OEDA, 2023).

Essas metas são revisadas de acordo com o ritmo, o contexto e o engajamento da pessoa, sempre valorizando conquistas parciais e reconhecendo a autonomia como eixo central do cuidado (Cecílio, 2009. OMS, 2021).

6.4.3 Ações terapêuticas e estratégias de cuidado

Na perspectiva da Atenção Psicossocial, o cuidado só se concretiza quando é compartilhado. "A corresponsabilidade é o que dá concretude à ideia de rede, e cuidar é trabalhar junto" (Tykanori, 2016). Essa compreensão desloca o foco do fazer técnico isolado para o fazer coletivo, em que cada encontro entre profissionais, serviços e pessoas compõe um ato terapêutico.

Trabalhar junto significa construir planos de cuidado compartilhados, em que cada profissional compreende o papel do outro e reconhece a pessoa usuária como protagonista de sua trajetória — princípio central da clínica ampliada, da cogestão e do apoio matricial no SUS (Brasil, 2010. Campos. Domitti, 2007). Essa prática se expressa nas reuniões de matriciamento, na escuta interdisciplinar, nas visitas domiciliares conjuntas e nas rodas de conversa que integram saúde, assistência social e educação — espaços em que o cuidado circula, se territorializa e se reinventa (Brasil, 2013a. Cecílio, 2009. OMS. Opas, 2025).

A corresponsabilidade, portanto, não é apenas um valor ético, mas uma estratégia de organização do cuidado. Implica reconhecer que nenhum sofrimento pode ser tratado de forma fragmentada e que cada gesto profissional deve produzir continuidade. Nas ações terapêuticas, ela orienta o cotidiano de trabalho em rede podendo:

- Planejar coletivamente o PTS, garantindo coerência e diálogo entre as intervenções.
- Compartilhar saberes e decisões, substituindo o encaminhamento pelo acompanhamento.
- Transformar o matriciamento em espaço de troca viva e apoio mútuo, mas também como dimensão organizativa e propositiva do cuidado.
- SUSTentar vínculos entre equipes, reconhecendo o cuidado também como construção relacional.
- Promover encontros intersetoriais que devolvam sentido social ao tratamento.

6.4.4 Avaliação e replanejamento

O PTS não é um documento fixo, mas um processo em movimento. A avaliação periódica é fundamental para:

- medir avanços e identificar as principais dificuldades.
- reajustar estratégias e intensividade.
- reforçar o vínculo e a motivação.
- garantir continuidade e evitar desassistência.

Essa lógica está presente na Política Nacional de Humanização, na Raps e na Clínica Ampliada, que compreendem o cuidado como acompanhamento contínuo e revisável (Brasil, 2010. 2011. Cecílio, 2009). O replanejamento deve ocorrer com a participação da pessoa e da equipe, podendo incluir familiares e parcerias da rede (Campos. Domitti, 2007. OMS. Opas, 2025).

6.5 Estratégias de apoio à construção do PTS

A construção do PTS requer instrumentos de apoio que favoreçam a organização das ações, a corresponsabilização das equipes e o protagonismo das pessoas em acompanhamento. Essas ferramentas devem ser utilizadas de maneira sistemática e articulada, orientando a prática clínica, otimizando os processos de gestão do cuidado e assegurando a continuidade das intervenções na Raps (Brasil, 2013a. Lancetti, 2008).

A seguir, algumas estratégias fundamentais:

Reuniões de equipe multiprofissional

Deve ocorrer sistematicamente, podendo ser semanal ou quinzenal, com participação dos diferentes profissionais da equipe, permitindo análise integrada das situações e definição de estratégias conjuntas de cuidado. Essas reuniões fortalecem a interdisciplinaridade e promovem coerência entre as ações propostas (Brasil, 2013a. Cecílio, 2009).

Apoio matricial

Constituem um espaço essencial de integração da Raps. Caps e APS discutem casos, compartilham responsabilidades, definem fluxos e garantem continuidade do cuidado no território. Essa prática é basilar no apoio matricial e na cogestão do cuidado (Brasil, 2010. Campos. Domitti, 2007). O matriciamento também pode ocorrer entre Caps, APS e a Rede de Urgência e Emergência (RUE). A articulação com a RUE favorece a definição de fluxos de acesso, o manejo clínico inicial, a continuidade do cuidado e o retorno ao território de forma segura e integrada, conforme orientam as diretrizes nacionais da RUE no que se refere à articulação interfederativa, ao acolhimento com classificação de risco e à integração com a Raps (Brasil, 2013a).

Instrumentos de registro e monitoramento padronizados

O uso de fichas, planilhas, formulários ou prontuários eletrônicos compartilhados permite sistematizar informações, acompanhar metas pactuadas, avaliar evolução e fortalecer comunicação entre equipes. Esses registros fortalecem a comunicação entre equipes e promovem maior transparência e possibilita a avaliação das ações desenvolvidas. (Brasil, 2013a. OMS. Opas, 2025).

Ações intersetoriais articuladas

O PTS deve articular saúde, assistência social, educação, justiça, cultura, esporte e trabalho, assegurando respostas integrais às necessidades identificadas. A intersetorialidade é um dos pilares da Raps e da atenção psicossocial (Amarante, 2017. Brasil, 2011).

Grupos de discussão de caso com supervisão técnica

Esses espaços configuram instâncias de análise clínica e de aprimoramento técnico das equipes. As discussões de caso devem ocorrer com a presença de profissionais de referência ou supervisores externos, promovendo a reflexão sobre as práticas, o compartilhamento de experiências e o fortalecimento ético e institucional das ações na atenção psicossocial (Lancetti, 2008. OMS. Opas, 2025).

Espaços de escuta e decisão

A participação ativa da pessoa usuária, familiares e rede de apoio na elaboração, revisão e avaliação do PTS constitui princípio ético, político e clínico do cuidado em saúde mental (Brasil, 2010. 2013a). Cabe às equipes criar condições reais para que cada pessoa participe das decisões sobre sua

trajetória terapêutica, reconhecendo e valorizando escolhas, desejos e possibilidades. A escuta qualificada e o diálogo contínuo sustentam processos de contratualidade, corresponsabilidade e construção compartilhada do cuidado (Campos, Domitti, 2007. Cecílio, 2009).

“O cuidado só é ético quando o sujeito é reconhecido como autor de sua história, e não como objeto da intervenção” (Olievenstein, 1989). Essa compreensão reforça que o PTS é mais que um instrumento de registro: é uma prática de reconhecimento e autonomia, afirmando o papel da pessoa acompanhada como protagonista do seu processo terapêutico (Amarante, 2017. Lancetti, 2008).

6.6 O PTS e o cuidado das pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas

No cuidado a pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, o PTS deve integrar ações que abordem simultaneamente:

- aspectos clínicos, físicos e psíquicos, como ansiedade, depressão, impulsividade e estresse, insônia (OMS, 2022).
- aspectos econômicos e sociais, incluindo endividamento, conflitos familiares e exclusão social, que compõem a determinação social do sofrimento (Breilh, 2006, 2013).
- dimensões culturais e simbólicas, reconhecendo os jogos e as apostas como expressão de pertencimento, lazer, identidade e busca de reconhecimento (Amarante, 2017. Lancetti, 2008).
- práticas de Redução de Danos e promoção da autonomia, conforme as diretrizes nacionais e internacionais (Marlatt, 2002. OMS. Opas, 2025).
- fortalecimento das redes de apoio formais e informais, essenciais para cuidado comunitário e reinserção social (OMS, 2021. OMS. Opas, 2025).

Cada projeto deve reconhecer o cuidado como um espaço de criação de sentido, escolha e movimento. Mesmo em contextos de vulnerabilidade, o PTS deve abrir caminhos para a reconstrução de trajetórias, fortalecer vínculos e sustentar processos de protagonismo, reafirmando a dignidade e a potência de cada pessoa em sua singularidade — princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira (Amarante, 2017. Cecílio, 2009. Lancetti, 2008).

Síntese

O PTS é o principal instrumento de gestão, integração e efetividade do cuidado. Ele traduz em prática os princípios do SUS, permitindo que cada pessoa tenha um projeto de cuidado possível, compartilhado e significativo.



7 AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL, IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS E REGISTRO DO CUIDADO

O cuidado de pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas exige abordagens integradas e baseadas em evidências, capazes de reconhecer precocemente situações de risco, vulnerabilidade e sofrimento psíquico, conforme orientam a OMS, a Opas e as diretrizes da Raps (Brasil, 2011. OEDA, 2023. OMS, 2022). A identificação precoce é fundamental para prevenir agravos, reduzir danos, orientar intervenções proporcionais e fortalecer o vínculo terapêutico (Marlatt, 2002. OMS, 2021).

7.1 Sinais de alerta

Reconhecer situações que indiquem possíveis problemas relacionados ao jogo é essencial para qualificar o cuidado e orientar intervenções oportunas no território. Embora a prática de apostas possa ocorrer como atividade recreativa, determinadas pessoas podem desenvolver padrões de risco que repercutem na saúde mental, na estabilidade financeira, nas relações familiares e nas dinâmicas sociais.

A identificação precoce desses sinais permite prevenir a evolução para o transtorno do jogo, reduzir danos associados e favorecer encaminhamentos adequados dentro da Raps e de outros pontos da rede intersetorial. Quando o jogo ultrapassa o campo do lazer e começa a produzir prejuízos mensuráveis, alguns indicadores ajudam a orientar a avaliação profissional.

A seguir, apresentam-se **três sinais de alerta prioritários** para apoiar a análise clínica e psicossocial por parte das equipes.

Sinais emocionais

As emoções costumam ser o primeiro indicativo de que algo não vai bem. Mudanças de humor, irritação ou sensação de perda de controle podem sinalizar que o jogo está afetando o equilíbrio emocional. Atente-se aos seguintes sinais:

- Ansiedade, irritabilidade ou inquietação quando não está jogando
- Insônia, principalmente se costuma realizar apostas durante a madrugada.
- Prática de apostas como uma forma de escapar de sentimentos negativos, como tristeza, culpa ou estresse.
- Euforia demasiada nos momentos de ganho, o que pode levar à busca constante desta sensação.
- Sensação de perda de controle, mesmo com desejo de parar.
- Queda da autoestima e sentimentos de vergonha associados aos jogos de aposta.

Sinais sociais e financeiros

Quando as apostas começam a interferir nas relações pessoais ou na vida financeira, é hora de acender o alerta. Observa-se:

- Endividamento crescente, com necessidade de empréstimos ou venda de bem.
- Discussões frequentes com familiares e rede de apoio sobre dinheiro.
- Problemas interpessoais, no trabalho ou em outras áreas importantes para a pessoa.

Sinais comportamentais

O comportamento também revela quando o jogo deixa de ser diversão. As mentiras, a dificuldade de parar ou a necessidade de apostar novamente após perdas são sinais de risco que merecem atenção e apoio, bem como:

- Dificuldade em controlar o tempo ou o dinheiro gastos com apostas.
- Foco excessivo no jogo, com pensamentos constantes sobre apostas passadas ou futuras.
- Mentiras ou omissões sobre a frequência de apostas ou o valor gasto.
- Retorno imediato ao jogo após perdas, tentando recuperar o dinheiro perdido.
- Negligência de responsabilidades.

7.2 Padrões de comportamento problemático associados aos jogos de apostas

1. Perda de Controle

Dificuldade em interromper, reduzir ou regular o tempo e o dinheiro gastos em apostas, mesmo quando há intenção de fazê-lo.

2. Compulsão

Impulso persistente e sensação de necessidade urgente de continuar jogando, frequentemente acompanhados de tensão e alívio momentâneo apenas durante o ato de apostar.

3. Fissura/desejo Intenso

Presença de pensamentos recorrentes sobre o jogo e desejo intenso de apostar — seja para buscar excitação, aliviar sofrimento emocional ou recuperar perdas.

4. Continuidade apesar das consequências

Persistência no comportamento de jogo mesmo diante de prejuízos evidentes — financeiros, familiares, sociais, ocupacionais ou de saúde (Canadian Centre on Substance use and Addiction, 2019).

7.3 Avaliação psicossocial

A avaliação psicossocial é a primeira etapa para compreender, de forma ampla e não reducionista, quem é a pessoa que chega ao serviço, quais são suas necessidades e como o jogo atravessa sua

vida. Mais do que identificar sintomas ou definir diagnósticos, ela organiza o olhar da equipe sobre elementos que determinam o sofrimento: vínculos familiares, condições socioeconômicas, trajetória de saúde, vivências de violência, exclusões e acesso a direitos (Brasil, 2013a, 2014).

Por isso, nenhum indicador epidemiológico substitui a avaliação direta. Os dados populacionais apenas apontam tendências de risco — mas cada pessoa tem uma história, e é essa história que orienta o cuidado.

A avaliação psicossocial deve ser contínua, construída em diferentes espaços do serviço e da rede: escuta inicial, atendimentos individuais e compartilhados, visitas domiciliares, grupos, matriciamento e reuniões de equipe, conforme orientam as diretrizes da Raps e da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013a). É um processo vivo, que se atualiza conforme se ampliam as informações e o vínculo.

É fundamental considerar que muitas pessoas não nomeiam de imediato sua relação com apostas. Elas chegam com queixas de ansiedade, conflitos familiares, endividamento, rupturas, sintomas depressivos, tentativas de suicídio ou violência. Cabe à equipe tratar o tema com nitidez, sem moralização, criando um ambiente seguro para que a pessoa possa falar sobre sofrimento financeiro, vergonha ou culpa associadas ao jogo (Brasil, 2013a).

Por fim, o cuidado não se limita ao indivíduo. As famílias também adoecem: sofrem com conflitos, perdas financeiras, medo, sobrecarga emocional e rupturas. Estudos recentes mostram que familiares de pessoas com problemas de jogo apresentam níveis elevados de sofrimento psíquico e impacto financeiro (Goodwin, 2017), reforçando a necessidade de acolhimento ampliado e atendimento aos familiares e rede de apoio.

Veja o Anexo A deste Guia (página 67) com orientações de como realizar a avaliação psicossocial.

7.3.1 Objetivo

Oferecer às equipes de saúde uma análise integrada que possibilite compreender, de maneira contextualizada, as dimensões psicossociais envolvidas nos problemas relacionados aos jogos de apostas, subsidiando a construção qualificada e corresponsável do PTS (Brasil, 2022).

7.3.2 Dimensões da avaliação

A avaliação psicossocial, no cuidado às pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas, deve partir da compreensão ampla da relação entre quem é a pessoa, em que contexto vive e como se vincula às apostas. Trata-se de um processo contínuo, que busca identificar os elementos que influenciam o sofrimento, as vulnerabilidades e as potências que podem orientar o Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2013a, 2014, 2017a).

Nessa perspectiva, é importante compreender aspectos da **saúde física e emocional**, observando como alterações no sono, na alimentação ou no humor interagem com impulsos, expectativas e formas de enfrentamento do estresse. Da mesma forma, é necessário considerar a trajetória de saúde mental e a possível presença de uso associado de álcool ou outras drogas, já que essas experiências podem intensificar a relação com o jogo.

O contexto **social e familiar** é igualmente central. Redes de apoio frágeis, conflitos recorrentes, isolamento, condições de trabalho precárias, renda instável ou insegurança habitacional podem influenciar a forma como a pessoa utiliza o jogo — seja como escape, expectativa de ganho financeiro ou tentativa de reorganizar emoções. Ao mesmo tempo, compreender redes comunitárias, vínculos familiares e recursos locais ajuda a identificar caminhos de cuidado.

A dimensão **cultural e subjetiva** permite entender os sentidos atribuídos às apostas: diversão, socialização, sensação de controle, esperança de mudança de vida ou pertencimento em comunidades digitais. Esses elementos moldam a experiência do jogo e precisam ser reconhecidos para que o cuidado seja realista e respeitoso.

Finalmente, **condições materiais e fatores de vulnerabilidade** — como endividamento, dificuldade de acesso a políticas públicas, discriminação, eventos traumáticos ou exposição a riscos — podem ampliar o sofrimento e dificultar a busca por ajuda. Esses aspectos devem ser explorados com atenção, sempre em ambiente de escuta qualificada, sigilo e acolhimento.

Essa abordagem integrada permite construir uma visão completa da pessoa e de sua relação com o jogo, evitando explicações simplistas ou culpabilizantes. É a partir dessa leitura que o PTS ganha direção, respeitando singularidades e articulando cuidado clínico, psicossocial e comunitário. A seguir o resumo:

Dimensão	Aspectos a observar
Biológica	Condições físicas, alterações do sono, apetite, sintomas psicossomáticos.
Psicológica	Emoções, pensamentos e impulsos relacionados aos jogos de apostas, histórico de problemas de saúde mental e relacionados ao uso de álcool e outras drogas, sofrimento psíquico atual (culpa, ansiedade, perda de controle, pensamentos de morte, ideação suicida).
Social	Relações familiares, vínculos, moradia, renda, isolamento, desemprego, violência.
Cultural e Subjetiva	Significados atribuídos aos jogos de apostas (sorte, fuga, recompensa, destino), crenças, valores, espiritualidade.
Econômica e de Vulnerabilidade	Condições materiais, acesso a políticas públicas, exposição a riscos, endividamento, dependência financeira, exclusão social.

7.4 Instrumentos de apoio à avaliação psicossocial

Alguns instrumentos validados pela literatura científica podem apoiar as equipes na compreensão dos problemas relacionados aos jogos de aposta.

Ressaltamos que esses instrumentos são complementares a avaliação e não direcionadores do cuidado.

1 – Autoteste de Jogo: voltado à autoavaliação e identificação de problemas relacionados aos jogos de apostas (Velasquez, 2021) - (ver **Anexo B**).

2- Problem Gambling Severity Index - PGSI: avalia a gravidade para desenvolvimento de problemas com jogos de apostas (Ferris, Wynnes, 2001) - (ver **Anexo C**).

3- Escala de Dependência de Jogos Eletrônicos - Esdeje: identifica sinais de alerta e pode indicar um nível de problemas com jogos (Lemos, 2015) - (Ver **Anexo D**).

7.5 Integração do cuidado: apostas, álcool e outras drogas

A coexistência entre problemas relacionados aos jogos de apostas e o uso de álcool e outras drogas é comum e exige atenção integrada das equipes da Raps, pois intensifica vulnerabilidades, agrava quadros de sofrimento psíquico e compromete a autonomia da pessoa (Ndetei, 2023. Shmulewitz, 2024).

Portanto, a avaliação psicossocial deve ser ampliada para além das apostas, incorporando análise da relação com o uso de álcool e outras drogas, dos contextos de risco e das demandas de cuidado intersetorial e como isso se conecta com as apostas.

As ações devem priorizar redução de danos, fortalecimento de vínculos interpessoais e reconstrução das rotinas de cuidado e sociabilidade em liberdade.

Saiba mais sobre a coexistência entre problemas relacionados aos jogos de apostas e o uso de álcool e outras drogas na ***Linha de Cuidado para as Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas*** (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/saude-e-fazenda-lancam-observatorio-brasil-saude-e-apostas-eletronicas-para-aco-es-integradas-de-prevencao-a-dependencia>).

7.6 Integração da avaliação psicossocial com o PTS

Após a avaliação, a equipe deve elaborar o PTS compartilhado, considerando:

- A complexidade e vulnerabilidade identificadas.
- Os pontos da rede envolvidos (APS, Caps, Cras, Instituições de ensino etc.).
- Ações imediatas (redução de danos, apoio familiar).
- Responsáveis pelo acompanhamento e reavaliações.
- Continuidade do cuidado garantida, evitando a fragmentação (Brasil, 2022).
- Registrar os dados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/Sisab), quando disponível ou nos sistemas de registros locais.

7.7 Classificação de risco e diagnóstica

Jogo de aposta social ou recreativo – apostas realizadas por lazer, de forma recreativa, ocasionalmente, sem apresentar nenhum tipo de problema por conta da atividade.

Jogo de aposta de baixo risco – apostas realizadas com maior frequência e que apresentam alguma consequência negativa pessoal, social ou relacionada à saúde.

Jogo de aposta de risco moderado ou problemático – apostas realizadas de uma maneira que o jogo passa a interferir na vida, provocando mais de um problema, com impacto em aspectos pessoais, familiares e interpessoais, financeiros, de saúde, no trabalho/estudo, mas que não chegam a preencher critérios diagnósticos para transtorno de jogo.

Transtorno de Jogo – classificado como um transtorno mental e comportamental tanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como nas CID-10 e CID-11. Padrão persistente de apostas em que há perda de controle, continuidade do comportamento mesmo diante de prejuízos e comprometimento significativo da vida. Envolve aumento da frequência ou intensidade das apostas e dificuldade de interromper o jogo, configurando um quadro que preenche critérios clínicos reconhecidos para transtorno de jogo.

7.8 Registros em saúde: finalidade, relevância e referências normativas

O registro dos atendimentos realizados em qualquer ponto da Raps para pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas, bem como para seus familiares e rede de apoio, deve ser efetuado no prontuário, utilizando-se as classificações diagnósticas conforme avaliação do profissional responsável.

No SUS, a classificação atualmente vigente é a CID-10, utilizando-se os códigos **F63.0 (Jogo Patológico)** e **Z72.6 (Mania de Jogo e Aposta)**, recomendados para registro sobretudo na Atenção Primária à Saúde. A **CID-11**, ainda em fase de implementação pelo Ministério da Saúde, adota o código **6C50.0 (Transtorno de Jogo)**.

Nos Caps, o registro das ações de cuidado deve seguir os procedimentos definidos pela **Portaria n.º 854, de 22 de agosto de 2012**, utilizando os instrumentos **Raas, BPA-I e BPA-C**.

Na APS, o registro das ações de cuidado – sejam individuais ou coletivas, realizadas na UBS, em domicílio, em outros espaços do território, presencialmente ou por meios remotos – é efetuado principalmente por meio do **Prontuário Eletrônico e-SUS APS** e do módulo de **Coleta de Dados Simplificada (CDS)**. Esses instrumentos organizam as informações clínicas no modelo **SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano)** e possibilitam que motivos de consulta, problemas/condições de saúde e procedimentos sejam registrados de forma padronizada, utilizando **CIAP-2, CID-10 e a Tabela de Procedimentos do SUS (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – Sigtap)**.

Na Rede de Urgência e Emergência, o registro dos atendimentos relacionados aos jogos de apostas deve refletir, de forma organizada, a avaliação clínica inicial, as condutas adotadas e os encaminhamentos necessários. Cada serviço utiliza seu sistema próprio de prontuário, que deve assegurar rastreabilidade, completude das informações e comunicação efetiva com os demais pontos da rede. Recomenda-se que os profissionais utilizem as **classificações diagnósticas vigentes no SUS**, em consonância com as normativas nacionais.

No componente pré-hospitalar móvel, os atendimentos devem ser registrados na ficha de atendimento pré-hospitalar (ou instrumento equivalente), contemplando os dados essenciais sobre a situação encontrada, as intervenções realizadas e o destino do paciente. Nos serviços de pronto atendimento e de emergência hospitalar, o registro deve incluir a evolução clínica, os procedimentos executados e demais informações pertinentes ao cuidado imediato, respeitando os protocolos institucionais.

Esses registros são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado entre a RUE, a Raps e a Atenção Primária, possibilitando o acompanhamento longitudinal das pessoas atendidas e contribuindo para o monitoramento epidemiológico do tema no território.

Saiba mais sobre avaliação diagnóstica e registros na ***Linha de Cuidado para as Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas*** (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/saude-e-fazenda-lancam-observatorio-brasil-saude-e-apostas-eletronicas-para-acoes-integradas-de-prevencao-a-dependencia>)

8 PAPEL DOS DISPOSITIVOS DA Raps E SUAS AÇÕES NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS A JOGOS DE APOSTAS

No cenário dos problemas relacionados aos jogos de apostas, a Raps também se configura como o principal arranjo organizativo do SUS voltado ao cuidado em saúde mental, estruturada sobre os princípios da integralidade, territorialidade e intersetorialidade, conforme estabelecido na Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2022, (consolidada pela Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017) e nas diretrizes nacionais de saúde mental (Brasil, 2011, 2017a). Ela é composta por diversos pontos de atenção, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Rede de Urgência e Emergência (RUE), que, juntamente com os demais dispositivos da rede, integram o cuidado territorial e contínuo.

A Raps funciona como um sistema vivo e dinâmico, no qual cada ponto tem uma função específica, mas todos compartilham uma responsabilidade comum: garantir cuidado contínuo, humanizado e em liberdade — princípios reafirmados também pelas recomendações internacionais para sistemas comunitários de cuidado (OMS. Opas, 2025).

Este tópico descreve os principais dispositivos da Raps, suas funções específicas e formas de articulação em rede, considerando a trajetória do cuidado: da detecção precoce à atenção em crise, da reabilitação psicossocial à reinserção comunitária. O objetivo é apoiar as equipes na construção de plano de cuidado singulares, coordenados e alinhados às diretrizes nacionais de saúde mental (Brasil, 2011, 2013).

Vale ressaltar que tanto a Ouvidoria do SUS como o site e aplicativo do Meu SUS Digital, contam com conteúdo sobre jogos de apostas que podem apoiar as equipes com informações e orientar, bem como, irão orientar a população geral sobre como buscar a Raps para receber acolhimento e acompanhamento.

A seguir, apresentamos os serviços nos quais pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas podem recorrer e ser atendidas e os critérios que devem ser considerados na avaliação. Para maiores direcionamentos sobre algumas perguntas que podem ser utilizadas na avaliação, veja o Anexo C - Orientações para a avaliação psicossocial (página 70).

8.1 Atenção Primária à Saúde – APS

A APS é a porta de entrada preferencial do SUS e o espaço de escuta, vínculo e acompanhamento longitudinal das pessoas, famílias e comunidades, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017b). No cuidado em saúde mental, especialmente diante de problemas relacionados aos jogos de apostas, a APS assume um papel estratégico: identificar precocemente situações de sofrimento, construir vínculos de confiança, articular o cuidado com outros pontos da rede e promover ações coletivas no território, em alinhamento com as diretrizes da Raps (Brasil, 2011. OMS. Opas, 2025).

A APS é o primeiro lugar onde a vida cotidiana se revela — é onde os sinais iniciais costumam aparecer. A atuação qualificada neste nível pode evitar o agravamento dos casos e reduzir a necessidade de intervenções emergenciais, como reforçam o **Caderno de Saúde Mental na Atenção Básica** e as recomendações internacionais de serviços comunitários (Brasil, 2013b. OMS, 2021).

8.1.1 Identificação de casos e acompanhamento longitudinal

A identificação precoce é uma das funções mais relevantes da APS. As equipes devem estar atentas a sinais e queixas relacionadas a jogos e apostas, especialmente quando associadas a:

- conflitos familiares e interpessoais frequentes.
- queda no desempenho escolar ou laboral.
- alterações do sono e do apetite.
- sintomas de ansiedade, irritabilidade, dificuldade de socialização, rompimento com rede de apoio ou isolamento social.
- uso excessivo de telas.
- endividamento repentino.

Esses sinais estão frequentemente presentes na fase inicial dos comportamentos de risco relacionados ao jogo (OEDA, 2023. OMS, 2021), **tendo o ACS papel fundamental na identificação e comunicação**. O acompanhamento longitudinal permite observar a evolução dos casos, promover vínculo e ofertar cuidado contínuo e não estigmatizante (Brasil, 2017b).

A APS acompanha os indivíduos e familiares em todos seus ciclos de vida. Com o aumento dos problemas relacionados aos jogos de apostas, é importante que as equipes se organizem para oferecer ações de prevenção, promoção e reabilitação, articulando-se com os serviços inter e intrasetoriais presentes no território, como previsto na organização da Raps (Brasil, 2011).

8.1.2 Ações no território

Como porta de entrada do SUS, a APS estabelece um elo constante entre o cuidado clínico e a vida comunitária, atuando na interface entre saúde, vínculos familiares, dinâmicas territoriais e recursos sociais disponíveis. No cotidiano do território, as equipes desenvolvem ações que articulam escuta qualificada, acompanhamento contínuo e identificação precoce de situações de vulnerabilidade relacionadas aos jogos de apostas.

Essas ações devem incluir:

- **Educação em saúde mental:** rodas de conversa, palestras e oficinas sobre uso consciente da tecnologia, jogos online e apostas.
- **Parcerias intersetoriais:** atuação conjunta com escolas, Cras, coletivos culturais e esportivos para promover convivência e lazer.
- **Prevenção e promoção:** grupos de apoio para famílias e jovens, campanhas sobre finanças pessoais e saúde emocional.

- **Busca ativa:** visitas domiciliares e acompanhamento de pessoas em sofrimento silencioso, evitando abandono e isolamento.

Essas ações devem ser registradas e integradas ao planejamento local da Raps, com supervisão compartilhada do Caps e apoio das eMulti, quando necessário.

8.1.3 Acolhimento e cuidado em saúde mental

Toda unidade de APS deve ser capaz de oferecer acolhimento imediato e escuta qualificada, evitando encaminhamentos automáticos. A escuta deve ser aberta, sem julgamento moral, reconhecendo que o sofrimento causado pelo jogo e pelas apostas está ligado a múltiplos fatores sociais, emocionais e contextuais (Brasil, 2011. OMS, 2021).

Ações prioritárias do acolhimento na APS:

- Garantir escuta individual, familiar e a rede de apoio com privacidade e empatia.
- Avaliar com o auxílio dos instrumentos apresentados neste guia os fatores de risco, sofrimento e vulnerabilidade (ideação suicida, colapso financeiro, violência).
- Estabelecer plano inicial de cuidado e encaminhamento pactuado ao Caps, quando necessário.
- Realizar intervenção breve individual ou em grupo.
- Ofertas grupos de apoio e fomentar o suporte entre pares.
- Envolver a família ou rede de apoio, respeitando o sigilo e a autonomia do usuário.
- Documentar o caso no prontuário e manter comunicação ativa com o Caps.
- Realizar acolhimento inicial e encaminhar situações de tentativa de suicídio ou situação de crise para hospital geral, com apoio do Samu.

8.2 Equipes Multiprofissionais – eMulti

As eMulti são equipes da APS que atuam de maneira complementar e integrada com as demais equipes da APS, visando a ampliação do escopo de práticas ofertadas pelas UBS, fortalecendo a capacidade do território de oferecer cuidado integral, interdisciplinar e resolutivo. Elas funcionam como apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial, com o papel de articular saberes especializados às práticas cotidianas das equipes de Saúde da Família e de outros pontos da Raps.

No contexto dos problemas relacionadas aos jogos de apostas, as eMulti e, também as demais equipes da UBS, cumprem papel essencial na qualificação do cuidado e na prevenção de encaminhamentos desnecessários. São responsáveis por promover a clínica ampliada, o trabalho interdisciplinar e a educação permanente dos profissionais.

8.2.1 Integração com Caps e eMulti

Recomenda-se que a APS mantenha reuniões de matriciamento periódicas com o Caps e as eMulti, discutindo casos e estratégias de cuidado. Essa integração evita duplicidade de ações e garante que o cuidado seja continuado e corresponsável.

Exemplos de práticas colaborativas:

- Discussão de casos complexos em reuniões conjuntas.
- Atendimento compartilhado de usuários em risco.
- Supervisão clínica das equipes de APS por profissionais da saúde mental.
- Participação conjunta em ações comunitárias e campanhas educativas.

8.2.2 Suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial à APS

As eMulti devem apoiar as UBS na avaliação e manejo inicial dos casos de sofrimento psíquico relacionado a jogos e apostas. Isso inclui:

- Oferecer um conjunto de ações, desde o atendimento individual, as atividades coletivas, domiciliares, bem como ações entre os profissionais (discussão de caso, reuniões de equipe, interconsulta), para acolhimento e avaliação de problemas relacionados aos jogos de apostas.
- Ajudar na identificação de fatores de vulnerabilidade social (endividamento, rupturas familiares, desemprego, isolamento).
- Participar da construção e revisão dos PTS, apoiando o plano de cuidado contínuo.
- Facilitar o acesso aos Caps e demais dispositivos da Raps, quando o caso exige atenção psicossocial especializada.
- Apoiar a APS em ações de prevenção, promoção, redução de danos e educação em saúde mental no território.

8.2.3 Matriciamento e apoio à rede

O matriciamento é o instrumento central de articulação entre as demais equipes da APS e os Caps quando presentes no território. Ele permite que o cuidado aconteça de forma compartilhada, evitando a fragmentação e o repasse automático de casos.

Ações matriciais recomendadas:

- Reuniões de discussão de casos e planejamento conjunto de ações.
- Supervisão clínica e apoio técnico às equipes de APS.
- Participação em visitas domiciliares e atendimentos conjuntos.
- Apoio na elaboração de fluxos de cuidado e protocolos locais.
- Sensibilização da rede sobre o tema dos jogos e apostas e suas implicações psicossociais.

8.2.4 Articulação com outras políticas públicas

As eMulti também podem estabelecer interlocução direta com a assistência social, a educação e a justiça, especialmente em casos que envolvem vulnerabilidade econômica, violência doméstica ou violação de direitos.

Esse diálogo intersetorial é decisivo para garantir que a pessoa em sofrimento receba o suporte adequado, em tempo oportuno, e de forma integral.

8.3 Centros de Atenção Psicossocial (Caps)

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) constituem o eixo estruturante da Raps. São dispositivos de atenção psicossocial especializada que operam segundo os princípios da atenção territorial, do cuidado em liberdade e da clínica ampliada.

No contexto de pessoas com diagnóstico de Transtorno do Jogo, os Caps assumem papel central na coordenação do cuidado, na atenção a crises e na articulação da Rede.

Os Caps não são apenas serviços de cuidado em saúde mental, são espaços de cidadania, responsáveis por organizar a rede de atenção no território, fortalecendo o vínculo com a comunidade e os demais setores públicos.

8.3.1 Acolhimento

O acolhimento é ação contínua e deve funcionar como um dispositivo estruturante do cuidado nos Caps, capaz de organizar a resposta da equipe diante da situação apresentada, ofertar suporte imediato e estabelecer um plano inicial que assegure continuidade, corresponsabilidade e proteção. Trata-se de um momento técnico e relacional em que se delineiam prioridades, riscos e estratégias que orientarão o PTS. Neste sentido é referência para situações relativas à saúde mental, especialmente quando há risco de autolesão, ideação suicida, perda financeiro, ruptura familiar ou violência associada às apostas.

Ações prioritárias:

- Acolher imediatamente a pessoa, garantindo segurança, escuta e vínculo.
- Avaliar o risco e definir estratégias de contenção não coercitiva.
- Articular com a APS e a RUE para estabilização clínica e social.
- Garantir que o acolhimento seja voluntário, protegido e humanizado.
- Registrar o caso, elaborar PTS e pactuar encaminhamentos ou internações breves, quando necessário.

8.3.2 Acolhimento noturno

Nos Caps III, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (Caps AD III) e Capsi III (com funcionamento 24 horas), o acolhimento noturno é fundamental para garantir proteção em

períodos de crise e a continuidade do PTS. Este acolhimento deve ocorrer com voluntariedade e consentimento, priorizando situações como:

- Risco de suicídio ou autolesão.
- Sofrimento psíquico intenso, pensamento de morte e prejuízo financeiro grave.
- Desorganização familiar e perda de moradia.
- Exposição à violência doméstica ou coação de credores.

O período de permanência é breve (no máximo 15 dias no mês), orientado pelo PTS e pela reintegração da pessoa à vida cotidiana, com apoio do Caps, da APS e demais recursos da rede intersetorial.

8.3.3 Atendimento aos casos mais graves

Os Caps são responsáveis pelo cuidado das situações nas quais os problemas relacionados aos jogos de apostas assumem maior complexidade, seja pela presença de sofrimento intenso, risco aumentado, comorbidades psiquiátricas, impacto significativo na vida familiar e social. Nessas situações, o Caps torna-se o serviço de referência, oferecendo cuidado intensivo, cotidiano e territorial.

O atendimento aos casos mais graves exige proximidade, acompanhamento frequente e intervenções articuladas, integrando cuidado clínico, apoio psicossocial e manejo das vulnerabilidades sociais e econômicas frequentemente associadas ao comportamento de jogo.

No cotidiano do serviço, as ações incluem:

- Acolhimento diário, com avaliação do risco, das necessidades imediatas e da intensidade do sofrimento.
- atendimentos individuais e em grupo, voltados ao manejo de impulsos, compreensão dos gatilhos do comportamento de jogo, reorganização da rotina e fortalecimento da autonomia.
- Oficinas terapêuticas e atividades de reabilitação psicossocial, contribuindo para restabelecimento de vínculos, retomada de projetos de vida e reinserção comunitária.
- Acompanhamento familiar e a rede de apoio, com mediação de conflitos, orientação sobre limites protetivos, suporte diante de endividamento e sobrecarga emocional.
- Interlocução com outros equipamentos, como Cras, Defensoria Pública, escolas, serviços de saúde e órgãos de garantia de direitos, ampliando respostas em casos de violências, dívidas, vulnerabilidade financeira ou situações judiciais.
- Atenção a momentos críticos, quando há risco de autoextermínio, agravamento do sofrimento, intensificação do jogo ou ruptura de vínculos sociais.
- Intervenção breve.

Conforme dialogado neste Guia, o PTS deve ser elaborado coletivamente, com metas mais nítidas e revisões periódicas, assegurando corresponsabilidade entre os pontos da rede.

O relato de uma pessoa usuária de Caps sobre como o acompanhamento tem sido realizado no seu cuidado:

“O Caps, o grupo em si, está me ajudando bastante, porque lá a gente conversa, troca informações e a gente acaba vendo que tem outras pessoas que acabam estando na mesma situação que a gente. A gente pode dar o conselho para elas quanto ouvir também, e eu estou aprendendo muito como ocupar o meu tempo quando me dá vontade de jogar. A gente vai fazendo as trocas de experiências e lá a gente vê também que não é simplesmente uma frescura, que realmente é um vício e que precisa ser tratado.”

8.3.4 Matriciamento e articulação em rede

O Caps atua como referência técnica e articuladora da Raps. Isso significa que sua função não é apenas atender, mas qualificar e apoiar toda a rede de saúde e proteção social.

Principais estratégias de articulação:

- Supervisão e apoio matricial à APS e eMulti.
 - Interlocução com a RUE e leitos de saúde mental em hospital geral.
 - Gestão dos fluxos de acolhimento e contrarreferência.
 - Coordenação dos casos acompanhados nas Unidades de Acolhimento (UAA/UIA).
- Participação em comissões, fóruns e redes intersetoriais.

8.3.5 Panorama da trajetória do cuidado – Caps

- Coordenar a Atenção em Saúde Mental no território.
- Acolher e acompanhar casos graves e crises.
- Oferecer acolhimento noturno (Caps III, Caps AD III e CAPSij III) e intensivo.
- Elaborar e revisar PTS em conjunto com a rede.
- Apoiar tecnicamente APS, RUE, UA, assistência social e demais políticas.
- Garantir cuidado em liberdade, respeito e corresponsabilidade.
- Fomentar o suporte entre pares.

8.4 Unidades de Acolhimento (UAA e UIA)

As Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil (UAA e UIA) integram a Raps como dispositivos de proteção e cuidado temporário. São serviços residenciais de permanência transitória, articulados diretamente aos Caps, voltados para pessoas em situação de sofrimento psíquico e vulnerabilidade social relacionados ao uso de álcool e outras drogas, que necessitam de acompanhamento intensivo e cuidado contínuo.

No contexto dos jogos e apostas, essas unidades poderão compor o cuidado às pessoas que têm problemas relacionados aos jogos de apostas e que fazem uso de álcool e outras drogas acompanhadas em Caps, desempenhando papel fundamental quando o sofrimento é agravado por ruptura de vínculos familiares, endividamento extremo, ameaças ou violências associadas à dívida, perda de moradia, ou ausência de suporte social.

8.4.1 Moradia transitória e apoio intensivo ao PTS

As UA funcionam sob a lógica de residencialidade e voluntariedade, garantindo liberdade, acolhimento e acompanhamento 24 horas, com foco na reconstrução da autonomia e no fortalecimento dos vínculos comunitários. O PTS é o instrumento orientador de todas as ações, pode ser construído conjuntamente pelo Caps, APS e equipe da UA.

Ações prioritárias:

- Garantir acolhimento protegido e ambiente de convivência segura.
- Oferecer rotina terapêutica estruturada e acesso a direitos básicos (alimentação, sono, convivência, lazer).
- Trabalhar habilidades de autonomia, autocuidado e redução de danos.
- Articular ações com assistência social, trabalho e renda.
- Facilitar a reinserção social e familiar gradativa.
- Manter vínculo permanente com o Caps de referência.

A permanência é sempre temporária (até seis meses), baseada em critérios psicossociais, e a saída deve ser pactuada com a pessoa moradora e sua rede de apoio.

8.4.2 Indicações de Acolhimento

As UA podem ser indicadas quando a pessoa vivencia crises em diferentes momentos, apresenta episódios de apostas compulsivas ou se encontra em situações de coação financeira que comprometem sua segurança, autonomia e condições de vida. Nesses cenários, o acolhimento deve ser pactuado com metas bem definidas, assegurando intencionalidade terapêutica, proteção de direitos e evitando processos de institucionalização.

Metas do acolhimento em UA:

- Reorganização da rotina e das dinâmicas de convivência.
- Redução de riscos e restabelecimento das condições de segurança.
- Reintegração familiar e social de maneira progressiva.
- Planejamento da continuidade do cuidado em articulação com APS e Caps.

8.5 Leitos de saúde mental em hospitais gerais

Os leitos de saúde mental em Hospitais Gerais (HG) integram a Raps como dispositivos hospitalares de curta permanência, destinados ao manejo de situações agudas de sofrimento psíquico. Constituem um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico tradicional, orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, assegurando cuidado integral, humanizado e centrado na pessoa, com articulação permanente com a rede territorial.

No contexto dos problemas relacionados aos jogos de apostas, esses leitos são indicados em situações de elevado risco clínico e psíquico, como risco iminente de suicídio, tentativas de autoextermínio, desorganização psíquica grave, estados de agitação intensa ou presença de comorbidades clínicas que exijam monitoramento e estabilização em ambiente hospitalar.

O acesso pode ocorrer por demanda espontânea ao hospital, mediante avaliação da equipe multiprofissional, ou por encaminhamento articulado de outros pontos da rede, conforme fluxos locais pactuados, sempre a partir da avaliação compartilhada das necessidades de saúde.

8.5.1 Atenção à crise e situações de risco de suicídio ou comorbidades clínicas

Nos casos em que há risco de morte, ideação ou tentativa de suicídio, agitação psicomotora, desorganização psíquica, intoxicações agudas, síndrome de abstinência, overdoses, autolesão ou quadros de descompensação clínica, o leito hospitalar cumpre a função de garantir estabilização, segurança e manejo clínico intensivo. Nesse contexto, a articulação com e entre os pontos de atenção da RUE — como Samu 192, UPA 24h, portas hospitalares e os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) — é essencial para assegurar um cuidado oportuno, contínuo e sem desassistência. Essa integração deve seguir os princípios de acolhimento, resolutividade e comunicação entre equipes.

A internação em leitos de saúde mental em hospital geral é breve e o cuidado deve ser sempre articulado com APS e Caps, assegurando a continuidade do cuidado após a alta. A maior parte das situações de crise podem e devem ser cuidadas nos Caps.

8.6 Centros de Convivência – Cecos

Os Centros de Convivência (Cecos) são espaços estratégicos da Raps voltados à reabilitação psicossocial, promoção de vínculos e exercício da cidadania. Eles atuam na produção de saúde a partir da vida cotidiana, criando oportunidades de expressão, pertencimento e inserção social.

No contexto dos problemas relacionados aos jogos de apostas, esses centros oferecem alternativas simbólicas e concretas ao ciclo de compulsão, isolamento e endividamento. São locais de reconstrução de sentido, de promoção de saúde, protagonismo e de cidadania, a partir de ofertas de arte, cultura, lazer e trabalho digno na perspectiva da economia solidária. O convite à convivência presencial e a socialização realizado pelo Ceco apresenta potencial significativo para redução do excesso de telas e de conectividade a qual a pessoa com problemas relacionados aos jogos e apostas está imerso.

8.6.1 Cultura

As atividades culturais favorecem o resgate da autoestima, o pertencimento comunitário e a ressignificação do sofrimento. Devem contemplar diferentes linguagens e promover inclusão social.

Ações recomendadas:

- Oficinas de arte, música, teatro e literatura.
- Roda de memória e narrativas de vida.
- Eventos culturais abertos à comunidade.
- Exposições e apresentações públicas com participação dos usuários da Raps.

Essas experiências estimulam a expressividade, a convivência e o fortalecimento de laços sociais, essenciais para o cuidado em liberdade.

8.6.2 Trabalho e renda

Os Ceco também promovem reabilitação psicossocial e autonomia econômica. As atividades devem ser orientadas para o empoderamento e a construção de novas possibilidades de vida.

Práticas de reinserção social e produtivas:

- Oficina de trabalho e renda visando a promoção da autonomia.
- Projetos de economia solidária e cooperativas sociais.
- Parcerias com secretarias de trabalho e renda.
- Apoio na criação de feiras comunitárias e redes de trocas solidárias.

Essas ações fortalecem o protagonismo das pessoas, substituindo o circuito de aposta pelo circuito da criação e da participação. Importante destacar que a questão da relação patológica com o jogo e dinheiro pode ser ressignificada por meio do trabalho cooperado e autogestionado, como proposto pelas práticas de economia solidária.

8.6.3 Integração com a sociedade e o território

Os Cecos devem manter articulação constante com escolas, universidades, grupos culturais e equipamentos públicos do território, favorecendo ações integradas.

São espaços de relação, aprendizagem e afeto, nos quais o cuidado acontece de forma horizontal e participativa.

8.7 Rede de Urgência e Emergência – RUE

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) é uma das portas de entrada do SUS para situações que exigem resposta imediata à crise, de forma integrada aos outros pontos de atenção da Raps. Ela inclui a Central Única de Regulação (CRU), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), as

Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os prontos-socorros hospitalares, além dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox).

No contexto dos problemas relacionados aos jogos de apostas, a RUE cumpre papel essencial no acolhimento e estabilização de pessoas em risco psíquico, clínico ou social, assegurando a proteção da vida e a articulação do cuidado com a rede territorial.

8.7.1 Situações de crise e risco

As equipes da RUE devem estar preparadas para reconhecer e manejar situações de crise associadas aos problemas relacionados aos jogos de apostas, especialmente aquelas que envolvem risco iminente à vida ou intenso sofrimento psíquico, tais como pensamento de morte, ideação ou tentativa de suicídio, crises agudas de ansiedade, pânico ou desorganização psíquica, situações de violência doméstica ou interpessoal e quadros de exaustão física e mental decorrentes de privação de sono, alimentação ou uso de álcool e outras drogas, incluindo medicações psiquiátricas.

Durante a classificação de risco, cujo objetivo é a priorização do atendimento conforme a gravidade, devem ser realizados rastreamentos breves e objetivos, com observação de sinais de alerta como indícios de risco imediato à vida, alterações agudas do estado mental (agitação, confusão, desorganização comportamental), sinais evidentes de comprometimento do autocuidado, uso de álcool e outras drogas, presença de lesões compatíveis com autoagressão e vulnerabilidades psicossociais aparentes, como medo intenso ou relato de ameaça. Esses elementos devem subsidiar a definição da prioridade clínica, sem descaracterizar a estratificação de risco que não deve se basear somente no diagnóstico.

Na etapa de avaliação clínica subsequente, a equipe assistencial deve aprofundar o diagnóstico situacional, que pode subsidiar a primeira etapa do PTS, por meio de eixos estruturados de avaliação, conduzidos de forma técnica, acolhedora e não julgadora, contemplando: segurança imediata, com verificação da percepção de segurança no momento do atendimento e da existência de risco atual para a pessoa ou para terceiros. risco emocional agudo, com identificação de sobrecarga emocional, desesperança ou dificuldade de autorregulação. controle de comportamento, com avaliação da capacidade de contenção de impulsos e de perda recente de controle. impacto funcional, com verificação de prejuízos relevantes no sono, na alimentação e nas atividades básicas. contexto financeiro e social, com identificação de endividamento grave, situações de coação, ameaça ou outras vulnerabilidades sociais. e uso de álcool e outras drogas, com investigação do consumo recente e de possíveis interações, inclusive com medicações psiquiátricas.

A condução clínica deve priorizar a proteção da vida, a estabilização dos quadros agudos e a redução de riscos e danos, com definição clara de fluxos assistenciais, acionamento oportuno dos dispositivos da RUE e articulação com a Raps. Quando indicado, deve-se proceder ao encaminhamento regulado para leitos de saúde mental em hospital geral e à elaboração ou atualização do PTS, assegurando a continuidade do cuidado após a alta.

Fluxo recomendado:

1. Acolhimento inicial na RUE (CRU/Samu/UPA), momento em que outros serviços da Raps podem ser acionados (Caps, eMulti, UBS).
2. Avaliação e estabilização clínica.
3. Encaminhamento ao leito de saúde mental em HG.
4. Compartilhamento imediato do cuidado com os serviços de referência como Caps e APS.

8.7.2 Atuação do Samu

O Samu é a linha de frente da resposta territorial em situações de crise em saúde mental. Deve priorizar o acolhimento humanizado e a estabilização em campo, assegurando que o transporte seja feito para o serviço mais adequado (Caps III, Caps AD III e Caps ij III, UPA ou HG), conforme o grau de risco e de acordo com disponibilidade local.

Ações recomendadas:

- Avaliar a condição clínica e psíquica da pessoa.
- Evitar contenção física e química, priorizando a escuta e o diálogo.
- Acionar o Caps ou outras equipes de referência, quando possível, antes do deslocamento.
- Garantir que o transporte preserve a integridade física e emocional da pessoa.
- Registrar o episódio e comunicar à equipe territorial para seguimento.
- Acolher e orientar familiares e redes de apoio.

8.7.3 Atuação das UPA e prontos-socorros

As UPA e os prontos-socorros são unidades de pronto atendimento que devem estar preparadas para acolher e estabilizar situações de crise em saúde mental, articulando-se imediatamente com a Raps.

Conduas prioritárias:

- Garantir acolhimento respeitoso e privacidade.
- Avaliar risco de suicídio e necessidade de suporte clínico imediato e intensivo.
- Estabilizar sintomas de ansiedade, agitação ou crise emocional.
- Acionar o Caps e outras equipes de referência para apoio e continuidade do cuidado.
- Evitar encaminhamentos automáticos ou prolongamento desnecessário da permanência.

As UPA e os prontos-socorros devem atuar como ponto de passagem protegido, nunca como local de retenção.

Os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) constituem um apoio técnico relevante para a RUE, especialmente para o componente pré-hospitalar móvel e fixo. A teleorientação oferecida pelos CIATox auxilia e qualifica o manejo adequado nos casos de intoxicação por tentativa de suicídio e por uso de substâncias, contribuindo para práticas seguras, baseadas em evidências e não punitivistas.

O retorno ao território deve ser planejado com responsabilidade compartilhada entre Caps, APS, família e rede de apoio.

8.7.4 Integração RUE – Raps

O bom funcionamento da rede depende de comunicação direta e protocolos de fluxo definidos entre a RUE e a Raps. Cada caso de crise atendido deve gerar contrarreferência imediata ao Caps e à APS, garantindo seguimento e redução de recidivas.

Estratégias de integração:

- Pactuar fluxos locais entre coordenações de urgência e saúde mental.
- Definir profissionais de referência para comunicação entre serviços.
- Realizar formações conjuntas e simulações de atendimento em crise.
- Criar protocolos para situações de ideação suicida associada a perdas financeiras significativas.

8.8 A rede como circuito contínuo de cuidado

A Raps coordena a atenção em saúde mental no SUS, articulando diferentes níveis e tipos de cuidado — da prevenção ao atendimento em crise, da reabilitação psicossocial à proteção social. Ela opera com base em três eixos fundamentais:

1. **Integralidade** — cuidado que considera corpo, mente e contexto social.
2. **Territorialidade** — o cuidado acontece no espaço da vida, não apenas no serviço.
3. **Intersetorialidade** — nenhuma necessidade é respondida por um setor isolado.

O cuidado de pessoas com problemas relacionado a jogos de apostas deve seguir um circuito contínuo, sem rupturas entre os níveis de atenção. Cada serviço é porta de entrada e ponto de apoio para os demais. O fundamental é que se garanta o acesso em tempo oportuno e com atenção integral, de modo que os serviços não devem se desresponsabilizar pelo cuidado dos usuários.

Princípios de funcionamento da Raps

- O cuidado é compartilhado: todos os dispositivos são corresponsáveis.
- A atenção deve ser contínua e personalizada, com PTS construído coletivamente.
- O território é o espaço do cuidado: a rede deve se mover conforme a vida das pessoas.
- A comunicação entre serviços é essencial — não há encaminhamento sem vínculo.
- O cuidado é em liberdade, sem discriminação e centrado na pessoa.



9 FLUXO DE IDENTIFICAÇÃO, ACOLHIMENTO E REFERENCIAMENTO NA Raps PARA PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS AOS JOGOS DE APOSTAS

Diante da apresentação da rede, o fluxo a seguir sintetiza o percurso assistencial na Raps para situações relacionadas aos jogos de apostas, articulando APS, Caps, RUE e demais pontos da rede socioassistencial. Ele organiza, de forma integrada, as etapas que orientam desde o primeiro acolhimento até a definição do PTS, garantindo que cada porta de entrada seja efetivamente um ponto de acolhimento e cuidado e não de triagem ou exclusão.

O fluxo inicia com a chegada da pessoa usuária, familiar ou rede de apoio a qualquer dispositivo — APS, todas as modalidades de Caps ou RUE. Em todos os casos, a primeira etapa obrigatória é o acolhimento, que deve ser imediato, qualificado e baseado nos princípios da clínica ampliada e da escuta sem julgamento. A seguir, realiza-se a avaliação psicossocial inicial, considerando histórico, sofrimento atual, contexto socioeconômico e possíveis sinais relacionados aos jogos de apostas.

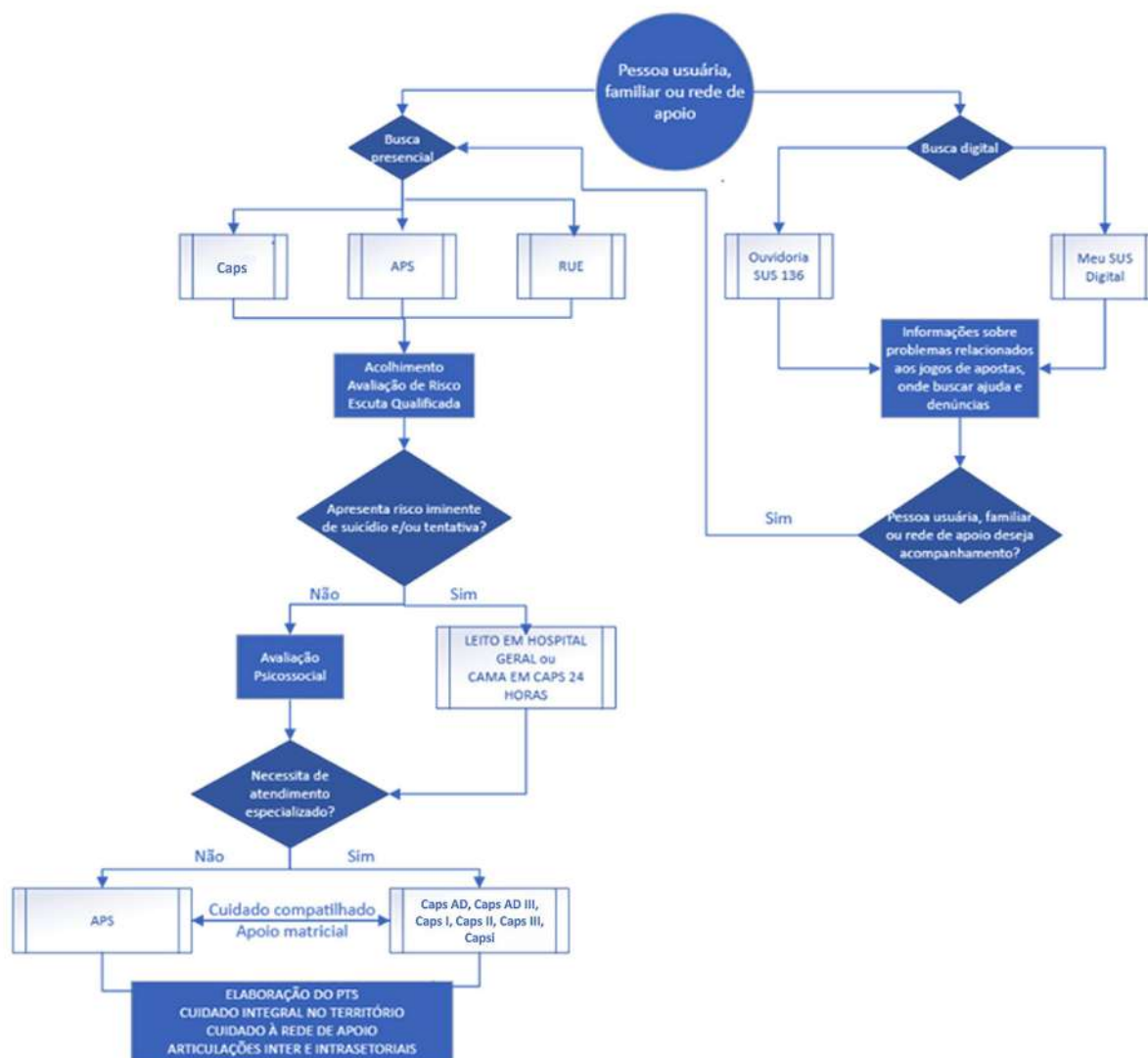
A partir dessa avaliação inicial, o fluxo identifica se há risco imediato à vida, como ideação ou tentativa de suicídio, desorganização psíquica grave ou situações de violência associada às apostas. Em caso afirmativo, é acionada a RUE (Samu 192/UPA), que realiza estabilização clínica e articula o encaminhamento para leito de saúde mental em hospital geral ou Caps 24 horas, assegurando proteção, manejo adequado da crise e continuidade do cuidado após a alta.

Quando não há risco iminente, as equipes seguem para a definição do cuidado no território conforme classificação de risco detalhada no item 7.6 deste Guia.

O fluxo também reforça a responsabilidade de registrar todas as ações no prontuário, comunicar as equipes envolvidas e estabelecer contrarreferência pactuada, evitando descontinuidade no cuidado. Cada etapa deve ser acompanhada por reuniões de matriciamento entre APS, Caps, eMulti e RUE, garantindo que o cuidado seja compartilhado e que nenhum serviço se isole diante da complexidade dos casos.

Em síntese técnico-operacional, este fluxo reafirma os pilares da Raps: acolhimento qualificado, avaliação contínua, resposta proporcional ao risco, articulação intersetorial e garantia de continuidade. Ele orienta equipes a reconhecer que o cuidado às pessoas com problemas relacionados aos jogos de apostas é processual, territorial e baseado no vínculo — um trabalho que se constrói coletivamente entre serviços, famílias e territórios.

Figura 1 – Fluxo de atenção as pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas



Fonte: autoria própria.

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

Caps: todas as modalidades.

RUE: UPA, hospitais gerais, Samu e sala de estabilização.

Necessidade de atendimento especializado: avaliar conforme capítulo 7: Avaliação psicossocial, identificação de riscos e registro do cuidado (página 35).

10 CASOS HIPOTÉTICOS E SITUAÇÕES DE CUIDADO NA REDE

Os exemplos a seguir ilustram possibilidades da clínica que evidenciam a aplicação dos princípios da Atenção Psicossocial e do PTS no cuidado de pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas.

São casos hipotéticos construídos para fins formativos, baseados em situações observadas pelos territórios e relatadas pelas equipes, e têm como objetivo apoiar a Raps na condução do cuidado compartilhado, a corresponsabilização e a articulação intersetorial.

Cada caso demonstra como o PTS se transforma em instrumento vivo de cuidado, ancorado na realidade, no vínculo e na construção coletiva entre usuário, equipe e território.

10.1 Caso 1 – Adulta em crise financeira e risco de vida

Mariana, 38 anos, técnica de enfermagem e mãe de uma criança de 8 anos, reside sozinha após separação conjugal recente. Conta com apoio eventual da mãe para o cuidado do filho e complementa a renda por meio de trabalhos informais como faxineira. Apresenta histórico de episódios depressivos, compulsão alimentar e cirurgia bariátrica realizada há três anos.

Iniciou participação em jogos de apostas on-line como forma de distração, com ganho inicial expressivo R\$ 10.000 (dez mil reais), o que levou à intensificação progressiva do comportamento de aposta, comprometimento significativo da renda mensal e contração de dívidas, inclusive com agiotas. Reside em bairro periférico de uma grande metrópole e atua em Unidade Básica de Saúde (UBS) em região central.

Em episódio agudo de desespero, associado a risco de autoagressão, procurou atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Na avaliação inicial, a equipe identificou sinais de intoxicação de origem indefinida, o que motivou o acionamento imediato do Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), para orientação quanto à conduta clínica, monitoramento e medidas de descontaminação, conforme protocolo.

Após estabilização clínica e manejo do risco imediato, Mariana foi encaminhada, de forma regulada, para leito de saúde mental em hospital geral, onde permaneceu em observação e cuidado intensivo por curto período. Durante a internação, o hospital, situado na área de residência da usuária, articulou conjuntamente com o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de referência o plano de continuidade do cuidado, formalizado em reunião de equipe interserviços.

Após a alta hospitalar, Mariana iniciou acompanhamento no Caps. Relatou dificuldade de adesão a atendimentos frequentes em razão da necessidade de manutenção do vínculo laboral. Por se tratar de um Caps III, a equipe organizou a condução do caso com profissionais com disponibilidade em horários estendidos, possibilitando o comparecimento após o expediente de trabalho. Nesse dia, a mãe de Mariana permaneceu responsável pelo cuidado da criança.

Apesar de ainda não conseguir participar regularmente de grupos terapêuticos destinados a pessoas

com problemas relacionados aos jogos de apostas, o acompanhamento individual mostrou-se fundamental para o cuidado psicossocial e para a organização de prioridades assistenciais. Foram realizadas articulações com a Defensoria Pública para renegociação de dívidas e proteção frente a práticas de cobrança abusivas, bem como com a UBS do território para seguimento das comorbidades clínicas. O acompanhamento médico permaneceu sob responsabilidade do Caps.

As consultas médicas foram agendadas preferencialmente no último horário do dia, permitindo a emissão de declaração de comparecimento para fins trabalhistas.

Após um ano de seguimento no Caps, observou-se melhora significativa dos sintomas de humor. Mariana passou a adotar estratégias de redução de danos, conseguindo estabelecer limites para o comportamento de aposta, especialmente quando acompanhada por pessoa de confiança. O caso vem sendo discutido em reuniões de matriciamento com a APS, visando planejamento de possível transição futura do cuidado.

10.2 Caso 2 – Idoso com endividamento e sintomas depressivos

Seu João, 67 anos, funcionário de zeladoria aposentado e viúvo, mora com a filha e dois netos em bairro de classe média. Sempre frequentou a banca de jogo do bicho do bairro e, após se aposentar, aumentou as apostas, gastando quase toda a aposentadoria e contraindo dívidas. A filha percebeu tristeza, isolamento e perda de interesse e em visita domiciliar, comentou o caso com a ACS do território, solicitando a ajuda. A ACS trouxe o caso para discussão com sua equipe e foi agendado atendimento.

Na avaliação com enfermagem, inicialmente, seu João apenas relatou maior tristeza e desmotivação em realizar atividades cotidianas. A enfermeira, então, solicitou atendimento compartilhado com profissionais da eMulti. Após algumas semanas de atendimento compartilhado, as profissionais sentiram abertura de seu João e perguntaram sobre o uso do celular, quando ele menciona o jogo de aposta. Conseguiram, então, falar sobre o assunto e ele comenta que perdeu muito dinheiro e está preocupado com as dívidas que pode deixar para a família.

Em matriciamento entre APS e Caps, discute-se o caso e são pensadas ações para propor no PTS a seu João: inserção em grupo de economia solidária de jardinagem, encontros de educação financeira para idosos, em parceria com o Cras, seguimento do atendimento individual na APS, atendimento em grupo na APS com outros idosos que tratam de questões de saúde diversas, e acompanhamento clínico na APS.

Seu João conseguiu renegociar suas dívidas e segue pagando-as. Tem participado ativamente nas atividades coletivas nas quais está inserido. Ficou sabendo sobre o Conselho Gestor da UBS e faz parte como conselheiro titular. O uso do jogo de aposta ficou secundário às suas atividades e aposta apenas quantias combinadas com sua filha.

10.3 Caso 3 – Adolescente que iniciou no jogo de aposta por influência de rede social

Lucas, 16 anos, estudante do 9º ano, com frequentes faltas às aulas, mora com a mãe, avó e dois irmãos mais novos em um bairro simples de uma cidade pequena. Acabou de ser dispensado de um trabalho de Jovem Aprendiz por ter brigado com outro adolescente e não quer contar para a família. Em rede social, viu alguns influenciadores falando que um jogo de apostas tem ganho certo e fácil e resolveu tentar com o pouco dinheiro que ainda tinha. Na primeira tentativa, conseguiu dobrar o valor. Seguiu os dias, alternando entre perdas e ganhos. Começou a ficar mais isolado, irritado e passava o tempo fora de casa para fingir que continuava trabalhando. A mãe percebeu mudanças no comportamento do filho e buscou ajuda na APS, que mesmo sem escutá-la, enviou para o Caps I.

O Caps orientou a mãe a trazer Lucas, que demorou um pouco a aceitar ir ao serviço. Quando foi, conseguiu conversar com os profissionais que estavam no acolhimento, mas ainda estava desconfortável. Então, ao pedirem para a mãe sair da sala, Lucas conseguiu falar do problema com o jogo de aposta e pediu ajuda. Lucas foi inserido em grupo com outros adolescentes para atendimento coletivo e oficina de atividades voltadas à autonomia, na qual Lucas elaborou novo currículo e buscou nova oportunidade de emprego. A família de Lucas ainda não tinha benefício social, por não saber que tinha direito, e o Caps articulou a ida da mãe ao Cras. Existe um grupo de família de usuários adolescentes, porém a mãe não consegue frequentar por conta do emprego e a avó vai quando não tem bicos. Foi realizada articulação com a escola para o retorno de Lucas. Após alguns meses de acompanhamento, o caso vem sendo discutido em reunião de matriciamento entre Caps e APS para seguimento do cuidado na UBS.

10.4 Caso 4 – Homem que perde o emprego e inicia jogo de apostas e uso de álcool

Fábio, 35 anos, casado, pai de um bebê de 2 anos, professor de universidade particular. Após quatro anos na mesma empresa, por questão de corte de gastos, foi demitido. Buscou emprego por cinco meses e com medo do seguro-desemprego acabar e não ter mais fonte de renda, resolveu começar o trabalho como Uber. Porém, passou por diversas situações ruins e estava insatisfeito com sua condição de trabalho. Em jogo do seu time de futebol, viu por muitas propagandas de empresas de jogos de aposta e ficou curioso. Baixou o aplicativo e começou a jogar, tendo ganhos equivalentes a um dia de trabalho. Resolveu investir nesse e em outros jogos de aposta. Começou a ficar obcecado pelas análises que fazia e com as possibilidades de ganho, mas já não tinha mais controle. Assim, sua mulher que foi percebendo o distanciamento e o comportamento de sempre ficar só com o celular e computador, assim como a falta de dinheiro para comprar itens básicos para a casa, a deixaram insatisfeita e fez ultimato para que se tratasse. Fábio tentou buscar serviço de saúde, mas chegando à porta, desistiu. Mentiu para a esposa que estava sendo acompanhado. Após sete meses mentindo, a esposa descobriu e o colocou para fora de casa. Fábio já estava mais irritado e desesperado com a situação financeira. Foi para a casa do irmão, mas lá começou a beber por conta da tristeza, arranhou briga com a cunhada e o irmão levou ao Caps AD, dizendo que não o aceitaria mais em casa. No Caps AD, foi acolhido e para seu PTS foram articuladas: estada na UA para reorganização e retomada da vida. atendimentos para os familiares, a fim de retomar o convívio e reestabelecimento de rede de apoio. atendimento médico e atendimento individual com referências técnicas. articulação com Defensoria Pública para renegociação de dívidas. Após quatro meses na UA, Fábio conseguiu emprego em empresa de telemarketing, tendo horário para participar de grupo de suporte entre

pares no Caps AD. Não reatou o casamento e precisou de apoio no processo de divórcio. A APS foi acionada para auxiliar no acompanhamento clínico, mas sem previsão de deslocamento de cuidado por enquanto.

10.5 Caso 5 – Adulta em crise em cidade de pequeno porte

Sofia, 52 anos, gerente de loja de roupas, casada, mãe de dois adolescentes e moradora de cidade pequena. Desde a pandemia, a loja em que trabalha vem passando dificuldades em se manter e pagar fornecedores e precisou fechar as portas. A companheira de Sofia tem trabalho fixo, mas o salário não é suficiente para todas as contas da casa. Em um dia mexendo nas redes sociais, viu anúncio de jogo de apostas e resolveu experimentar. Começou apostando quantias pequenas e obteve altos retornos nos primeiros dias. Depois começou a perder muito mais do que ganhar, mas sentia que se continuasse, uma hora teria o retorno do valor. Após alguns meses, sem conseguir emprego e com o dinheiro da rescisão acabando, seguiu sem conseguir recuperar o dinheiro apostado e não teve dinheiro nem para pagar o gás. Numa noite em que apostava sozinha, perdeu R\$ 5.000 (cinco mil reais) de uma vez e ficou desesperada e acabou atentando contra a própria vida. O filho mais velho ouviu um barulho e ao ver a mãe desacordada, chamou o Samu, que a levou para o pronto socorro do único hospital da cidade. Após estabilização do quadro, as trabalhadoras do hospital conversaram com profissionais da APS para seguimento do caso. Ainda não havia espaço de diálogo sobre o tema, então, inicialmente, Sofia começou seu acompanhamento em grupo de mulheres na UBS e com o tempo, outras mulheres se identificaram com as questões trazidas. As trabalhadoras e trabalhadores da UBS também foram percebendo o aumento da demanda relacionada as apostas e por fim, resolveram criar um grupo semanal voltado para esse tema, ao final do dia, quando a maioria consegue sair do trabalho ou estar presente na UBS. Para o caso de Sofia, as profissionais de referência na UBS junto com a equipe da eMulti ainda a acompanham clinicamente e nas articulações com assistência social, que possibilitou a busca por nova vaga de emprego, com a Defensoria Pública para renegociação de dívidas, e no cuidado em saúde mental dos filhos por conta da situação vivenciada, além de atendimento do núcleo familiar. O caso de Sofia é levado mensalmente para as reuniões de telematriciamento que a UBS mantém com o Caps de referência da regional de saúde. Em momentos de maior vulnerabilidade ou situações de crise envolvendo a família, realizam junto ao Caps teleinterconsultas, o que apoia na condução do PTS.

Diante das situações apresentadas, em seu próprio território, quais outras possibilidades de cuidado podem ser mobilizadas para além do acompanhamento já realizado? Como as ações de telessaúde podem apoiar e qualificar o cuidado?

A articulação em rede — entre Raps, APS, assistência social, escola, justiça e demais atores locais —, permite construir respostas mais completas e adequadas às necessidades de cada pessoa, reorganizando o PTS de forma compartilhada e contextualizada e isso pode ser feito utilizando diversas tecnologias.

Síntese final

A Raps, enquanto rede viva, é a estrutura que torna possível o cuidado integral, intersetorial e comunitário. Diante do fenômeno dos jogos de apostas, ela deve funcionar como um tecido de proteção e reconstrução, sustentado pela corresponsabilidade entre saúde, assistência, justiça, cultura, educação e trabalho.

O desafio é garantir que cada pessoa em sofrimento encontre acolhimento, continuidade e possibilidades de vida, em qualquer ponto do SUS e em qualquer território.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

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

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BASTOS, J.. SANTOS, M.. WERNECK, J. **Raça, racismo e saúde no Brasil**. 2021. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

BRASIL. **Decreto-Lei n.º 3.688, de 3 de outubro de 1941**. Lei das Contravenções Penais. Brasília, DF: Casa Civil, 1941. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm. Acesso em: 12 dez. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 13.756, de 12 de dezembro de 2018**. Brasília, DF: Casa Civil, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13756.htm. Acesso em: 12 dez. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 14.790, de 29 de dezembro de 2023**. Brasília, DF: Casa Civil, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14790.htm. Acesso em: 12 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Portaria SPA/MF n.º 1.231, de 26 de julho de 2024**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-spa/mf-n-1.231-de-26-de-julho-de-2024-571280734>. Acesso em: 12 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial**. Brasília, DF: MS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. Brasília, DF: MS, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308106. Acesso em: 12 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 854, de 22 de agosto de 2012**. Registros dos Caps (RAAS, BPA-I, BPA-C). Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 12 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília, DF: MS, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica n. 34).

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Guia “Crianças e Adolescentes e Telas”**. Brasília, DF: SECOM, 2025.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BREILH, J. **La determinación social de la salud**. Quito: Universidad Andina, 2013.

CAMPOS, G. W. S., DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência. **Ciência & Saúde. Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 225-264, 2007.

CANADIAN CENTRE ON SUBSTANCE USE AND ADDICTION. **Substance Use in Youth: a Guide for Health Professionals**. Ottawa, 2019

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde e a gestão do trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2009.

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

CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex. **University of Chicago Legal Forum, Chicago**, v. 1989, p. 139-167, 1989.

CRENSHAW, K. Mapping the margins. **Stanford Law Review**, Stanford, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991.

DELGADO, P. G. G. **A Reforma Psiquiátrica e a Clínica**. São Paulo: Hucitec, 2014.

DIMENSTEIN, Magda. SIQUEIRA, Kamila. MACEDO, João Paulo. LEITE, Jader. DANTAS, Candida. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

ERIKSON, E. **Identity and the life cycle**. New York: Norton, 1994.

FERRIS, J., WYNNE, H. **The Canadian Problem Gambling Index**. Ottawa: CCSA, 2001.

IORE, M. **Redução de danos: uma política do comum**. São Paulo: UNESP, 2012.

GAINSBURY, S. M. *et al.* Internet gambling among young adults. **Computers in Human Behavior**, Oxford, v. 52, p. 1-7, 2015.

GOODWIN, B. C. *et al.* Psychological distress and family impact among gamblers' relatives. **Journal of Gambling Studies**, New York, v. 33, n. 3, p. 1-17, 2017.

HÅKANSSON, A. *et al.* Co-occurring psychiatric disorders in gambling problems. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 73, p. 23-30, 2017.

HING, N. *et al.* Gambling advertising and young men. **Journal of Behavioral Addictions**, Budapest, v. 7, n. 4, p. 1023-1035, 2018.

HIRSH-PASEK, K. *et al.* Playful learning landscapes. **Child Development Perspectives**, Hoboken, v. 14, n. 1, p. 49-54, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **III Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. São Paulo: UNIFESP, 2023.

KICKBUSCH, I.. ALLEN, L.. FRANZ, C. The commercial determinants of health. **The Lancet Global Health**, London, v. 4, n. 12, p. e895-e896, 2016.

KING, D.. DELFABBRO, P. Predatory monetization in video games. **Current Addiction Reports**, New York, v. 6, n. 2, p. 1-9, 2019.

KRISTENSEN, *et al.* E. Recovery pathways in gambling disorder. **International Gambling Studies**, London, v. 24, n. 1, p. 1-17, 2024.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LANCETTI, A. **Saúde Loucura**: clínica ampliada. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEMONS, I. L. **Escala de Dependência de Jogos Eletrônicos** – Esdeje. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015.

MARLATT, G. A. **Harm Reduction**: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. New York: Guilford Press, 2002.

McKEE, M.. STUCKLER, D. Revisiting the commercial determinants of health. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 39, p. 171-188, 2018.

McMAHON, N. *et al.* Harm reduction in gambling. **Journal of Behavioral Addictions**, Budapest, v. 8, n. 2, p. 191-204, 2019.

MONTIEL, I. *et al.* Loot box engagement: A scoping review of prevalence and associations with problematic gaming and gambling. **Plos One**, San Francisco, v. 17, n. 2, e0263177, 2022.

MOODIE, R. *et al.* Profits and pandemics. **The Lancet**, London, v. 381, n. 9867, p. 670-679, 2013.

MOREIRA, D.. AZEREDO, A.. DIAS, P. Risk factors for gambling disorder: a systematic review. **Journal of Gambling Studies**, New York, v. 39, n. 3, p. 1-29, 2023. DOI: 10.1007/s10899-023-10195-1.

NDETEI, D. *et al.* Co-occurring psychiatric disorders among people with gambling-related problems. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 139, p. 107588, 2023.

OLIEVENSTEIN, C. **O homem e a droga**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

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

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

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

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

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Orientações para políticas de saúde mental e planos estratégicos de ação**. Genebra. Washington, D.C.: OMS: Opas, 2025. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b11d4d36-6e4b-47bb-977a-16d092c37a3d/content>. Acesso em: 7 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Marco de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde na Agenda de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília, DF: Opas, 2020.

PINHEIRO-MACHADO, R. **Economias do possível**. São Paulo: Boitempo, 2019.

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

SAKAMOTO, T. **O brincar e a cultura humana**. São Paulo: Cortez, 2018.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. São Paulo: Edusp, 2006.

SHMULEWITZ, D. *et al.* Psychiatric comorbidity in gambling disorder. **J. Psychiatric Research**, Oxford, v. 170, p. 1-9, 2024.

SPANISH OBSERVATORY ON DRUGS AND ADDICTIONS. **Report on Behavioral Addictions and Other Addictive Disorders 2023**: admissions to treatment for behavioral addictions indicator. Gambling, gaming, problematic internet use and other addictive disorders in Spanish drug surveys EDADES and ESTUDES. Madrid: Ministry of Health, Government Delegation for the National Plan on Drugs, 2023.

SZERMAN, N. *et al.* Behavioral addictions and mental health comorbidity. **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 13, p. 1-10, 2022.

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

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

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **The State of the World's Children 2017**: Children in a Digital World. New York: UNICEF, 2017.

VELASQUEZ, A. M. L. **Estudo de validação do Autoteste de Jogo**. São Paulo: USP, Instituto de Psiquiatria, 2021.

WEINSTOCK, J. *et al.* Comorbidity between gambling disorder and other mental disorders. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 163, n. 2, p. 171-179, 2008.

WEISBERG, D. *et al.* Guided play. **Current Directions in Psychological Science**, London, v. 32, n. 2, p. 132-138, 2023.

ZENDLE, D., CAIRNS, P. Video game loot boxes are linked to problem gambling. **Royal Society Open Science**, London, v. 6, n. 3, 190049, 2019.

ANEXOS

Anexo A – Orientações para avaliação psicossocial

A seguir, são apresentadas alguns pontos e questões que as trabalhadoras e trabalhadores dos serviços da Raps devem se atentar desde o primeiro atendimento ofertado à pessoa com problemas relacionados a jogos de apostas ou familiares e rede de apoio. **As equipes podem e devem atentar-se a questões que são relevantes aos territórios e contextos locais.**

Vale ressaltar que jogo de aposta pode não aparecer inicialmente como demanda de saúde e que cabe às trabalhadoras e trabalhadores atentarem aos sinais de alerta e fatores de risco e protetivos para a questão dos jogos de aposta como fonte de sofrimento à pessoa usuária que busca o serviço. O processo da avaliação psicossocial deve acontecer de forma acolhedora, interdisciplinar e compartilhada, servindo de base para a construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

DADOS PESSOAIS

Informações sobre **idade, gênero, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação, território de moradia e com que mora** são relevantes para compreender possíveis inequidades e desigualdades que a pessoa pode estar vivenciando, além de dar panorama ao seu contexto de vida.

QUESTÕES DE SAÚDE

Informações sobre **história pregressa e situação de saúde (tanto física quanto mental), alterações de sono e/ou apetite, histórico e situação atual de uso de álcool e outras drogas e acompanhamento em serviços de saúde** dão panorama sobre como a pessoa pode estar (ou não) ciente sobre a própria saúde e como vem acompanhando-a.

Para os serviços que precisam fazer avaliações mais rápidas e pontuais para encaminhamentos de cuidado, como UPAs ou hospitais gerais, quando a pessoa usuária comparecer com **queixa de saúde mental** (alteração de humor e/ou desorganização psíquica, por exemplo) ou **risco à vida** (ideação ou tentativa de suicídio), além das questões de saúde pregressa, pode ser interessante perguntar de forma objetiva o que a pessoa ou quem a acompanha identifica como disparador e ter em mente a possibilidade do jogo de aposta. Principalmente se houve mudança de comportamento nos últimos tempos, como **isolamento, demonstração de maior preocupação, irritabilidade quando longe do celular**.

RELAÇÃO COM O JOGO DE APOSTA

Quando compreender que é o momento da avaliação para compreender a relação da pessoa com o jogo de aposta, é possível realizar perguntas mais direcionadas, como a **frequência, tempo e dinheiro apostado no jogo, os sentimentos que têm antes, durante e depois do jogo, se o jogo de aposta tem impactado em sua vida e como, situação financeira e endividamento, e exposição a ambientes de risco**.

Algumas perguntas podem ser feitas neste momento, como:

- *Você já teve contato com jogo de apostas?*
- *Quanto tempo você tem passado jogando?*
- *Você sabe dizer quanto dinheiro já apostou, quanto perdeu e quanto ganhou?*
- *Como você se sente quando não está jogando?*
- *Como você se sente quando perde/ganha o jogo?*
- *O que você faz quando perde/ganha o jogo?*
- *Você acha que o jogo de aposta tem sido positivo ou negativo na sua vida?*
- *Quais consequências o jogo de aposta tem trazido para sua vida?*
- *O que você já pensou que pode funcionar ou o que já fez para diminuir os problemas com as apostas?*
- *Você consegue apostar apenas com seu dinheiro ou tem que pedir emprestado?*
- *Você já falou com alguém sobre as consequências que o jogo de aposta tem em sua vida?*
- *Você já pensou em fazer algo contra si mesma/mesmo por conta do jogo de aposta?*
- *Quando você joga/depois que joga/antes de você jogar, você costuma fazer uso de álcool e outras drogas?*
- *Você frequenta espaços que acredita te estimular a jogar?*

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Informações sobre **estrutura familiar e rede de apoio, situação habitacional, situação e relação com o trabalho, relação com o território e participação comunitária e acesso a benefícios sociais** possibilitam a avaliação da rede de apoio a qual a pessoa pode recorrer para reorganização da sua vida, além de possibilitar a compreensão de quais as possibilidades e dificuldades a pessoa provavelmente terá para o seu cuidado, o que deve ser considerado na hora da elaboração conjunta do PTS.

PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO E/OU PTS

Após processo de avaliação, as trabalhadoras e trabalhadores dos serviços da Raps devem considerar os serviços existentes na rede local para realizarem os devidos encaminhamentos às demandas apresentadas. Logo, **propore e articular quais serviços da saúde e de outras redes estarão envolvidos no cuidado. quais as ações imediatas de cuidado. quais as ações futuras e planejamento destas. quem serão as pessoas responsáveis pelo acompanhamento da pessoa usuária. quem são as pessoas de rede de apoio que participarão do cuidado e como podem compor, além de ofertar espaço de cuidado para a rede de apoio também. e momentos para reavaliação e repactuação do cuidado.** Vale lembrar que todas as propostas devem ser organizadas com prazos combinados entre profissionais, pessoas usuárias e familiares, assim como a reavaliação das ações propostas para que o PTS não perca seu propósito e objetivos.

Anexo B – Autoteste de jogo

(Instrumento de rastreamento rápido – baseado em Velasquez, 2021).

Leia cada pergunta e marque Sim (V) ou Não (X) conforme o que mais se aproxima da sua realidade nas últimas quatro semanas. Cada resposta "Sim" vale um (1) ponto. Ao final, some o total de pontos e verifique o resultado na tabela de interpretação.

Perguntas do autoteste:

N.º	Pergunta	Sim (V)	Não (X)
1	Você já tentou parar, reduzir ou controlar o seu jogo? Se sim, isso já lhe aconteceu três vezes ou mais?		
2	Quando você joga e perde, houve momentos em que você voltou em outro dia para tentar recuperar o dinheiro perdido?		
3	Você já jogou para aliviar sentimentos desconfortáveis, como culpa, ansiedade, sensação de impotência ou depressão?		
4	Em uma ou mais das vezes em que você tentou parar, reduzir ou controlar seu jogo, você ficou inquieto ou irritado?		

Pontuação total: ____ / 4 pontos

Interpretação dos resultados e encaminhamento recomendado

Pontuação	Interpretação	Encaminhamento recomendado
0 (zero) pontos	Você respondeu "Não" a todas as perguntas. Isso indica ausência de sinais de risco relacionados às apostas.	Fique atento(a) aos sinais de alerta. Se desejar, procure a UBS mais próxima para orientação.
1 (um) ponto	Há indício inicial de impacto do jogo na sua vida.	Procure a UBS para acolhimento e informações sobre prevenção.
2 (dois) pontos	O jogo pode estar afetando sua saúde mental e relações.	Recomendado acolhimento na UBS, com possível encaminhamento ao Caps.
3 (três) pontos	Indícios significativos de sofrimento emocional e prejuízos.	Procure a UBS ou o Caps para acompanhamento e cuidado especializado.
4 (quatro) pontos	Alto risco de adoecimento e possível Transtorno do Jogo.	Procure imediatamente a UBS ou Caps. Em caso de pensamentos de morte ou sofrimento intenso, acione o Samu (192) ou vá a uma UPA.

Observações importantes:

- Este instrumento não é um diagnóstico, mas um rastreador de risco.
- Deve ser aplicado de forma sigilosa, acolhedora e sem julgamento.
- Sempre oferecer orientações sobre os serviços de cuidado disponíveis no território.
- Em ações de campo ou plataformas digitais, os resultados devem ser encaminhados à equipe da Raps para acolhimento e acompanhamento quando houver pontuação ≥ 2 .

Anexo C – PGSI – Índice de Gravidade do Jogo Problemático (Problem Gambling Severity Index)

Instrução: pensando nos últimos 12 meses, marque a resposta que melhor descreve a frequência com que cada situação ocorreu.

Item	Pergunta	Nunca (0)	Às vezes (1)	Muitas vezes (2)	Quase sempre (3)
1	Você apostou mais do que podia perder?				
2	Precisou apostar quantias maiores para obter a mesma emoção?				
3	Voltou em outro dia para tentar recuperar dinheiro perdido (perseguir perdas)?				
4	Pediu dinheiro emprestado ou vendeu algo para continuar apostando?				
5	Sentiu-se culpado(a) por seus hábitos de aposta?				
6	Seus hábitos de aposta causaram problemas de saúde (estresse, ansiedade, sono)?				
7	Suas apostas causaram problemas financeiros?				
8	Suas apostas causaram problemas com outras pessoas (família, amigos, trabalho)?				
9	Alguém criticou ou se preocupou com seu hábito de apostar?				

Pontuação total (0 a 27):

- 0 = Sem risco.
- 1–2 = Baixo risco.
- 3–7 = Risco moderado.
- 8+ = Jogador problemático.

Anexo D – Escala de dependência de jogos para adolescentes – Esdeje

Esta escala é composta por sete questões relacionadas ao comportamento de jogo nos últimos seis meses. Cada item pode ser respondido em uma escala de cinco pontos: 1 = nunca. 2 = raramente. 3 = às vezes. 4 = frequentemente. e 5 = muito frequentemente (André *et al*, 2022).

Pergunta	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Muito frequentemente (5)
1. Você já passou um dia inteiro pensando em jogar?					
2. Você jogou por mais tempo do que pretendia?					
3. Você jogou para esquecer da vida real?					
4. Outras pessoas tentaram, sem sucesso, reduzir o tempo que você gasta jogando?					
5. Você ficou chateado quando não conseguiu jogar?					
6. Você já discutiu com outras pessoas (por exemplo, família, amigos) sobre o tempo que você gasta jogando?					
7. Você negligenciou atividades importantes (por exemplo, escola, trabalho, esportes) para jogar?					

Respostas com pontuação 3 (às vezes) ou superior, em qualquer um dos critérios, podem ser consideradas sinais de alerta. A pontuação total na escala pode indicar um nível de risco de dependência, mas a GASA (do inglês – Game Addiction Scale for Adolescents) não faz um diagnóstico clínico por si só (André *et al* , 2022).

Referências

ANDRÉ, F.. MUNCK, I.. HÅKANSSON, A.. CLAESDOTTER-KNUTSSON, E. Game Addiction Scale for Adolescents: psychometric analyses of gaming behavior, gender differences and ADHD. **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 13, p. 791254, 9 mar. 2022. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.791254. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8959768/>. Acesso em: 19 maio 2025.

LEMOS, I. L.. CONTI, M. A.. SOUGEY, E. B. Avaliação da equivalência semântica e consistência interna da Game Addiction Scale (GAS): versão em português. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 8-16, jan. 2015. DOI: 10.1590/0047-20850000000051. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000051>. Acesso em: 19 maio 2025.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.



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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

