

Pesquisa/ Inquérito da Comunidade Ace

Ace Community Survey

Esta é a Pesquisa/ Inquérito da Comunidade Ace de 2021, um projeto comunitário administrado pela *Ace Community Survey Team*. O objetivo deste projeto é aprender mais sobre a diversidade da comunidade ace, incluindo pessoas que se identificam como assexual, demissexual, gray-assexual ou com identidades relacionadas. Os resultados serão publicados através de um relatório-síntese, assim como em relatórios adicionais, nos quais serão investigados tópicos mais específicos assim como a sua interseccionalidade com a comunidade ace.

Este inquérito está aberto ao público com idade superior a 13 anos, incluindo aces e não aces. Serão necessários aproximadamente 30 minutos para completar o preenchimento do inquérito.

Todos os dados recolhidos são confidenciais e nenhuma informação de identificação será guardada. Tenha em atenção que alguns dos dados recolhidos poderão ser partilhados com indivíduos de instituições académicas ou sem fim lucrativo, que solicitam informações para publicar estudos sobre as identidades e saúde da comunidade ace. Todos os pedidos de dados serão analisados pela equipe de pesquisa.

A participação neste estudo é completamente voluntária e pode parar de preencher o inquérito a qualquer momento. A maior parte das questões são opcionais e podem ser deixadas em branco caso se sinta desconfortável ou não saiba como responder. É possível que encontre alguma terminologia que não conhece; nesse caso, pode fazer uma pequena pesquisa ou tentar responder da melhor forma que conseguir.

Este inquérito inclui questões sobre tópicos sensíveis, tais como atividade sexual, violência sexual, suicídio, saúde mental e outros tópicos que podem ser considerados perturbadores. Se considerar incômoda qualquer questão não é necessário responder. Será avisado sobre seções que incluem potenciais tópicos sensíveis e terá a opção de avançá-las.

Se tiver alguma questão ou comentário sobre este inquérito pode contactar a *Ace Community Survey Team* através de asexualcensus@gmail.com.

Pode aceder a/ acessar uma lista de perguntas mais frequentes aqui:

<https://asexualcensus.wordpress.com/frequentlyaskedquestions/englishsurveyfaq/>

Pode ver a publicação dos resultados deste estudo aqui:

<http://asexualcensus.wordpress.com>.

Para participar no inquérito, por favor clique no *link* do anúncio do inquérito em inglês (<https://acecommunitysurvey.org/2021/10/26/the2021acecommunitysurveyisnowopen/>) e depois no botão “*Next*”.

Preencha o inquérito na versão original em inglês, seguindo paralelamente este guia.

Nota: Se utilizar o guia de tradução, por favor verifique cuidadosamente os números das questões. Dependendo das respostas dadas, poderá ter de saltar várias páginas da tradução de apoio para chegar à questão correta.

Ao clicar no botão de “Seguinte”, *next*, abaixo, você confirma que tem idade superior a 13 anos e consente a participação neste inquérito. Se tiver idade inferior a 13 anos ou não deseje participar neste inquérito, por favor clique no botão “Voltar”, *back*, do seu browser para sair desta página.

*obrigatório

Nota da equipe de tradução (N/T):

Este documento foi traduzido de acordo com as normas de escrita da linguagem neutra/ não-binária, para possibilitar o maior nível de inclusão possível. Para mais informações quanto à linguagem não-binária, consulte o site a seguir:

https://identidades.wikia.org/pt-br/wiki/Linguagem_n%C3%A3o-bin%C3%A1ria_ou_neutra

Dados demográficos

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

1. A1. Em que ano nasceu? *

2. A2. Quais as suas habilitações escolares?

- Não completei o ensino secundário/ médio (não completei o secundário, apenas a educação básica/ fundamental)
- Completei o ensino secundário/ médio ou equivalente
- Universidade/ensino superior (mas sem diploma)
- Cursos “tecnológicos”¹ (*Associate’s degree*; *Ausbildung*) ou equivalente
- Licenciatura/ Bacharelado
- Mestrado

¹ N/T: *Associate’s degrees* são programas acadêmicos de nível de graduação, muitas vezes ocorrendo como primeiro curso pós ensino secundário/ médio. Mais comuns nos Estados Unidos, são também encontrados no Canadá, Hong Kong, Austrália e etc. Equivalentes podem ser encontrados em outros países sob diferentes nomes.

- Diplomas profissionais/ Licenciatura² (*Professional school degree; MD, DDC, JD, etc.*) ou equivalente
- Doutoramento/ Doutorado

3. **A3. É estudante neste momento?**

- Não
- Sim, no ensino básico/ fundamental ou secundário/ médio
- Sim, num curso profissional ou vocacional
- Sim, numa licenciatura/ bacharelado
- Sim, num mestrado ou doutoramento/ doutorado
- Outra:

4. **A4. Qual dos seguintes descreve melhor a sua situação profissional?**

- Empregade, a tempo inteiro/ turno integral
- Empregade, a trabalhar *part-time*/ meio-turno
- Trabalhadore por conta própria
- Reformade/ Aposentade
- Cuidadore a tempo inteiro/ turno integral (ex.pai, mãe, etc.)
- Estudante a tempo inteiro/ turno integral
- Desempregade e à procura de emprego
- Desempregade e não procuro emprego
- Desempregade devido a uma condição médica
- Emprego não remunerado (ex. voluntariado ou estágio)
- A trabalhar em empregos sazonais, por contratos ou trabalho itinerante
- Outra:

5. **A5. Tem mais do que um emprego?**

- Não, estou desempregade
- Não, apenas um
- Sim, dois empregos
- Sim, três ou mais empregos

6. **A6. Qual destes descreve melhor a sua religião, caso tenha alguma?**

- Agnóstica
- Ateísta
- Budista
- Cristã
- Hindu
- Judaica

² N/T: *Professional school degrees* são programas académicos de nível de graduação focados em áreas profissionais que requerem um estudo mais prático que teórico. Habilidades específicas são obrigatórias para realizar determinado trabalho. Ex.: curso de medicina.

- Muçulmana
- Pagã
- Panteísta
- Sikh
- Unitária-Universalista
- Wicca
- Não-religiose
- Nenhuma em particular
- Não sei
- Outra religião
- Outra:

7. **A7. Caso queira especificar mais detalhes sobre a sua fé/ religião pode utilizar este espaço.**

8. **A8. Vive com alguém neste momento?**

- Vivo sozinho
- Vivo com crianças menores de 18 anos
- Vivo com familiares adultos ou com um responsável legal
- Vivo com um parceiro
- Vivo com amigos próximos
- Vivo com conhecidos, estranhos ou outros
- Vivo com animais de estimação
- Outra:

9. **A9. Que língua(s) utiliza para falar com família/ amigos próximos/ no seu dia-a-dia?**

- Inglês
- Bengali
- Dinamarquês
- Holandês
- Francês
- Alemão
- Hindi
- Italiano
- Japonês
- Mandarim
- Polaco
- Português
- Russo
- Espanhol

- Outra:

10. **A10. Identifica-se com alguma destas raças/ etnias?**

- Aborígene ou habitante do arquipélago Torres Strait (Austrália)
- Habitante de ilhas do Pacífico e/ou Polinésia (Kanaka, Maoli, Māori, Samoan, etc.)
- Asiático do Leste (China, Japão, Coreias, Taiwan, Mongólia, etc.)
- Asiático do Sul (Índia, Paquistão, Sri Lanka, etc.)
- Asiático do Sudeste (Vietnã, Camboja, Malásia, Laos, etc.)
- Asiático do Oeste (Arábia, Armênia, Azerbaijão, Pérsia, Turquia, Curdistão, etc.)
- Africano do Norte (Marrocos, Argélia, Egito, Líbano, Nigéria, Algeria, etc.)
- Negro ou de descendência africana
- Negro (África)
- Negro (Caribe)
- Hispânico/Latino/Chicano
- Nativo da América do Norte (North American Indian, Inuit, Métis, First Nations, etc.)
- Nativo da América do Sul ou Central (Quechua, Aymara, Chiquitano, etc.)
- Judeu (Ashkenazi, Sephardic, etc.)
- Branco ou de descendência europeia
- Multirracial
- Outra:

11. **A11. Caso queira descrever melhor a sua raça ou etnia pode utilizar este espaço:**

12. **A12. Pertence a uma minoria racial/ étnica na sua comunidade?**

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza/ Incerte

13. **A13. Pertence a uma minoria racial/ étnica no seu país de residência?**

Se passa tempo em mais do que um país, considere o país em que passa mais tempo.

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza/ Incerte

14. **A14. Selecione o seu país de residência. ***

Se passa tempo em mais do que um país, considere o país em que passa mais tempo. Se o seu país não está na lista, por favor, selecione "Outra"

- Albânia
- Algéria
- Argentina
- Arménia
- Aruba
- Austrália
- Áustria
- Bahamas
- Bahrain
- Barbados
- Bangladesh
- Bielorrússia
- Bélgica
- Belize
- Bolívia
- Bósnia-Herzegovina
- Brasil
- Brunei
- Bulgária
- Canadá
- Ilhas Cayman
- Chile
- China
- Colômbia
- Costa Rica
- Croácia
- Chipre
- República Checa
- Dinamarca
- República Dominicana
- Timor-Leste
- Equador
- Egípto
- El Salvador
- Eritreia
- Estónia
- Etiópia
- Finlândia
- França
- Geórgia
- Alemanha
- Grécia
- Guatemala
- Honduras
- Hong Kong

- Hungria
- Islândia
- Irão
- Iraque
- Irlanda
- Índia
- Indonésia
- Israel
- Itália
- Jamaica
- Japão
- Jersey
- Jordão
- Cazaquistão
- Quênia
- Kuwait
- Letónia
- Lebanon
- Lituânia
- Luxemburgo
- Macedônia
- Malásia
- Malta
- México
- Morrocos
- Moçambique
- Nepal
- Países Baixos
- Nova Zelândia
- Nicarágua
- Nigéria
- Macedónia do Norte
- Noruega
- Oman
- Paquistão
- Panamá
- Papua Nova Guiné
- Paraguai
- Peru
- Filipinas
- Polónia
- Portugal
- Porto Rico
- Qatar
- República do Congo
- Roménia
- Rússia
- Arábia Saudita

- Senegal
- Sérvia
- Singapura
- Eslováquia
- Eslovênia
- África do Sul
- Coreia do Sul
- Sudão do Sul
- Espanha
- Sri Lanka
- Sudão
- Suécia
- Suíça
- Taiwan
- Tanzânia
- Tailândia
- Trindade e Tobago
- Tunísia
- Turquia
- Uganda
- Ucrânia
- Reino Unido
- Estados Unidos da América
- Estados Árabes Unidos
- Uruguai
- Venezuela
- Vietname
- Zimbabué
- Outra:

Outro País: É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

15. A15. Em que país reside atualmente?

Gênero

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

16. B1. Que termo usaria para descrever o seu gênero?

- Mulher
- Homem
- Não-binária
- Agênero
- Andrógino
- Bigênero
- *Demigirl*
- *Demiboy*
- Gênero-fluído
- *Genderqueer*
- Neutrois
- Sem gênero
- A questionar/ Incerte
- Nenhum dos acima mencionados
- Prefiro não responder
- Outra:

17. B2. É transgênero?

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza/ Incerte
- Prefiro não responder

18. B3. É não-binária ou identifica-se com alguma identidade do espectro não-binário?

- Sim
- Não
- Não sei
- Prefiro não responder

19. B4. Alguma vez foi diagnosticada profissionalmente com uma condição de intersexo ou com “diferença de desenvolvimento sexual”, ou nasceu com (ou desenvolveu naturalmente durante a puberdade) genitais, órgãos reprodutores e/ou padrões cromossômicos que não se encaixam nas definições dos sexos biológicos binários?

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza/ Incerte
- Prefiro não responder

Espectro assexual

20. C1. Considera-se parte do espectro assexual? *

Neste inquérito, o “espectro assexual” inclui assexuais, grayassexuais, demissexuais, aces, etc.

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza/ Incerte

Espectro alossexual

21. C2. Considera-se alossexual? *

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza/ Incerte
- Não estou familiarizade com este termo

Identidade assexual

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

22. C3. Com qual das seguintes identidades mais se identifica?

- Assexual
- Gray-assexual
- Demissexual
- A questionar se assexual/ gray-assexual/ demissexual
- Outro:

23. C4. De 0 a 4, quão fortemente se identifica com a identidade que seleccionou acima?

Nada 0 - 1 - 2 - 3 - 4 Muito

“Saindo do armário”

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

24. D1. Qual dos seguintes descreve “quão” fora do armário está em relação à sua assexualidade ou identidade do espectro assexual?

Se nenhuma destas opções se aplica a si, responda com “N/A” ou deixe em branco. Caso esteja a utilizar um aparelho móvel, pode ser necessário fazer *scroll* para a direita de forma a ver todas as opções.

| | Nada | Alguns | A maioria | Todos | N/A |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Parceiros (romântiques, queerplatoniques, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ex-parceiros (romântiques, queerplatoniques, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros parentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoas que moram consigo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amigos LGBTQIA+ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amigos que não são LGBTQIA+ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colegues da escola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Professores e auxiliares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colegues de trabalho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conselheiros/ Psicólogos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Profissionais da área da saúde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. D2. Com que idade começou a questionar/ pensar na possibilidade de ser assexual ou pertencer ao espectro assexual?

Deve começar a contagem mesmo que nessa altura não conhecesse a palavra exata. Caso não se lembre, responda 0 ou deixe em branco.

26. D3. Com que idade começou, pessoalmente, a identificar-se como assexual ou parte do espectro assexual?

Se ainda está a questionar a sua identidade, ou não se lembra especificamente quando começou a se identificar como assexual ou parte do espectro assexual, por favor responda com 0 ou deixe em branco.

27. D4. Com que idade disse pela primeira vez a alguém que era assexual ou que pertencia a uma identidade do espectro assexual?

Se nunca disse a ninguém, por favor responda com 0 ou deixe em branco.

Orientação

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

28. E1. Com qual das seguintes orientações sexuais se identifica neste momento?

Mais à frente encontrará uma questão sobre orientação romântica. Selecione todas as opções que se aplicam.

- Assexual
- Demissexual
- Gray-assexual
- Aceflux
- Aegossexual/ Autochorissexual
- Heterossexual
- Lésbica
- Gay

- Bissexual
- Pansexual
- Queer
- Atraída sexualmente por homens
- Atraída sexualmente por mulheres
- Atraída sexualmente por pessoas não-binárias
- Atraída por masculinidade
- Atraída por feminilidade
- Atraída por androginia
- A questionar/ Incerte
- Prefiro não utilizar termos para definir a minha orientação sexual
- Outra:

29. E2. Com qual das seguintes identidades *alguma vez* já se identificou? (mesmo que não se identifique neste momento).

Mais à frente encontrará uma questão sobre orientação romântica. Selecione todas as opções que se aplicam.

- Assexual
- Demissexual
- Grayassexual
- Aceflux
- Aegossexual/ Autochorissexual
- Heterossexual
- Lésbica
- Gay
- Bissexual
- Pansexual
- Queer
- Atraída sexualmente por homens
- Atraída sexualmente por mulheres
- Atraída sexualmente por pessoas não binárias
- Atraída sexualmente por masculinidade
- Atraída sexualmente por feminilidade
- Atraída sexualmente por androginia
- A questionar/ Incerte
- Prefiro não utilizar termos para definir a minha orientação sexual
- Outra:

30. E3. Considera fazer parte do espectro aromântico?

Neste inquérito, o espectro aromântico inclui identidades como aromântico, demiromântico, gray-aromântico, etc.

- Sim

- Não
- A questionar/ Não sei

31. **E4. Com qual das seguintes identidades de orientação romântica se identifica atualmente?**

- Arromântique
- Demirromântique
- Gray-arrômantique
- Aroflux
- Cupiorromântique
- Lithromântique/Akoirromântique
- WTFromântique ou quoirromântique
- Héterorromântique
- Homorromântique/Lésbica/Gay
- Birromântique
- Panrromântique
- Polirromântique
- Queer
- Atraíde romanticamente por homens
- Atraíde romanticamente por mulheres
- Atraíde romanticamente por pessoas não binárias
- Atraíde romanticamente por masculinidade
- Atraíde romanticamente por feminilidade
- Atraíde romanticamente por androginia
- A questionar
- Prefiro não utilizar termos para definir a minha orientação romântica
- Outra:

32. **E5. Com qual das seguintes identidades *alguma vez* já se identificou? (mesmo que não se identifique neste momento).**

- Arromântique
- Demirromântique
- Grayarrômantique
- Aroflux
- Cupiorromântique
- Lithromântique/Akoirromântique
- WTFromântique ou quoirromântique
- Héterorromântique
- Homorromântique/Lésbica/Gay
- Birromântique
- Panrromântique
- Polirromântique
- Queer
- Atraíde romanticamente por homens
- Atraíde romanticamente por mulheres
- Atraíde romanticamente por pessoas não binárias

- Atraída romanticamente por masculinidade
- Atraída romanticamente por feminilidade
- Atraída romanticamente por androginia
- A questionar
- Prefiro não utilizar termos para definir a minha orientação romântica
- Outra:

33. E6. Com que frequência sente atração sexual/ desejo por outra pessoa?

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Não tenho a certeza/ Incerte

34. E7. Se já sentiu atração sexual/ desejo por alguém, quem foi essa(s) pessoa(s)?

Se não tem a certeza de já ter sentido atração, pode avançar esta questão ou deixar em branco.

- N/A
- Alguém com quem estava numa relação íntima ou estável
- Alguém com quem tinha uma proximidade ou conexão
- Amigues
- Conhecidas
- Estranhas
- Celebridades/ Figuras públicas
- Personagens fictícios
- Ninguém em particular

35. E8. Se já sentiu atração sexual/ desejo, com que frequência queria ter atuado em relação a isso (ex. procurar uma relação/ experiência sexual)?

- N/A
- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Não tenho a certeza/ Incerte.

36. E9. Algumas pessoas sentem tipos de atração além da romântica e a sexual. Se estiver familiarizado com os termos seguintes, quais descrevem algo que sente?

- Atração estética
- Atração alternativa
- Atração emocional

- Atração intelectual
- Atração platônica
- Atração sensual
- Atração queerplatônica
- A questionar ou não tenho a certeza/ Incerte
- Não sinto nenhum destes tipos de atração
- Não diferencio a atração que sinto desta forma
- Outra:

Relações

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

Nota sobre as definições: Nas questões seguintes, a expressão “parceiros ou em uma relação íntima” refere-se a uma relação próxima diferente de uma familiar ou de amizade, como por exemplo: casamento, união de facto/ união civil, relações queerplatônicas, parceiros, namorado, namorada, etc. Estas relações não têm necessariamente de ser sexuais ou românticas.

37. F1. Qual o seu estado civil?

- Solteire
- Numa relação íntima
- Em mais do que uma relação íntima
- Comprometide
- Casade
- Numa união civil ou união de facto
- Divorciade
- Separate
- Viúve
- Prefiro não responder
- Nenhum dos anteriores
- Outra:

38. F2. Já esteve alguma vez numa relação íntima?

- Sim (atualmente ou no passado)
- Não
- Não tenho a certeza/ Incerte

39. F3. Qual dos seguintes *melhor* descreve a sua preferência de monogamia/não-monogamia numa relação íntima?

- Prefiro a monogamia
- Prefiro a não-monogamia
- Não tenho preferência entre a monogamia e a não-monogamia

- A questionar ou não tenho a certeza/ Incerte
- Não estou interessado em relações íntimas

Não-monogamia

40. **F4. Se é não-monógamo, qual dos seguintes termos usaria para descrever a sua abordagem à não-monogamia?**

Se é monógamo, avance esta questão.

- Poliamor
- Poliafeto
- Relações não-monogâmicas hierárquicas
- Relações não-monogâmicas não hierárquicas
- Solo poliamor
- Anarquia relacional
- N/A
- Outra:

Histórico de relações

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

41. **F5. Alguma vez teve uma relação íntima romântica?**

- Sim, estou em pelo menos uma atualmente
- Sim, no passado
- Não
- Não diferencio entre relações românticas e não-românticas
- Não tenho a certeza

42. **F6. Alguma vez teve uma relação íntima não-romântica?**

- Sim, estou em pelo menos uma atualmente
- Sim, no passado
- Não
- Não diferencio entre relações românticas e não-românticas
- Não tenho a certeza

Orientação de parceire(s)

43. **F7. Alguma vez esteve numa relação íntima ou parceria com alguém que sabia que era...**

| | Sim, neste momento | Sim, no passado | Não/ Não tenho a certeza/ Incerte |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Assexual ou parte do espectro ace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alossexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arromântique ou parte do espectro aro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alorromântique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Atitudes e comportamentos em relação ao sexo

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

44. **G1. Tipicamente, “quão” intenso é o seu desejo sexual/ libido?**

Desejo sexual, ou libido, refere-se ao desejo de participar em qualquer tipo de estimulação sexual, quer seja através de relações sexuais ou de estimulação individual (ex. masturbação).

Não existente 0 1 2 3 4 Muito intenso

45. **G2. Como se sente em relação a participar *pessoalmente* em atividades sexuais?**

Atividade sexuais incluem sexo oral, anal, vaginal, masturbação envolvendo outras pessoas, etc.

- Repulsive

- Averse
- Indiferente
- Favorável
- Incerte
- Depende muito da pessoa ou da circunstância
- Depende da atividade sexual em questão
- A minha opinião muda ao longo do tempo

Histórico sexual

46. H1. A seção seguinte contém algumas questões sobre o seu histórico sexual de natureza mais sensível. Está disposto a responder a questões sobre este tópico? *

Nesta seção “sexo” refere-se a sexo vaginal, oral, anal e estimulação feitos por ou em outra pessoa, etc.

- Sim
- Não, avançar esta seção

47. H2. Já teve alguma vez sexo consensual?

- Sim
- Não
- Incerte

Histórico sexual

Nesta seção “sexo” refere-se a sexo vaginal, oral, anal e estimulação feitos por ou em outra pessoa, etc. É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

48. H3. Que idade tinha quando fez sexo consensual pela PRIMEIRA vez?

Se nunca aconteceu, ou não se lembra, deixe esta questão em branco.

49. H4. Que idade tinha quando fez sexo consensual pela ÚLTIMA vez?

Se nunca aconteceu, ou não se lembra deixe esta questão em branco.

50. H5. Com que frequência participou em sexo consensual no último ano?

- Nunca
- 1-2 vezes
- 3-5 vezes
- 6-10 vezes
- 11-25 vezes
- 26-50 vezes
- Pelo menos 50 vezes

Violência sexual

A seção seguinte contém questões de natureza mais sensível em relação a experiências de agressão sexual e/ou comportamentos sexuais não consensuais. As questões incluem referências explícitas sobre atos sexuais. Tentamos o nosso melhor para que as questões fossem o mais neutras possível, mas sabemos que não é fácil respondê-las. Pode escolher avançar para a próxima questão ou seção se assim o desejar. Se achar que responder a esta seção traz à tona demasiados pensamentos e sentimentos difíceis, acrescentamos no final recursos de apoio que lhe poderão ser úteis.

51. I1. Depois de ter lido o parágrafo acima, está disposto a avançar e a responder às questões desta seção? *

- Sim
- Não, avançar esta seção

Violência sexual

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

52. I2. Nos últimos 12 meses, quantas vezes alguém lhe assediou sexualmente enquanto estava num local público de uma forma que lhe fez sentir-se desprotegido/ em risco?

- 0

- 1-2
- 3-4
- 5+

53. **I3. Nos últimos 12 meses, quantas vezes alguém já expôs suas partes sexuais em sua presença, lhe fizeram expôr suas próprias partes sexuais ou foi obrigado a ver fotos ou filmes sexuais quando não queria?**

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

54. **I4. Nos últimos 12 meses, quantas vezes alguém já tentou dar-lhe um beijo de uma maneira sexual, o acariciaram, tocaram ou agarraram sem seu consentimento e/ou de forma que lhe fez sentir-se desprotegido/ em risco?**

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

Nota para o resto desta seção:

No resto dessa seção, iremos perguntar sobre sexo vaginal, oral, anal e outros tipos de penetração. Isso inclui situações em que foi penetrado e situações em que foi obrigado a penetrar outra pessoa.

Mais especificamente, isso inclui: penetração anal ou vaginal usando o pênis; contato da boca com anus, vagina ou pênis; estimulação genital de outra pessoa usando as mãos; e penetração oral, vaginal ou anal usando dedos e/ou objetos.

55. **I5. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi ameaçado com algum tipo de ato sexual penetrativo (seja eles mesmos ou por você próprio) sem o seu consentimento, mas que *não* aconteceu?**

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

Quantas pessoas já fizeram sexo vaginal, anal, oral ou manual com você, ou colocaram os dedos ou um objeto em sua vagina, boca ou ânus nas seguintes circunstâncias:

Isso se aplica ao restante das perguntas desta seção.

56. **I6. Quando você estava bêbado, sob efeito de drogas ou desmaiado e não conseguia consentir?**

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

57. **I7. Usando força ou ameaças de magoá-lo/ agredir-lhe fisicamente?**

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

58. **I8. Depois de pressionarem você contando mentiras ou fazendo promessas sobre o futuro que sabiam que não eram verdadeiras?**

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

59. **I9. Depois de pressionarem você ameaçando acabar com seu relacionamento ou espalhar boatos sobre você?**

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

60. **I10. Depois de pressionarem você, cansando você ao pedir repetidamente por sexo ou mostrado que estavam infelizes?**

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

61. **I11. Depois de fazer pressão sobre si usando sua influência ou autoridade sobre você, por exemplo, um chefe ou um professor?**

- 0
- 1-2

- 3-4
- 5+

62. **I12.** O resto das questões nessa seção são relacionadas a violência sexual ocorrida antes da idade de 18 anos. Está disposto a responder a essas questões?

- Sim
- Não, avançá-las

Se está a sentir dificuldades emocionais depois de responder a estas perguntas e gostaria de falar com alguém, a seguinte página da web oferece recursos internacionais que você pode utilizar anonimamente:

<https://mtch.com/safety-details-international>

Recursos adicionais para Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e Alemanha:

<https://docs.google.com/document/d/1yYYzKfYli31GS1QoIKrdESBNDhWiUWzOwQBMoTCnBfQ/edit?usp=sharing>

Violência sexual

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para feedback ou comentários.

Antes de você ter 18 anos ...

63. **I13.** Alguma vez foi forçade ou pressionade a olhar os órgãos genitais de um adulto ou de outra criança, ou a ver pornografia?

- Sim
- Não

64. **I14. Alguma vez foi forçada ou pressionada a se despir e/ou mostrar seus órgãos genitais para um adulto ou outra criança?**

- Sim
- Não

65. **I15. Alguma vez foi beijada, ou forçada a beijar outra pessoa, com intenção sexual em seu corpo e / ou partes íntimas?**

- Sim, alguém tentou mas não teve sucesso
- Sim, alguém tentou e conseguiu
- Não

66. **I16. Alguém já tentou fazer sexo vaginal, anal ou oral com você contra sua vontade?**

- Sim, alguém tentou mas não teve sucesso
- Sim, alguém tentou e conseguiu
- Não

Se está a sentir dificuldades emocionais depois de responder a estas perguntas e gostaria de falar com alguém, a seguinte página da web oferece recursos internacionais que você pode utilizar anonimamente:

<https://mtch.com/safety-details-international>

Recursos adicionais para Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e Alemanha:

<https://docs.google.com/document/d/1yYYzKfYli31GS1QoIKrdESBNDhWiUWzOwQBMoTCnBfQ/edit?usp=sharing>

Saúde

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

67. **J1. Nos últimos 12 meses, com que frequência usou as seguintes substâncias?**

Não contabilize o uso relacionado a práticas religiosas ou prescrições médicas. Num aparelho móvel, talvez seja necessário fazer *scroll* para a direita para ver todas as opções de resposta. *Este inquérito é anônimo*

| | Nenhuma vez nos últimos 12 meses | 1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses | 1 ou 2 vezes por mês | 1 ou 2 vezes por semana | 3/ 4 dias por semana | 5+ dias por semana |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Álcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marijuana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uso recreativo de substâncias controladas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uso recreativo de outras drogas (não injetáveis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uso recreativo de outras drogas (injetáveis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

68. J2. Considera-se algum dos seguintes?

Num aparelho móvel, talvez seja necessário fazer *scroll* para a direita para ver todas as opções de resposta.

| | Sim | Não tenho a certeza/ Incerte | Não | Não estou familiarizado com esse termo |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| Pessoa com deficiência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoa com deficiência física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoa com deficiência cognitiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoa com doença crônica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pessoa com doença mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurodiverso/Neurodivergente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Surde ou com dificuldades auditivas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cegue ou parcialmente cegue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

69. **J3. Algum dos termos seguintes se aplica a si?**

Num aparelho móvel, talvez seja necessário fazer *scroll* para a direita para ver todas as opções de resposta.

| | Sim, diagnóstico profissional | Sim, auto- diagnóstico | Não tenho a certeza/ incerte | Não | Não estou familiarizade com esse termo |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|
| Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transtorno de ansiedade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Espectro de autismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transtorno de depressão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bipolaridade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transtorno de personalidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transtorno de baixo desejo sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transtorno alimentar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vício relacionado a comportamentos (excluindo transtornos alimentares) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transtorno de personalidade dissociativa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Estresse pós-traumático | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transtorno psicótico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transtorno obsessivo compulsivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

70. **J4. As questões seguintes serão sobre a sua alimentação. Está disposto a responder? ***

- Sim
- Não, avançar esta seção

Saúde

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

Segurança alimentar

71. **J5. Qual das frases seguintes melhor descreve a comida na sua casa nos últimos 12 meses?**

- Havia uma quantidade suficiente de comida que eu gosto de comer
- Havia uma quantidade suficiente, mas nem sempre da comida que eu gosto de comer
- Às vezes não havia uma quantidade suficiente de comida
- Muitas vezes não havia uma quantidade suficiente de comida
- Não sei
- Prefiro não responder

72. **J6. Nos últimos 12 meses, estava preocupado que a minha comida acabasse antes de ter dinheiro para comprar mais.**

- Frequentemente verdade
- Às vezes verdade
- Nunca verdade
- Não sei
- Prefiro não responder

73. **J7. Nos últimos 12 meses, não tive dinheiro suficiente para me alimentar de forma equilibrada.**

- Frequentemente verdade
- Às vezes verdade
- Nunca verdade
- Não sei
- Prefiro não responder

Suicídio

74. **K1. A secção seguinte contém questões suicídio. Está disposto a responder? ***

- Sim
- Não, avançar esta seção

Suicídio

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

75. **K2. Nos últimos 12 meses, já pensou seriamente em cometer suicídio?**

- Sim
- Não
- Não sei/ Não tenho a certeza
- Prefiro não responder

76. **K3. Nos últimos 12 meses, fez um plano sobre como iria suicidar-se?**

- Sim
- Não
- Não sei/ Não tenho a certeza
- Prefiro não responder

77. **K4. Nos últimos 12 meses, quantas vezes tentou cometer suicídio?**

- 0 vezes
- 1 vez
- 2 ou 3 vezes
- 4 ou 5 vezes
- 6 ou mais vezes
- Não sei/ Não tenho a certeza

- Prefiro não responder

78. **K5. Se tentou cometer suicídio nos últimos 12 meses, alguma das suas tentativas causou uma lesão, envenenamento ou overdose que teve de ser tratada por médicos ou enfermeiros?**

- Não tentei cometer suicídio nos últimos 12 meses
- Sim
- Não
- Não sei/ Não tenho a certeza
- Prefiro não responder

Se está a sentir dificuldades emocionais depois de responder a estas perguntas e gostaria de falar com alguém, por favor entre em contato com os seguintes contatos anônimos abaixo:

https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_suicide_crisis_lines

- Apoios específicos para Portugal: <https://saudemental.minsaude.pt/linhasdecrise/>

Numa situação de emergência, por favor contate 112

- Apoios específicos para o Brasil: <https://www.cvv.org.br/>

Numa situação de emergência, por favor contate 911 ou 192 (Ambulância pública).

- Apoios específicos para Angola:

Numa situação de emergência, por favor contate 111.

- Apoios específicos para Cabo-Verde:

Numa situação de emergência, por favor contate 112.

- Apoios específicos para Moçambique:

<https://mz.goodinternet.org/sections/linha-verde-da-resposta-emerg%C3%Aancia/linha-verde-da-resposta-emerg%C3%Aancia-em-mo%C3%A7ambique/>

- Apoios específicos para Timor-Leste:

Numa situação de emergência, por favor contate 115.

Recursos adicionais para Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e Alemanha:

<https://docs.google.com/document/d/1yYYzKfYli31GS1QoIKrdESBNDhWiUWzOwQBMoTCnBfQ/edit?usp=sharing>

Automutilação

79. L1. A seção seguinte inclui questões sobre automutilação. Está disposto a responder? *

- Sim
- Não, avançar esta seção

Automutilação

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

80. L2 Alguma vez já *pensou* em automutilar-se sem ter a intenção de morrer? (ex. cortar-se ou queimar-se)

- Sim, no último ano
- Sim, no ano passado
- Não
- Não sei/ Não tenho a certeza
- Prefiro não responder

81. L3 Já alguma vez se automutilou sem ter a intenção de morrer?

- Sim, no último ano
- Sim, no ano passado
- Não
- Não sei/ Não tenho a certeza
- Prefiro não responder

Se está a sentir dificuldades emocionais depois de responder a estas perguntas e gostaria de falar com alguém, por favor entre em contato com os seguintes contatos anônimos abaixo:

https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_suicide_crisis_lines

- Apoios específicos para Portugal: <https://saudemental.minsaude.pt/linhasdecrise/>

Numa situação de emergência, por favor contate 112

- Apoios específicos para o Brasil: <https://www.cvv.org.br/>

Numa situação de emergência, por favor contate 911 ou 192 (Ambulância pública).

- Apoios específicos para Angola:

Numa situação de emergência, por favor contate 111.

- Apoios específicos para Cabo-Verde:

Numa situação de emergência, por favor contate 112.

- Apoios específicos para Moçambique:

<https://mz.goodinternet.org/sections/linha-verde-da-resposta-emerg%C3%Aancia/linha-verde-da-resposta-emerg%C3%Aancia-em-mo%C3%A7ambique/>

- Apoios específicos para Timor-Leste:

Numa situação de emergência, por favor contate 115.

Recursos adicionais para Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e Alemanha:

<https://docs.google.com/document/d/1yYYzKfYli31GS1QoIKrdESBNDhWiUWzOwQBMoTCnBfQ/edit?usp=sharing>

Experiências negativas

A seção seguinte inclui questões sobre discriminação com base na identidade sexual, romântica e/ou de gênero. Se desejar pode avançar qualquer questão ou toda a seção. Compreendemos que pode ser difícil identificar quais as fontes de discriminação baseadas nas diferentes orientações e identidade; por favor, responda da melhor forma que puder.

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

Experiências negativas

82. M1. Por causa da sua orientação sexual/ romântica, você sofreu algum dos seguintes?

Se sente que não pode determinar com precisão a causa de algum incidente, sinta-se livre para considerá-los se sentir que sua identidade sexual/ romântica tenha sido um fator significativo para o acontecimento. Num aparelho móvel, talvez seja necessário fazer *scroll* para a direita para ver todas as opções de resposta.

| | Sim | Não sei/ Não tenho a certeza | Não |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Assédio verbal (offline e/ou online) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assédio sexual (offline e/ou online) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Violência física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bullying (offline e/ou online) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perda de apoio material/ financeiro por parte da família ou outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tentativas ou sugestões para o “curar” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perguntas pessoais excessivas e inapropriadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ser tratada com menos amabilidade e respeito do que outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoas que agem como se pensassem que fosse desoneste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoas agindo como se fossem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

superiores/ melhores do que si

Outras formas de discriminação

83. M2. Por ser transgênero ou gênero não-conforme alguma vez sofreu algum dos seguintes?

Se não é transgênero ou gênero não-conforme, por favor avance esta questão. Se sente que não pode determinar com precisão a causa de algum incidente, sinta-se livre para considerá-los se sentir que sua identidade transgênero ou de gênero não-conforme tenha sido um fator significativo para o acontecimento. Num aparelho móvel, talvez seja necessário fazer *scroll* para a direita para ver todas as opções de resposta.

| | Sim | Não sei/ Não tenho a certeza | Não |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Assédio verbal (offline e/ou online) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assédio sexual (offline e/ou online) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Violência física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bullying (offline e/ou online) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perda de apoio material/ financeiro por parte da família ou outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tentativas ou sugestões para lhe "curar" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perguntas pessoais excessivas e inapropriadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ser tratade com menos amabilidade e respeito do que outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoas que agem como se pensassem que fosse desoneste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoas agindo como se fossem superiores/ melhores do que si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outras formas de discriminação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

84. **M3. Opcional: Caso deseje elaborar a origem das suas experiências negativas mencionadas acima, por favor utilize este espaço:**

85. **M4. De 0 (quase ou nenhum impacto) a 4 (grande impacto), qual é o impacto que a discriminação, preconceito e experiências negativas com base na sua orientação sexual ou romântica tiveram nos seguintes aspectos da sua vida?**

Se algum destes não se aplicar a si pode deixar a linha em branco. Num aparelho móvel, talvez seja necessário fazer *scroll* para a direita para ver todas as opções de resposta.

| | 0 (quase ou nenhum impacto) | 1 | 2 | 3 | 4 (grande impacto) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Capacidade de encontrar um emprego, de se adaptar a um emprego, ou de progredir na carreira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade de escolher uma localização geográfica para a sua carreira/viagem sem preocupações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inclusão em atividades sociais online | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inclusão em atividades sociais offline | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade de encontrar alojamento ou lidar com senhorie/colegues de casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relação com a família | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inclusão em comunidades religiosas/ espirituais de que fazia parte/ gostaria de participar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ser tratade com menos amabilidade e respeito do que outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Saúde mental/ emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saúde física/ bem-estar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

86. M5. De 0 (quase ou nenhum impacto) a 4 (grande impacto), qual é o impacto que a discriminação, preconceito e experiências negativas com base na sua identidade transgênero ou gênero não-conforme tiveram nos seguintes aspectos da sua vida?

Se não é transgênero ou gênero não-conforme, por favor avance esta questão. Se algum destes não se aplicar a si pode deixar a linha em branco. Num aparelho móvel, talvez seja necessário fazer *scroll* para a direita para ver todas as opções de resposta.

| | 0 (quase ou nenhum impacto) | 1 | 2 | 3 | 4 (grande impacto) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Capacidade de encontrar um emprego, de se adaptar a um emprego, ou de progredir na carreira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade de escolher uma localização geográfica para a minha carreira/viagem sem preocupações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inclusão em actividades/ actividades sociais online | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inclusão em actividades/ actividades sociais offline | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade de encontrar alojamento ou lidar com senhorie/colegues de casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relação com a família | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inclusão em comunidades religiosas/ espirituais de que fazia parte/ gostaria de participar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ser tratade com menos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

amabilidade e respeito do
que outras pessoas

Saúde mental/ emocional

Saúde física/ bem-estar

Para cada uma das afirmações seguintes relacionadas com as suas experiências com religião, por favor indique um nível de concordância.

87. M6. Sinto dificuldade em reconciliar as minhas crenças com a minha identidade LGBTQIA+.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- N/A

88. M7. A minha comunidade religiosa aceita e apoia a minha sexualidade e/ou identidade de gênero.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- N/A

Comunidades

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

89. N1. Onde ouviu falar da assexualidade pela primeira vez?

- AVEN
- Blogs (excluindo Tumblr)
- Facebook

- Comunidade de fandom (excluindo Tumblr)
- Instagram
- Comunidade LGBTQIA+ (excluindo Tumblr)
- Meios de comunicação social
- Pinterest
- Outros tipos de mídia (Filmes, TV, livros)
- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter
- Wikipedia
- YouTube
- Amigues ou família
- Pesquisa na internet
- Escola
- Não me lembro
- Outra:

90. N2. Onde participou pela primeira vez numa comunidade assexual?

- Nunca participei numa comunidade assexual
- Amino
- AVEN (Inglês)
- Blogs (excluindo Tumblr)
- Salas de chat (ex. Discord, IRC, etc.)
- Facebook
- Instagram
- Fóruns assexuais noutras línguas
- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter
- Grupos assexuais *offline*
- Outro:

91. N3. Que idade tinha quando participou na comunidade assexual pela primeira vez?

Caso você nunca tenha participado numa comunidade assexual, deixe em branco.

92. N4. No último ano, leu/viu conteúdo em alguma das seguintes comunidades assexuais *online*?

Assinale todas as opções que se aplicam. Avance esta questão se nenhuma se aplicar.

- Amino
- AVEN (Inglês)

- Blogs (excluindo Tumblr)
- Salas de chat (ex. Discord, IRC, etc.)
- Facebook
- Instagram
- Fóruns assexuais noutras línguas
- Pillowfort
- Pinterest
- Podcasts
- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter
- Youtube
- N/A
- Outra:

93. **N5. No último ano, postou/comentou em alguma das seguintes comunidades assexuais *online*?**

Assinale todas as opções que se aplicam. Avance esta questão se nenhuma se aplicar.

- Amino
- AVEN (Inglês)
- Blogs (excluindo Tumblr)
- Salas de chat (ex. Discord, IRC, etc.)
- Facebook
- Instagram
- Fóruns assexuais noutras línguas que não o inglês
- Pillowfort
- Pinterest
- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter
- Youtube
- N/A
- Outra:

94. **N6. Com que frequência participa em grupos assexuais *OFFLINE*?**

- Nunca
- Algumas vezes por ano ou menos
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Algumas vezes por semana
- Pelo menos uma vez por dia

95. **N7. Já conheceu alguém OFFLINE que se identifique com assexual ou uma identidade do espectro assexual?**

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza/ incerte

96. **N8. Tem algume amigue que se identifique como assexual ou uma identidade do espectro assexual?**

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza/ incerte

97. **N9. Atualmente lê/ vê conteúdos da comunidade aromântica em alguma destas plataformas?**

Assinale todas as opções que se aplicam. Avance esta questão se nenhuma se aplicar.

- Aurocalypse
- AUREA
- Salas de chat (ex. Discord, IRC, etc.)
- Facebook
- Instagram
- Podcasts
- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter
- Youtube
- N/A
- Outra:

98. **N10. Qual (quais) a(s) língua(s) que utiliza para interagir/participar em comunidades ace?**

Assinale todas as opções que se aplicam. Avance esta questão se nenhuma se aplicar.

- Inglês
- Bengali
- Dinamarquês
- Holandês
- Francês
- Alemão
- Hindi
- Italiano
- Japonês
- Mandarim

- Polaco
- Português
- Russo
- Espanhol
- N/A
- Outra:

Espaços LGBTQ

Nestas questões, “Comunidade LGBTQ” refere-se a espaços dedicados principalmente a pessoas que estão dentro do guarda-chuva LGBTQ (grupos, fóruns, eventos, paradas, bares, etc). NÃO incluindo espaços específicos para pessoas assexuais e/ou aromânticas, como por exemplo encontros presenciais de aces ou aros.

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

99. O1. Já participou alguma vez em comunidades LGBTQ?

Caso responda “**Não**”, por favor avance as 2 questões seguintes.

- Sim, *online* e *offline*
- Sim, apenas *online*
- Sim, apenas *offline*
- Não

100. O2. Como caracterizaria a sua experiência em comunidades LGBTQ **online**?

- Positiva
- Predominantemente positiva com algumas experiências negativas
- Neutra
- Predominantemente negativa com algumas experiências positivas
- Negativa
- N/A

101.O3. Como caracterizaria a sua experiência em comunidades LGBTQ **offline**?

- Positiva
- Predominantemente positiva com algumas experiências negativas
- Neutra
- Predominantemente negativa com algumas experiências positivas
- Negativa
- N/A

Impacto do COVID-19

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

102. **P1. A seção seguinte inclui questões sobre o impacto do COVID-19. Está disposto a responder? ***

- Sim
- Não, avançar esta seção

Impacto do COVID-19

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada”. No final do inquérito encontrará um espaço para *feedback* ou comentários.

103. **P2. Quais dos seguintes melhor descreve o seu grau de contato/ ligação a vários grupos desde que a sua comunidade foi afetada pelo COVID-19?**

Num aparelho móvel, talvez seja necessário fazer *scroll* para a direita para ver todas as opções de resposta.

| | Menos contacto | Nenhuma alteração | Mais contacto |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Parceire (ex: romântiques, queerplatôniques, etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros membros da família | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colegues de casa/ moradia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comunidades assexuais e arromânticas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amigues LGBTQIA+ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amigues que não são LGBTQIA+ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colegues de turma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Professories e outres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| profissionais escolares | | | |
| Colegues de trabalho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Profissionais da área da saúde mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Profissionais médicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

104. **P3. Para cada uma das frases seguintes relacionadas com o COVID-19, por favor indique um nível de concordância.**

Num aparelho móvel, talvez seja necessário fazer *scroll* para a direita para ver todas as opções de resposta.

| | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| “As minhas necessidades relacionadas com a intimidade emocional foram satisfeitas durante a crise do COVID-19” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| “As minhas necessidades relacionadas com a intimidade física foram satisfeitas durante a crise do COVID-19” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| “O COVID-19 teve um impacto negativo na minha saúde mental” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| “O COVID-19 reduziu a minha habilidade de expressar a minha orientação sexual” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| “O COVID-19 tornou a minha situação de vida mais estressante” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

105. **P4. Como é que a COVID-19 afectou o seu desejo de ter as seguintes relações?**

Se nunca desejou alguma destas relações, pode deixar essa linha em branco. Num aparelho móvel, talvez seja necessário fazer *scroll* para a direita para ver todas as opções de resposta.

| | Diminui | Nenhuma alteração | Aumentou | Não tenho a certeza/ Incerto |
|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Relação romântica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relação sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relação queerplatônica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amizade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coabitação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parceria doméstica/ união de facto/ união civil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Casamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relações familiares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

106. **P5. Escolha a frase que melhor descreve o seu estado de vacinação relativamente ao COVID-19:**

- Estou vacinado (ou parcialmente vacinado, à espera para tomar a segunda dose)
- Quero ser vacinado, mas não posso (por razões de acesso, condições médicas, etc.)
- Não quero ser vacinado
- Não tenho a certeza/ incerte

107. **P6. Assinale a(s) frase(s) que melhor descreve(m) as suas preocupações sobre as vacinas COVID-19:**

- Não tenho preocupações em relação à vacina
- Preocupa-me o facto de não conseguir arcar com o custo da vacina
- Tenho preocupações sobre a eficácia da vacina
- Tenho preocupações sobre os potenciais efeitos secundários desconhecidos da vacina
- Tenho preocupações sobre o processo de ensaio e aprovação da vacina

Questões sobre o inquérito

É preferível responder ao máximo de questões possível, no entanto, a maioria das questões pode ser “avançada” (*skipped*).

Esta é a seção final do Inquérito/ da Pesquisa. Quando clicar em “Submeter” (*submit*), as respostas serão enviadas e não poderá fazer qualquer alteração. Muito obrigade por participar!

108. **Q1. Onde tomou conhecimento do inquérito deste ano?**

- Amino
- AVEN (English)
- Blogs (excluindo o Tumblr)
- Salas de chat (Discord, IRC, etc.)
- Facebook
- Instagram
- Fóruns assexuais noutras línguas que não o inglês
- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter
- Amigues ou família
- Email
- Grupos assexuais *offline*
- Outra:

109. **Q2. Usou algum guia de tradução para preencher o inquérito? Se sim, por favor selecione a língua.**

Se não sabe o que é um guia de tradução, selecione “Não” ou avance esta questão.

- Não
- Holandês/ Danish
- Francês/ French
- Alemão/ German
- Japonês/ Japanese
- Polaco/ Polish
- Português/ Portuguese
- Russo/ Russian
- Espanhol/ Spanish
- Holandês/ Dutch
- Outro

110. **Q3. Feedback (opcional)**

Tem algum comentário sobre este inquérito?