

CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO E ACOLHIMENTO: A PROBLEMATIZAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CONTEXTO COMUNITÁRIO E DA SAÚDE¹

*BOND AND RECEPTION CONSTRUCTION: THE PROBLEMATIZATION OF A
TRAINING EXPERIENCE IN COMMUNITY AND HEALTH CONTEXTS*

**Larissa Moraes Moro², Leonardo Mostardeiro²,
Monise Gomes Serpa³ e Félix Miguel Nascimento Guazina⁴**

RESUMO

O presente artigo tem o objetivo de relatar uma experiência de estágio em avaliação psicológica no contexto da Psicologia Comunitária e da Saúde, no qual problematizamos o processo de inserção do estagiário no contexto público de saúde e refletimos sobre as especificidades do fazer do psicólogo nesse cenário. O trabalho foi realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao longo dos meses de agosto a dezembro de 2012, totalizando 50 horas de prática de estágio. Quanto às atividades desenvolvidas, houve visitas domiciliares com profissionais da equipe, acolhimento aos usuários da ESF, atividades de educação em saúde numa escola da comunidade e uma atividade comemorativa alusiva ao dia da criança, sempre buscando alianças da ESF com outros espaços de convivência da comunidade. Para a análise desse percurso, comentaremos sobre a política do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada para a Atenção Básica (AB) e a inserção da Psicologia no processo. Como resultados obtidos, percebemos o desafio do trabalho no contexto comunitário e a necessidade de construção de práticas inventivas que aliem os pressupostos técnicos de trabalho com a realidade dos sujeitos envolvidos. Nesse sentido, a construção do vínculo e as práticas de acolhimento tornam-se necessárias na formação da Psicologia para que se ampliem as práticas de cuidado nos dispositivos de saúde.

Palavras-chave: psicologia, Estratégia de Saúde da Família, saúde comunitária.

ABSTRACT

This article aims to report a training experience in psychological assessment in the context of Community and Health Psychology that problematized the trainee's insertion process in the public context of health and reflected on specificities of psychologist actions in this setting. The study was conducted at the Family Health Strategy (ESF) during the months of August to December 2012, totaling 50 hours of practice. Regarding the activities developed, we conducted home visits with the professional team; reception of the users of the ESF; health education activities in a community school and a commemorative activity allusive to children's day, always seeking alliances with other FHS community living spaces. To analyze this, we comment about the policy of the National Health System (SUS), which is focused on the primary care and the inclusion of psychology in the process. As results, we perceive the challenge of working in the community context and the need of constructing inventive practices that combine the technical assumptions of work with the reality of the subjects involved. In this sense, the construction of the bond and the reception practices become necessary in the formation of Psychology so that the practices of care in the health devices can be expanded.

Keywords: Psychology, Family Health Strategy, community health.

¹ Relato de experiência.

² Acadêmicos do curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano. E-mail: larissamoraesmoro@gmail.com; leoobm@gmail.com

³ Orientadora. Docente do curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano. E-mail: monise.serpa@gmail.com

⁴ Colaborador. Docente do curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano. E-mail: guazina@gmail.com

O DESAFIO DA INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco no processo de luta por uma redemocratização no Brasil, pois investe no atendimento à demanda do usuário de uma forma equânime e integralizada (BRASIL, 2006a). A integralidade, a partir disso, pode ser compreendida como um dispositivo político ao assumir o cuidado como expressão de sua potência. Ademais, o cuidado deve ocorrer tanto nas ações individuais quanto nas coletivas, atentando aos processos singulares que permeiam a vida (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1997, quando o Ministério da Saúde aprovou uma atualização das normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde, estimulando um reordenamento da lógica de atenção e ampliando a sua extensão. Segundo Morales (2007), o PSF adotou, desde a sua concepção, um novo conceito e uma nova maneira de dar atenção à saúde, necessitando de mais proximidade e interação nas comunidades locais. Além disso, propiciou aumento da participação e inserção dos profissionais, assim como acesso aos serviços de saúde. O PSF focaliza as atenções de saúde na família e na comunidade, e esta é compreendida dentro do contexto sociopolítico, econômico e cultural, atuando em área adscrita com uma maior responsabilidade territorial. Posteriormente, o PSF passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) numa tentativa de reorganizar as políticas da Atenção Básica (AB). Nessa perspectiva, as práticas devem ser democráticas e participativas, por meio de trabalho em equipe, que tem como um dos focos o vínculo comunitário para que as necessidades da população possam ser mais bem assistidas (BRASIL, s/d)⁵. A partir de uma proposta de cobertura universal, é importante não seguir a ideia de que é um programa criado para atender pessoas menos favorecidas e com pouca qualidade nos seus serviços (MORALES, 2007).

Dessa forma, segundo Danieli e Paixão (2007), a ESF pode ser entendida como a porta de entrada ao SUS, e o caráter diminuto da área física serve para marcar que o aspecto principal de sua estratégia é o acolhimento, a interação humana, as trocas de experiência e a convivência. Ademais, tem ocorrido o fortalecimento das relações entre a equipe de saúde e a população (movimentos populares, formas associativas, lideranças comunitárias) para que não apenas controlem suas ações, mas façam parcerias em prol da melhoria das condições de saúde dos usuários, o que não depende apenas do investimento no setor saúde, mas também de outros setores, como habitação, saneamento básico, espaços de lazer e convivência.

Uma das práticas preconizadas segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS é o acolhimento. Este funciona como uma prática essencial nas ações de atenção e gestão nas uni-

⁵BRASIL. **Atenção Básica:** Saúde da Família. Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://goo.gl/ZEUEsy>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

dades de saúde: “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2010, p. 6). O acolhimento é uma política porque implica o compromisso coletivo,

um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2010, p. 21).

Assim, o acolhimento é uma prática necessária para as unidades de serviços de saúde, e todo profissional deveria estar voltado para fazê-lo. No caso da ESF, o acolhimento deve ser realizado a qualquer usuário do serviço, visto que é uma prática presente que se dá em todas as relações de cuidado, no cotidiano das relações entre trabalhadores de saúde e usuários e nos processos de atendimento e de escuta em suas variadas formas de exercício (BRASIL, 2011).

Segundo a Associação Paulista de Medicina (2002), os serviços prestados pela ESF e pelos agentes comunitários de saúde não se restringem a triagens e encaminhamentos a serviços especializados. Suas práticas visam à assistência integral, contínua e de qualidade. Cabe, portanto, à equipe multiprofissional desenvolver trabalhos na própria unidade, nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, asilos, presídios, creches, entre outros, nas populações adscritas ou nas áreas de abrangência da unidade.

Nesse sentido, a inserção da profissão de psicólogo na ESF tem como um dos seus intuitos romper com as lógicas dicotômicas e simplificantes, que ainda dominam as práticas de saúde. Com seu potencial transversalizador das práticas coletivas e institucionais que têm produzido novos modos de andar e de afirmar a vida (FAGUNDES, 2004), a Psicologia pode representar mudanças no modelo assistencial, cuja herança biomédica direciona-se a práticas de fazer individualizantes, centradas na doença, em detrimento das coletivas, centradas nos usuários (CAMARGO JR., 2003).

Camargo-Borges e Cardoso (2005, p. 29) apontam que “pensar a Psicologia como parceira da ESF é um convite a por em pauta os processos de trabalho em saúde que acontecem no território da ESF e as relações que nele transcorrem”. Ainda nessa perspectiva, uma área que vem contribuindo para o fortalecimento do trabalho do psicólogo na AB é a Psicologia Comunitária, ao ter como foco de estudo a vida comunitária e o modo como ela é refletida na subjetividade de seus moradores. Nesse processo, cabe ao psicólogo identificar as condições sociopsicológicas que tanto impedem como favorecem que os moradores se constituam como sujeitos de direitos, entendendo tal realidade a partir da própria convivência direta com a comunidade (GÓIS, 2008).

Conforme é preconizado pelos SUS, o *vínculo* do profissional com a comunidade passa a ser fundamental para que este possa reconhecer as necessidades da população e, assim, prestar uma assis-

tência mais qualificada (BRASIL, 2006a). Dessa forma, o trabalho do psicólogo comunitário vem ao encontro dessa proposta ao ter como uma de suas ações a inserção na comunidade para o reconhecimento de suas necessidades a partir de uma relação dialógica e vivencial com os moradores (GÓIS, 2008).

A seguir, a partir de um relato de experiência em Psicologia Comunitária em uma ESF, teceremos algumas considerações sobre a prática de estágio e suas singularidades, discutindo a inserção da Psicologia nesse contexto e a construção de vínculo e o acolhimento como ferramentas de trabalho do psicólogo nesse campo de atuação.

DA IDENTIDADE ÀS SINGULARIDADES DO CAMPO PSICOLÓGICO

A proposta de estágio trouxe, para o coletivo de estagiários-supervisores, questionamentos e desafios que foram se constituindo em planos de intervenções no campo de estágio. A partir das vivências, emergiu um importante analisador: não éramos, neste contexto, apenas acadêmicos.

Percebemos que nossa tarefa, em primeiro lugar, era nos desprender dos saberes pré-estabelecidos no campo psicológico. Como o trabalho da Psicologia nessa área era um terreno desconhecido, durante o processo, ideias surgiam a partir de alguns encontros com a teoria sobre o tema, e a imersão no terreno da saúde pública não era suficiente para que sustentássemos nossas posições. Sentimos que era necessário abdicar de nossa identidade hegemônica, marcada por práticas individualizantes.

Assim, o nosso corpo tornou-se ferramenta de trabalho, sendo produto e produtor de vivências. Falamos em corpo, pois é nele que olhamos, ouvimos, observamos, escutamos, enfim, é com ele que sentimos e somos afetados. De repente, já não sabíamos quem éramos: simplesmente desejávamos nos construir e produzir novos territórios existenciais que mapeassem os encontros em meio a processos de saúde. Tomamos o termo territórios existenciais de Deleuze e Guattari (1997), que evidenciam a dimensão processual e qualitativa da experiência, privilegiando os sentidos e os modos de expressão. Citando Rolnik (2011), o psicólogo-cartógrafo acompanha a emergência de si e do mundo na experiência, compõe o território existencial à medida que acompanha as paisagens psicossociais e os movimentos do desejo no campo social.

Diante do exposto, a supervisão serviu de reflexão das ações realizadas e um campo de produção de conhecimento efetivo. As interlocuções e vivências relatadas em diários de campo constituíram nossa metodologia de produção de práticas, que possibilitaram experimentações e aprendizados. Além das conversações que fomos fazendo em campo, as supervisões eram espaços de estudo, apoio e fortalecimento para passagens pelo campo de estágio e construção de lugares para a Psicologia na ESF. Com isso, as ferramentas que utilizamos foram se delineando durante as intervenções. Algumas, encontrávamos ao acaso; outras, já havíamos estudado quando da construção do plano de estágio, plano provisório, mas que serve de suporte para os novos mapas que se constroem posteriormente.

No decorrer das conversações realizadas no campo de estágio, as primeiras práticas “psi” ligadas à saúde que vem à mente dos profissionais e da população são o tratamento psicoterapêutico individual e os processos grupais. Alguns casos se “encaixariam” interessante-mente nesses dois tipos de intervenção não fossem as dificuldades sociais de acessar tais serviços. A comunidade em questão se localiza numa espécie de ilha, isolada das áreas de maior concentração desses tipos de serviços na cidade. Daí advêm diversos problemas que barram o movimento das pessoas, tais como dificuldades econômicas e problemas de transporte público. Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) também estão relativamente longe. Nesse contexto, nossa principal estratégia de intervenção foi ampliar essa rede com informações nas conversações entre equipe-serviço-usuários. Intensificar redes de apoio é uma ação fundamental na busca de alianças de produção de saúde, pois, nessas relações estabelecidas, num trabalho coletivo e cooperativo, o processo de corresponsabilidade e de autonomia é construído (BRASIL, 2006b).

Acalmar a equipe foi um fator importante, e estabelecer alianças variadas também, não fixando apenas em um profissional como nossa referência. Fomos uma espécie de “amigos invisíveis”, aqueles que aparecem quando chamados, somem quando acham que estão atrapalhando, mas que estão presentes e dispostos a oferecer alguma *poiesis* também. Assim, foram se constituindo nossas terças-feiras à tarde, embasadas num estudo que foi sendo tecido por necessidade, articulando teoria e prática.

CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO: SOBRE AS LIMITAÇÕES DA PRÁTICA E OS VOOS PARA NOVOS CONHECIMENTOS

Diante dos desafios de inserir a Psicologia num espaço no qual o psicólogo não compõe a equipe mínima, a construção de vínculos abriu possibilidades de conexão com a equipe e a comunidade. O fato de não existir, naquele momento, psicólogo na ESF nem estagiários com maior carga horária ou de algum estágio específico causou um pouco de espanto a alguns profissionais da equipe. No caso da Psicologia, não termos professor supervisor presente no local de estágio nos diferenciou e nos colocou sob muita responsabilidade. Nesse ínterim, esclarecemos à equipe que o nosso objetivo era não obstruir o serviço de saúde, uma vez que este já se encontrava sobrecarregado.

O desafio foi mostrar que a nossa dinâmica era diferente, mas que o objetivo seria o mesmo: produzir vida, produzir saúde. Tal dinâmica se constituiu porque não estamos pautados na lógica biomédica, essencialmente curativa e medicalizante. Como instrumento de trabalho, esforçamo-nos em ativar um *corpo-vibrátil*: um corpo sensível aos efeitos dos encontros e às misturas de afetos (ROLNIK, 2011).

Não esperar tanto de si pode ser muito favorável, e expressar isso a quem solicita ajuda é muito importante; não prometer o mundo, mas se colocar à disposição para arquitetar, junto com qualquer

pessoa que seja, alguma obra: essa foi a lógica criamos. Saímos dos muros da academia e entramos na ESF como no devir da criança querendo conhecer o mundo, num processo paradoxal: na saída-abertura da academia e entrada-abertura na ESF. Dizíamos, a quem nos perguntava, a proposta de estágio e a duração dessa presença, que se tratava de um estágio de avaliação psicológica num sentido amplo e que nossas práticas seriam construídas *a posteriori*, a partir dos encontros: queríamos conhecer a equipe, os serviços de saúde e a população. Assim, fomos fazendo nosso estágio a partir desse desejo infantil de criação de mundo, como uma brincadeira séria que nos protege de algo que nem sabemos o que é. Brincadeira séria, posto que é responsabilizante, autonomizante e produtora de conhecimentos. Séria, mas não entediada, já que alegre e inventiva. Infantil, pois vem aberta ao acaso, ao novo, espontâneo e criativo da criança que esquece. Silva (2010), referindo-se a Nietzsche, menciona que o esquecimento é o que permite surgir um novo olhar - o olhar da invenção. Não se trata, portanto, de apagar o passado ou de renunciar à história, mas do olhar que se tem em relação a ela. Segundo o autor,

o devir-criança não pressupõe um sujeito criança que determina a ação; mas uma força criativa que está para além de qualquer sujeito ou de qualquer determinação. Falar, pois, de devir-criança é falar de uma dessubjetivação que remete a uma constante superação do que se é, mas não para atingir um modelo; antes, para ser um outro, para experimentar a diferença (SILVA, 2010, p. 10).

Assim, a partir da experiência do devir, cabe pensar o acolhimento, com e a partir do acolhimento, este visto como um meio, um ponto de encontro, atrativo ou repulsivo, capaz de produzir deslocamentos, passagens, enfim, mudanças que venham a se refletir na produção de saúde e subjetividades nas quais estamos implicados. Nessa experiência, acolhimento e vínculo andaram juntos, influenciando-se mutuamente. À medida que o vínculo se construía com a equipe, por exemplo, mais nos sentíamos parte dela e, por conseguinte, mais autorizados estávamos para acolher. Por meio do vínculo, construíamos o lugar na ESF, pois íamos participando mais e, assim, construindo práticas psicológicas naquele local.

ACOLHIMENTO: DISPOSITIVO TRANSVERSALIZANTE E INTERCESSOR

Em primeiro lugar, cabe pontuar que a proposta do acolhimento nos colocou numa encruzilhada importante, em que deveríamos escolher o tipo de cuidado em prol do qual estávamos dispostos a trabalhar. A proposta do acolhimento convoca a uma reorganização dos processos de trabalho na ESF, ativando a produção de cuidado numa crítica aos serviços tradicionais, marcados pela massiva produção de procedimentos (BRASIL, 2010). Porém, pensar nesse dispositivo e tentar efetuar-lo de modo singular, do “nosso jeito”, propiciou muitos aprendizados em termos de formação cidadã e profissional.

Em segundo lugar, acolher se mostrou desafiador e trouxe à tona o questionamento da proposta de ESF quando nos demos conta de que não eram em todos os espaços que conseguíamos fa-

zer acolhimento. A própria unidade, com o caráter diminuto, - que, como vimos, sinaliza o enfoque de vínculo, interação e construção compartilhada de cuidado - esbarrava num modelo de trabalho burocrático e essencialmente curativo, que dificultava iniciativas acolhedoras. Então, constatamos uma incongruência no serviço a ponto de afirmarmos que ainda se tem muito a trilhar em termos de integralidade no cuidado.

Por outro lado, em outros espaços, como em visitas domiciliares, aconteceram vivências importantes em termos de produção de saúde e cuidado, quando a equipe multiprofissional ficou mais de duas horas na casa de uma família, construindo alianças terapêuticas, estratégias de saúde. Nesse sentido, alertamos para a importância de várias categorias profissionais, juntas, trabalharem em prol da afirmação da vida. O acolhimento só aconteceu pela coletividade envolvida; o saber só foi produzido em função do compartilhamento. Nesse processo, buscamos desenvolver as práticas multiprofissionais e o diálogo com os saberes do cotidiano tanto da equipe quanto dos moradores. As visitas domiciliares foram um fato democrático interessante, cujo objetivo é o usuário e a potencialização do desejo envolvido no momento.

Nessas ações de aprofundamento de vínculos com os moradores, emergiu uma questão que tem nos incomodado na instituição de ensino: a maneira como a ciência, em seus discursos, trata do senso comum. Ela o marginaliza, desvalorizando-o como algo a ser evitado. Na prática, percebemos a importância de o levarmos em conta, posto que é constituído por conhecimentos práticos e vulgares com que orientamos as nossas ações e damos sentido à nossa vida no cotidiano (SANTOS, 2008). Sendo assim, a ciência deve se transformar num novo e mais esclarecido senso comum e não considerá-lo superficial, ilusório e falso de antemão.

Fica mais claro, então, o viés que fomos fazendo e pelo qual fomos pensando a prática de estágio. Nossa proposta foi ao encontro do paradigma emergente que, ao contrário da ciência clássica, experimental e naturalista - que faz do cientista um ignorante especializado e do cidadão comum um ignorante generalizado -, está mais preocupado com o agente e o fim das coisas em detrimento de como funcionam as coisas.

É pertinente reiterar que o acolhimento, como uma máquina de problematizações, permitiu-nos repensar a ESF, a equipe, a gestão, etc., levando-nos a atentar para os diversos pontos que interferem na oferta de serviços e no modo como o cuidado acaba se processando. Como um dispositivo, cumpriu seu papel desafiador de nos permitir perceber a importância de um cuidado mais integral e de uma atenção mais humanizada, possibilitando, também, a produção de conhecimento em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou expressar a intensidade de nossa experiência de estágio para que o desejo que nos motivou a escrever para contar esta passagem possa afetar outros corpos, levando-os

a trilhar caminhos inventivos na saúde comunitária. Ao contribuir para nossas formações, essa vivência representa, ainda, também um convite àqueles que desejam os encontros e aspiram atuar diretamente na construção e reconstrução das subjetividades. Neste texto, abordamos vínculo e acolhimento por serem temáticas mais presentes em nossa formação acadêmica, mas, cientes de que o psicólogo está cada vez mais presente nos contextos de saúde pública e atenção básica, nada impede que, em outra situação, aprofundemos outras questões que envolvem a saúde dos sujeitos. Isso nos levará a repensar e modificar as práticas de cuidado, tendo em vista a abertura desse campo heterogêneo à presença do psicólogo.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2002. 1 v.

BRASIL. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do movimento participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/yrBMke>>. Acesso em: 11 set. 2012.

_____. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMARGO JR., J. K. de. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A Psicologia e a Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005.

DANIELI, G. L.; PAIXÃO, D. X. A unidade de PSF como espaço privilegiado para promover a educação popular em saúde. In: LOPES, M. J. M; PAIXÃO, D. X. (Org.). **Saúde da Família: histórias, práticas e caminhos**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 75-89.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Acerca do ritornelo. In: _____. (Org.). **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1997. p. 115-170. 4 v.

FAGUNDES, S. Psicologia e Políticas Públicas: experiências em saúde pública. In: NASCIMENTO, C.; LAZZAROTTO, G.; HOENISCH, J. (Org.). **Psicologia e Políticas Públicas: experiência em saúde pública**. Porto Alegre: CRPRS, 2004. p. 7-8.

GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORALES, J. C. O. Participação popular em saúde: exercendo o controle social. In: LOPES, M. J. M.; PAIXÃO, D. X. (Org.). **Saúde da Família: histórias, práticas e caminhos**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 63-74.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 21-35.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; UFRGS, 2011.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, M. S. O devir criança em três tempos: Heráclito, Nietzsche e Deleuze. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA DA EDUCAÇÃO, 5., 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ: UERJ, 2010.

