



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE BENAVENTE

**Instituto de Serviço Social | Universidade
Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
| LusoGlobe**

Investigador Principal: Fátima Gameiro

**Equipa: Fátima Gameiro, Beatriz Rosa, Paula Ferreira, Ana
Paula Garcia, & Carlos Poiars**

abril 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística.....	10
3.6. Considerações Éticas	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	16
4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	17
4.4. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	19
4.5. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	21
Considerações finais	23
Recomendações	25
Referências.....	29
Anexo	34

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	16
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	18
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	19
Tabela 8. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	20
Tabela 9. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	21
Tabela 10. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	21
Tabela 11. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	22
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Benavente.....	27

Introdução

Portugal é um dos países europeus com maior índice de envelhecimento populacional, refletindo uma tendência demográfica persistente que coloca desafios significativos às políticas sociais, aos sistemas de saúde e às respostas comunitárias. Este cenário torna particularmente relevante a análise das condições de vida, do bem-estar e dos fatores de vulnerabilidade da população idosa, nomeadamente no que se refere à solidão e ao risco de violência.

A solidão e a violência contra pessoas idosas constituem fenómenos complexos e frequentemente invisibilizados, com impactos profundos na saúde física, mental e psicossocial, comprometendo a qualidade de vida e o ideal de envelhecimento ativo, digno e seguro. Não obstante a progressiva centralidade política e institucional atribuída ao envelhecimento, estes fatores de risco continuam a carecer de abordagens integradas, contextualizadas e centradas na perceção das próprias pessoas idosas.

Apesar da crescente atenção dedicada ao envelhecimento populacional e às suas implicações, persistem lacunas na investigação que explorem, de forma sistemática e integrada, as perceções das pessoas idosas relativamente à solidão e ao risco de violência, dois fatores críticos de vulnerabilidade psicológica e social. Em particular, são escassos os estudos que privilegiam abordagens participativas e que articulam fatores sociodemográficos, contextuais e psicossociais na análise destes fenómenos, sobretudo em contextos rurais e de baixa densidade populacional.

O presente relatório insere-se no âmbito do projeto RIVIS 65+ - financiado pelo Programa Seed Funding (refª COFAC/ILIND/LUSOGLOBE/1/2025) - e tem como objetivo caracterizar a situação de solidão e o risco de violência na população com 65 ou mais anos residente no concelho de Benavente. Ao reforçar o conhecimento sobre a realidade local e valorizar a participação das pessoas idosas e das entidades de proximidade, o estudo procura fornecer evidência empírica relevante para a identificação de fatores de risco e de proteção, apoiar a definição de estratégias de intervenção ajustadas ao território e contribuir para a conceção de respostas sociais, comunitárias e psicossociais mais eficazes e sustentadas.

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

Nas últimas décadas, as sociedades têm experienciado profundas transformações na sua estrutura demográfica, sendo o envelhecimento populacional um dos fenómenos mais significativos, sobretudo nos países desenvolvidos. Embora o envelhecimento em si não constitua um problema social (Nazareth, 2007; Valente Rosa, 2012), acarreta mudanças estruturais que afetam o equilíbrio intergeracional e colocam desafios aos modelos económicos e sociais de desenvolvimento existentes (Ferreira, 2020).

O aumento da esperança média de vida, associado à redução das taxas de natalidade, às alterações nos padrões migratórios e à transformação das estruturas familiares, tem impacto direto nas condições de vida das pessoas idosas, podendo potenciar situações de vulnerabilidade social e psicológica. Neste contexto, a solidão e a violência emergem como dois fenómenos particularmente críticos, com implicações significativas para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida desta população.

Em Portugal, os resultados dos Censos 2021 (INE, 2022) indicam que as pessoas idosas representam 23,4% da população, valor que poderá atingir cerca de 3 milhões em 2080 (INE, 2020). Este cenário torna-se particularmente relevante quando se consideram as suas implicações sociais e o consequente aumento dos riscos a que a população idosa está exposta.

A literatura tem demonstrado que o envelhecimento conduz a diversas alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicossociais (Cornelis et al., 2019; Preston & Biddell, 2021; Torres et al., 2022; Veríssimo et al., 2022), resultando numa perda gradual de algumas das capacidades sensoriais e cognitivas. Estas alterações estão associadas a maior vulnerabilidade, aumento da incidência de processos psicopatológicos e situações de dependência, fatores que podem potenciar a solidão, a exposição à violência e a redução da qualidade de vida, reforçando a necessidade de intervenções sociais e de políticas públicas direcionadas à proteção e ao bem-estar das pessoas idosas.

1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco

A violência contra pessoas idosas constitui uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública, podendo contribuir para o aumento da solidão e para a diminuição da qualidade de vida desta população. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), os principais tipos de violência contra as pessoas idosas incluem abuso físico, psicológico, sexual e financeiro, bem como negligência e auto-negligência, evidenciando a multiplicidade de formas de vulnerabilidade a que esta população está exposta.

Em Portugal, dados recentes da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2024), evidenciam um aumento de 9,4% nos casos de violência contra pessoas idosas entre 2022 e 2023, totalizando 1.671 casos sinalizados. Uma parte significativa destes crimes ocorre no contexto familiar e no próprio domicílio da vítima, sendo os agressores frequentemente familiares próximos, nomeadamente filhos ou filhas (APAV, 2024). As vítimas são maioritariamente mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos (Anes et al., 2019).

Segundo Gil et al. (2015), em Portugal, a invisibilidade da violência contra as pessoas idosas revela-se particularmente crítica em contextos institucionais, como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Nestes ambientes, a assimetria de poder e a dependência funcional dos utentes constituem barreiras significativas

à denúncia (Cichowsky et al., 2016; Gil et al., 2015), aumentando a vulnerabilidade a eventuais situações de violência.

A literatura identifica diversos fatores preditores da violência contra pessoas idosas a residir na comunidade, destacando-se condições socioeconômicas desfavoráveis, fragilidade física, dependência emocional e isolamento social (Araújo-Monteiro et al., 2024). Estudos sobre representações sociais da violência (Chagas et al., 2024) salientam ainda que muitas pessoas idosas percebem o abandono e a negligência como formas de agressão, com impacto profundo na sua saúde mental e bem-estar. A negligência por parte de familiares e cuidadores é frequentemente apontada como um dos principais fatores de risco para a violência, muitas vezes subestimada ou invisibilizada pela sociedade. Os autores salientam ainda a necessidade de maior supervisão das instituições de cuidados e do reforço das redes de apoio comunitário como estratégias preventivas eficazes para reduzir a exposição das pessoas idosas a situações de risco.

Sukyung e Mahapatra (2024) investigaram a relação entre violência doméstica, saúde mental e resiliência na população idosa nos Estados Unidos durante a pandemia de COVID-19, concluindo que o isolamento forçado não só agravou o risco de abuso como reduziu as oportunidades de denúncia e o acesso a serviços de proteção. Verificaram ainda que a ausência de contacto social intensificou os efeitos psicológicos da violência, comprometendo a resiliência emocional das vítimas idosas. De forma complementar, Yilmaz et al. (2022) analisaram a satisfação com a vida de pessoas idosas vítimas de abuso, concluindo que fatores como o apoio social e o acesso a serviços de proteção podem mitigar os impactos negativos da violência. Os autores defendem que programas de apoio psicológico, intervenções comunitárias e o reforço de políticas públicas de proteção das pessoas idosas são fundamentais para reduzir a (re)ocorrência do abuso e melhorar a qualidade de vida. Sublinham ainda a importância de ações preventivas e educativas dirigidas tanto às pessoas idosas como à sociedade em geral.

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

A solidão é um fenómeno complexo, subjetivo e multidimensional, cuja percepção varia entre os indivíduos e engloba múltiplas dimensões com relações causais entre si. Trata-se de uma experiência subjetiva em que a pessoa sente que não tem com quem estar originando sentimentos de isolamento e abandono (Feitosa, 2013).

Segundo Quakinin e Barreira (2015), a solidão pode ser classificada como situacional (relacionada com fatores ambientais e interpessoais) ou desenvolvimental (resultante de separações, perdas e/ou situações de dependência). Apesar destas classificações, existe consenso de que a solidão constitui um fator de risco relevante para o sofrimento psicológico, podendo impactar significativamente a saúde mental e a qualidade de vida das pessoas idosas (Feitosa, 2013).

Crewdson (2016) salienta que, na velhice, a solidão pode aumentar os níveis de depressão, ansiedade e acelerar o declínio cognitivo, comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas. Estudos indicam igualmente que idosos solitários apresentam maior risco de doenças cardiovasculares e um declínio funcional mais acelerado (Yilmaz et al., 2022).

A solidão não resulta apenas da ausência de interação social, estando sobretudo associada à falta de relações significativas e de apoio emocional, o que evidencia a necessidade de estratégias comunitárias e políticas públicas inclusivas. A redução da participação social pode também aumentar a exposição ao abuso e aos maus-tratos (OMS, 2012). Neste sentido, Xia et al. (2023) demonstraram que o apoio familiar está associado a uma melhor qualidade do sono em pessoas idosas, ao reduzir simultaneamente o medo do crime e a solidão.

Estudos ibéricos e nacionais (Agostinho et al., 2024; Damas et al., 2023) apontam para o peso das dinâmicas de institucionalização, isolamento rural e fraca literacia digital como agravantes da desconexão social entre os mais velhos.

Em Portugal, um estudo recente (Agostinho et al., 2024) identificou uma prevalência de solidão de 33,8%, sendo esta mais frequente entre mulheres, residentes em zonas rurais, pessoas que vivem sozinhas e indivíduos com baixos níveis de escolaridade. Entre os fatores de risco identificados destacam-se a falta de apoio social, conflitos familiares, viuvez, viver sozinho, reforma e dificuldades financeiras. Por outro lado, fatores protetores incluem redes de apoio formais e informais, autonomia e recursos económicos (Parreira, 2022).

2. Objetivos

Através da criação de uma rede de parcerias locais, envolvendo autarquias, IPSS, ONG e projetos sociais, foi promovida a divulgação do estudo, a mobilização para a participação e a realização de entrevistas diretas às pessoas idosas, tendo sido definidos os seguintes objetivos gerais (OG) e específicos (OE):

OG1 – Conhecer a percepção da solidão nas pessoas idosas e analisar a influência das características sociodemográficas.

OE1.1 – Avaliar os níveis de percepção de solidão (emocional e social) numa amostra de pessoas idosas.

OE1.2 – Analisar as diferenças na percepção da solidão em função das características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde e autonomia).

OG2 – Conhecer a percepção do risco de violência nas pessoas idosas e analisar a influência das características sociodemográficas.

OE2.1 – Avaliar as dimensões da percepção do risco de violência (desconfiança/insegurança, isolamento social, dependência funcional e insegurança financeira) numa amostra de pessoas idosas.

OE2.2 – Analisar as diferenças na percepção do risco de violência em função das características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde e autonomia).

OG3 – Comparar a percepção da solidão e a percepção do risco de violência nas pessoas idosas.

OE3.1 – Comparar os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

OE3.2 – Comparar os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

OG4 – Analisar a relação entre a percepção da solidão e a percepção do risco de violência nas pessoas idosas.

OE4.1 – Compreender a relação entre os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

OE4.2 – Explorar a relação entre os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

O presente estudo assume um desenho observacional, transversal e de natureza quantitativa, tendo como objetivo caracterizar as percepções de solidão e de risco de violência na população idosa do concelho de Benavente. A investigação integrou uma abordagem participativa e de proximidade, articulada com redes locais, com vista a facilitar o acesso à população-alvo e a promover a participação das pessoas idosas no processo de recolha de dados.

3.2. Procedimentos e Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas estruturadas, maioritariamente conduzidas por profissionais da área da intervenção social do concelho, previamente sensibilizados para os objetivos do estudo. Nos casos em que os participantes demonstraram motivação e capacidade, foi permitida a autoadministração dos instrumentos.

As entrevistas decorreram em diferentes contextos do quotidiano das pessoas idosas, nomeadamente:

- Domicílio;
- Estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI);
- Respostas sociais comunitárias, como centros de dia e projetos comunitários.

Os instrumentos foram aplicados em suporte de papel ou digital, recorrendo à plataforma Google Forms, de acordo com as preferências e condições de acesso dos participantes. Esta estratégia permitiu aumentar a cobertura da amostra e assegurar a inclusão de pessoas com diferentes níveis de literacia digital.

A divulgação do estudo e a mobilização dos participantes foram asseguradas através da criação de uma rede de parcerias locais de proximidade, envolvendo municípios, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Organizações Não Governamentais (ONG) e projetos sociais.

3.3. Instrumentos

Foram utilizados instrumentos padronizados e validados, aplicados diretamente junto da população idosa, com o objetivo de avaliar: (i) características sociodemográficas, nomeadamente idade, sexo, estado civil, escolaridade, rendimento mensal e local de residência; (ii) condições de saúde, autonomia e contexto de vida; (iii) percepções de solidão; e (iv) percepções de exposição ao risco de violência.

A utilização de instrumentos validados permitiu uma avaliação direta, rigorosa e fiável das experiências e percepções das pessoas idosas, ultrapassando limitações associadas a abordagens baseadas exclusivamente em dados clínicos ou em relatos de terceiros, como cuidadores, familiares ou profissionais.

Os instrumentos aplicados encontram-se sintetizados na Tabela 1, sendo que a descrição detalhada dos domínios, dimensões, itens e sub-itens de cada instrumento se encontra apresentada em anexo (Tabela 1A).

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados

Domínio	Instrumento	Dimensões	Nº de Itens
Dados sociodemográficos	Questionário sociodemográfico	Caracterização pessoal, habitacional e social Condições de saúde e autonomia	18
Solidão	UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1978; adap. Pocinho et al., 2010)	Solidão emocional; Solidão social	16
Violência	EARVI (Lima et al., 2018; adap. Lima, 2019)	Desconfiança/insegurança; Isolamento social; Dependência funcional; Insegurança financeira	21

Fonte. Elaboração própria (2025)

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo pessoas idosas com 65 ou mais anos, residentes no concelho de Benavente, com condição cognitiva para compreender os objetivos do estudo e de responder aos instrumentos aplicados, direta ou indiretamente. Foram excluídas pessoas com limitações cognitivas identificadas que impedissem a participação autónoma ou a compreensão das questões.

3.5. Análise Estatística

Os dados recolhidos foram analisados com recurso a métodos estatísticos descritivos e inferenciais, permitindo caracterizar os níveis de solidão e de perceção do risco de violência, identificar grupos mais vulneráveis e explorar relações entre variáveis.

Foram calculadas médias e desvios-padrão para todas as dimensões dos instrumentos aplicados (escala UCLA para solidão e EARVI para perceção de violência), assim como para os índices totais de cada constructo. Para variáveis categóricas e sociodemográficas, foram obtidas frequências e percentagens, permitindo caracterizar a amostra em termos de sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento, situação habitacional e integração em respostas sociais comunitárias.

Para a análise inferencial, foram utilizados diferentes procedimentos consoante o número de grupos comparados. As comparações entre dois grupos independentes foram realizadas recorrendo ao teste t de Student, para amostras independentes. Por outro lado, as comparações envolvendo mais de dois grupos independentes foram efetuadas através de análise de variância unifatorial (ANOVA). Sempre que a ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas, procederam-se a comparações múltiplas *post hoc* pelo teste de Bonferroni, de modo a identificar os pares de grupos em que essas diferenças eram relevantes.

A relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de violência foi avaliada com correlação de Pearson, permitindo estimar a força e a direção da associação entre estas variáveis, tanto em contexto institucional como não institucional, e considerando a integração em respostas sociais comunitárias.

Para todas as análises, o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Todas as análises estatísticas foram conduzidas utilizando o software SPSS versão 27.

3.6. Considerações Éticas

O estudo respeitou integralmente os princípios éticos da investigação com seres humanos, garantindo a dignidade, os direitos e o bem-estar dos participantes. Foi obtido o consentimento informado, assegurada a con-

fidencialidade dos dados e garantida a sua utilização exclusiva para fins científicos e de planeamento de intervenção social, em conformidade com a legislação nacional e europeia em vigor. Em todo o processo de recolha dos dados procurou-se minimizar riscos para os participantes e preservar o seu direito à privacidade.

3.7. Participantes

A amostra foi constituída por **92 pessoas** com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Benavente. Verifica-se um predomínio do **sexo feminino** ($n = 52$; 56,5%), em comparação com o sexo masculino ($n = 40$; 43,5%). As idades dos participantes variam entre os **65** e os **96 anos**, apresentando uma média de **76,22 anos** ($DP = 7,47$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao **estado civil**, a maioria dos participantes é **casado** ou **em união de facto** ($n = 53$; 57,6%), seguindo-se os **viúvos** ($n = 22$; 23,9%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à **escolaridade**, a maioria possui o **ensino básico** ($n = 59$; 64,1%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à **área de residência**, a maioria dos participantes vive em **zona urbana** ($n = 69$; 75%). A maioria **reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 86$; 93,5%), enquanto uma percentagem reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 6$; 6,5%).

Relativamente ao **rendimento mensal**, uma parte significativa dos participantes apresenta rendimentos compreendidos **entre 501 e 870 euros** ($n = 24$; 26,1%) e 25% ($n = 23$) auferem **menos de 500 euros** mensais, evidenciando uma **situação económica globalmente fragilizada**.

No que se refere à percepção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saúdável), os participantes apresentaram uma média de 1,63 ($DP = 0,49$), indicando uma **percepção intermédia** do seu estado de saúde, ligeiramente mais próxima da categoria “saúdável”. Quanto à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,73 ($DP = 0,45$), sugerindo que a **maioria** dos participantes se percebe como **funcionalmente independente**.

A Tabela 2 apresenta a síntese da caracterização sociodemográfica dos participantes do projeto RiViS residentes no concelho de Benavente.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	40	43,5
	Feminino	52	56,5
Idade (anos)	Intervalo	65-96	—
	Média (DP)	76,22 (7,47)	—
Idade (por grupo)	65-74	40	43,5
	75-84	38	41,3
	85-100	14	15,2
Estado Civil	Solteiro/a	4	4,3
	Casado(a)/União de Facto	53	57,6
	Divorciado/a	13	14,1
	Viúvo/a	22	23,9
Escolaridade	Sem Ensino Básico	14	15,2
	Com Ensino Básico	59	64,1
	Com Ensino Secundário	12	13,0
	Com Ensino Superior	7	7,6
Zona de Residência	Rural	23	25
	Urbano	69	75

Local de Residência	Casa Própria/Famíliares	86	93,5
	ERPI	6	6,5
Rendimento Mensal	- 500 euros	23	25,0
	de 501 a 870 euros	24	26,1
	de 871 a 1045 euros	6	6,5
	de 1046 a 1568 euros	9	9,8
	+ de 1569 euros	9	9,8
	Prefiro não responder	21	22,8
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,63 (0,49)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,73 (0,45)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à **situação habitacional**, a maioria dos participantes reside em **habitação própria ou de familiares** (n = 86; 93,5%). Desses, 55,8% vivem **com parceiro/a** (n = 48) e 25,6% (n = 22) **sozinhos**, predominando a residência em vivendas inseridas em **contextos com vizinhança próxima** (n = 51; 59,3%). Nenhum participante se encontra em situação de ausência de resposta habitacional, evidenciando cobertura habitacional total na amostra.

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, a maioria dos participantes **não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 81; 94,2%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de **refeições e roupa** (n = 3; 3,5%).

Quanto à integração em **respostas sociais de proximidade**, 60,5% participam em centros de dia, ou noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente **três a cinco vezes** por semana (n = 34; 39,5 %).

Uma percentagem **reduzida** da amostra encontra-se institucionalizada em **Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 6; 6,5%). Destes, 33,3% (n = 2) participam em **atividades de lazer**, 16,7% (n = 1) em atividades culturais, 16,7 % (n =1) em outra(s) e 33,3% (n = 2) não frequenta qualquer atividade.

A Tabela 3 apresenta a síntese da situação habitacional e social dos participantes do projeto RiViS.

Tabela 3. Caracterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	Categoria	Sub-Categoria	n	%
Casa Própria-Famíliares	Com Quem Vive	Sozinho/a	22	25,6
		Com parceiro/a	48	55,8
		Com Filho/a	7	8,1
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	5	5,8
		Com Outro(s)	4	4,7
		Omisso	6	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	23	26,7
		Vivenda isolada	12	14,0
		Vivenda com vizinhos	51	59,3
		Omisso	6	—
	SAD	Não	81	94,2
		Sim	5	5,8
		Omisso	6	—
	SAD- Tipo	Refeições	2	2,3
		Nenhuma	81	94,2
		Refeições e Roupas	3	3,5
		Omisso	6	—

	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	14	16,3
		Universidade Sénior	28	32,6
		Outra(s)	4	4,7
		Nenhuma	34	39,5
		Universidade Sénior e Outro(s)	6	7,0
		Omisso	6	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	9	10,5
		3 a 5 vezes por semana	34	39,5
		6 a 7 vezes por semana	9	10,5
		Nenhuma	34	39,5
		Omisso	6	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	1	16,7
		Atividades de lazer	2	33,3
		Outra(s)	1	16,7
		Nenhuma	2	33,3
		Omisso	86	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	4	66,7
		Nenhuma	2	33,3
		Omisso	86	—
Sem Res-posta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

4. Resultados

4.1. Perceção de Solidão

A. Níveis de perceção de solidão

A Tabela 4 apresenta os resultados relativos à perceção de solidão nas dimensões emocional, social e no índice total. As dimensões emocional e social são avaliadas numa escala que varia entre 1 e 4, sendo que valores mais elevados indicam maior perceção de solidão. O índice total de solidão considera um ponto de corte definido em $M > 32$, a partir do qual se considera a presença de solidão clinicamente relevante.

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 1,98 (DP = 0,91), com valores compreendidos entre 1 e 4, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala** (2,5), ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,84 (DP = 0,67), com um intervalo entre 1 e 3,82, evidenciando **valores ligeiramente inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 30,17 (DP = 11,47), com valores mínimos de 16 e máximos de 62. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se ligeiramente **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total clinicamente relevantes (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Perceção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,98	1,84	30,17
Erro Desvio	0,91	0,67	11,47
Mínimo	1,00	1,00	16,0
Máximo	4,00	3,82	62,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Diferenças na perceção da solidão em função das características sociodemográficas

A análise das múltiplas expressões da solidão à luz das características sociodemográficas e condições de vida permitiu identificar grupos mais vulneráveis e orientar estratégias de intervenção ajustadas às suas especificidades.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na perceção de solidão em função do sexo ($t(65,396) = 1,516$; $p = 0,134$) **nem do rendimento mensal** ($F(5,86) = 0,882$; $p = 0,497$). Ainda assim, verifica-se que os homens apresentam níveis médios mais elevados de solidão ($M = 32,33$; DP = 13,63) quando comparados com as mulheres ($M = 28,52$; DP = 9,28), situando-se, no caso dos homens, no limiar de solidão patológica (≥ 32).

No que respeita ao rendimento mensal, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, observa-se uma tendência para níveis mais elevados de solidão nos participantes com menores rendimentos. Por exemplo, os indivíduos com rendimentos até 500 euros apresentam um valor médio de solidão de $M = 32,96$ (DP = 12,26), enquanto os que auferem entre 501 e 870 euros apresentam $M = 31,58$ (DP = 12,48). Em contraste, os participantes com rendimentos entre 1046 e 1568 euros evidenciam níveis médios mais baixos de solidão ($M = 25,33$; DP = 6,18), sendo também inferiores os valores no grupo entre 871 e 1045 euros ($M =$

29,33; DP = 6,59). Estes resultados sugerem uma **tendência inversa entre rendimento e solidão**, ainda que sem suporte estatístico.

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função da idade** ($F(2,89) = 8,437$; $p = 0,000$), **escolaridade** ($F(3,88) = 13,922$; $p = 0,000$), **estado civil** ($F(3,88) = 4,053$; $p = 0,010$), **local de residência** ($t(90) = -3,921$; $p = 0,000$), **estado de saúde percebido** ($t(50,283) = 3,486$; $p = 0,001$) e **nível de autonomia** ($t(31,874) = 4,111$; $p = 0,000$).

Relativamente à idade, verifica-se um **aumento progressivo da solidão com o avançar da idade**, sendo os valores mais elevados observados no grupo dos 85-100 anos ($M = 39,93$; $DP = 16,21$), comparativamente aos grupos dos 65-74 anos ($M = 26,40$; $DP = 6,73$) e dos 75-84 anos ($M = 30,55$; $DP = 11,48$). As diferenças são estatisticamente significativas entre os participantes mais idosos (85-100 anos) e os restantes grupos.

No que respeita à escolaridade, os participantes **sem ensino básico** apresentaram níveis significativamente mais elevados de solidão ($M = 45,36$; $DP = 13,36$), comparativamente a todos os outros níveis de escolaridade (Ensino Básico: $M = 27,03$; $DP = 7,95$; Ensino Secundário: $M = 28,42$; $DP = 13,09$; Ensino Superior: $M = 29,29$; $DP = 6,42$). As diferenças são estatisticamente significativas entre os participantes sem ensino básico e os restantes grupos ($p < 0,005$), não se verificando diferenças significativas entre estes últimos.

Relativamente ao estado civil, embora a ANOVA indique diferenças estatisticamente significativas ($F(3,88) = 4,053$; $p = 0,010$), as comparações múltiplas não identificaram diferenças significativas entre pares de grupos. Ainda assim, observa-se que os participantes **divorciados** ($M = 35,62$; $DP = 11,75$), **solteiros** ($M = 35,75$; $DP = 14,95$) e **viúvos** ($M = 34,09$; $DP = 12,79$) apresentam valores médios superiores, próximos ou acima do limiar de solidão patológica, enquanto os casados ou em união de facto apresentam valores mais baixos ($M = 26,79$; $DP = 9,56$).

Quanto ao local de residência, os participantes a **residir em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)** apresentaram níveis significativamente mais elevados de solidão ($M = 46,67$; $DP = 13,75$), quando comparados com aqueles que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 29,02$; $DP = 10,45$), situando-se bem acima do limiar de solidão patológica.

Relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes **que se percecionam como doentes** apresentaram níveis significativamente mais elevados de solidão ($M = 35,79$; $DP = 13,29$), em comparação com os que se percecionam como saudáveis ($M = 26,88$; $DP = 8,82$).

Por fim, ao nível da autonomia, os participantes **com menor autonomia** evidenciaram níveis significativamente superiores de solidão ($M = 38,84$; $DP = 13,45$), comparativamente aos participantes com autonomia elevada ($M = 26,94$; $DP = 8,74$).

De forma global, os resultados sugerem que a **perceção de solidão na população idosa está associada sobretudo a fatores de vulnerabilidade, como idade avançada, menor escolaridade, institucionalização, pior perceção de estado de saúde e menor autonomia, destacando-se estes como potenciais alvos prioritários de intervenção**. Importa ainda salientar que estes grupos apresentam **valores médios superiores ao limiar indicativo de solidão patológica (≥ 32)**, reforçando a necessidade de uma intervenção dirigida e prioritária junto desta população.

4.2. Percepção de Violência

A. Níveis de Percepção de Violência

A Tabela 5 apresenta os resultados relativos à percepção de violência, considerando as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e o índice total de violência. Todas as dimensões foram avaliadas numa escala de 1 a 4, em que valores mais elevados indicam uma maior percepção de violência. O índice total considera um ponto de corte definido em valores superiores a 8, a partir do qual se identifica a existência de risco de violência contra a pessoa idosa.

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,39 (DP = 0,40), com valores compreendidos entre 1 e 2,75, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,76; DP = 0,63, com valores mínimos de 1 e máximos de 3,80, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,44 (DP = 0,65), com um intervalo entre 1 e 3,25, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,58 (DP = 0,49), com valores que variam entre 1 e 3, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 6,17 (DP = 1,63), com valores mínimos de 4 e máximos de 11,80. Considerando o ponto de corte estabelecido (> 8), o **valor médio situa-se abaixo do limiar indicativo de risco de violência**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justificam atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5. Percepção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,39	1,76	1,44	1,58	6,17
Erro Desvio	0,40	0,63	0,65	0,49	1,63
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,75	3,80	3,25	3,00	11,80

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Diferenças na percepção da violência em função das características sociodemográficas

A análise das múltiplas expressões da violência à luz das características sociodemográficas e condições de vida permitiu identificar grupos mais vulneráveis e orientar estratégias de intervenção ajustadas às suas necessidades.

Com exceção do rendimento mensal ($F(5,86) = 0,978$; $p = 0,436$), **foram observadas diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função de todas as restantes variáveis analisadas**: sexo ($t(90) = 2,251$; $p = 0,027$), idade ($F(2,89) = 13,396$; $p = 0,000$), escolaridade ($F(3,88) = 16,261$; $p = 0,000$), estado civil ($F(3,88) = 3,256$; $p = 0,025$), local de residência ($t(5,209) = -2,958$; $p = 0,030$), estado de saúde percebido ($t(90) = 3,914$; $p = 0,000$) e nível de autonomia ($t(34,690) = 5,094$; $p = 0,000$).

Relativamente ao sexo, os **homens** apresentaram **níveis médios mais elevados de percepção de violência** ($M = 6,59$; $DP = 1,66$), comparativamente às mulheres ($M = 5,84$; $DP = 1,54$), sendo esta diferença estatisticamente significativa.

No que respeita à idade, observa-se um **aumento progressivo da percepção de violência com o avançar da idade**, sendo os valores mais elevados registados no grupo dos 85-100 anos ($M = 7,89$; $DP = 1,98$), em comparação com os grupos dos 75-84 anos ($M = 6,16$; $DP = 1,64$) e dos 65-74 anos ($M = 5,57$; $DP = 0,95$). As diferenças são estatisticamente significativas entre o grupo mais idoso (85-100 anos) e os restantes grupos ($p \leq 0,001$).

Relativamente à escolaridade, os participantes **sem ensino básico** apresentaram níveis significativamente mais elevados de percepção de violência, com valores acima do limiar patológico ($M = 8,43$; $DP = 1,95$), comparativamente a todos os restantes níveis de escolaridade (Ensino Básico: $M = 5,80$; $DP = 1,08$; Ensino Secundário: $M = 5,76$; $DP = 1,60$; Ensino Superior: $M = 5,38$; $DP = 1,28$). As diferenças são estatisticamente significativas entre o grupo sem ensino básico e os restantes grupos ($p = 0,000$), não se verificando diferenças significativas entre estes últimos.

No que diz respeito ao estado civil, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, sendo que os participantes **viúvos** apresentaram níveis mais elevados de percepção de violência ($M = 7,06$; $DP = 1,94$), comparativamente aos solteiros ($M = 6,06$; $DP = 2,27$), divorciados ($M = 6,08$; $DP = 1,28$) e casados ou em união de facto ($M = 5,82$; $DP = 1,28$), tendo, todavia, esta diferença sido confirmada pelas comparações múltiplas de Bonferroni apenas entre os casado/a/União de facto e viúvo/a ($p=0,015$). Os restantes grupos não apresentaram diferenças significativas entre si.

Quanto ao local de residência, os participantes **a residir em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)** apresentaram níveis significativamente superiores de percepção de violência ($M = 9,02$; $DP = 2,50$), quando comparados com aqueles que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 5,97$; $DP = 1,36$), registando valores acima do nível patológico (> 8).

Relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes que se percebem como **doentes** evidenciaram **níveis mais elevados de percepção de violência** ($M = 6,97$; $DP = 1,70$), comparativamente aos que se percebem como saudáveis ($M = 5,69$; $DP = 1,39$).

Por fim, ao nível da autonomia, os participantes **com menor autonomia** apresentaram **níveis significativamente superiores de percepção de violência** ($M = 7,55$; $DP = 1,69$), em comparação com aqueles com autonomia elevada ($M = 5,65$; $DP = 1,27$).

De forma global, os resultados indicam que **a percepção de violência na população idosa está associada sobretudo a fatores de maior vulnerabilidade, como idade avançada, menor escolaridade, viuvez, institucionalização, pior estado de saúde e menor autonomia**, destacando-se estes como grupos prioritários para a intervenção.

4.3. Comparação entre a percepção da solidão e a percepção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

A comparação entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas permite clarificar o papel do contexto institucional na mitigação destes fenómenos de risco, contribuindo para a formulação de políticas públicas informadas e sustentáveis.

A. Percepção de solidão em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

No que respeita à **solidão emocional**, as pessoas idosas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) apresentaram valores médios superiores ($M = 2,93$; $DP = 1,03$) comparativamente às que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 1,91$; $DP = 0,87$). No entanto, esta diferença não atingiu significância estatística ($t(90) = -2,756$; $p = 0,070$).

Relativamente à **solidão social**, os valores médios foram **mais elevados** nas **pessoas institucionalizadas** ($M = 2,91$; $DP = 0,79$), face às não institucionalizadas ($M = 1,77$; $DP = 0,60$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(90) = -4,398$; $p < 0,001$).

Quanto ao **índice total de solidão**, as **pessoas residentes em ERPI apresentaram valores médios substancialmente superiores** ($M = 46,67$; $DP = 13,75$), em comparação com aquelas que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 29,02$; $DP = 10,45$), verificando-se igualmente diferenças estatisticamente significativas ($t(90) = -3,921$; $p < 0,001$). Importa salientar que, considerando o limiar indicativo de solidão patológica definido para valores superiores a 32, o grupo institucionalizado apresenta, em média, **níveis claramente acima desse ponto de corte**.

De forma global, os resultados indicam que **o contexto de institucionalização está associado a níveis mais elevados de solidão, particularmente ao nível da solidão social e da solidão total**, sendo que, no caso da solidão total, os **valores observados nas pessoas institucionalizadas assumem relevância clínica**, por se situarem acima do limiar de solidão patológica (ver Tabela 6).

Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percebida entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

	Solidão Emocional		Solidão Social		Solidão Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,91	2,93	1,77	2,91	29,02	46,67
Erro Desvio	0,87	1,03	0,60	0,79	10,45	13,75

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

A análise comparativa da percepção de violência entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões desconfiança/insegurança nas relações próximas ($t(5,223) = -2,354$; $p = 0,063$) e Insegurança Financeira ($t(90) = -1,766$; $p = 0,081$). No entanto, é de registar o facto de em ambas as dimensões os valores médios de solidão serem superiores entre os residentes em ERPI do que aqueles que vivem em casa própria/ familiares (Ver tabela 7).

Por outro lado, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de **isolamento social** ($t(90) = -5,466$; $p = 0,000$), **dependência funcional** ($t(90) = -3,154$; $p = 0,002$) e **violência total** ($t(5,209) = -2,958$; $p = 0,030$).

No que respeita ao **isolamento social**, os valores médios foram ligeiramente **superiores nas pessoas institucionalizadas** ($M = 2,93$; $DP = 0,72$) face às não institucionalizadas ($M = 1,67$; $DP = 0,53$). O mesmo se verifica ao nível da dependência funcional, com as **pessoas em ERPI a registarem valores substancialmente superiores** ($M = 2,21$; $DP = 0,86$) quando comparados com os não institucionalizados ($M = 1,39$; $DP = 0,60$).

Relativamente ao **índice total de violência**, a **média foi bastante superior nas pessoas institucionalizadas** ($M = 9,02$; $DP = 2,5$) face às não institucionalizadas ($M = 5,97$; $DP = 1,36$), com **valores acima do limiar indicativo de risco de violência** (Ver Tabela 7).

No geral, os resultados indicam que **embora o contexto institucional não pareça exercer influência generalizada sobre a percepção global de violência** nesta amostra, **este revelou-se relevante em algumas dimensões, nomeadamente ao nível do isolamento social, dependência funcional e índice total.**

Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

	Desconfiança/ Insegurança nas Relações Próximas		Isolamento Social		Dependência Funcional		Insegurança Financeira		Violência Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,35	1,96	1,67	2,93	1,39	2,21	1,56	1,92	5,97	9,02
Erro Desvio	0,35	0,63	0,53	0,72	0,60	0,86	0,49	0,47	1,36	2,50

Fonte. Elaboração própria (2026)

4.4. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

A análise comparativa entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias (Centro de Dia, Centro de Convívio, Universidade Sénior, Outros ou Nenhuma) permite clarificar o papel do contexto comunitário na mitigação da solidão e do risco de violência, fornecendo informação relevante para políticas públicas e estratégias de intervenção.

A. Percepção de solidão

A análise de variância unifatorial (ANOVA) revelou **diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as dimensões de solidão**: solidão emocional ($F(3,82) = 5,372$; $p = 0,002$), solidão social ($F(3,82) = 2,954$; $p = 0,037$) e solidão total ($F(3,82) = 4,161$; $p = 0,009$), sugerindo que, nesta amostra, **a integração em respostas sociais comunitárias se encontra associada a diferenças significativas nos níveis de solidão percecionada.**

No que respeita à **solidão emocional**, o **Centro de Dia** apresenta a média mais elevada ($M = 2,41$; $DP = 1,18$), seguido do **grupo sem participação** ($M = 2,11$; $DP = 0,85$) e da categoria “Outros” ($M = 1,95$; $DP = 1,00$), enquanto a Universidade Sénior regista o valor médio mais baixo ($M = 1,50$; $DP = 0,52$). As comparações múltiplas (Bonferroni) evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre o Centro de Dia e a Universidade Sénior ($p = 0,004$), bem como entre a Universidade Sénior e o grupo sem participação ($p = 0,017$).

Relativamente à **solidão social**, o **Centro de Dia** apresenta a média mais elevada ($M = 2,07$; $DP = 0,92$), seguido do **grupo sem participação** ($M = 1,86$; $DP = 0,60$), da categoria “Outros” ($M = 1,59$; $DP = 0,53$) e da Universidade Sénior ($M = 1,57$; $DP = 0,35$). Apesar da ANOVA indicar diferenças estatisticamente significativas, as comparações múltiplas não identificaram diferenças significativas entre pares de grupos específicos.

Quanto ao **índice de solidão total**, o **Centro de Dia** apresenta o valor médio mais elevado ($M = 34,86$; $DP = 15,62$), seguido do **grupo sem participação** ($M = 31,03$; $DP = 10,34$), da categoria “Outros” ($M = 27,25$; $DP = 10,31$) e da Universidade Sénior ($M = 24,82$; $DP = 5,58$). As comparações múltiplas evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre o Centro de Dia e a Universidade Sénior ($p = 0,012$) (Ver tabela 8).

Em síntese, os resultados indicam que a **participação em respostas sociais comunitárias se associa a diferenças nos níveis de solidão, destacando-se os participantes do Centro de Dia como o grupo com maior vulnerabilidade**, particularmente ao nível da solidão total, com valores médios **acima do limiar de solidão patológica** (> 32). Por outro lado, os **participantes da Universidade Sénior apresentam**, de forma consistente, **os níveis mais baixos de solidão, sugerindo um possível efeito protetor deste tipo de participação social**. Embora se verifiquem diferenças globais nas dimensões analisadas, estas são mais evidentes na solidão emocional e total, sendo menos consistentes ao nível da solidão social.

Tabela 8. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

Dimensão	CD	US	O	N
Solidão Emocional	2,41 (1,18)	1,50 (0,52)	1,95 (1,00)	2,11 (0,85)
Solidão Social	2,07 (0,92)	1,57 (0,35)	1,59 (0,53)	1,86 (0,60)
Solidão Total	34,86 (15,62)	24,82 (5,58)	27,25 (10,31)	31,03 (10,34)

Nota. CD- Centro de Dia; US- Universidade Sénior; O- Outros; N- Nenhuma

Valores apresentados referem-se à Média (Desvio-Padrão)

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Perceção de violência

Para analisar diferenças no risco de violência em função da tipologia de participação social (Centro de Dia, Centro de Convívio, Universidade Sénior, Outros ou Nenhuma), realizou-se uma ANOVA unifatorial, considerando as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e o índice total de violência, avaliados pelo EARVI.

Os resultados indicam que **não existem diferenças estatisticamente significativas** entre os grupos nas dimensões desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(3,82) = 2,532$; $p = 0,063$) e insegurança financeira ($F(3,82) = 1,670$; $p = 0,180$).

Por outro lado, nas dimensões de isolamento social ($F(3,82) = 3,061$; $p = 0,033$), dependência funcional ($F(3,82) = 10,157$; $p = 0,000$) e violência total ($F(3,82) = 8,686$; $p = 0,000$), observaram-se diferenças estatisticamente significativas, indicando a existência de variação global entre os grupos.

No que respeita ao **isolamento social**, o **Centro de Dia** apresenta o valor médio **mais elevado** ($M = 1,93$; $DP = 0,62$), seguido da categoria “Outros” ($M = 1,85$; $DP = 0,70$), do grupo sem participação ($M = 1,74$; $DP = 0,57$) e da Universidade Sénior ($M = 1,48$; $DP = 0,37$). As comparações múltiplas evidenciaram diferenças significativas entre o Centro de Dia e a Universidade Sénior ($p = 0,047$).

Relativamente à **dependência funcional**, o **Centro de Dia** apresenta valores médios claramente superiores ($M = 2,02$; $DP = 0,79$), comparativamente à Universidade Sénior ($M = 1,14$; $DP = 0,28$), à categoria “Outros” ($M = 1,00$; $DP = 0,00$) e ao grupo sem participação ($M = 1,42$; $DP = 0,59$). As comparações múltiplas confirmaram diferenças estatisticamente significativas entre o Centro de Dia e todos os restantes grupos ($p < 0,01$).

Quanto ao **índice total de violência**, o **Centro de Dia** apresenta novamente o valor médio mais elevado ($M = 7,24$; $DP = 1,53$), seguido do grupo sem participação ($M = 6,11$; $DP = 1,43$), da categoria “Outros” ($M = 5,88$; $DP = 1,69$) e da Universidade Sénior ($M = 5,31$; $DP = 0,62$). As comparações múltiplas evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre o Centro de Dia e a Universidade Sénior ($p = 0,000$), entre o Centro de Dia e o grupo sem participação ($p = 0,024$), e ainda entre a Universidade Sénior e o grupo sem participação ($p = 0,050$) (Ver tabela 9).

De forma global, os resultados indicam que a **tipologia de participação social não influencia significativamente as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas nem a insegurança financeira**. Contudo, verificam-se **diferenças significativas** ao nível do isolamento social, da dependência funcional e do risco global de violência, destacando-se os participantes do **Centro de Dia como o grupo que apresenta maior vulnerabilidade nestas dimensões**. Estes resultados sugerem que **diferentes formas de participação social podem estar associadas a perfis distintos de risco de violência na população idosa**.

Tabela 9. Comparação entre os níveis de violência percebida entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

Dimensão	CD	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,51 (0,54)	1,24 (0,20)	1,53 (0,44)	1,37 (0,35)
Isolamento Social	1,93 (0,62)	1,48 (0,37)	1,85 (0,70)	1,74 (0,57)
Dependência Funcional	2,02 (0,79)	1,14 (0,28)	1,00 (0,00)	1,42 (0,59)
Insegurança Financeira	1,79 (0,51)	1,45 (0,36)	1,50 (1,00)	1,57 (0,50)
Violência Total	7,24 (1,53)	5,31 (0,62)	5,88 (1,69)	6,11 (1,43)

Nota. CD- Centro de Dia; US- Universidade Sénior; O- Outros; N- Nenhuma

Valores apresentados referem-se à Média (Desvio-Padrão)

Fonte. Elaboração própria (2026)

4.5. Relação entre a percepção da solidão e a percepção do risco de violência nas pessoas idosas.

A. Relação entre a percepção de solidão e risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

A análise de correlação indicou que, em ambos os contextos, **a solidão percebida associa-se de forma significativa à percepção do risco de vitimação por violência**. No grupo de pessoas idosas **não institucionalizadas**, esta associação apresentou uma **correlação forte e positiva** ($r = 0,740$; $p = 0,000$), indicando que níveis mais elevados de solidão se relacionam com uma maior percepção de vulnerabilidade face à violência. No **grupo institucionalizado**, a correlação foi **muito forte e positiva** ($r = 0,892$; $p = 0,017$), sugerindo que, em contexto institucional, a solidão apresenta uma relação ainda mais estreita com a percepção do risco de violência – quanto mais solitários se percebem os idosos institucionalizados, maior é a sua percepção de vulnerabilidade a situações de violência (Ver Tabela 10).

Os participantes **institucionalizados** apresentam valores substancialmente mais **elevados de solidão** ($M = 46,67$; $DP = 13,75$) e de **percepção de violência** ($M = 9,02$; $DP = 2,50$), comparativamente aos não institucionalizados (solidão: $M = 29,02$; $DP = 10,45$; violência: $M = 5,97$; $DP = 1,36$), com valores acima do ponto de corte em ambos os construtos analisados. Estes dados indicam não só uma **maior intensidade destas experiências em contexto institucional, como também uma associação mais forte** entre elas.

Em conjunto, os resultados reforçam a ideia de que a **solidão constitui um indicador relevante de vulnerabilidade ao risco de violência entre pessoas idosas, sendo a institucionalização um fator que pode amplificar tanto os níveis destas variáveis como a força da associação entre elas**. Estes resultados sublinham a importância de estratégias de intervenção direcionadas à redução da solidão e ao fortalecimento das redes de apoio social, particularmente em contextos institucionais, onde esta relação se revela mais acentuada.

Tabela 10. Relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Casa Própria/ Famíliares	Solidão	29,02	10,45	0,740	0,000
	Violência	5,97	1,36		
ERPI	Solidão	46,67	13,75	0,892	0,017
	Violência	9,02	2,50		

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

A análise de correlação de Pearson entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência entre pessoas idosas não institucionalizadas revelou padrões distintos consoante a integração, ou não, em respostas sociais comunitárias.

No grupo integrado em atividades de apoio comunitário, a correlação foi **positiva, muito forte e estatisticamente significativa** ($r = 0,774$; $p = 0,000$), indicando que, **mesmo em contextos de participação comunitária, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de violência**.

Por outro lado, no grupo **não integrado**, a correlação foi **positiva e forte** ($r = 0,689$; $p = 0,000$), sugerindo que, **entre os idosos que não participam em respostas sociais comunitárias, a solidão também se associa de forma intensa à percepção do risco de vitimação** (Ver tabela 11).

Esta evidência é ainda reforçada pela análise descritiva, com os níveis médios de solidão percebida e de percepção do risco de vitimação por violência a registarem uma variação ligeira em função da integração em respostas sociais comunitárias. No grupo integrado em atividades de apoio comunitário, os participantes apresentaram níveis médios de solidão de $M = 27,71$ ($DP = 10,40$) e percepção de risco de violência de $M = 5,88$ ($DP = 1,32$). No grupo não integrado, a média de solidão foi ligeiramente mais elevada ($M = 31,03$; $DP = 10,34$), assim como a percepção de risco de violência ($M = 6,11$; $DP = 1,43$).

Estes resultados indicam que a **solidão constitui um fator consistentemente associado à percepção de risco de violência, independentemente da integração ou não em respostas sociais comunitárias**. Contudo, observa-se que os **participantes não integrados** apresentam níveis médios ligeiramente mais elevados de solidão e de percepção de risco, sugerindo uma **maior vulnerabilidade global** neste grupo. Ainda assim, a força da associação entre as duas variáveis mantém-se elevada em ambos os contextos, o que reforça a importância da **solidão como indicador central da percepção de vulnerabilidade à violência na população idosa**.

Tabela 11. Relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	27,71	10,40	0,774	0,000
	Violência	5,88	1,32		
Não Integrados em RS	Solidão	31,03	10,34	0,689	0,000
	Violência	6,11	1,43		

Nota. RS. Resposta(s) Social(ais); Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

Considerações finais

Apesar da crescente atenção dedicada à população envelhecida, a disponibilidade de dados sobre solidão e exposição à violência entre pessoas idosas continua a apresentar lacunas significativas em Portugal, especialmente no que respeita a estudos que analisem, de forma participativa, integrada e sistemática, as perceções das próprias pessoas idosas sobre a solidão e a violência enquanto fatores de risco críticos.

O projeto RiViS 65+ (Risco de Violência e de Solidão em pessoas idosas) é uma investigação em curso que pretende dar resposta a esta lacuna.

No âmbito do município de Benavente, os resultados indicam que, globalmente, os níveis médios de **solidão** emocional, social e total se situam abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão patológica expressos na dimensão índice total de solidão. A análise em função de características sociodemográficas revelou que sexo e rendimento mensal não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas à idade, escolaridade, estado civil, local de residência, perceção de saúde e nível de autonomia: pessoas pertencentes ao grupo etário mais velho, sem escolaridade básica, com residência em ERPI, que se percebem como doentes e com menor autonomia, são os que apresentam níveis médios de solidão acima do ponto de corte patológico. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **com idade mais avançada, sem escolaridade, em situação de institucionalização, com pior estado de saúde e menor nível de autonomia**. Importa salientar que estes grupos apresentam **valores médios superiores ao limiar indicativo de solidão patológica** (≥ 32), reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas populações de maior vulnerabilidade.

Quanto à perceção de **violência**, os níveis médios situam-se, globalmente, abaixo do limiar de risco, com a dimensão de **isolamento social** a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentam médias inferiores. Apesar disso, alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A perceção de violência não difere significativamente quanto ao rendimento mensal, mas associa-se a todas as outras variáveis analisadas - sexo, idade, escolaridade, estado civil, local de residência, estado de saúde e autonomia: são os homens, pessoas pertencentes ao grupo etário mais velho, sem escolaridade, viúvos, com residência em ERPI, mais doentes e mais dependentes, os que relatam níveis mais elevados de violência, destacando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e intervenção. No caso dos participantes sem escolaridade e institucionalizados, importa referir que o nível de violência é superior ao ponto de corte patológico. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados permitem identificar **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente, **homens, pessoas com idade mais avançada, sem escolaridade, viúvos, em situação de institucionalização (ERPI), com pior perceção do estado de saúde e maior dependência**, destacando a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a estas situações de maior risco.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/familiares e em ERPI revelou que, de forma geral, este influencia significativamente os níveis de solidão, dado surgirem diferenças em duas das três dimensões analisadas: **a solidão social e o índice total de solidão é mais elevado nas pessoas com residência em ERPI** do que os residentes em casa própria/familiares. No caso do índice total de solidão, os valores expressos pelas pessoas institucionalizadas situam-se em valores clinicamente relevantes. No que diz respeito à perceção de violência, há diferenças entre os grupos em dimensões específicas: o **isolamento social**, a **dependência funcional** e o **índice total de violência**, **são significativamente**

superiores entre as pessoas institucionalizadas (ERPI). Embora o contexto institucional não pareça exercer influência generalizada sobre a percepção global de violência, estes resultados alertam para a importância de **considerar o contexto residencial na definição de estratégias de intervenção e políticas públicas.**

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias**, os resultados demonstraram que entre pessoas não institucionalizadas, a participação em respostas sociais estruturadas parece atuar de forma diferenciada na solidão: **a participação em Centro de Dia associa-se a níveis mais elevados de solidão** nas três dimensões avaliadas - solidão emocional, social e total – enquanto **a participação na Universidade Sénior se associa a níveis mais baixos de solidão nestas mesmas dimensões.** A percepção de violência total não difere significativamente entre os grupos, mas surgem diferenças em dimensões específicas: **o isolamento social, a dependência funcional e o índice total de violência assumem valores mais elevados nas pessoas que frequentam o Centro de Dia** comparativamente aos com idosos sem participação. Estes resultados indicam este tipo de resposta social como sendo o grupo mais vulnerável ao risco de violência e destacam a relevância da monitorização e de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com os idosos residentes em ERPI a apresentar níveis patológicos e clinicamente relevantes de solidão e risco de vitimação, comparativamente aos residentes em casa própria/familiares. Esta associação entre solidão e percepção de violência é positiva e significativa em todos os contextos, embora mais intensa em idosos institucionalizados, sugerindo que **a institucionalização potencia simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de risco.** Entre os não institucionalizado, a integração em respostas sociais comunitárias modula esta relação, com os participantes integrados a apresentarem correlação positiva e muito forte, enquanto nos não integrados a correlação é positiva e forte. Estes resultados indicam que **a solidão constitui um fator consistentemente associado à percepção de risco de violência, independentemente da integração em respostas sociais comunitárias**, evidenciando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa de Benavente. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos com solidão patológica (índice total ≥ 32)- nomeadamente pessoas com idade mais avançada, sem escolaridade, institucionalizadas, com pior estado de saúde e menor autonomia- justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Esta necessidade é reforçada pelo perfil da amostra, cuja idade média é de 76,22 anos e 64,1% detém no máximo o ensino básico, fatores que potenciaram níveis críticos de risco nos grupos mais velhos (85+). A evidência demonstra que a integração em respostas sociais, frequentadas por 60,5% da amostra, não atua como fator protetor. Verifica-se que a frequência de Centro de Dia se associou a maiores níveis de solidão e risco, contrastando com o impacto positivo das Universidades Seniores. Desta forma, o contexto residencial e a modalidade de apoio social surgem como eixos críticos, exigindo estratégias de monitorização e promoção da autonomia como pilares da segurança e bem-estar no município.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se o reforço da participação em respostas sociais, com foco prioritário em pessoas idosas, com idade mais avançada, sem escolaridade, residentes em ERPI, com pior percepção de saúde e menor autonomia. Face aos elevados índices de solidão verificados nos Centros de Dia, sugere-se a transição para modelos de intervenção mais personalizados e significativos, inspirados no sucesso da Universidade Sénior. Devem ser promovidos programas de suporte emocional e iniciativas intergeracionais que potenciem a criação e o reforço de vínculos, utilizando estratégias de comunicação simplificadas, que se ajustem à baixa escolaridade da amostra, assegurando que a integração social se traduza num suporte real à qualidade de vida relacional.

Relativamente à percepção do risco de violência, recomenda-se a realização de avaliações regulares de vulnerabilidade, focadas prioritariamente em homens, viúvos e pessoas institucionalizadas (ERPI), uma vez que nestes grupos o nível de violência percecionada ultrapassa o ponto de corte patológico. É fundamental desenvolver intervenções que promovam a autonomia funcional, uma vez que a dependência é um preditor de vitimação na amostra. Devem ser implementadas ações de literacia em direitos e segurança pessoal adaptadas a baixos níveis de escolaridade, com especial ênfase no combate ao isolamento social. Estas iniciativas devem garantir que a pessoa idosa conheça e saiba aceder aos recursos de apoio locais, transformando a proximidade da vizinhança num mecanismo de vigilância ativa e proteção.

Na interseção entre solidão e violência, justifica-se a implementação de programas integrados de apoio psicossocial que reconheçam a correlação positiva e muito forte identificada entre estes dois fenómenos no município. No contexto de Benavente, esta relação é particularmente crítica em pessoas idosas residentes em ERPI, exigindo uma monitorização sistemática que combine o suporte emocional com a vigilância de riscos. As intervenções devem focar-se no reforço da resiliência e da autonomia funcional, assegurando que a integração em respostas sociais, funcione como um fator real de proteção, reduzindo assim a vulnerabilidade à vitimação potenciada pelo isolamento.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de programas de formação e de sensibilização dirigidos às famílias, centrados no suporte emocional à pessoa idosa, com especial atenção à vivência da viuvez,

identificada como fator de risco em Benavente. As famílias devem ser capacitadas para manter uma presença qualitativa e constante, prevenindo o isolamento emocional que a institucionalização (ERPI) tende a potenciar. É essencial promover competências de comunicação que validem o papel da pessoa idosa na estrutura familiar, independentemente da sua situação conjugal ou local de residência.

No que respeita à violência, é fundamental sensibilizar as famílias para a identificação precoce de sinais de risco, com especial foco na dependência funcional, que o estudo associou a uma maior perceção de violência. As famílias devem ser capacitadas para prevenir situações de abuso e negligência, sendo informadas sobre os canais formais de denúncia e os recursos de apoio locais. Dada a fragilidade económica de uma parte da amostra (rendimentos $\leq 500\text{€}$), a vigilância deve estender-se à proteção contra a exploração financeira.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se a implementação de programas de suporte familiar estruturado, com acompanhamento conjunto entre famílias e profissionais, reforçando as redes formais e informais de apoio. Esta intervenção é prioritária onde existe a correlação positiva e muito forte entre solidão e risco de vitimação, como nas ERPI e nas pessoas idosas integrados em respostas comunitárias, exigindo uma responsabilização ativa na prestação do cuidado.

Recomendações dirigidas à comunidade

Ao nível comunitário, recomenda-se o desenvolvimento e a reestruturação das respostas sociais de proximidade. Em Benavente, dado que a participação em Centros de Dia se associou a níveis mais elevados de solidão, considera-se fundamental transformar estas respostas em modelos mais dinâmicos e inclusivos, à semelhança das Universidades Seniores, que provaram ser fatores protetores. Devem ser promovidas atividades que gerem pertença, como aulas, voluntariado, projetos artísticos e que sejam adaptadas à baixa escolaridade da maioria da amostra, garantindo que a participação comunitária resulte numa integração social efetiva e que assegure a prevenção da solidão.

No domínio da violência, recomenda-se a criação e consolidação de redes de vigilância comunitária de proximidade que envolva não só os serviços formais, mas também o comércio local e vizinhos. Esta rede deve ser capacitada para identificar precocemente sinais de isolamento social, a dimensão de violência com maior expressão no concelho. Sugere-se que os mecanismos de sinalização priorizem as pessoas idosas em situação de maior risco: homens, viúvos e residentes em áreas de vizinhança próxima que apresentem indicadores de dependência funcional.

De forma integrada, o poder local deve promover programas que articulem o combate à solidão e à violência através de uma forte cooperação interinstitucional (Saúde, GNR, Ação Social). Em Benavente, esta estratégia deve focar-se na monitorização sistemática das ERPI e dos contextos de maior isolamento, assegurando que a intervenção comunitária atue como um fator de vigilância ativa sobre os riscos psicossociais, promovendo a consciência de direitos e a segurança de quem vive sozinho ou institucionalizado.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se o investimento em formação contínua que capacite os profissionais para a diferenciação entre solidão emocional e social, com foco obrigatório no contexto de institucionalização (ERPI) e nos viúvos, onde os níveis atingem o limiar patológico. É essencial reforçar competências de avaliação que cruzem a saúde mental com o nível de autonomia funcional, reconhecendo que a perceção de dependência e de doença potencia o isolamento. Os técnicos devem utilizar o ponto de corte clínico (≥ 32) como um indicador de alerta para intervenção prioritária.

Relativamente à violência, é essencial capacitar os profissionais para a identificação precoce de indicadores de risco associados à dependência funcional e ao isolamento social, a dimensão de violência com maior expressão na amostra. Os profissionais, em particular os que atuam em ERPI, devem intervir na promoção da autonomia como estratégia primária de prevenção. É essencial que o conhecimento dos protocolos legais seja acompanhado por uma vigilância ética rigorosa junto dos grupos que relatam níveis mais elevados de violência, homens e pessoas com 85 ou mais anos.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se o desenvolvimento de protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional, centrados na pessoa idosa. Estas diretrizes devem reconhecer formalmente a correlação positiva e muito forte identificada entre estes dois fenómenos no município de Benavente, cuja intensidade é particularmente crítica nos idosos institucionalizados e integrados em respostas sociais, visando a monitorização sistemática de riscos e a promoção da autonomia funcional.

A Tabela 12 sintetiza as recomendações, destacando fragilidades identificadas e objetivos de intervenção.

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Benavente.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis patológicos (≥ 32) em pessoas idosas com 85+ anos, sem escolaridade e institucionalizados (ERPI). Risco agravado pela pior auto percepção de saúde e pelo menor nível de autonomia funcional.	Diminuir a solidão clinicamente relevante e o isolamento social através da promoção da autonomia e do suporte emocional.	Desenvolver Programas de escuta ativa e de suporte emocional individualizado; sessões de acompanhamento focadas na integração na ERPI e na elaboração do luto (viuvez); criar projectos intergeracionais; dinamizar ateliers de estimulação motora e cognitiva adaptados; adaptar o modelo do Centro de Dia para um formato de, mais próximo da Universidade Sénior.
	Violência	Maior perceção de risco em homens, pessoas idosas 85+, com baixa escolaridade e viúvos.	Prevenir situações de risco de vitimação e reforçar as competências de autoproteção e segurança pessoal.	Sessões de literacia jurídica utilizando suportes visuais e orais adaptados à baixa escolaridade; planos de vida individualizados em ERPI; promover treinos de comunicação assertiva; criar redes de suporte entre pares focadas em homens e viúvos.
	Solidão e Violência	Associação muito forte entre solidão e risco de violência: idosos institucionalizados e com maior dependência funcional apresentam vulnerabilidade cumulativa.	Interromper o ciclo de vulnerabilidade pela criação de redes de vigilância e reforço da autonomia funcional.	Implementar programas integrados de apoio psicossocial e acompanhamento individualizado; criar uma rede de vizinhança sentinela para monitorização sistemática de situações de risco; ativar planos de vigilância afetiva e programas de reabilitação da autonomia funcional.
Famílias	Solidão	Importância do suporte familiar, sobretudo em contextos de viuvez e institucionalização (ERPI), onde a fragilização das redes de proximidade aumenta a solidão social.	Fortalecer os vínculos familiares e promover a corresponsabilização no acompanhamento emocional do idoso.	Implementar programas de mediação e reaproximação familiar; criar grupos de apoio para familiares focados na gestão do luto e manutenção do vínculo; dinamizar eventos de integração família-ERPI.
	Violência	Papel central das famílias na deteção precoce de risco, condicionado pela qualidade do suporte e pela gestão da dependência funcional.	Capacitar a família como agente de proteção e vigilância ativa contra situações de abuso ou negligência.	Realizar sessões de literacia sobre sinais de alerta e direitos dos idosos; implementar programas de apoio ao cuidador para prevenir o 'esgotamento'; estabelecer canais diretos de comunicação com técnicos de saúde/social.
	Solidão e Violência	Necessidade de intervenção concertada com	Garantir que a família e a pessoa idosa atuam em parceria na	Implementar programas de suporte familiar estruturado; promover o acompanhamento conjunto entre

		a pessoa idosa, integrando a família como suporte central na prevenção.	construção de planos de segurança e bem-estar emocional.	família e profissionais; fortalecer as redes formais e informais de apoio (vizinhança e serviços locais).
Comunidade	Solidão	Prevalência de solidão social e isolamento geográfico em zonas rurais, agravados pela falta de espaços de convívio inclusivos e acessíveis.	Promover a coesão social e criar espaços de pertença que combatam o isolamento geográfico e social.	Desenvolver iniciativas comunitárias acessíveis e reforçar Universidades Seniores e centros de convívio; dinamizar projetos de animação itinerante em zonas isoladas; criar cafés de memória e pontos de encontro no comércio local.
	Violência	Necessidade de capacitação da comunidade para a identificação de sinais de alerta, combatendo o idadismo e a normalização da negligência.	Sensibilizar a sociedade civil para a denúncia de abusos e promover uma cultura de tolerância zero à violência contra idosos.	Criar redes de vigilância comunitária, vizinhos/comércio e desenvolver mecanismos de sinalização precoce de riscos; promover ações de formação para profissionais de primeira linha (comércio, farmácias, forças de segurança); dinamizar serviços de apoio que garantam uma presença regular junto dos idosos mais vulneráveis.
	Solidão e Violência	Problemas multidimensionais exigem respostas articuladas entre os diversos atores locais.	Promover uma intervenção integrada e multidisciplinar.	Reforçar a cooperação entre serviços sociais, de saúde e de segurança (GNR) através de redes de parceria e programas integrados; criar redes de vizinhança sentinela e comércio local, com mecanismos diretos de sinalização precoce de riscos; promover serviços técnicos no domicílio e dinamizar fóruns de discussão local para envolver a comunidade nas soluções.
Profissionais	Solidão	Necessidade de maior capacitação técnica para lidar com a natureza multidimensional da solidão e da violência.	Dotar os profissionais de ferramentas teóricas e práticas para uma intervenção mais eficaz, segura e humanizada.	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social; promover <i>workshops</i> de atualização legislativa e ética na proteção da pessoa idosa; implementar sessões de supervisão técnica e apoio emocional para prevenir o <i>burnout</i> dos profissionais de primeira linha; fomentar a interdisciplinaridade e a gestão de casos complexos através de equipas de intervenção técnica integrada; implementar reuniões de estudo de caso interinstitucionais (Saúde, Segurança, Social); desenvolver manuais de boas práticas integradas para a intervenção no envelhecimento vulnerável.
	Violência	Complexidade dos fenómenos de abuso e negligência exigem competências específicas de diagnóstico e intervenção	Capacitar os profissionais para a identificação precoce e gestão segura de situações de maus-tratos e negligência.	Realizar <i>workshops</i> práticos de capacitação focados na avaliação de indicadores, protocolos de sinalização e estratégias de intervenção em crise; promover ações de formação sobre o enquadramento jurídico e denúncia segura; implementar sessões de supervisão técnica para apoio à decisão em casos complexos
	Solidão e Violência	Problemas multidimensionais exigem respostas articuladas e uma visão holística	Fomentar a interdisciplinaridade e a gestão integrada de casos complexos, garantindo uma resposta sistémica	Desenvolver protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional (Saúde, Segurança e Social) centrados na pessoa idosa; implementar reuniões periódicas de estudo de caso para a discussão e gestão partilhada de situações de elevado risco; criar um fluxo de sinalização partilhado e redes de parceria que evitem a duplicação de intervenções e a desproteção da pessoa idosa; promover programas comunitários integrados que abordem simultaneamente a solidão e a violência.

Referências

- Agostinho, I., Grácio, L., & Carapeto, M. J. (2024). Solidão e bem-estar em adultos portugueses: Uma revisão de literatura. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 6, 486-494. <https://doi.org/10.61415/riage.325>
- Anes, E., Brás, M., Antão, C., & Anastácio, Z. (2019). Violência e maus tratos em idosos portugueses: 2000-2017. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, INFAD 1(4), 363-368. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1610>
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2024). Estatísticas APAV: Relatório de atividades 2023. https://apav.pt/pub/Relatorio_Atividades_2023.pdf
- Araújo-Monteiro, G., Silva, J. C., & Costa, M. L. (2024). Preditores de violência contra a pessoa idosa em contexto comunitário: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 27, e240012.
- Chagas, A., da Cunha, M., Bezerra, K., Santos, J., Marcolino, E., & Rodrigues, R. (2024). Social representation of physical and psychological violence and abandonment from the perspective of elderly people. *Cogitare Enfermagem*, 29, 1-11. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95293>
- Cichowsky, S. G. R., José, J. S., & Mauritti, R. (2016). Percepções de violência contra idosos em contextos institucionais: O caso português. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (81), 115–134. <https://doi.org/10.7458/SPP2016816223>
- Cornelis, M.C., Wang, Y., Holland, T., Agarwal, P., Weintraub, S., & Morris, M.C. (2019). Age and cognitive decline in the UK Biobank. *PLoS ONE*, 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213948>
- Crewdson, J. (2016). The effect of loneliness in the elderly population: A review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.4137/HACCE.S35890>
- Damas, C. Pereira, D., & Castro, F. (2023). Impacto da solidão nas pessoas idosas uma reflexão sobre a importância da intervenção dos assistentes sociais com pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2479>
- Feitosa, F. (2013). Habilidades sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1), 38-50.
- Ferreira, P. (2020). Envelhecimento populacional e mercado de trabalho: Que lugar para os trabalhadores mais velhos? *Revista Científica de Intervenção Social, Política e Desenvolvimento Comportamental - JSPIBD*, (1), 91-118, Ed. Temática Socius – Perspectivas de Intervenção para a Mudança no Séc. XXI.
- Gil, A. P. (2015). Violência contra as pessoas idosas em contexto institucional: Um estudo exploratório em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 154–162. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.03.003>
- Instituto Nacional de Estatística (2020). Projeções de população residente 2018-2080. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Censos 2021 – divulgação dos resultados definitivos. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.
- Lima, F. (2019). Avaliação de risco de violência intrafamiliar contra o idoso: a relação com o défice do autocuidado e a funcionalidade da família (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/41765>
- Lima, F., Lopes, M., & Lima, T. (2018). Desenvolvimento e validação da escala de avaliação do risco de violência para idosos (EARVI). *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(1), 1241. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(1\).1241](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(1).1241)
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics 27* (8 Ed). Bertrand.
- Nazareth, J. (2007). *Demografia, a ciência da população* (2ª ed.). Ed. Presença.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Geneva.
- Parreira, V. (2022). *A solidão nos idosos: O efeito preditivo dos afetos negativos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Piaget. <http://hdl.handle.net/10400.26/41523>
- Pocinho, M., Farate, C., & Amaral Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações*, 18, 65-77.

- Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49 (1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011>
- Quakinin, S., & Barreira, D. (2015). Solidão e saúde mental. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28(1), 130-132.
- Sukyung, Y., & Mahapatra, N. (2024). Domestic violence, mental health, and resilience among older adults in the U.S. during COVID-19. *Journal of Aging & Health*, 36(3/4), 194-206. <https://doi.org/10.1177/08982643231181753>
- Torres et al. (2022). Aspectos biológicos e tecnológicos do processo de envelhecimento humano. Editora CRV.
- Valente Rosa, M. (2012). O envelhecimento da sociedade portuguesa. Ed. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Veríssimo, J., Verhaeghen, P., Goldman, N., Weinstein, M. & Ullman, M. (2022). Evidence that ageing yields improvements as well as declines across attention and executive functions. *Nat Hum Behav*, 6, 97-110. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01169-7>
- Xia, C., Xu, J., & Wang, Y. (2023). Getting good sleep with family support: The role of fear of crime and loneliness. *Behavioral Science*, 13, 909. <https://doi.org/10.3390/bs13110909>
- Yilmaz, M., Durmaz, A., & Arikan, I. (2022). Elderly abuse, affecting factors and evaluation of life satisfaction: A cross-sectional study. *Psychogeriatrics*, 22(5), 612-620. <https://doi.org/10.1111/psyg.12862>

Bibliografia Complementar

- Abu Bashar, M.D., Begam, N., & Gnansekaran, S. (2025). Elderly loneliness: A growing public health challenge. In Z. Ahmed (Ed.) *Loneliness - The ultimate suffering in modern society*. IntechOpen. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1011160>
- Akhter-Khan, S. C., Prina, M., Wong, G. H.-Y., Mayston, R., & Li, L. (2022). Understanding and addressing older adults' loneliness: The social relationship expectations framework. *Perspectives on Psychological Science*, 18(4), 762-777. <https://doi.org/10.1177/17456916221127218>
- Anes, A., Gouveia, A. R., & Reis, M. (2019). Violência contra idosos: Um olhar sobre a realidade em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 123-132. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Araújo-Monteiro, G., Souto, R., de Sousa, R., dos Santos-Rodrigues, R., Carvalho, I., Gomes, A., & Brandão, B. (2024). Predictors of physical and psychological violence among community-dwelling elderly people. *Enfermagem Atual in Derme*, 98(3), 1-14.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2023). *Estatísticas APAV: Relatório anual 2022*. APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2024). *Estatísticas APAV: Relatório anual 2023*. APAV.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Bruehl, A. B., Dimachk, M., & Crandall, M. (2019). Elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35(1), 103-113. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.009>
- Burnes, D., Pillemer, K., & Lachs, M. S. (2019). Elder abuse prevention: A systematic review of interventions. *The Gerontologist*, 59(1), 15-25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx166>
- Carvalho, M., & Rodrigues, M. (2013). Pobreza e violência sobre os idosos. In M. Carvalho (Coord.), *Serviço social no envelhecimento* (pp. 137-148). Pactor.
- Centro de Estudos Judiciários (2026). *Violência contra as crianças e idosos no contexto mais amplo da violência doméstica*. Coleção Formação Contínua. <https://cej.justica.gov.pt/Noticias/Novo-e-book-Violência-contra-as-crianças-e-idosos-no-contexto-mais-amplo-da-Violência-Doméstica>
- Chagas, S., Santos, T., & Rocha, A. (2024). Representações sociais e subjetividades da violência contra idosos: O impacto do abandono. *Análise Psicológica*, 42(1), 45-59.
- Conradi, S., & Cramer, H. (2025). The silent epidemic: Loneliness as a global public health challenge. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*. 31, 9. <https://doi.org/10.1089/jicm.2025.0426>
- Conselho de Ministros (2024). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024: Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026*. Diário da República.
- Russell et al. (1978)
- Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Review and commentary of a national academies report. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1233-1244. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005>
- European Commission (2021, 27 de janeiro). *Green Paper on Ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations*. Publications Office of the European Union.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2020). *Envelhecimento em Portugal: Desafios e oportunidades*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gill JK. (2022). Barriers to Help Seeking among Victims of Elder Abuse: A Scoping Review and Implications for Public Health Policy in Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 41(3), 460-475. <https://doi.org/10.1017/S0714980821000295>
- Gonçalves, G. (2022). *Solidão na pessoa idosa: Perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional* [Master dissertation, Escola Superior de Educação]. Repositório do Instituto Politécnico de Coimbra <http://hdl.handle.net/10400.26/42538>
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

- Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, J. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568>
- Ibáñez-del Valle, V., Corchón, S., Zaharia, G., & Cauli, O. (2022). Social and emotional loneliness in older community dwelling-Individuals: The role of socio-demographics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16622. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416622>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2024). Envelhecimento e saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104728. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728>
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (art. 8.º). Diário da República n.º 152/2019, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-125381607>
- Martins, A., Silva, P., & Ferreira, R. (2023). Níveis de solidão na população idosa em Portugal: Um estudo nacional. *Revista Portuguesa de Gerontologia*, 15(2), 45–60.
- Monteiro, I., Almeida, R., & Portugal, P. (2024). Health (dis)equalities and social isolation and loneliness in the older people: A qualitative study. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 5. <https://doi.org/10.61415/riage.237>
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *World report on ageing and health*. Genebra. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2022). *Tackling abuse of older people: Five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356024>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global reach, dynamic causes, and active responses. *The Lancet*, 387(10020), 796–805. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00468-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00468-2)
- Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um construto complexo. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 32, 53-66. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/399>
- Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC Geriatrics*, 25, 244 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4>
- Redondo, A., Gil, A. P., & Ferreira, J. (2016). Dinâmicas organizacionais e violência institucional: O quotidiano das ERPI. *Fórum Sociológico*, (28), 35–44.
- Rosen, T., Makaroun, L. K., Conwell, Y., & Betz, M. (2019). Violence in older adults: Scope, impact, challenges, strategies for prevention. *Health Affairs*, 38(10), 1630–1637. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00577>
- Rudatis, C. (2020). *Violence against older women in Italy: Understanding the scope and possible interventions* [Tese de Doutoramento, Università di Genova].
- Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., Canbary, Z., Heidarian, P., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Humanities & Social Sciences Communications*, 12(1), 985. <https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referencia*, 12(2), 9-16.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. SNS, Lisboa.
- Serviço Nacional de Saúde 24 (2023). *Relatório sobre solidão e saúde da população idosa*. SNS.
- Silva, K. C. V., Vieira, S. de A., Souza, A. C. de, Silva, M. de L., & Bezerra, Y. C. P. (2025). O impacto da solidão e o isolamento social na saúde mental dos idosos. *Revista Contemporânea*, 5(7), e8659. <https://doi.org/10.56083/RCV5N7-098>
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101339. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024. Data Portal.

Vedder, P., Boon, J., & van Tilburg, T. (2022). Existential loneliness in later life: The role of loss and social support. *Aging & Mental Health*, 26(5), 977–985. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1806675>

Vinueza-Veloz, M. F., Nuñez-Rivero, Y., Leyva-Montero, M., Montero-López, I. L., & Mera-Segovia, C. M. (2021). Determinantes sociodemográficos de violencia en adultos mayores ecuatorianos. *Revista Española de Geriatria*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.003>

Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), 147–156.

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>

Anexo

Tabela 1A. Instrumentos de recolha por dimensões, itens e sub-itens

Dominios	Dimensões	Itens	Sub-Itens
Dados sociodemográficos	Sexo	Masculino Feminino Outro	
	idade	Idosos Jovens- 65-74a Idosos- 75-84a Idosos mais Velhos-≥85a	
	Estado Civil	Solteiro/a Casado(a)/União de Facto Divorciado/a Viúvo/a	
	Escolaridade	Sem Ensino Básico Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior	
	Zona Onde Habita	Urbana Rural	
	Rendimento Mensal	- 500 euros de 501 a 870 euros de 871 a 1045 euros de 1046 a 1568 euros + de 1569 euros Prefiro não responder	
	Saúde	Doente Saudável	
	Autonomia	Dependente Independente	
	Local Onde Habita	Casa Própria/ Familiares - Com Quem	Sozinho/a Com Parceiro/a Com Filho/a(s) Com Parceiro/a e Filho/a(s) Com Outro(s)
		Casa Própria/ Familiares - Tipo de habitação	Apartamento Vivenda isolada Vivenda com vizinhos
		Casa Própria/ Familiares - Tem SAD	Não Sim
		Casa Própria/ Familiares - Serviços de SAD	Refeições Limpez Roupa Outro(s) Nenhuma
		Casa Própria/ Familiares - Tipo Atividades	Centro de Dia Centro de Convívio Universidade Sénior Outra(s) Nenhuma
		Casa Própria/ Familiares - Frequência Atividades	1 a 2 vezes por semana 3 a 5 vezes por semana 6 a 7 vezes por semana Nenhuma

Dados sociodemográficos (Cont.)		ERPI - Tipo de atividades	Atividades culturais da Instituição Atividades desportivas da Instituição Atividades de lazer da Instituição Outra(s) Nenhuma
		ERPI - Frequência de Atividades	1 a 2 vezes por semana 3 a 5 vezes por semana 6 a 7 vezes por semana Nenhuma
		Sem Resposta Habitacional- Habitação Social/ Temporária	Não Sim
		Sem Resposta Habitacional- Gestor de Caso	Não Sim
Solidão Loneliness Scale UCLA ; Russell et al. (1978) Traduzida e adaptada para Portugal por Pocinho, Farate & Amaral Dias (2010)	Solidão Total	Itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16	
	D1- Solidão Emocional	Itens 1, 2, 3, 4 e 9	
	D2- Solidão Social	Itens 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16	
Violência Avaliação do Risco de Violência para Idosos EARVI ; Lima, Lopes, & Lima (2018) Traduzida e adaptada para Portugal por Lima (2019)	Violência Total	Itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21	
	D1-Desconfiança/ Insegurança nas relações próximas	Itens 3, 4, 11, 14, 15, 18, 20 e 21	
	D2- Isolamento social	Itens 2, 6, 7, 10 e 17	
	D3- Dependência funcional	Itens 1, 9, 12 e 16	
	D4- Insegurança Financeira	Itens 5, 8, 13 e 19	

Fonte. Elaboração própria (2025)