**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICO**

**Nome**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**DN:**\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ **idade:** \_\_\_\_\_

**E-mail**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefone:** ( )\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ **Cidade/Estado:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

**Gênero:** ( ) masculino ( ) feminino

**Etnia:** ( ) Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Indígena

**Estado civil:** ( )solteiro ( )casado ( )viúvo ( ) Separado/divorciado ( ) união estável/amasiado

**Escolaridade:** ( )Fundamental Incompleto ( ) Fundamental Completo ( ) Médio completo ( ) médio incompleto ( ) superior incompleto ( ) Superior completo

( ) Especialização incomp. ( ) Especialização completa

( ) Mestrado incompleto ( ) Mestrado completo

( ) Doutorado incompleto ( ) Doutorado completo

**Renda individual mensal:** ( ) Não possuo renda ( ) <1salario mínimo ((R$ <842,00)

( ) 1 a 3 salários mínimos (R$ 842,00 a R$2.526,00) ( ) 4 ou mais salários mínimos (R$ ≥3.368,00)

**Profissão:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADOS DE FORMAÇÃO E PROFISSÃO**

**VOCÊ É ACADÊMICO:**

( ) Não

( ) Sim, Biomedicina

( ) Sim Direito

( ) Sim, Educação Física

( ) Sim, Enfermagem

( ) Sim, Farmácia

( ) Sim, Fisioterapia

( ) Sim, Jornalismo/Comunicação Social

( ) Sim, Medicina

( ) Sim, Nutrição

( ) Sim, Odontologia

( ) Sim, Pedagogia

( ) Sim, Psicologia

( ) Sim, Serviço Social

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

( ) estudo na UFMT/CUA

( ) estudo na UNIVAR

( ) estudo na CATEDRAL

( ) estudo na ANHANGUERA

( ) estudo na UNOPAR

( ) estudo no SENAC

( ) estudo no SECITEC

( ) estudo no Irmã Dulce

( ) Outra instituição de ensino

( ) Me formei em instituição publica

( ) Me formei em instituição privada/particular

( ) não sou aluno de curso técnico ou graduação

**VOCÊ É ALUNOS DE CURSOS TÉCNICOS:**

( ) Não

( ) SIM, Técnico em Enfermagem

( ) SIM, Técnico em Saúde Bucal

( ) Sim, Técnico em Segurança do Trabalho.

**PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE ATUA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)**

( ) Não

( ) SIM, trabalho em ESF

( ) Sim, trabalho em hospital

( ) Sim, atuo em CAPS (I, II, III, AD, i)

( ) Sim, atuo no Ambulatório Saúde Mental

( ) Sim, atuo no CRAS

( ) Sim, atuo no CREAS

( ) Sim, atuo no NASF

( ) Sim, atuo em Unidade de Acolhimento Transitório

( ) Sim, atuo em Comunidade Terapêutica.

( ) Sim, outro local de serviço vinculado a RAPS

**ME IDENTIFICO COM O PÚBLICO ALVO NA CONDIÇÃO DE FORMADO, PORÉM, NÃO ATUO NO SERVIÇO DA RAPS**

( ) não

( ) sim, atuo na imprensa (rádio)

( ) sim, atuo na imprensa (TV)

( ) Sim, atuo na educação

( ) Sim, atuo em serviço particular (consultório, clínica)

**PACIENTE USUÁRIOS DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL**

( ) Não

( ) SIM, do CAPS II de Barra do Garças

( ) Sim, do CAPS AD de Barra do Garças

( ) SIM, do CAPS I de Aragarças

( ) Sim, do ambulatório de saúde mental de Barra do Garças

( ) Sim, do CAPS de outra cidade

**FAMILIARES DE USUÁRIOS DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL**

( ) Não

( ) SIM, do CAPS II de Barra do Garças

( ) Sim, do CAPS AD de Barra do Garças

( ) SIM, do CAPS I de Aragarças

( ) Sim, do ambulatório de saúde mental de Barra do Garças

( ) Sim, do CAPS de outra cidade

**DADOS SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**VOCÊ PARTICIPOU DE ALGUMA EDIÇÃO DO ESAMMA?**

( ) NÃO

( ) Sim, 2014

( ) Sim, 2015

( ) Sim, 2014 e 2015

**EM SEU PERÍODO ESCOLAR (CURSO TÉCNICO, CURSO PARA ACS, GRADUAÇÃO OU PÓS GRADUAÇÃO) FOI ABORDADO ALGUM TEMA VOLTADO PARA A SAÚDE MENTAL OU PSIQUIATRIA?**

( ) Não

( ) Sim de forma superficial (com menos de 30h)

( ) Sim de forma aprofundada (acima de 30h)

**VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE ALGUM CURSO DE CAPACITAÇÃO NA ÁREA E SAÚDE MENTAL?**

( ) SIM ( ) NÃO

**VOCÊ JÁ PRESTOU ALGUMA ASSISTÊNCIA/TRABALHO A PESSOAS COM DOENÇA MENTAL?**

( ) Sim ( ) Não

**VOCÊ JÁ PRESTOU ALGUMA ASSISTÊNCIA/TRABALHO A PESSOAS DEPENDENTES DE DROGAS?**

( ) Sim ( ) Não

**VOCÊ ACREDITA SER IMPORTANTE DISCUTIR SOBRE AS TEMÁTICAS QUE ENVOLVEM A SAÚDE MENTAL?**

( ) Sim ( ) Não

**VOCÊ ACREDITA QUE O ESAMMA CONTRIBUI COM A DESMISTIFICAÇÃO DA LOUCURA E COM A REDUÇÃO DO PRECONCEITO SOBRE AS DOENÇAS MENTAIS?**

( ) Sim ( ) Não

\*Atenção os 5kg alimento deverá ser entregue no momento do credenciamento no dia da abertura do evento (29/09/16)