

XIV CURSO DE POST-GRADUAÇÃO SOBRE TRATAMENTO DO NEURODESENVOLVIMENTO



O Instituto Científico de Formação e Investigação da Federação Portuguesa das Associações de Paralisia Cerebral em parceria com o Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian (CRPCCG)- Lisboa e com o Centro do Campo Lindo/ Unidade de Avaliação do Desenvolvimento e Intervenção Precoce (UADIP) - Porto vai realizar o **XIV Curso de Post-Graduação sobre o Tratamento do Neurodesenvolvimento (BOBATH)**, que decorrerá de:

19 DE MAIO a 10 DE OUTUBRO DE 2009

CALENDÁRIO *

Semana	Dias	N.º Horas	N.º Total de Horas
1.ª	Maio – 19, 20, 21, 22, 23	35 h	35 h
2.ª	Maio – 28, 29, 30	17,5 h	52,5 h
3.ª	Junho – 4, 5, 6	17,5 h	70 h
4.ª	Junho – 18, 19, 20	17,5 h	87,5 h
5.ª	Junho – 23, 24, 25, 26, 27	35 h	122,5 h
6.ª	Julho – 2, 3, 4	17,5 h	140 h
7.ª	Julho – 9, 10, 11	17,5	157,5 h
8.ª	Julho – 16, 17, 18	17,5 h	175 h
9.ª	Setembro – 10, 11, 12	17,5 h	192,5 h
10.ª	Setembro – 17, 18, 19	17,5 h	210 h
11.ª	Setembro – 24, 25, 26	17,5 h	227,5 h
12.ª	Outubro – 1, 2, 3	17,5 h	245 h
13.ª	Outubro – 8, 9, 10 - Avaliação final	17,5 h	262,5 h

HORÁRIO:

* 5ª Feira – 16,30h/ 20,00h

* 6ª Feira e Sábado – 9,00h/ 17,00h

* Semanas completas – (3ª Feira a Sábado) – 9,00h/ 17,00h.

LOCAL:

Centro do Campo Lindo/ Unidade de Avaliação do Desenvolvimento e Intervenção Precoce - UADIP Porto

Rua do Campo Lindo, 234 – 4200-144 PORTO

Telf.: 225082330

Fax: 225082339

Nº DE VAGAS: 22

12 Fisioterapeutas

08 Terapeutas Ocupacionais

02 Terapeutas de Fala

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO:

- Os candidatos deverão ter experiência **profissional mínima de dois anos em *Pediatria (Paralisia Cerebral e/ou Doenças Neurológicas Afins)***.
- Avaliação Curricular (Sumária)
- Domínio do Inglês escrito.

INSCRIÇÃO NO CURSO: 2.000,00 €

Redução de 10% para as APPCs e/ ou sócios – 1.800,00 €.

Poderá efectuar o pagamento em três prestações, por cheque ou transferência bancária

- 1ª até 12 de Maio – 50%

- 2ª até 23 de Junho – 25%

- 3ª até 10 de Setembro – 25%

Para formalização das candidaturas, enviar o Boletim de Inscrição provisória e curriculum, até ao dia **14 de Abril de 2009 para:**

Contactos:

Inscrições:

Maria Antónia Ginestal -CRPCCG

Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

Av. Rainha D. Amélia -1600-676 LISBOA

Telefones: 217512754 (directo) 217512700(Ext. 2224) – Geral -Fax: 217512727

e.mail: crpccg.cdssl@mail.telepac.pt

Pagamentos:

Ana Cristina Arada – FAPPC

Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral

Av. Rainha D. Amélia -1600-676 LISBOA

Telefone: 217525016 (directo) -Fax: 217572302

e.mail: direccao@fappc.pt

A- CURRÍCULO ACADÉMICO DO CURSO:

Conteúdos Teóricos

- Conceito Bobath
- Neurociências incluindo fisiopatologia
- Desenvolvimento Neuro-Motor Típico e Atípico dos 0 aos 5
- Paralisia Cerebral/ Classificação
- Facilitação/Manejamento

Conteúdos Teórico-Práticos

- Paralisia Cerebral/ Classificação/Demonstrações
- Resolução de Problemas
- Avaliação / Intervenção com Crianças
- Prática Clínica

B- Avaliação

O Curso tem avaliação contínua e três momentos de Avaliação individual, dos quais o último será com apresentação/discussão de vídeo de um caso clínico.

C- FORMADORES:

Coordenadora do TND em Portugal - Terapeuta Alice Beja

Equipa Formadora – Porto:

- Terapeuta Ana Maria Moreira – Fisioterapeuta – Porto
- Terapeuta Maria Helena Soares – Terapeuta Ocupacional – UADIP / Porto
- Terapeuta Maria de Lourdes Nabais – Terapeuta da Fala – UADIP / Porto

Equipa Formadora – Lisboa:

- *Médico - Doutora Maria da Graça Campos Andrada*
- Terapeuta Alice Beja – Fisioterapeuta -*Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian*
- Terapeuta Maria Johnen Torres -Fisioterapeuta
- Terapeuta Josefa Gimenez – Fisioterapeuta
- Terapeuta Elisabete Dias – Terapeuta Ocupacional -*Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian*
- Terapeuta Maria Margarida Campos Andrada – Terapeuta da Fala - *Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian*

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DO
NEURODESENVOLVIMENTO (BOBATH)**

INSCRIÇÃO PROVISÓRIA

NOME: _____

MORADA: _____

COD. POSTAL: _____ **LOCALIDADE:** _____

TELEFONE: _____ **TELEMÓVEL:** _____

PROFISSÃO: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

Nº de Contribuinte: _____

CURRICULUM VITAE COM CERTIFICADOS: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

NOTA: O Pagamento só deverá ser efectuado após selecção

É FAVOR PREENCHER A INSCRIÇÃO PROVISÓRIA COM LETRA DE IMPRENSA