

I – Dados de Identificação	
Nome	
Nome social	
Matrícula	
Cargo	
E-mail	
Telefone	
Carga horária	<input type="checkbox"/> 30 horas <input type="checkbox"/> 40 horas
Departamento/Administração Central	
Setor onde trabalha	
Maior titulação/Aperfeiçoamento	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado
II – Informações sociais e econômicas	
Faixa etária	<input type="checkbox"/> 18-24 anos <input type="checkbox"/> 25-30 anos <input type="checkbox"/> 31-40 anos <input type="checkbox"/> 41-50 anos <input type="checkbox"/> 51-60 anos <input type="checkbox"/> 61-70 anos
Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexo
Gênero	<input type="checkbox"/> Cisgênero <input type="checkbox"/> Trans não binário <input type="checkbox"/> Homem trans <input type="checkbox"/> Mulher trans <input type="checkbox"/> Travesti
Raça	<input type="checkbox"/> Branca/o <input type="checkbox"/> Negra/o <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda/o <input type="checkbox"/> Não quero opinar
Pertencimento étnico	<input type="checkbox"/> Indígena/o <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Cigana/o (Roon) <input type="checkbox"/> Cigana/o (Calon) <input type="checkbox"/> Cigana/o (Sinti) <input type="checkbox"/> Não se aplica
Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)
Tem filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Tem filho em idade escolar ou que precisa de atenção	() Sim () Não Quantos: _____
Local de residência	
Você reside no mesmo município do departamento ou da sua unidade administrativa?	() Sim () Não
Meio usado para chegar ao seu local de trabalho:	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Automóvel pessoal <input type="checkbox"/> Metrô <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Uber <input type="checkbox"/> Outro
Quem reside com você?	<input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Parentes (tio, avó, avô, primos etc.) <input type="checkbox"/> Filho/filha(s) <input type="checkbox"/> Colegas/amigos(as) <input type="checkbox"/> Sozinho(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____
Você possui alguma deficiência?	() Sim () Não
De que natureza?	<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Locomotiva <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Não se aplica
III – Qualidade de vida e saúde	
Quais das seguintes alterações você vivenciou devido a pandemia?	<input type="checkbox"/> Na qualidade do sono <input type="checkbox"/> Distúrbio alimentar <input type="checkbox"/> Redução da atividade física <input type="checkbox"/> Aumento no uso de cigarro <input type="checkbox"/> Aumento no consumo de álcool <input type="checkbox"/> Consumo/aumento de substâncias psicoativas <input type="checkbox"/> Uso de medicação psicotrópica <input type="checkbox"/> Outro Especifique: _____
Quais das seguintes doenças/condições você possui?	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Doenças imunossupressoras (lúpus, AIDS, esclerose múltipla etc.) <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Deficiência especifique: _____ <input type="checkbox"/> Outros especifique: _____

O uso de tecnologia remota provocou alguma alteração na sua saúde física?	() Sim () Não especifique: _____
O uso de tecnologia remota provocou alguma alteração de ordem psíquica?	() Sim () Não especifique: _____
Alguém na sua residência possui algum problema de saúde que a classifique como “grupo de risco” frente ao Covid-19?	() Sim () Não especifique: _____
Caso alguém que more em sua residência teste positivo para Covid-19, você tem como ficar isolado dele(a)?	() Sim () Não () Não se aplica
Você já contraiu Covid-19?	() Sim () Não () Nunca fez o teste
Você contraiu alguma outra doença durante esse período de distanciamento social?	() Sim especifique: _____ () Não
IV – Informações logísticas/tecnológicas/instrumentais	
Quais desses equipamentos tecnológicos com capacidade de conexão você possui?	() Notebook () Computador de mesa () Smartphone () Tablet () Não possuo equipamento () Outro especifique: _____
Seu smartphone suporta mais de um chip?	() Sim () Não
Caso tenha algum equipamento dos listados anteriormente, consegue executar os programas/aplicativos necessários para o seu trabalho?	() Sim () Não () Parcialmente () Não possuo equipamento
De onde você acessa a internet ?	() De minha casa () Casa de parente () Do trabalho () Lan House () Não acesso internet () Outro especifique: _____
Por que você não acessa a internet?	() Falta de condição financeira () Não possuo equipamento () Não chega sinal de operadora () Porque não chega sinal da minha operadora

Qual das seguintes operadoras atende com internet seu município/distrito?	<input type="checkbox"/> Tim <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Oi <input type="checkbox"/> Nenhuma
Se você acessa a internet fora da UNEB, qual o tipo de contrato e conexão que você tem?	<input type="checkbox"/> 3G ou 4G celular pré-pago <input type="checkbox"/> 3G ou 4G celular pós-pago <input type="checkbox"/> Modem de operadora de celular <input type="checkbox"/> Wi-fi compartilhado <input type="checkbox"/> Wi-fi não compartilhado <input type="checkbox"/> Fibra ótica <input type="checkbox"/> Rádio Frequência <input type="checkbox"/> Satélite <input type="checkbox"/> Outro especifique: _____
Em relação ao volume de dados o acesso é:	<input type="checkbox"/> Limitado (limite no volume de dados semanal ou mensal) <input type="checkbox"/> Ilimitado (sem limite no volume de dados)
Como você classifica a qualidade de sua internet para trabalho remoto?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssima
Sua conexão suporta a realização de videoconferências ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você possui em sua residência um espaço que possa ser dedicado as atividades relacionadas ao trabalho remoto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quanto tempo você dedica ao trabalho remoto?	<input type="checkbox"/> 30 horas <input type="checkbox"/> 40 horas
Houve aumento em sua despesa devido ao trabalho remoto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quais das despesas ao lado sofreram aumento por conta do trabalho remoto?	<input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Telefone fixo <input type="checkbox"/> Celular
V – Informações sobre o nível de letramento digital	
No período de suspensão das atividades administrativas/acadêmicas, você participou de alguma atividade formativa remota?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Quais das seguintes atividades formativas remotas você participou no período de suspensão das atividades administrativas/acadêmicas?	<input type="checkbox"/> Cursos <input type="checkbox"/> Palestras <input type="checkbox"/> Seminários <input type="checkbox"/> Congressos <input type="checkbox"/> Webinar <input type="checkbox"/> Lives
Como você avalia seu nível de conhecimento para atividades de trabalho remoto?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Insuficiente
Você necessita de capacitação para utilizar as plataformas na execução do seu trabalho remoto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você possui as condições necessárias para exercer suas atividades de forma remota?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
VI – Informações sobre aspectos políticos, propositivos, processuais e de adequação estrutural necessária.	
Na sua opinião, qual deve ser o posicionamento da universidade caso o distanciamento social permaneça devido à pandemia?	<input type="checkbox"/> Aguardar o fim da pandemia para retornar de forma presencial. <input type="checkbox"/> Retornar às atividades de forma mista (parte presencial e parte via acesso remoto). <input type="checkbox"/> Retornar às atividades de forma regular. Outra opinião:
Para desenvolver seu trabalho de forma remota você acha necessário que a universidade lhe ofereça equipamentos para acesso às atividades?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você acha necessário que a universidade lhe ofereça suporte técnico para acesso às atividades remotas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você acha necessário que a universidade lhe ofereça cursos para acesso às atividades remotas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você possui alguma dificuldade emocional/psicológico para a realização do trabalho administrativo de forma remota?	<input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ <input type="checkbox"/> Não
Você possui alguma dificuldade física para a realização do trabalho administrativo de forma remota?	<input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ <input type="checkbox"/> Não
Qual a sua opinião sobre o trabalho remoto durante a pandemia?	
Gostaria de fazer algum comentário que possa contribuir com essa pesquisa?	<input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ <input type="checkbox"/> Não

