

Atendimento em Grupo de Pacientes Previdenciários em Regime Ambulatorial: Uma experiência em andamento no Ambulatório - Central de Psiquiatria do INAMPS de Porto Alegre*

"Determinados ângulos não são examinados ou considerados senão quando se apresentam em conjunto; cada parcela somando-se a uma outra forma um todo que usualmente escapa ao entendimento da visão individualizada".

C.A. Crespo de Souza**
Arno Vitor Palma**
Geraldo Rosito**
Maria Dantas Fontes**
Miguel Abib Adad**

RESUMO

Os autores mostram resultados parciais encontrados na assistência em grupo, em regime ambulatorial, para pacientes previdenciários.

Destacam, através de pesquisa realizada, a existência de pacientes que permanentemente sobrecarregam o sistema de atendimento através da sua constante presença nas consultas. Identificam a estes pacientes como "neuróticos indiferenciados" e estabelecem analogia com a denominação "queixosos crônicos", termo utilizado por setores da saúde pública internacional.

Pela experiência terapêutica desenvolvida verificam que houve absorção destes pacientes e, ao mesmo tempo, através de dados de pesquisa, demonstram que os critérios adotados além de vincularem os pacientes também criam espaços necessários a um sistema bloqueado por estes mesmos pacientes.

INTRODUÇÃO

Esta iniciativa foi baseada em trabalho (1) apresentado por ocasião do II Encontro Interno de Debates Científicos do Ambulatório Central de Psiquiatria do INAMPS, em novembro de 1982. Neste trabalho, os autores todos integrantes do corpo de psiquiatras que lidam com pacientes previdenciários em regime ambulatorial, mostraram a necessidade de encontrar novos caminhos que possibilitassem modificações no atendi-

mento, proporcionando melhores condições tanto para os pacientes como para seus médicos. Dentro desta idéia, elaboraram uma classificação diagnóstica operativa constituída por oito (2) categorias de pacientes; para cada uma indicaram sugestões diferentes de atendimento. De acordo com este levantamento, as categorias 1 e 2, integradas por "pacientes de ganho de benefício"* e "pacientes neuróticos indiferenciados"**, corresponderam a 61,30% do total de pacientes. Entendiam os

* Trabalho apresentado no XIII Congresso Latino-Americano de Psiquiatria e XVI Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental.

** Psiquiatras do Ambulatório Central de Psiquiatria do INAMPS.

* Paciente de ganho de benefício: paciente que vem à consulta movido pela busca do auxílio-doença do INAMPS.

** Paciente neurótico indiferenciado: paciente com manifestações de nível neurótico pouco motivado ao tratamento ou com grandes dificuldades em abordar seus conflitos sob o ponto de vista psicológico.

autores que estes pacientes, por sua presença constante às consultas, por suas queixas estarem manifestas no plano do concreto e do somático, nas necessidades imediatas de sobrevivência, por pouco se beneficiarem das técnicas psicoterapêuticas usuais e por não poderem prescindir da atenção médica, acabam sobrecarregando o sistema psiquiátrico ambulatorial. Por isso, entendiam também que sobre estes pacientes deveriam ser concentradas as atenções, sugerindo a introdução de terapia de grupo como uma das técnicas alternativas de atendimento às suas problemáticas.

A primeira tentativa de reunir indivíduos para tratamento em grupo data de 1907, quando pacientes tuberculosos foram acompanhados, nos Estados Unidos, por Pratt Moreno, em 1932, usou pela primeira vez a expressão "terapia de grupo", afirmando tê-la empregado com prostitutas e delinquentes. Com o passar dos anos, várias modalidades de terapias grupais desenvolveram-se; entretanto, as integradas por grande número de pacientes foram usadas apenas em hospitais (3). As justificativas pelo não uso desta técnica de grandes grupos em regime ambulatorial incluem as oportunidades que todos têm de fugir ou resistir ao impacto terapêutico, o não estabelecimento da confiança que nasce como resultado da intimidade, a inexistência de uma maneira que assegure que o comportamento dos participantes seja verdadeiro, ficando difícil o manejo do grupo face ao número elevado de pacientes, sendo que as dificuldades aumentam na razão direta do número de participantes (7,8). Por outro lado, existem numerosos exemplos que mostram como os grandes grupos podem ser excelentes meios para resolver problemas individuais específicos, como os clubes para determinadas patologias (cardíacos, doenças psicossomáticas, ileostomizados, etc.) (6), grupos de socialização para velhos - utilizando como líderes os mais variados profissionais - até os grandes grupos sem a direção de um líder com profissão, dos quais os Alcoólatras Anônimos são os mais ricos representantes.

Através desta confrontação, é válido questionar que tipos de problemas nós, os psiquiatras, estamos propensos a tratar. Que tipos de respostas estaremos dispostos a ouvir? De acordo com Zimet (7), um grupo numeroso será bastante plausível desde que modelos sólidos possam predeterminar que tipos de situações são esperadas e quais as ambições dos terapeutas naquilo que é esperado. O mesmo Zimet afirma: "Pensando num futuro, um futuro que cada vez mais se preocupa com os problemas da comunidade e com a saúde mental, nós devemos considerar a possibilidade de outras formas de grupos que ainda não foram experimentadas".

MATERIAL E MÉTODO

Foram atendidos os pacientes codificados no registro da "Central" sob o nº. 41, pertencente ao autor da presente experiência há mais de cinco anos; antes deste tempo, o código pertencia a outro colega. O total de pacientes registrados sob este código alcança a cifra significativa de cinco mil (5.000), existindo pacientes com frequência regular ao atendimento desde a criação da

"Central" há dez anos. No código 41*, desde há dois anos não são mais aceitos pacientes novos; assim, os mesmos pacientes vêm recebendo assistência de um mesmo psiquiatra há aproximadamente cinco (5) anos.

A partir de 15 de março de 1983, quando se iniciou a experiência, os pacientes passaram a ser atendidos em grupo na própria sala de espera, que foi ampliada para receber um maior número de pessoas. Com a entrada do psiquiatra, ocorre a transformação da sala de espera em sala de atendimento. Diariamente, os pacientes, já atendidos conjuntamente, eram avisados que a partir daquela data os encontros seriam sempre em grupo, havendo marcação prévia em carteiras especiais. Quem não quizesse participar poderia solicitar transferência para um outro colega. Os novos encontros foram marcados com intervalos de 30, 60, 90, 120 e 180 dias na dependência do estado atual do paciente, considerando as suas manifestações clínicas, a sua estabilidade e seus anseios. O número total de pacientes num grupo foi fixado aleatoriamente em torno de 30, considerando-se apenas o tamanho da sala de atendimento. As consultas foram liberadas junto ao setor de marcação, além de que todos os pacientes com reagudizações foram atendidos sem marcação prévia, procurando-se com estes procedimentos captar o maior número de pacientes e fortalecer o vínculo já existente. Procurava-se fixar os mesmos pacientes nos mesmos grupos, embora o critério principal, como já assinalado, fossem as manifestações clínicas.

Quanto à duração dos encontros, esta esteve na dependência do que se apresentava durante as reuniões, não havendo tempo previamente fixado. Também em relação à técnica não houve programação antecipada; tínhamos limitadas aspirações, entre elas o atendimento das necessidades imediatas dos pacientes, cobertura às suas queixas físicas e psicológicas, encaminhamento a outros profissionais, consideração dos problemas familiares, atitude educadora em relação à saúde, fornecimento de receitas. Comentários ou interpretações superficiais a respeito de condutas comentadas ou observadas durante as reuniões também são usadas; apoio e reforço positivo, assim como incentivos às tarefas nas resistências e junto às comunidades também são empregados.

Entre os pacientes que ingressaram na nova sistemática foi pesquisado inicialmente a que grupo pertenciam de acordo com a classificação diagnóstica operativa mencionada (1). Durante o período de atendimento através dos registros de prontuários, foram reavaliados e computados os pacientes portadores de doença cardiovascular. Na elaboração do presente trabalho foi levantada a distribuição dos pacientes segundo o intervalo entre as consultas.

Foi computado, comparativamente, entre os períodos de 21 de março a 20 de setembro (seis meses), o número

* Todos os pacientes são registrados no Serviço de Arquivo do Ambulatório Central de Psiquiatria, segundo numeração crescente (nº. 1 em diante, de ac. c/o tempo de inscrição), seguido de um código numeral correspondente a cada psiquiatra. Assim, cada psiquiatra tem os "seus" pacientes e cada paciente está cadastrado pelo número de inscrição e pelo código do "seu" psiquiatra.

total de consultas prestadas individualmente (ano de 1982) com as prestadas em grupo (ano de 1983).

Comparativamente, também, entre os períodos de abril a setembro de 1982 - 92 dias úteis - e abril a outubro de 1983 - 89 dias úteis - a quantidade de dias com uma demanda menor do que cinco (5) pacientes. O número de cinco foi escolha aleatória.

RESULTADOS

Inicialmente houve desagrado, suspeita e dúvida entre os pacientes, bem demonstrada pela pergunta feita durante uma reunião - "Dr., isto é mais uma coisa do governo, não é?" Queixas foram expressadas, como - "Agora o doutor quer distância de nós". Demonstrações de sentimentos apareceram, representados pelas frases - "O doutor estava com medo de apanhar" e - "Assim ninguém pode namorar ele", ou ainda - "A mulher dele é que vai gostar, vai ficar mais protegida". Posteriormente, alguns pacientes verbalizaram - "Nunca pensei que eu iria gostar destas reuniões" ou - "Eu achava ruim, mas agora já estou gostando". De acordo com informações prestadas pela atendente, muitos pacientes manifestaram-lhe o seu agrado pela marcação prévia de consultas em carteira especial. Segundo informações de uma enfermeira, um paciente queixou-se a ela das dificuldades que possuía para falar nos grupos. O administrador do posto registrou a atitude agressiva de uma paciente, inconformada com o novo método de atendimento imposto pelo seu médico.

As reuniões apresentaram distintas formas de desenvolvimento; algumas foram marcadamente participativas, com expressões verbais que traduziam o que se passava com os pacientes, outras apresentaram o silêncio como elemento predominante, apenas o mínimo necessário era verbalizado; determinadas sessões tiveram como tônica principal a alegria, com risos e piadas, enquanto que outras apresentaram muito choro e angústia; às vezes, os dois pólos do humor encontravam-se presentes na mesma reunião.

Acompanhantes que freqüentemente vinham com os pacientes também ficavam na sala de atendimento; quando adultos, em sua maioria cooperavam e participavam ativamente das reuniões; uma minoria evidenciou contrariedade, havendo, nestes casos, solicitações para beber água, dar uma saída ou simplesmente retirar-se da sala. Quando da remarcação das consultas, observei condutas distintas: a maioria recusou marcações mais prolongadas (90 dias em diante) - "Não dá para ficar muito tempo longe do doutor"; para alguns a marcação foi indiferente - "O senhor é quem manda" e para outros o ideal era a marcação mais distante - "Bota para bem longe, tá?".

Observei que alguns pacientes procuraram ajudar outros em dificuldades através de convites para visitas nas residências, encorajamento, orientação quanto à conduta a seguir, sugestões relacionadas a experiências pessoais vivenciadas, etc.

Constatai que no período avaliado nenhum paciente solicitou transferência para um outro colega; alguns pediram para falar comigo a sós, depois das reuniões, no que foram atendidos.

Desde o início da experiência até o levantamento de dados, 299 pacientes ingressaram na nova sistemática de atendimento. Do total, foram encontrados 60 portadores de doença cardiovascular, o que corresponde a 20,06% destes pacientes.

Entre os 299 pacientes estudados segundo a classificação diagnóstica operativa, considerando os grupos 1 e 2 (de nosso interesse), foram achados:

TABELA I

Grupos	Freqüência	%
1 (Ganho de benefício)	13	4,4
2 (Neurótico indiferenciado)	204	68,2
7 (Psicótico e "borderline")	56	18,7
Outros	26	8,7
	299	100,0

Na Tabela I observa-se que 68,2% dos pacientes enquadraram-se no grupo 2 (pacientes neuróticos indiferenciados) e que somados aos do (ganho de benefício) grupo 1 perfazem 72,6 do total. Verifica-se que os pacientes do grupo 7 (psicóticos e "borderline") atingiram cifras significativas, ou seja, 18,7% do total.

Na distribuição dos pacientes de acordo com a freqüência de retorno, foram achados:

TABELA II

Intervalo (dias)	Nº. Pacientes	%
30	54	18,1
60	206	68,9
90	16	5,3
120	9	3,0
180	14	4,7
	299	100,0

Na Tabela II observa-se que 206 pacientes, correspondentes a 68,9% do total, retornaram no intervalo de 60 dias; que 54 pacientes, correspondentes a 18,1% do total, retornaram em 30 dias de intervalo; que número menos expressivo ocupou os intervalos de 90, 120 e 180 dias.

Comparados o número total de pacientes/consulta nos anos de 1982 e 1983 foram achados:

TABELA III

Ano	Número de Consultas	Diferença a maior	% Diferença
1982	735	-	-
1983	894	159	21,63

Na Tabela III observa-se que no ano de 1983, quando foi utilizada a técnica de grupo, para idêntico período do ano anterior, um número maior de 159 pacientes/consultas

ta correspondente a uma diferença de 21,63% em relação ao ano anterior.

Comparados idênticos números de dias úteis com menos de cinco consultas/dia entre os anos de 1982 e 1983 foram achados:

TABELA IV

Ano	Dias de atendimento	Frequência menor que 5 pacientes	Diferença a maior
1982	92	23	-
1983	89	35	12

Na Tabela IV observa-se que no ano de 1983, quando foi utilizada a técnica de grupo, 12 dias a mais em relação ao ano anterior, quando era empregada a técnica individual, com menos de cinco consultas/dia.

COMENTÁRIOS

Os inúmeros aspectos levantados nesta experiência certamente estão relacionados ao fato de se constituir a técnica de grupo numa prática terapêutica de extraordinária riqueza. *Determinados ângulos não são examinados ou considerados senão quando se apresentam em conjunto; cada parcela, somando-se a uma outra, forma um todo, que usualmente escapa ao entendimento da visão individualizada.* Durante anos vimos pacientes com problemas cardiovasculares*; entretanto, a partir desta experiência, conseguimos valorizar esta manifestação patológica individual integrando-a como um aspecto coletivo de importância; por isso, o interesse em sua divulgação. Os percentuais encontrados de 20,08% despertam nossa atenção e nos conduzem à procura das razões para tal índice em nossos pacientes. Serão os fatores emocionais responsáveis por tal achado? Estes percentuais encontrados têm correspondência na população de pacientes do ambulatório Central de Psiquiatria? Quais as implicações médicas e sociais na população em geral se estes índices também existirem? A quem afetará estas implicações?

Examinando-se os resultados, podemos concluir que a maioria dos pacientes pertence significativamente às categorias 1 e 2, correspondente aos pacientes de "ganho de benefício" e "neuróticos indiferenciados", sendo que esses predominam de forma marcante (68,2% do total). Pelos resultados observados na Tabela II podemos concluir ainda que 87,0% dos pacientes ocuparam o sistema de atendimento (somando-se os percentuais correspondentes aos intervalos de 30 e 60 dias). Também podemos concluir, através de cálculo simples, que durante os sete meses de atendimento que corresponderam à avaliação da experiência compareceram menos de 10% do total de pacientes cadastrados (de 5.000 pacientes, 299 ingressaram na sistemática nova).

* Qualquer manifestação de doença cardiovascular, incluindo arritmias, insuficiências cardíacas, cardiopatias isquêmicas e hipertensão arterial, principalmente.

Integrando-se estes dados podemos concluir que os pacientes chamados por nós de "neuróticos indiferenciados" ocupam ciclicamente o sistema de atendimento, não aceitam se separar de seu médico e, por estas razões, obstruem os espaços aos novos pacientes e impedem, pelo seu volume, o emprego de técnicas psicoterápicas mais apropriadas às necessidades comuns das pessoas. Estas conclusões vão ao encontro de publicações que afirmam não ser possível desvincular do sistema médico determinados pacientes (ou difícil de desvincular; se desvinculados de um posto irão à procura de outro que os vincule ou permanecerão consultando junto a vários postos de atendimento médico) que oneram permanentemente os sistemas de saúde (5), que os psiquiatras freqüentemente entram na "escalada de comportamentos que levam à medicalização" (5) (mais medicamentos fornecidos pelo psiquiatra, mais sintomas apresentados pelo paciente), cuja patologia caracteriza-se exatamente por este comportamento (4), sendo conhecidos hoje mundialmente como "queixosos crônicos" (6).

Pela constatação dos resultados obtidos com a técnica de atendimento em grupo ao se analisar as Tabelas III e IV que evidenciam, comparativamente com a maneira anterior e usual de atendimento individual, uma capacidade maior de absorção de pacientes e uma maior liberação de espaço com carga horária disponível (a ser preenchida por novos pacientes ou por determinados tipos especiais de atendimento em grupo 2) conclui-se pela manutenção desta técnica experimental já que não é possível abrir espaços num atendimento individual. Porém, em virtude de estabelecer critérios novos ou diferentes daqueles que fazem parte da rotina de atendimento do Ambulatório Central - o método criou problemas - tanto para o psiquiatra responsável pela sua introdução como, certamente à Administração e funcionários.

Naturalmente, qualquer mudança num sistema acarretam dificuldades e resistências variadas. Embora normalmente esperadas, estas dificuldades e resistências são muito duras de serem enfrentadas por qualquer um, mesmo por um psiquiatra com algum tempo de experiência convívio com as mesmas, pois devem ser acrescidas àquelas que a própria técnica introduzida produz em seus pacientes.

CONCLUSÃO

A técnica de atendimento em grupo, pela experiência até aqui desenvolvida, mostrou-se eficaz, razoável em seus objetivos e sobretudo muito prática ao criar, para determinados pacientes que costumeiramente obstruem o sistema de saúde, uma fórmula que os absorve, deixa-os vinculados e ao mesmo tempo cria ou abre espaços que podem ser utilizados pelos psiquiatras para atender, em outras modalidades, as manifestações usuais da população previdenciária em geral.

Esta técnica, acrescida de maior experiência e avaliações, certamente, poderá ser utilizada em ambientes programados e que a incluam entre as suas sistemáticas usuais de procedimentos médico-psiquiátricos.

Exemplo de uma Reunião de Grupo - (15/09/1983)

P - Psiquiatra.

Maria, Joana, Cristina... - nomes fictícios.

P. - "Vamos iniciar a nossa reunião. Maria, como é que passaste?"

Maria - "Não passei bem".

P. - "O que houve? No outro período estavas bem!"

Maria - "Não houve nada".

P. - "E tu Joana, como é que te foste?"

Joana - "Eu também não passei bem. Tive muitos problemas". (silêncio)

P. - "Maria Luiza, e tu?"

Maria Luiza - "Eu estou sempre ruim. Os médicos não adiantam nada. Tudo o que o senhor me dá não adianta".

P. - "Quem sabe tu nos dizes se estás vivendo algum problema, alguma dificuldade?". (silêncio) Maria Luiza começa a chorar.

P. - "Cristina..."

Cristina - "Eu passei bem. Os remédios me ajudam a enfrentar as barras..."

P. - "Como assim, Cristina?"

Cristina - "É, eu sei que os remédios não mudam os meus problemas. Eles não podem mudar a minha vida".

Joana volta a falar.

Joana - "É verdade doutor, o que ela disse é verdade. Eu tenho uma filha doente, coitada, não sai nunca da cama, faz tudo na cama, a gente tem de limpar... limpar, cuidar dela o tempo todo, não dá descanso a coitadinha... eu pego ela no colo, levo para fora da cama, mas eu já não posso mais com ela. Tenho dores horríveis nas costas, no pescoço. Então, que adianta? Ainda bem que eu posso vir aqui pegar meus remédios, ver o senhor, sem os remédios não sei como agüentar tudo isso mas eu sei que não dá para mudar nada". (silêncio)

P. - "Maria Luiza, não queres dizer nada?"

Maria Luiza (entre soluços) - "Eu não tenho mais esperanças. Fiquei só com quatro filhos. Agora um comprou uma moto, eu disse a ele para não comprar, não adiantou nada. Não fico quieta enquanto ele não chega. Penso no pai deles, aquele sem-vergonha que morreu bêbado! Tivesse um pai, isto não acontecia. Não tenho mais forças, sinto que eu já não valho mais nada, não tenho nada mais a fazer aqui..."

P. - "E tu, Luiza?"

Luiza - "Eu estou sempre meio louca; ora bem, ora mal. Acho que agora ouvindo ela falar, que meus problemas são pequenos; é bom saber isso mesmo que seja triste o que ela disse".

P. - "Manoel...?"

Manoel - "Eu não acho bom ouvir problemas dos outros, já tenho os meus. Saio daqui pensando muito. Seus remédios me fazem bem, durmo melhor. Só a minha angústia é que não passa".

P. - "Estás conseguindo fazer alguma coisa, desenvolver alguma atividade?"

Manoel - "Não, não sei o que há comigo; penso bastante em fazer, mas acho que meu corpo ou a minha cabeça não me obedecem. *Minha pressão anda alta, o médico disse que é por causa dos meus nervos que ela não baixa... não sei...*"

O P. olha para Miguelina.

Miguelina - "Estou na mesma, os remédios me ajudam, mas meus problemas, e olha que não são lá muito grandes, estão sempre aí; parece coisa do diabo ou de mim mesma. Tenho angústia, uma coisa ruim aqui no peito (mostra com a mão); meu marido e meus filhos são bons para mim, melhores não sei se existem..."

P. (com o olhar dirige-se à Maria) - "Como é Maria, não tens nada a dizer?"

Maria (após breve silêncio) - "Meu marido bebe muito, briga comigo, me deixa nervosa. Os fins-de-semana, então, é o pior de tudo; parece que não vai acalmar nunca; (chorando) "... o que elas disseram é verdade não dá para melhorar, a vida assim não vale a pena viver".

P. - "Ele alguma vez procurou tratamento?"

Maria - "Não, e não adianta falar. Ele diz que eu sou louca, não ajudo ele, deixo ele furioso. Não pode me ver chorar, fica irritado... e choro mais ainda".

P. - "Parece que muitos aqui têm problemas; isto parece causar em alguns outros problemas. Antes eu nunca soube de alguns de vocês, nunca me falaram do que acontecia..."

José - "É, parece que a gente está descobrindo algo; a gente não junta as coisas... eu deixei minha família, fui morar só em (nome de cidade) eu não posso mais com barulho. Meu filho mais velho é excepcional, ele se masturba na frente de todo o mundo... eu não agüento; minha filha de dez anos vê ele assim... Dr., não tem uma casa que pode botar ele?"

P. - "Não sei José, parece ser difícil, mas será que adiantaria para ele?"

José - "Eu já pensei no São Pedro, mas a mãe dele não quer saber. Quer ficar com ele em casa, mesmo sendo ele assim".

P. - "Alguns parecem suportar dificuldades mais do que outros, não?"

Josefina (sentada ao lado de José) - "Puxa, como tem problemas. Felizmente tenho uma família boa, meus problemas o senhor já sabe quais são".

P. - "Já sei mesmo, Josefina?"

Josefina - "Já, eu já lhe falei".

P. - "Não queres dizer novamente?"

Josefina - "Não, eu prefiro não falar agora. É muito íntimo".

P. - "E tu, Ernestina, como vais?"

Ernestina - "Eu vou bem, tenho cuidado da minha pressão, esta danada; mas vou bem".

P. - "Gleci, o que há de novo?"

Gleci - "Nada de novo, tudo velho como sempre, a minha dor de cabeça que não passa, minhas mãos inchadas, aquela sensação (mostrando com o dedo a lateral do pescoço) aqui; sempre que fico nervosa tudo é pior, mas dá para ir levando com os remédios".

P. - "E tu, vieste no lugar de tua mãe?"

Filha da paciente - "É, doutor, vim no lugar dela; ela mandou um abraço ao senhor, não deu para ela vir, está gripada, muito abatida. Pede para eu levar os remédios".

P. - "Viram como existem dores? A Gleci só falou sobre elas e nada mais. Certamente ela não quis dizer o que está junto com as dores. Não parece a vocês, pelo que se viu aqui hoje, que existe algo mais?" (silêncio)

P. - "Bem, eu gostei da reunião, foi bom sentir vocês mais de perto, saber melhor, entender o que se passa com vocês. Me dá a impressão de que tudo fica mais verdadeiro, mais real, apesar de termos ouvido algumas situações duras e difíceis de enfrentar. Agora vamos ver

as receitas...". (As receitas são escritas para cada paciente que, após recebê-las, vai saindo, despedindo-se do psiquiatra e dos outros, alguns mais afáveis e alegres que outros).

SUMMARY

The authors show the partial results found in group assistance to patients of the National Health Service (INAMPS) in out-patients clinic system.

They emphasize, by means of research made, the existence of patients who continually overcharge the assistance system through their constant presence at the clinic. They call these patients "not-differentiated neurotics" and establish an analogy with the term

"chronic complainers", used by some sectors of the international public health.

Through the therapeutic experience obtained, they came to the conclusion that there was an absorption of these patients, and, at the same time, through data obtained in research, they show that the criteria adopted, besides attaching the patients, create necessary space in a system which is blocked by these patients themselves.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ADAD, M.A. & CRESPO, C.A. Contribuições ao atendimento de pacientes previdenciários em regime ambulatorial. In: *II Encontro Interno de Debates Científicos do Ambulatório Central de Psiquiatria do INAMPS*, Porto Alegre, novembro de 1982.
- 2 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*, Washington, D.C., APA, 1980.
- 3 CRESPO, C.A.; ADAD, M.A.; CAPUTO, D. Relato de uma experiência com grupos de pacientes agudos e subagudos em hospital psiquiátrico público, In: *VII Jornada sul-riograndense de psiquiatria dinâmica*, Gramado, outubro de 1974.
- 4 FRANKL, V.E. *Psicoterapia, uma casuística para médicos*. São Paulo, E.P.U., 1976.
- 5 GIEL, R. & WORKNEH, F. O manejo do queixoso crônico. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, 24(3):220-5, jul./set., 1984.
- 6 KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. *Group treatment of mental illness*, New York, Aronson, 1972.
- 7 MARÉ, P.B. *Perspectivas em psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro, Imago, 1974.
- 8 ZIMET, C.N. Group psychotherapy: current practices and future trends. *Int. Psychiat. Clin.*, 6:213-34, 1969.