

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	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos: _____
Local de residência	
Você reside no mesmo município do departamento ou da sua unidade administrativa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não especifique: _____
O uso de tecnologia remota provocou alguma alteração de ordem psíquica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não especifique: _____
Alguém na sua residência possui algum problema de saúde que a classifique como “grupo de risco” frente ao Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não especifique: _____
Caso alguém que more em sua residência teste positivo para Covid-19, você tem como ficar isolado dele(a)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
Você já contraiu Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nunca fiz o teste
Você contraiu alguma outra doença durante esse período de distanciamento social?	<input type="checkbox"/> Sim especifique: _____ <input type="checkbox"/> Não
IV – Informações logísticas/tecnológicas/instrumentais	
Quais desses equipamentos tecnológicos com capacidade de conexão você possui?	<input type="checkbox"/> Notebook <input type="checkbox"/> Computador de mesa <input type="checkbox"/> Smartphone <input type="checkbox"/> Tablet <input type="checkbox"/> Não possuo equipamento <input type="checkbox"/> Outro especifique: _____
Seu smartphone suporta mais de um chip?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Caso tenha algum equipamento dos listados anteriormente, consegue executar os programas/aplicativos necessários para o seu trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não possuo equipamento
De onde você acessa a internet ?	<input type="checkbox"/> De minha casa <input type="checkbox"/> Casa de parente <input type="checkbox"/> Do trabalho <input type="checkbox"/> Lan House <input type="checkbox"/> Não acesso internet <input type="checkbox"/> Outro especifique: _____
Por que você não acessa a internet?	<input type="checkbox"/> Falta de condição financeira <input type="checkbox"/> Não possuo equipamento <input type="checkbox"/> Não chega sinal de operadora <input type="checkbox"/> 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

