

COLUNA
ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL

CRIANÇAS
COM TOD

COLUNA EDUCAÇÃO
EM FOCO:
PSICOPEDAGOGIA

R E V I S T A

EDUCAÇÃO EM FOCO



Importância do
Ensino de
Empreendedorismo e
Inovação na
Educação Básica

...E MUITO MAIS!



Galileu
SISTEMA DE GESTÃO ESCOLAR

EDITAL

Chegamos na reta final do ano letivo de 2022, já com os preparativos e planejamentos para o próximo ano.

Provas finais, lançamento de notas, médias, e aquele último esforço antes da bandeirada final.

Uma verdadeira correria contra o tempo.

Mesmo no apagar das luzes, não podemos deixar de dar a nossa contribuição para você, querido leitor.

Por isso, a terceira edição da nossa revista está recheada de assuntos delicados, complexos e contemporâneos.

Vamos abordar assuntos como os transtornos enfrentados na infância, deficiências intelectuais, e um dos assuntos ainda pouco discutidos na educação básica: o empreendedorismo.

Roger Maurício

Roger Maurício é editor-chefe da Revista Educação em Foco e sócio-proprietário da INOVASIE. É formado em Tecnologia da Informação, pós-graduado em Gestão de Projetos e Recursos Humanos.

Nossas colunas especiais irão contemplar a **alimentação saudável e como a lancheira escolar pode ser saudável**, por fim, vamos navegar na **psicopedagogia e os desafios de aprender e ensinar**.

Agora, se acomode na poltrona, relaxe um pouco, e desfrute de cada texto que produzimos com muito carinho.

Tenha uma excelente leitura.



NOTA DO EDITOR

Você pode reproduzir nossos textos e artigos sem prévia autorização, livremente, desde que cite a fonte (Educação em Foco) — em sites, faça um link para a versão online do conteúdo. Apenas para uso comercial, é necessário solicitar autorização, escrevendo para contato@inovasie.com.br

EXPEDIENTE - Educação Em Foco

Ano I — número 3

Outubro de 2022

Distribuição gratuita

A Educação Em Foco é uma publicação de circulação nacional fundada pela empresa INOVASIE, nascida em 2011 com o objetivo de levar informação de qualidade acerca da educação brasileira.

Direção de Arte e Design:

Catherine Colomby

Revisão:

Roger Maurício

Colaboradores deste número:

Catherine Colomby, Juliana Marin, Juliano Marçal, Maurilio Jarduli, Roger Maurício.

Fundadores (2011):

Roger Maurício, Higor Montoro

Para nos patrocinar:

contato@inovasie.com.br

Site:

SistemaGalileu.com.br

Redes Sociais:

Facebook: fb.com/SistemaGalileu

Instagram: @SistemaGalileu

LinkedIn: linkedin.com/company/sistemagalileu

Os artigos assinados não representam necessariamente a opinião do Sistema Galileu e seus editores.

SUMÁRIO

Matérias

06 Crianças com TOD

Transtorno Opositivo Desafiador

10 Disgrafia

Transtorno de escrita em Crianças na pré-escola e ensino fundamental

18 Dispraxia

Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação Motora

21 Crianças com Transtorno Obsessivo Compulsivo

26 Crianças com Deficiência Intelectual e o Papel da Escola

29 Importância do Ensino de Empreendedorismo e Inovação na Educação Básica

SUMÁRIO

Colunas

24 Coluna Psicopedagogia, com Juliano Marçal

Um Ensaio sobre Aprender a Ensinar

33 Coluna Alimentação Saudável, com Juliana Marin

Alimentação Saudável e Receitas de Lancheira

Crianças com TOD - Transtorno Opositivo Desafiador

Nós, aqui do **GALILEU**, somos uma fábrica de soluções em tecnologia para ajudar a escola em sua gestão. Por outro lado, a nossa missão vai muito além da tecnologia.

Como apaixonados pela educação, não poderíamos deixar de contribuir com informações, que julgamos, são importantes para toda equipe escolar: diretores, coordenadores, professores e os funcionários.

O tema de hoje é sobre o **TOD**, daí vamos fazer uma breve travessia pelos conceitos, causas e consequências, diagnóstico e tratamento, desse transtorno que afeta muitas de nossas crianças, no Brasil e no Mundo.

O TOD é definido pelo **DSM-5, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, como um padrão recorrente de comportamento inapropriado, negativo, desafiador e desobediente em relação a figuras de autoridade.

Esse comportamento, geralmente, aparece em crianças nos anos pré-escolares, mas inicialmente pode ser difícil distinguir do comportamento normal de uma criança.

Um jeito de distinguir uma birra típica e a presença do TOD é a gravidade do comportamento opositivo e sua duração.

As crianças que desenvolvem um padrão estável de comportamento desafiador durante os anos pré-escolares, possivelmente terão TOD nos anos iniciais da escola.

Crianças com TOD têm relacionamentos substancialmente tensos com seus pais, professores e colegas, além de altas taxas de condições coexistentes, como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno bipolar.

CRIANÇAS COM TOD CORREM MAIOR RISCO EM DESENVOLVER DESVIO DE CONDUTA E DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL DURANTE A VIDA ADULTA, INCLUINDO SUICÍDIO E TRANSTORNOS POR USO DE DROGAS.

A intervenção de um psicólogo com os pais e a criança pode melhorar substancialmente os resultados no curto e longo prazo.

A pesquisa apoia a eficácia do treinamento dos pais e da resolução colabora-





tiva de problemas, que visa desenvolver as habilidades da criança em tolerar a frustração, ser flexível e evitar reações emocionais exageradas.

Quando o TOD coexiste com o transtorno de TDAH – déficit de atenção/hiperatividade, a terapia estimulante pode reduzir os sintomas de ambos os transtornos.

Para **AAFP – Academia Americana de Médicos da Família, American Academy of Family Physicians**, não há ferramenta específica para diagnosticar o TOD, mas vários questionários podem ajudar no diagnóstico ao avaliar outras condições psiquiátricas.

Adultos e adolescentes com histórico de TOD têm mais de 90% de chance de serem diagnosticados com outros distúrbios mentais ao longo da vida.

A intervenção precoce visa prevenir o desenvolvimento de transtornos de conduta, abuso de substâncias e delinquência que podem causar prejuízos sociais, ocupacionais e acadêmicos.

Uma revisão sistemática descobriu que a

prevalência de TOD é de aproximadamente 3% em vários países, outros relatos listaram uma prevalência ainda maior.

O TOD é mais comum entre crianças de famílias de baixa renda e tipicamente diagnosticado no final da pré-escola até o início do ensino fundamental, com sintomas geralmente aparecendo dois ou três anos antes.

A preocupação com o TOD está entre as razões mais comuns pelas quais as crianças são encaminhadas para serviços de saúde mental, segundo a AAFP.

Segundo a Profa. Dra. Margaret Riley, MD, da **University of Michigan Medical School**, uma vez que uma criança começa a apresentar sintomas, o diagnóstico imediato é essencial para o encaminhamento aos profissionais médicos ou psiquiatras.

Crianças com TOD têm relacionamentos substancialmente prejudicados com pais, professores, amigos e colegas de escola.

Essas crianças não são apenas prejudicadas em comparação com seus pares, mas também apresentam maior comprometimento social do que crianças com transtorno bipolar, depressão ou transtornos de ansiedade.

Quando comparados com o TOD, apenas o desvio de conduta e o transtorno global do desenvolvimento apresenta-

ram substancial diferenças no ajuste social, descreve Riley.

Segundo o Prof. Dr. Hamilton S. Sutton, MD, do hospital da School of Medicine University of Pittsburgh, o TOD é mais comum em meninos do que em meninas, mas os dados não são absolutos.

Alguns pesquisadores propõem que sejam usados critérios diferentes com meninas, que tendem a exibir agressão de forma mais velada, ou seja, disfarçada de brincadeira. As meninas podem apelar para agressão verbal, em vez de física.

De acordo com Prof. Dr. Hamilton, teorias recentes conceituam crianças com TOD como possuindo déficits em um conjunto de habilidades discretas que levam a um comportamento de oposição desafiante.

Por exemplo, uma criança pode não ter desenvolvido a habilidade de modulação afetiva (mudança de um estado afetivo para outro de uma maneira lenta e gradual) e tende a reagir emocionalmente de forma exagerada, perdendo sua capacidade de raciocinar.

Uma criança pode apresentar déficits em suas habilidades cognitivas executivas (por exemplo, memória de trabalho, capacidade de mudar as tarefas, resolução organizada de problemas).

Esses déficits minam a capacidade da criança de atender às demandas dos adultos.

Tais déficits de habilidades são componentes da conceitualização transacional do TOD, que enfatiza a interação das crianças e dos pais e o contexto do comportamento.

Uma característica importante deste modelo é a relativa previsibilidade do contexto (por exemplo, hora do banho, hora do jantar) e o comportamento dos pais e filhos que precipitam o fracasso da criança, afirma o Prof. Dr. Hamilton.

As teorias neurobiológicas têm sido exploradas na etiologia da agressão.

Neurotransmissores como serotonina, norepinefrina e dopamina têm sido investigados em seu papel com relação à agressividade.

Nenhum neurotransmissor único ou via neurológica foi identificado como uma causa raiz.

O TOD é claramente familiar, mas a pesquisa ainda precisa determinar qual o papel da genética uma vez que os estudos produziram resultados inconsistentes, Associação Americana de Psiquiatria, APA – American Psychiatric Association.

O tabagismo e a desnutrição durante a gravidez foram associados ao desenvolvimento do TOD, embora a causalidade não tenha sido solidamente estabelecida.

A história natural do TOD não é completamente compreendida.

A maioria das pessoas diagnosticadas com o transtorno na infância desenvolverá, mais tarde, um padrão estável de TOD, um transtorno afetivo ou TOD com TDAH (os principais tipos de transtornos afetivos são depressão, transtorno bipolar e transtorno de ansiedade).

A terapia, baseada na criança, geralmente se concentra nas habilidades de resolução de problemas, enquanto o treinamento dos pais (terapia de gerenciamento pelos pais) se concentra em como responder ao comportamento da criança e tornar sua resposta oportuna, previsível e apropriada.

No geral, o objetivo é que os pais sejam mais positivos e menos severos.

Uma revisão da Cochrane, de 2012, descobriu que as intervenções parentais em grupo, baseadas em terapia comportamental e terapia cognitivo-comportamental (TCC), são eficazes e econômicas para melhorar os problemas de conduta da criança, além de diminuir os comportamentos agressivos.

A resolução colaborativa de problemas, na qual pai e filho trabalham juntos, é outra técnica muito eficaz para tratar TOD.

Para atender aos critérios de diagnóstico para TOD, do DSM-5, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª ed., a criança deve ter pelo menos quatro sintomas: de humor raivoso/irritável, comportamento argumentativo/desafiador e vingativo.

Os sintomas devem estar presentes por pelo menos seis meses e ter um impacto negativo no funcionamento social, educacional ou ocupacional.

Como muitos comportamentos de oposição são uma parte normal da primeira infância e adolescência, o DSM-5 agora fornece orientação sobre quando esses comportamentos se afastam do desenvolvimento normal.

Por exemplo, o DSM-5 observa que explosões de temperamento em crianças em idade pré-escolar são comuns, mas podem ser anormais se ocorrerem na maioria dos dias e estiverem associadas a deficiências significativas.

Neste caso específico, a escola tem um papel fundamental, pois é o local onde a criança, além de estudar, precisa cumprir regras, tarefas e rotinas, interage com outras crianças e está sob autoridades que não fazem parte de sua família.

É imprescindível que a escola adote uma postura proativa, quando se deparar com uma crise de uma criança com TOD.

Assim, é importante que o ambiente na escola esteja preparado para lidar com crianças com TOD, evitando atender aos pedidos da criança durante uma crise de birra e ou raiva, e tratando a situação com tranquilidade e racionalidade.

DISGRAFIA

Nesta abordagem, nós aqui do GALILEU, iremos discutir sobre disgrafia do desenvolvimento, ou seja, a dificuldade que a criança tem em adquirir habilidades de escrita apesar das oportunidades de aprendizagem e o suficiente potencial cognitivo.

Peter J. Chung, Departamento de Pediatria, University of California, Irvine, EUA e seus colegas, colaboradores, Dilip R. Patel e Iman Nizami, ambos do departamento de pediatria da Western Michigan University, utilizam os termos disgrafia e transtorno específico de aprendizagem com comprometimento da expressão escrita em seus termos mais amplos, para abranger qualquer dificuldade que um indivíduo possa ter na comunicação escrita.

Assim, Peter J. Chung, em sua definição mais ampla, define disgrafia como sendo um distúrbio da habilidade de escrita

em qualquer estágio, incluindo problemas com formação e/ou legibilidade de letras, espaçamento entre letras, ortografia, coordenação motora fina, velocidade da escrita, gramática e composição.

A disgrafia adquirida ocorre quando as vias cerebrais existentes são interrompidas por um evento, por exemplo: lesão cerebral, doença neurológica ou condições degenerativas,

resultando na perda das habilidades adquiridas anteriormente.

Há muita controvérsia em relação à definição precisa e aos déficits observados na disgrafia, dependendo dos mecanismos teóricos atribuídos ao transtorno.

DISTÚRBO DA ESCRITA EM CRIANÇAS NA PRÉ-ESCOLA E ENSINO FUNDAMENTAL

Historicamente, a disgrafia foi mais frequentemente definida como um prejuízo na produção do texto escrito, geralmente devido à falta de coordenação muscular.

Testes específicos em crianças afetadas destacaram pequenas diferenças no desempenho de tarefas motoras finas (por exemplo, batidas repetidas dos dedos) ou medidas anormais de força e resistência da mão.

Esses déficits decorrem de impedimentos na coordenação motora, percepção visual e propriocepção (cinestesia) que resultam em um texto ilegível.

O Dr. Deuel RK, em seus estudos “Developmental dysgraphia and motor skills disorders”, propôs um segundo subtipo de disgrafia denominado “disgrafia espacial”.

Acreditava-se que o comprometimento primário neste subtipo de disgrafia estava relacionado a problemas de percepção espacial, que prejudicavam o espaçamento das letras e impactavam muito a habilidade de desenhar.

Nesses casos, a ortografia oral e as batidas dos dedos foram preservadas, mas o desenho, a escrita espontânea e a cópia do texto foram prejudicadas.

No entanto, outros estudiosos têm colocado muito mais foco nos déficits de processamento de linguagem, relacionados à expressão escrita, com menos ênfase em quaisquer questões motoras.

Os termos de qualificação para este tipo de disgrafia incluem “disortografia”, “disgrafia linguística” ou “disgrafia disléxica”.

O mecanismo primário dessa disgrafia está relacionado à ineficiência da “alça grafomotora”, na qual a memória fonológica (no que diz respeito aos sons associados aos fonemas) se comunica com a memória



ortográfica (no que diz respeito às letras escritas).

O funcionamento executivo verbal prejudicado, incluindo armazenamento e memória de trabalho, também foi relacionado a esse distúrbio.

A ortografia oral (interpretação do texto), o desenho, a cópia e o toque dos dedos geralmente são preservados nesse tipo de disgrafia.

Em contrapartida, mas relacionada à disgrafia, a dislexia é teorizada como resultado da disfunção bidirecional da “alça fonológica”, que é a comunicação entre os processos ortográficos e fonológicos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), utilizado por sistemas médicos em todo o mundo, inclui a disgrafia na categoria de transtorno específico de aprendizagem, mas não a define como um transtorno separado.

De acordo com os critérios, um conjunto de sintomas deve ser persistente por um período de pelo menos seis meses no contexto de intervenções apropriadas em vigor.

Para qualquer distúrbio de aprendizagem específico, as habilidades acadêmicas medidas por testes padronizados, administrados individualmente, devem ficar significativamente abaixo das expectativas para a idade da criança.

O início da dificuldade de aprendizagem é geralmente durante os primeiros anos escolares, Educação Infantil e Ensino Fundamental, no entanto, é mais aparente à medida que a complexidade das tarefas escolares aumenta.

DISGRAFIA – SINTOMAS DE TRANSTORNO ESPECÍFICO DE APRENDIZAGEM: APA DSM-5

- Leitura de palavras imprecisa ou lenta, com muito esforço
- Dificuldade em entender o significado do que é lido
- Dificuldade com a ortografia
- Dificuldade com a expressão escrita
- Dificuldades em dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo simples
- Dificuldades com raciocínio matemático simples
- Entre 5 e 10% das crianças apresentam dificuldade para escrever, embora a prevalência exata dependa da definição de disgrafia.

Tal como acontece com muitas condições do neurodesenvolvimento, a disgrafia é mais comum em meninos do que em meninas. Problemas de caligrafia são um motivo frequente de consulta de terapia ocupacional.

A disgrafia e os distúrbios da expressão escrita podem ter impactos ao longo da vida, pois adultos com dificuldade para escrever podem continuar a apresentar prejuízo no progresso vocacional e nas atividades da vida diária.



O DESENVOLVIMENTO DA ESCRITA

Como observado acima, o conceito de “escrita” abrange um amplo espectro de tarefas, que vão desde a transcrição de uma única carta até o intrincado processo de conceituar, redigir, revisar e editar uma dissertação de doutorado.

A escrita é uma habilidade acadêmica importante que tem sido associada ao desempenho acadêmico geral.

Em média, as tarefas de escrita ocupam até metade do dia escolar, e os alunos com dificuldade para escrever são frequentemente rotulados como desleixados ou preguiçosos, em vez de serem re-

conhecidos como tendo um distúrbio de aprendizagem.

A má caligrafia tem sido associada a menor autopercepção (percepção que uma pessoa tem de si própria), menor autoestima e pior relacionamento social.

A aquisição da escrita segue uma progressão gradual na primeira infância.

Crianças que lutam com habilidades básicas de escrita provavelmente apresentarão maiores atrasos, pois não conseguem acompanhar o crescimento de seus colegas na capacidade de escrita.

Na pré-escola, as crianças são ensinadas a copiar símbolos e formas para desenvolver as ha-

bilidades básicas de coordenação visomotora (percepção visual e coordenação olho-mão) para transcrição.

A consciência da letra geralmente começa na Educação Infantil e progride até o segundo ano do Ensino Fundamental, período durante o qual a criança se familiariza com a relação entre sons e fonemas, enquanto continua a crescer em habilidades motoras.

A automaticidade (envolve o processamento de informações complexas que requerem um longo período de treinamento), na qual a escrita de cartas individuais, se tornou uma resposta alternativa, geralmente desenvolvida entre o 2º ano e a 3º ano do Ensino Fundamental.

A automatização e a caligrafia devem continuar a melhorar ao longo dos anos do ensino fundamental com implicações para os resultados em longo prazo.

Notavelmente, a habilidade de automaticidade está associada a maior qualidade da produção da escrita no ensino médio e na faculdade.



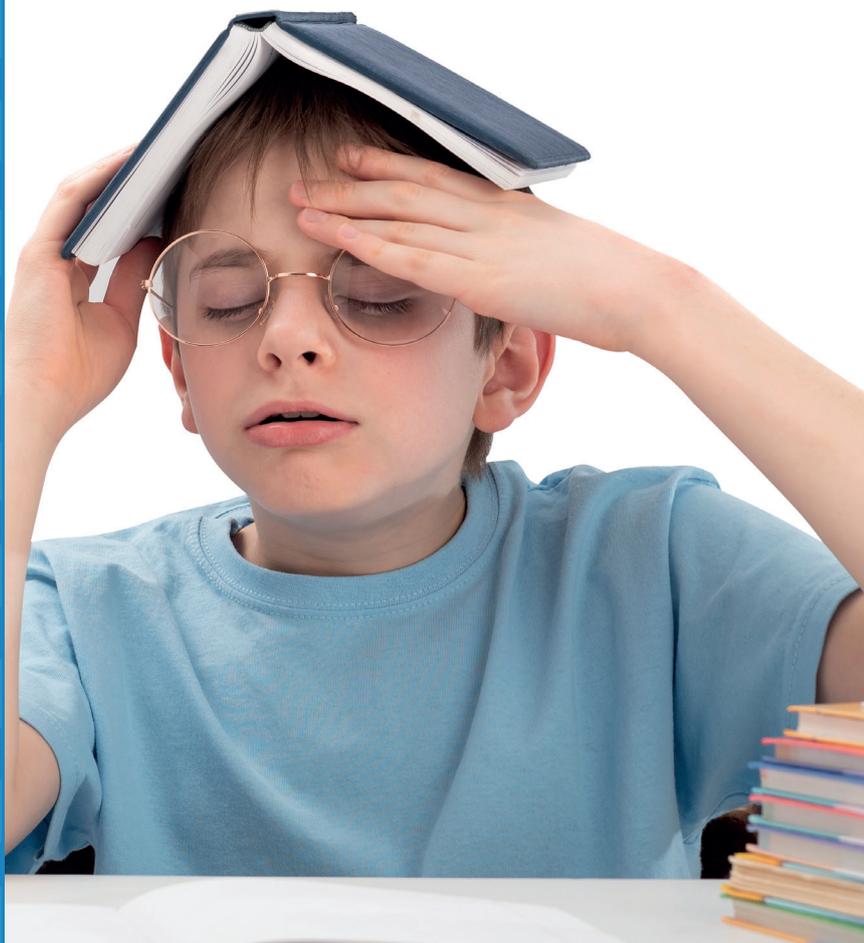
Após os primeiros anos escolares, os projetos de redação exigem a capacidade adicional de organizar, planejar e implementar uma produção escrita completa.

Tais tarefas requerem a aquisição de funções executivas e de processamento da linguagem de ordem superior.

Por exemplo, escrever uma frase requer várias etapas: criar internamente a declaração desejada, segmentação dos enunciados desejados em seções para transcrição, reter as seções na memória de trabalho verbal durante a execução da tarefa de escrita e verificar se o produto escrito completo corresponde ao pensamento original.

Escrever produtos mais complexos, como parágrafos ou ensaios, requer planejamento, organização e revisão adicionais para unir várias declarações e pensamentos em um todo coerente.

A dificuldade em desenvolver a automatidade da escrita no terceiro ano do Ensino Fundamental aumenta muito a probabilidade de dificuldade em tarefas de escrita mais complexas, pois as funções cognitivas superiores da criança podem estar ocupadas com os requisitos grafomotores da formação das letras.



DIAGNÓSTICO, MECANISMOS E ETIOLOGIA

Os estudos de Peter J. Chung e seus colaboradores, sugerem que muitas das teorias sobre os mecanismos da disgrafia foram derivadas de estudos de indivíduos com disgrafia adquirida.

A escrita mostra-se um processo complexo que requer a cognição de ordem superior (linguagem, memória de trabalho verbal* e organização) coordenada com o planejamento e execução motora para constituir o sistema funcional de escrita.

Diferentes tarefas de escrita requerem diferentes processos cognitivos, e indivíduos com disgrafia podem apresentar distúrbios em uma ou mais áreas.

Por exemplo, quando solicitado a soletrar uma palavra ditada, o ouvinte deve utilizar a consciência fonológica para acessar a memória fonológica de longo prazo e as representações léxico-semânticas associadas.

Isso, por sua vez, ativa a memória ortográfica de longo prazo para criar representações abstratas de letras que requerem planejamento e coordenação motora para executar a tarefa de escrita, todas mantidas na memória de trabalho verbal (*um componente da função executiva que armazena e retém temporariamente a informação enquanto uma determinada tarefa está sendo executada).

A ortografia de uma pseudopalavra (falsa palavra) ou palavra nova requer a função do processo de ortografia sublexical que aplica convenções conhecidas de fonema-grafema para prever a ortografia correta.

A geração espontânea de uma nova palavra exigiria primeiro o uso de habilidades ortográficas, que então acessariam a representação lexical.

Escrever rápida e fluentemente requer planejamento motor e coordenação mediada pelo cerebelo. Ao longo da tarefa de escrita, o processamento visual e auditivo, e a atenção são cruciais para a produção de uma escrita legível.

O comprometimento do processo de escrita pode prejudicar a capacidade de uma criança ou indivíduo de gerar uma produção textual apropriada para a idade.

Embora os pesquisadores tenham teorizado que diferentes subtipos de disgrafia podem estar correlacionados a diferentes mecanismos.

Estudos mais recentes demonstraram inter-relações entre áreas cerebrais responsáveis pela automaticidade, linguagem e coordenação motora. A divergência percebida entre as teorias da disgrafia pode não ser tão grande quanto se pensava.

Por exemplo, crianças com dislexia também apresentam risco aumentado para outros déficits motores leves em tarefas como bater os dedos, andar de bicicleta e amarrar cadarços.

Peter J. Chung e seus colaboradores, sugerem que maior atenção, também, foi colocada no cerebelo como desempenhando um papel na disgrafia.

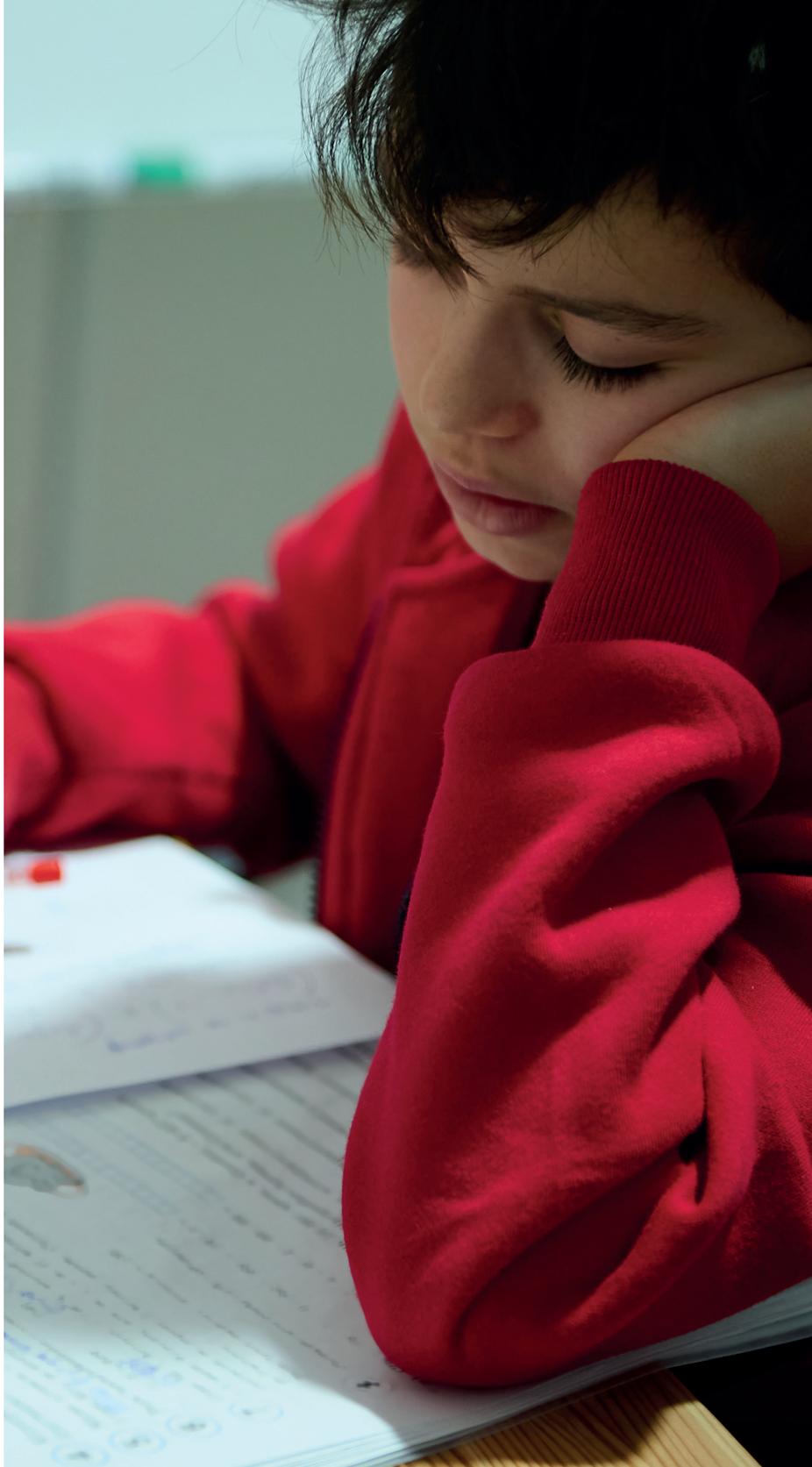
Estudos de caso mostraram que a lesão cerebelar (no cerebelo) pode causar sintomas de disgrafia adquirida, indicando que ela desempenha algum papel

na coordenação da escrita. Estudos de imagens funcionais também demonstraram que essa região do cérebro desempenha um papel vital na linguagem e na automaticidade.

Possíveis mecanismos de envolvimento incluem a hipótese de que o cerebelo é necessário no desenvolvimento de um sistema ou estrutura neural, que pode ser interrompido de diferentes maneiras e resultar em diferentes deficiências funcionais (referência: 2020 – Department of Pediatrics, University of California Irvine, Irvine, CA, USA; Department of Pediatric and Adolescent Medicine, Western Michigan University Homer Stryker MD School of Medicine, Kalamazoo, MI, USA)

O diagnóstico, normalmente, é feito pelo médico pediatra com base em avaliação e teste padronizado de desenvolvimento motor e observação da dificuldade para fazer as atividades diárias, escolares e brincadeiras.

O relato dos pais e a colaboração da equipe escolar são fundamentais neste momento.



Dispraxia ou Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação Motora

O GALILEU, como ferramenta de gestão escolar, nasceu para facilitar a vida de professores e gestores de uma escola.

Entendemos que, quanto menos tempo os profissionais de uma escola se ocupem com papelada e burocracia, mais tempo se tem para ajudar as crianças naquilo que elas mais precisam, foco na aprendizagem.

São muitos os problemas que interferem na aprendizagem de uma criança.

Como pais e mães que somos, aqui no GALILEU, sentimos na pele alguns desses problemas.

Assim, diante de tantos desafios enfrentados pela escola, resolvemos dar uma mãozinha e discorrer sobre temas diversos que podem estar dificultando o processo de ensino e aprendizagem de uma criança na sala de aula.

A dispraxia afeta todas as áreas da vida, tornando difícil para as pessoas realizarem atividades comuns, consideradas normais.

Os sinais de dispraxia/TDC estão presentes desde a tenra idade, mas podem não ser reconhecidas até que a criança comece a sua vida escolar – ou, mesmo mais tarde, na idade adulta. *Dyspraxia Foundation – Supporting individuals and families affected by dyspraxia/DCD – UK (do Reino Unido).*

A AVALIAÇÃO É UM PROCESSO ABRANGENTE, QUE IMPLICA UMA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A SUA PRÁTICA, AVANÇOS, RESISTÊNCIAS, DIFICULDADES E, ASSIM, FACILITAR UMA TOMADA DE DECISÃO

CELSO VASCONCELOS

Para o NHS Health, de Londres, o TDC é uma condição que afeta a coordenação física.

Isso faz com que a criança tenha um desempenho inferior ao esperado nas atividades diárias para sua idade e pareça se mover desajeitadamente.

A estimativa é de que o TDC seja, cerca de, 3 ou 4 vezes mais comum em meninos do que em meninas. NHS Health/ Dyspraxia (developmental co-ordination disorder)

O Instituto Neuro Saber define o TDC como uma dificuldade de coordenação motora que limita o desempenho em atividades como agarrar uma bola, andar de bicicleta, cortar comida, amarrar sapatos, correr, pular, descer escadas e escrever, dentre outras.

A dificuldade pode levar à tristeza profunda e até depressão, o que pode fazer com que a criança se isole.

Crianças que apresentam dificuldades nas habilidades motoras podem ter a aprendizagem e as relações sociais afetadas.

O TDC é um distúrbio complexo que necessita de um olhar muito cuidadoso da família e da escola, além de um tratamento adequado.

Afetando 5% a 6% das crianças, o transtorno do desenvolvimento da coordenação (TDC) é um transtorno do neurodesenvolvimento, que interfere na capacidade da criança de realizar e aprender habilidades motoras.

Embora o TDC esteja presente desde o início

do período de desenvolvimento, muitas vezes não é identificado até a idade escolar, deixando oportunidades perdidas de intervenção precoce.

O TDC mostra uma trajetória de desenvolvimento negativa ao longo do tempo, incluindo saúde mental adversa e pior qualidade de vida relacionada à saúde na infância. Sem intervenção, até 75% das crianças com TDC continuam a ter dificuldades até a idade adulta. *Journal of Developmental Medicine & Child Neurology (DMCN) – 2022/ by The American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine (AACPD)*

Para a Dra. Nancy Hammond, médica neurologista da Universidade do Kansas (School of Medicine), a dispraxia é um distúrbio da coordenação motora baseado no cérebro.

Afeta habilidades motoras finas e grossas, o condicionamento motor e coordenação.

Embora não esteja relacionado à inteligência, pode afetar as habilidades cognitivas.

As crianças que nascem com dispraxia podem demorar para atingir marcos de desenvolvimento além de apresentar um comportamento imaturo.

As crianças podem achar difícil fazer planos e executá-los.

Eles podem ter dificuldades da fala e parecer desajeitados, levando ao termo desatualizado de “síndrome da criança desajeitada”.

Na adolescência e na idade adulta, os sintomas de dispraxia podem levar a dificuldades de aprendizagem e baixa autoestima.

Diagnóstico

Ter um diagnóstico formal de dispraxia pode ajudar uma criança a obter o apoio correto e precoce.

O processo de avaliação e diagnóstico diferem de criança para crianças e adultos.

Geralmente não é diagnosticada em crianças menores de 5 anos, embora crianças com dificuldades de fala e ou linguagem possam ser identificadas mais cedo por um fonoaudiólogo.

Se os pais perceberem dificuldades no desenvolvimento do filho em idade pré-escolar, é muito importante conversar com um pediatra.

Um encaminhamento pode ser feito para um fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista ou médico especialista para avaliação adicional.

Importante

Os pais devem ficar atentos, observar o filho nas atividades do dia a dia, ao se vestir, usar talheres, escrever, organizar suas coisas, ao praticar esportes, em comparação com outras crianças da mesma idade.

É muito importante obter um feedback dos professores, principalmente o de Educação Física, se eles notam alguma coisa.

É essencial que os pais discutam suas preocupações com o médico da família, pediatra do filho ou na escola, neste caso, com o professor de necessidades especiais da escola, caso tenha um.

As avaliações para dispraxia verbal ou oral serão realizadas por um fonoaudiólogo.

É extremamente importante que tenha um médico envolvido no processo de diagnóstico, pois a dispraxia, muitas vezes, se sobrepõe a condições como TEA, TDAH e transtorno de linguagem do desenvolvimento.

Além disso, características de dispraxia, como má coordenação motora, são observadas em outras condições como na paralisia cerebral.

Uma avaliação diagnóstica correta garantirá que a dispraxia seja a explicação correta para as dificuldades de uma criança, para que o suporte adequado possa ser indicado.



CRIANÇAS COM TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

O motivo que nos leva a discorrer sobre temas como este é a preocupação que o GALILEU tem em alertar os gestores das escolas, em especial as nossas escolas parceiras, seus professores e funcionários, quanto à necessidade de um olhar vigilante, acolhedor, para esse universo de possibilidades que possa prejudicar o desempenho das crianças em sala de aula.

Já falamos sobre vários temas, indisciplina, Dislexia, TDAH, Discalculia, exposição excessiva às telas e suas consequências a saúde dos olhos e à aprendizagem das crianças, dentre outros.

Muitas crianças, ocasionalmente, têm pensamentos que as incomodam e podem sentir que precisam fazer algo sobre eles, mesmo que suas ações não façam sentido.

Por exemplo, eles podem ter preocupação excessiva em “ter ou não azar” se não usarem aquela peça de roupa favorita.

Para algumas crianças, o pensamento e o desejo de realizar certas ações persistem, mesmo que tentem ignorá-los ou fazê-los desaparecer.

As crianças podem ter um distúrbio obsessivo-compulsivo, ou TOC, quando pensamentos indesejados e os comportamentos que eles sentem que devem ter acontecem com frequência, ocupam muito tempo diariamente, por mais de uma hora e interferem em suas atividades do dia a dia, na escola ou no trabalho.

Os pensamentos são chamados de obsessões e os comportamentos são chamados de compulsões, como descreve **Children’s Mental Health Center – CDC – Centro de Controle e Transmissão de Doenças, dos EUA.**

Apesar de afetar muitas crianças e jovens, pouco se sabe sobre as origens do problema. “Acreditamos que ele seja o resultado da interação de uma falha genética com fatores ambientais”, conta o psiquiatra Leonar-

do Fontenelle, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Situações como traumas no parto, abuso nos primeiros anos de vida e até infecções estão associadas à gênese do transtorno.

A infância e a adolescência, aliás, são os períodos-chave para o aparecimento dos sintomas iniciais em mais da metade das vezes. Outras fases e momentos, como o nascimento de um filho, também contribuem: pais e mães predispostos podem desenvolver uma preocupação doentia com o bebê que acabou de vir ao mundo. **Veja Saúde online, 12/02/2020.**

O **Instituto Neuro Saber, 2021**, descreve o TOC como uma *condição psiquiátrica de ansiedade que causa pensamentos ou sensações indesejadas repetidas (obsessões) ou o desejo de fazer algo para resolver essa questão de maneira repetida (compulsões)*. Pessoas com TOC podem ter ambos os sintomas, obsessões e compulsões, ou somente um deles.

O pensamento obsessivo ocorre de uma forma impositiva, fazendo com que a pessoa se sinta impotente diante deles. Por exemplo, uma pessoa com TOC pode se vestir somente com uma cor, pois acredita que caso vista alguma outra algo ruim pode lhe acontecer.

O hábito compulsivo pode se manifestar de diferentes formas, como lavar as mãos várias vezes, por exemplo. Embora pareça algo simples de solucionar, os pensamentos obsessivos e os hábitos compulsivos trazem muito sofrimento para as pessoas com TOC, pois elas sentem que não tem poder sobre eles, assim descreve o **Instituto Neuro Saber/2021**.

O TOC é caracterizado por obsessões e/ou compulsões intensas e recorrentes que causam desconforto severo e interferem nas atividades do dia-a-dia.

As obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são indesejados e causam ansiedade ou angústia acentuada.

Frequentemente, são irreais ou irracionais. Não são simplesmente preocupações excessivas com problemas ou preocupações da vida real.

As compulsões são comportamentos ou rituais repetitivos, como lavar as mãos, manter as coisas em ordem, verificar algo repetidamente, ou atos mentais, como contar, repetir palavras silenciosamente.

No **TOC**, as obsessões ou compulsões devem *causar ansiedade ou angústia significativa, ou interferir na rotina normal da criança, desempenho acadêmico, atividades*

sociais ou relacionamento com os amigos e familiares, conforme **CDC, Children's Mental Health Center, EUA**.

Para o CDC, os pensamentos obsessivos podem variar com a idade da criança e podem mudar com o tempo.

Uma criança mais nova com TOC pode ter pensamentos persistentes de que danos ocorrerão a si mesma ou a um membro da família, por exemplo, um intruso entrando em uma porta ou janela destrancada.

A criança pode verificar compulsivamente todas as portas e janelas de sua casa depois que seus pais estão dormindo na tentativa de aliviar a ansiedade. A criança pode então, temer que ela possa ter acidentalmente destrancado uma porta ou janela durante a última verificação e travamento e daí deve verificar compulsivamente uma outra vez.

Uma criança mais velha ou um adolescente, com TOC, pode temer ficar doente com germes, AIDS ou alimentos contaminados.

Para lidar com seus sentimentos, a criança pode desenvolver “rituais”... um comportamento ou atividade que se repete. Às vezes, a obsessão e a compulsão estão ligadas... “temo que isto é ruim e aconteça se eu parar de verificar ou lavar as mãos, daí não posso parar, mesmo que não faça sentido...”

Pesquisas mostram que o TOC é um distúrbio cerebral e tende a ocorrer em famílias, embora isso não signifique que a criança definitivamente desenvolverá sintomas se um dos pais tiver essa condição. Uma criança, também, pode desenvolver TOC sem história familiar anterior.

O **CMI – Child Mind Institute** conceitua o TOC como um transtorno de ansiedade que pode afetar crianças e adolescentes.

Crianças com TOC experimentam pensamentos, preocupações ou impulsos indesejados chamados obsessões. As obsessões são muito perturbadoras e difíceis de controlar. Crianças com TOC desenvolvem ações repetitivas – chamadas compulsões – para acalmar a ansiedade causada por suas obsessões.

Muitas vezes, as compulsões não estão conectadas às obsessões de maneira realista. Por exemplo, uma criança pode ter um medo obsessivo de que seus pais sofrerão um acidente de carro.

Para lidar com esse medo, eles podem acender e apagar uma luz cinco vezes. Mesmo que saibam que não faz sentido, eles sentem que o ritual evitará que seus pais se machuquem.

Os profissionais chamam esse sentimento de “pensamento mágico”. As crianças com TOC, frequentemente, podem não perceber que seus pensamentos e medos são exagerados ou irrealis.

Crianças com TOC geralmente experimentam tanto obsessões quanto compulsões. Elas usam compulsões para controlar a ansiedade que as obsessões causam, segundo o CMI.

As compulsões podem ser pensamentos em vez de comportamentos, por isso podem ser difíceis de identificar. Por exemplo, a compulsão de uma criança pode estar contando até 20 em sua cabeça.

Mas como diferenciar uma pessoa com TOC daquela que apenas gosta das coisas devidamente organizadas? “Se os rituais começam a tomar tempo, interferem na qualidade de vida, atrapalham a capacidade de estudar e trabalhar ou geram angústia e solidão, é preciso buscar ajuda”, responde a neuropsiquiatra Dra. Albina Rodrigues Torres, da UNESP de Botucatu. **Veja Saúde Abril, 2020.**

PSICOPEDAGOGIA

UM ENSAIO SOBRE APRENDER A ENSINAR



Juliano Marçal
é Professor de
História na ENAC-
Escola Nova e Arte.

Psicopedagogia, uma ciência necessária para os dias atuais, especialmente no universo da educação.

Vivemos um período de conflito nas escolas, onde há o encontro de professores do século passado, com alunos pós 2000, em uma estrutura de 300 anos. Portanto, não há como fugir do assunto.

Existe uma crise na educação que afeta diretamente a sociedade em seu futuro. É hora de aprender a ensinar. E isso exige uma força tarefa que convoca agentes de ciências que cuidam de pessoas.

A psicopedagogia é uma ciência que tem como objeto a aprendizagem humana, que transcende o ambiente escolar e visa o desenvolvimento das pessoas em sua totalidade.

De modo a contemplar as dimensões da formação durante a vida em âmbito:

- cognitivo
- afetivo
- social.

De acordo com a Professora Edith Rubinstein

“a psicopedagogia tem como meta compreender a complexidade dos múltiplos fatores envolvidos nesse processo”. Desse modo, ela exerce uma ação que deve ser transdisciplinar, isto é, que dialogue com outras ciências como a psicologia, neurologia, fonoaudiologia, a pedagogia e quantas mais necessárias.

Apesar da nomenclatura, a psicopedagogia não se resume a

uma junção da psicologia com a pedagogia, é uma ciência pluridisciplinar que foca no processo de aprendizagem. Dessa forma, ela abraça as demais ciências com o propósito de ressignificar o modo calcificado do “consagrado” ensino aprendizagem.

OBJETO DE ESTUDO DA PSICOPEDAGOGIA

A **psicopedagogia** tem como objeto de estudo o ser humano que aprende, ou seja, todo o processo de abstração e crescimento do indivíduo em seu caminho de construção do conhecimento.

Designar o foco ao sujeito que aprende é importante para compreender que o processo de ensino e aprendizagem não é exclusividade da escola, porém, é a forma com que ele elabora a sua relação com vida e o

ambiente que o cerca. Portanto, em um caminho contínuo, a pessoa constrói o seu conhecimento.

A psicopedagogia tem como função o apoio a esse processo, de modo a lidar com os fracassos e ajudar a superá-los por uma aprendizagem integral.

Por muitos anos, a ação de ensinar e aprender funcionou de forma mecânica, ou seja, automatizada a partir de conceitos calcificados em normas e metas. Tudo verbalizado por uma linguagem bélica como: a missão da escola, as estratégias e a grade.

O tempo passou e novas tecnologias se apresentaram ao cotidiano humano. Interpretações do contrato social são revistas. O modo de ensinar precisa acompanhar essas mudanças.

A escola atual deve se abrir para novos paradigmas, pois as versões do passado foram importantes e funcionaram em seu devido tempo. O modelo de ensinar dos dias atuais, deve atender às necessidades do aluno desta geração. Não pelo fato de ser uma exigência dele, mas devido a configuração do seu mundo o fez assim.

Uma das exigências emergentes do ensino atual é a aproximação para com o educando. Conhecer as suas necessidades individuais, fazer a leitura da sua história e personalizar o caminho de aprendizado, por mais desafiante que seja, são práticas urgentes.

O papel da psicopedagogia é orientar os educadores ao entendimento do ensino em sua integralidade, ver o aluno como um ser humano com toda complexidade e potencial que o envolve.

O psicopedagogo na escola exerce o papel de ser a ponte entre os abismos existentes da coordenação, corpo docente e alunos, de modo a estabe-

lecer diálogo e troca de experiências, dessa forma, os métodos são ressignificados e a educação atinge os objetivos determinantes para o desenvolvimento do educando em sua integralidade.

UNINDO AS MÃOS EM UMA SÓ DIREÇÃO

A psicopedagogia não é uma ciência fiscalizadora da educação, nada disso. Ela surge como uma necessidade de ajustar os desvios, preencher lacunas e resgatar o educando como protagonista no caminho de aprendizagem.

O foco da psicopedagogia é, justamente, a aprendizagem da pessoa. De modo que cabe ao psicopedagogo potencializar as estruturas para que o aprendizado ocorra de modo eficaz e ao mesmo tempo atenda as necessidades individuais do educando.

O conhecimento não é um produto exclusivo da escola. O ser humano o adquire em várias dimensões da vida, isto é, a partir da construção de relações, assim, a escola não é um delivery de conteúdo, ela está para estabelecer um vínculo a ponto de lapidar o melhor do humano em cada educando.

EDUCAR PARA TRANSFORMAR

A escola é um lugar de acolhimento, de ressignificação que há muito tempo ficou presa a paradigmas obsoletos. Portanto, ela deve ser vista como um lugar a serviço do ser humano.

Local onde se construa o melhor para o mundo, pois, se a humanidade está em crise, é preciso voltar para sala de aula.

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda.” **Paulo Freire**

Crianças Com Deficiência Intelectual e o Papel da Escola

Estamos mergulhados em tecnologia, tudo para ajudar a equipe escolar em seu processo de gestão. Mas, também somos pais e vivenciamos o dia a dia dos nossos filhos em suas escolas.

Sabemos que não existe **crianças padronizadas** quando se fala de aprendizagem.

As crianças são únicas em sua essência, têm habilidades e limitações. Daí nos perguntamos: como podemos ajudar a escola a fazer diferença na vida de seus alunos? Principalmente dos que possuem limitações e são impedidos de explorar plenamente seus potenciais de aprendizagem.

Acreditamos que, por maior que seja os problemas que uma criança possa ter, sempre há uma janela de esperança onde a luz do conhecimento irá penetrar.

O acolhimento e inclusão, pela escola, de crianças com necessidades especiais é direito garantido pelas **Leis Nº 13.146/2015; Constituição Federal; LDBEN Nº 9.394/1996 e SP Nº 16.925/2019**. No entanto, o preconceito é grande, pois muitos não acreditam



que o aluno com DI é capaz de aprender. Isto acontece, inclusive, com os próprios pais.

Ainda que as crianças com DI tenham atrasos cognitivos, elas são capazes de aprender, desde que a família, a escola e os professores considerem suas dificuldades.

A deficiência intelectual é um distúrbio do neurodesenvolvimento. As crianças com DI apresentam um nível cognitivo aquém da média para a idade. Assim, podem

ter dificuldade de adaptação e demorar um pouco mais para aprender e se alfabetizar do que outras crianças da mesma faixa etária.

Para a **American Academy of Pediatrics, AAP, dez/2015**, a Deficiência Intelectual, DI, é a deficiência do neurodesenvolvimento mais comum.

Crianças com DI têm dificuldades significativas, tanto no arranjo das estruturas intelectuais, como por exemplo, na comunicação, aprendizado e resolução de problemas, quanto no comportamento adaptativo, por exemplo, nas habilidades sociais cotidianas, rotinas, higiene, etc.

A DI pode ser leve, moderada ou mais grave.

Crianças com formas mais graves geralmente precisam de mais apoio – muito e principalmente na escola, no ensino básico. Crianças com DI mais leve podem adquirir

algumas habilidades independentes, especialmente em comunidades com bom ensino e apoio.

Existem muitos programas e recursos disponíveis para ajudar essas crianças à medida que crescem, até a idade adulta. **American Academy of Pediatrics, AAP, dez/2015.**

Para ajudar seu filho a atingir todo o seu potencial, é muito importante obter ajuda o mais cedo possível. Converse com o médico pediatra do seu filho se achar que existe algum problema.

Os pais podem ser encaminhados a um neuropsiquiatra pediatra do desenvolvimento comportamental ou outro especialista pediatra para avaliação adicional.

Seu médico pode, inicialmente, dizer que seu filho tem atraso no desenvolvimento. Mais tarde, seu filho pode ser diagnosticado com DI. Embora todas as crianças com DI apresentem sinais de atraso no desenvolvimento no início da vida, nem todas as crianças com atraso no desenvolvimento acabam tendo DI. Às vezes, uma identificação leve pode não ser reconhecida até que uma criança comece ir à escola e se esforce para aprender no mesmo ritmo que seus colegas.

Segundo a SBP – Sociedade

Brasileira de Pediatria, em Revista Residência Pediátrica, 2018, o déficit intelectual, é um dos distúrbios neuropsiquiátricos mais comuns em crianças e adolescentes. O conceito de deficiência intelectual foi alterado por vários anos com inúmeras definições e terminologia como oligofrenia, retardo mental e deficiência mental. Segundo o médico psiquiatra e Prof. Stanislau Krynski, Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, a deficiência intelectual possui um espectro complexo de quadros clínicos decorrentes de diferentes etiologias e se caracteriza pelo desenvolvimento intelectual insuficiente.

A deficiência intelectual é uma condição clínica caracterizada por limitações evidentes no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, sendo este último expresso como habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas e as limitações devem estar presentes antes dos dezoito anos.



Quanto maior a gravidade da deficiência intelectual, maior o número e a gravidade de patologias associadas.

A SBP assegura que os exames mais frequentes utilizados para investigação de DI são os exames de neuroimagem, como tomografia ou ressonância magnética de crânio.

Esses exames são solicitados principalmente em casos de microcefalia, macrocefalia, crises epiléticas, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e sinais neurológicos focais.

O exame de ressonância magnética do crânio tem maior sensibilidade quando comparado à tomografia de crânio, exceto na suspeita de infecções congênitas.

As solicitações dos exames devem ser de acordo com a suspeita clínica, baseadas na história clínica, exame físico e avaliações de outros profissionais especializados. SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria, Revista Residência Pediátrica, 2018.

Outros exames solicitados para investigação de DI geralmente englobam avaliação da função da tireoide, investigação de infecções congênitas, Torchs e Zika

vírus, nível sérico de amônia, casos suspeitos de distúrbios do ciclo da ureia, e da homocisteína.

Além disso, triagem para deficiências auditivas e visuais e avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, no caso de suspeita de TEA, transtorno do espectro autista.

A partir do momento em que a criança foi diagnosticada, o médico pediatra irá indicar o melhor tratamento, inclusive o medicamentoso complementar, se for o caso.

O acompanhamento por um fonoaudiólogo também requer um cuidado especial.

O apoio da família é essencial, mas é na escola que a criança irá precisar de atenção extra, para o pleno desenvolvimento das habilidades e sua sociabilização.





IMPORTÂNCIA DO ENSINO DE EMPREENDEDORISMO E INOVAÇÃO NA EDUCAÇÃO BÁSICA

A educação no Brasil, como nós a conhecemos, precisa mudar para se adaptar aos novos desafios do mundo em acelerada transformação.

Na era do conhecimento, pós-pandemia, a busca por inovação e ações empreendedoras transcendem as fronteiras das nações e, deve ter um novo impulso com a consolidação da tecnologia 5G nos países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), da qual o Brasil participa, mas ainda não é membro efetivo.

A nanotecnologia está na esteira dessas mudanças, passando pela indústria aeroespacial, na química onde as moléculas já estão sendo manipuladas em nível atômico, tornando os produtos mais eficazes.

Está na indústria têxtil com as roupas inteligentes que controlam os sinais vitais do indivíduo, que não precisam ser passadas e não mancham.

Passa pela biotecnologia com a produção de novos medicamentos e expansão da produção de alimentos no agronegócio.

Com o 5G os labnets, ou laboratórios em rede, estarão trabalhando nos quatro cantos do mundo, em tempo real.

A medicina está próxima de um salto tecnológico, tanto nas consultas quanto nos diagnósticos precisos, com o apoio da holografia e, em breve, com as cirurgias a distância onde paciente e médico poderão estar em locais distintos do planeta simultaneamente.

É neste cenário que entra a educação empreendedora para crianças e adolescentes.

Essa modalidade já está presente em vários países que compõem a OCDE, como na Coreia do Sul, Japão, Malásia, Estados Unidos, Canadá e alguns países da Europa.

Através de aulas imersivas, utilizando projetos, discussões no formato de brainstorm, são várias as habilidades e competências que podem estar sendo estimuladas nas crianças neste ambiente escolar.

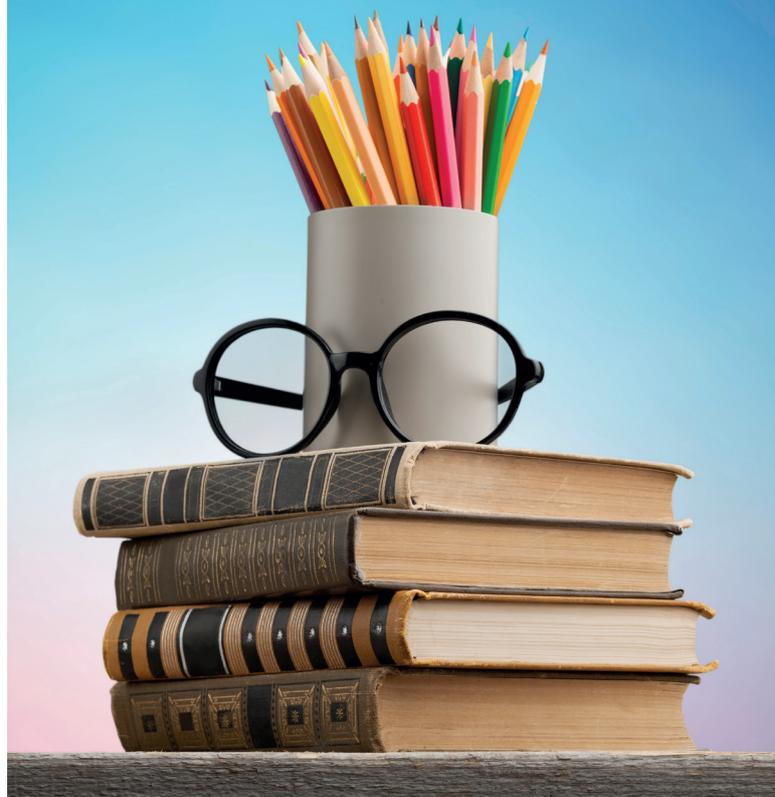
A ideia é que, desde cedo, a criança aprenda a pensar fora da caixa, assimile e desenvolva o chamado espírito empreendedor, a mentalidade empreendedora e criadora (entrepreneur mindset) e, quando chegar à idade adulta, possa exercer estas habilidades que são indispensáveis para empreender e inovar.

Não se pode falar em empreendedorismo sem falar em inovação, ambos os fenômenos estão correlacionados e formam uma simbiose, um depende do outro para coexistirem.

Na concepção do Sebrae, Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas, o empreendedorismo, que pode iniciar na educação infantil, tem como objetivo ser a base inicial para que as crianças fiquem aptas a resolver situações do dia a dia, partindo de uma visão de mundo mais ampla e de maneira proativa.

A ideia é que, com esse tipo de desenvolvimento e estímulo, os pequenos cresçam com uma cultura empreendedora e inovadora enraizadas em suas ações, trazendo mudanças importantes para si como pessoa e para a sociedade como um todo.

A escola é um excelente ambiente, com o apoio dos



familiares, para trabalhar importantes habilidades, encorajando-as a identificar, construir e buscar a realização de seus sonhos.

Para Kristina Curtin, colaboradora na Uncharted Learning Programs, parceira do Google Clouds for Startups, crianças que desenvolvem habilidades de pensamento crítico no início da vida podem ser menos propensas a seguir o status quo ou serem facilmente influenciadas pelas opiniões dos outros.

Crianças criticamente ponderadas constroem suas próprias visões e aprendem a confiar em sua capacidade de lidar com múltiplas situações e desafios com confiança.

O empreendedorismo incentiva a mentalidade de crescimento, uma crença na própria capacidade de ter sucesso ao cometer erros e aprender com eles.

Como resultado, suas habilidades não são fixas, mas maleáveis por meio do esforço próprio.

Um empreendedor vê o fracasso como uma parte necessária de seu processo de aprendizagem.

Quando as crianças veem o fracasso não como um revés permanente, mas como uma oportunidade de crescimento, não há limite para o que elas podem realizar.

Crianças com mentalidade de crescimento (o chamado Growth Mindset) são menos propensas a desistir quando confrontadas com fracasso ou adversidade.

Em um mundo de incertezas, a capacidade (e vontade) de enfrentar os desafios de frente e buscar um caminho a seguir será uma abordagem vencedora.

A famosa revista Forbes, em um artigo de J. Smith, descreve o espírito empreendedor como sendo uma mentalidade.

É uma atitude e abordagem de pensamento que busca ativamente a mudança, em vez de esperar para adaptar-se a ela.

É uma mentalidade que abraça questionamento crítico, inovação, serviço e melhoria contínua.



“Trata-se de ver o panorama geral e pensar como um proprietário” de um negócio, diz Michael Kerr, palestrante de negócios internacionais, autor e presidente da **Humor at Work**.

“É ser ágil, nunca descansar sobre os louros, livrar-se do manto da complacência e buscar novas oportunidades. Trata-se de se apropriar e se orgulhar de sua organização.” Article Leadership by Jacquelyn Smith – **Forbes Magazine, 10/2013**.

O relatório publicado em 2020, pelo Parlamento Europeu, para Youth Education & Entrepreneurship, informa que a economia da União Europeia está em constante evolução e faz um alerta.

A demanda por conhecimentos, habilidades e atitudes relevantes muda ao longo do tempo.

Para lidar com essas mudanças, as pessoas precisam estar capacitadas com um conjunto de competências-chave, incluindo alfabetização e competência digitais, pensamento crítico, criatividade e capacidade de trabalhar em equipe para construir carreiras sustentáveis e tornar-se cidadãos ativos.

A educação e a formação desempenham um papel crucial para permitir que os jovens desenvolvam essas competências e, assim, proporcionem



as condições para iniciar a vida adulta da melhor maneira possível.

Este relatório, Directorate-General for Internal Policies, mostra a grande preocupação dos governos da zona do euro quanto à necessidade de manutenção da competitividade de seus membros diante de ameaças globais.

A meta estabelecida pelo parlamento, que congrega todos os países membros, é que a educação empreendedora (e inovadora), com início no Ensino Básico, seja uma prática em Políticas Públicas adotadas por todos os membros.

Assim, no médio e longo prazo, a Europa espera



conseguir um diferencial competitivo em relação ao resto do mundo. Report European Council Parliament – Youth Education & Entrepreneurship -2020.

A mentalidade empreendedora combina várias habilidades diferentes que exigem um desenvolvimento cuidadoso para a realização bem-sucedida de uma ideia de negócio.

Por exemplo, um empreendedor deve ser capaz de equilibrar a compreensão de como os negócios funcionam – inclusive do ponto de vista financeiro e operacional – com um impulso para a inovação.

Empreendedorismo significa entender quando você tem uma brecha no mercado que nenhum outro player (fornecedor) está atendendo e ter o senso de negócios para saber como ir atrás dessa nova oportunidade no momento certo. Report Policy Department Structural And Cohesio

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E RECEITAS DE LANCHEIRA



Juliana Marin é nutricionista formada pela USP – Universidade de São Paulo, com mestrado em **Fisiologia do Exercício** pela Universidad de Barcelona.

Instagram: [juliana_marin_nutri](#)

Ter que pensar diariamente em qual alimento colocar na lancheira para seu filho é angustiante.

Pouco tempo, sem criatividade e baixa aceitação por parte da criança torna essa função estressante e por isso sempre apelamos para o mais fácil, o mais prático e que com certeza a criança vai adorar: suco de caixinha/ bisnaguinha com Nutella / bolacha recheada / biscoitinhos e outros pacotinhos que nada mais são, que os **produtos ultraprocessados!**

Você sabia que os produtos ultraprocessados já não são mais considerados alimentos?

Pois é, ele não contém a matriz alimentar e sim muitos aditivos como corantes, conservantes, edulcorantes e reguladores de sabor que fazem esses produtos se parecerem ou melhor, imitem o alimento.

Esses produtos são *extremamente prejudiciais* porque além de serem pouco nutritivos, contém muito sal e açúcar sendo responsáveis pelo aumento da obesidade, diabetes, hipertensão entre outras em crianças e adolescentes.

Por incrível que pareça, uma alimentação saudável não é apenas uma questão de contagem de calorias e nutrientes.

Ela envolve questões muito maiores, pois também está relacionada com sustentabilidade, cadeia de produção dos alimentos, comidas regionais e afetivas, questões econômicas e culturais e muito mais.

Sabemos da importância que é ter uma alimentação saudável em todas as fases da vida independente do estado de saúde! Neste aspecto, não há o termo privação alimentar e sim adequação.

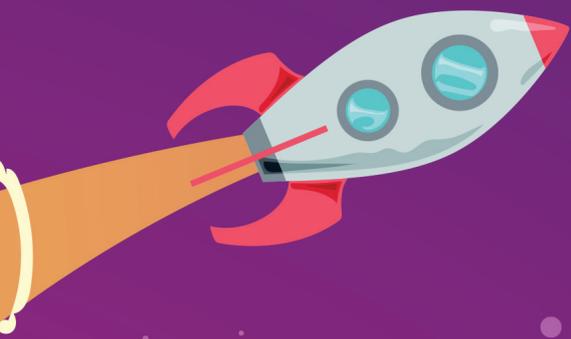
Acreditamos que quando se desenvolvem hábitos alimentares saudáveis desde cedo em uma criança, ela os levará consigo no decorrer de sua vida.

Os pais são os responsáveis pela oferta de alimentos, portanto suas escolhas influenciam, significativamente, no desenvolvimento dos hábitos alimentares de todos que ali convivem.

Dessa maneira, as lancheiras das crianças refletem os hábitos alimentares da família!

E claro, a lancheira por estar em um ambiente escolar, se torna ainda mais importante na contribuição da sua formação.

Por estar inserida em todas as dimensões do aprendizado, a escola é um importante espaço de intervenção cultural na promoção da saúde e um ambiente favorável para a formação de hábitos de vida saudáveis.



MATRÍCULA ONLINE DO GALILEU

SUA ESCOLA RECEBENDO MATRÍCULAS 24 HORAS POR DIA!





Galileu

SISTEMA DE GESTÃO ESCOLAR

TELEFONE

(14) 3026-6468 / (14) 3026-4669

WHATSAPP

(14) 99756-9807

E-MAIL

suporte@sistemagalileu.com.br