

I Jornadas da Unidade de Psicologia do CHBM

33 anos rumo à identidade

11 de outubro de 2023

Auditório do CHBM - Barreiro

8h30 - Abertura do secretariado

9h00 - Sessão de abertura

10h00 - **Apresentação do Guia Informativo de Saúde Mental para a Comunidade (CLASB)**

- Armando Gomes (Câmara Municipal do Barreiro)
- Fátima Lourenço (Centro Hospitalar Barreiro Montijo)

10h15 - **Mesa Redonda I - Caminhos percorridos pela Psicologia no CHBM**

Moderadora: Olga Ferreira

- História da Psicologia no CHBM - Fátima Lourenço
- Psicologia Infantil e Juvenil - Susana Matias Dias
- Psicologia de Adultos - Susana Lois e Daniela Costa

11h30 - *Pausa para café*

12h00 - **Mesa Redonda II - Experiência da Psicologia noutros Centros Hospitalares**

Moderadora: Fátima Lourenço (CHBM)

- Nélia Rebelo da Silva (Centro Hospitalar Lisboa Central)
- Noélia Canudo (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)

13h00 - *Pausa para almoço*



14h30 - **Sessões Paralelas***

Workshop: Psicodrama Moreniano - Intervenção Individual feita em Grupo

- Rita Barros (CHBM)
- Rute Cajão (CHBM)

Workshop: Medicina do Estilo de Vida - Intervenções no Estilo de Vida para a Promoção da Saúde Mental

- Bernardo Barata (CHBM)

16h30 - **Sessão de Encerramento com momento musical**

*Limitadas a 30 participantes/por sessão

COMISSÃO ORGANIZADORA: Unidade de Psicologia do CHBM

Entrada livre, mas sujeita a inscrição

INSCRIÇÕES: Envio da ficha de inscrição para o email academiaformacao@chbm.min-saude.pt (Preencher uma ficha para as Jornadas e outra para os Workshops).

ALMOÇO: Caso pretenda almoçar no refeitório, deve indicar no email (valor igual aos profissionais).

A preencher pela Academia de Formação:

Inscrição n.º: _____ Data de receção: ____/____/____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

**FICHA DE INSCRIÇÃO
ACADEMIA DE FORMAÇÃO**

Ação de formação: _____

_____ Data de início: ____/____/____

DADOS PESSOAIS

Nome completo: _____

Género: Feminino Masculino Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade (concelho): _____ Telemóvel: _____

Correio eletrónico institucional (se aplicável): _____

Número de Identificação Fiscal (NIF): _____

Cartão de Cidadão/BI n.º: _____ Validade ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome: Centro Hospitalar Barreiro Montijo Outra: _____

Serviço/Unidade: _____

Categoria profissional: _____ N.º mecanográfico: _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que dou o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais, acima discriminados, para o efeito de gestão de processos internos da Academia de Formação. O período de conservação destes dados é permanente. A Academia de Formação garante a estrita confidencialidade no tratamento dos dados fornecidos, nomeadamente com a utilização de antivírus, palavras-passe e acesso restrito às bases de dados, os quais não serão partilhados com terceiros e garante ao titular dos dados os direitos de aceder, atualizar, retificar ou apagar os seus dados pessoais, através do seguinte correio eletrónico: academiaformacao@chbm.min-saude.pt.

Autorizo Não autorizo que os meus dados pessoais sejam utilizados para a comunicação e divulgação de futuras iniciativas da Academia de Formação.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

AUTORIZAÇÃO DO SUPERIOR HIERÁRQUICO (Apenas para colaboradores do CHBM)

Assinatura: _____ N.º Mec.: _____ Data: ____/____/____