



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE PONTA DELGADA

**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**

maio 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.	18
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.	20
4.5. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	23
Considerações finais	Erro! Marcador não definido.
Recomendações	Erro! Marcador não definido.
Referências.....	28
Anexo	33

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.	19
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	20
Tabela 8. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	21
Tabela 9. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	23
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.	24
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.	25
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Ponta Delgada.....	Erro! Marcador não definido.

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 (Referência 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 Ponta Delgada. 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 Ponta Delgada. 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 Ponta Delgada, 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 **31 pessoas** com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Ponta Delgada. Verifica-se um predomínio do **sexo feminino** ($n = 24$; 77,4%), em comparação com o sexo masculino ($n = 7$; 22,6%). As **idades** dos participantes variam entre os 65 e os 95 anos, apresentando uma média de **79,13** anos ($DP = 9,45$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 13$; 41,9%), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n = 11$; 35,5%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 23$; 74,2%), 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** ($n = 6$; 85,7%). **A maioria** encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 20$; 64,5%), enquanto uma percentagem mais reduzida se encontra a residir em **habitação própria ou de familiares** ($n = 11$; 35,5%).

Relativamente ao **rendimento mensal**, 32,3% dos participantes ($n = 10$) apresentam rendimentos compreendidos **entre 501 e 870 euros**. Por sua vez, 25,8% ($n = 8$) auferem mais de 1569 euros, enquanto 19,4% ($n = 6$) optaram por não responder. Verifica-se ainda que 9,7% ($n = 3$) têm rendimentos entre 1046 e 1568 euros, 6,5% ($n = 2$) auferem menos de 500 euros mensais e outros 6,5% ($n = 2$) apresentam rendimentos entre 871 e 1045 euros.

No que se refere à percepção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,32 ($DP = 0,48$), o que indica uma **percepção global do estado de saúde tendencialmente negativa**. Relativamente à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), observou-se uma média de 1,52 ($DP = 0,51$), sugerindo uma **percepção global de autonomia funcional moderada** entre os participantes.

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

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	7	22,6
	Feminino	24	77,4
Idade (anos)	Intervalo	65-95	—
	Média (DP)	79,13 (9,45)	—
Idade (por grupo)	65-74	10	32,3
	75-84	11	35,5
	85-100	10	32,3
Estado Civil	Solteiro/a	3	9,7
	Casado(a)/União de Facto	11	35,5
	Divorciado/a	4	12,9
	Viúvo/a	13	41,9
Escolaridade	Sem Ensino Básico	4	12,9
	Com Ensino Básico	23	74,2
	Com Ensino Secundário	1	3,2
	Com Ensino Superior	3	9,7

Zona de Residência	Rural	1	14,3
	Urbano	6	85,7
	Omisso	24	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	11	35,5
	ERPI	20	64,5
Rendimento Mensal	- 500 euros	2	6,5
	de 501 a 870 euros	10	32,3
	de 871 a 1045 euros	2	6,5
	de 1046 a 1568 euros	3	9,7
	+ de 1569 euros	8	25,8
	Prefiro não responder	6	19,4
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,32 (0,48)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,52 (0,51)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à **situação habitacional**, 35,5% dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 11). Desses, 45,5% vive com parceiro/a e com filho/a(s) (n = 5), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 7; 63,6%). 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, **nenhum dos participantes respondentes usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 11; 100%).

Apesar de nenhum dos participantes usufruir de SAD, **90,9% encontram-se integrados em respostas sociais de proximidade**, como centros de dia e centros de convívio, ou participam noutras atividades comunitárias. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente uma a duas vezes por semana (n = 8; 72,7%).

Uma maior **percentagem da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 20; 64,5%). Destes, 20% (n = 4) participam em atividades culturais, 10% (n = 2) em atividades de lazer, e 70% (n =14) 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-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	2	18,2
		Com parceiro/a	2	18,2
		Com Filho/a	1	9,1
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	5	45,5
		Com Outro(s)	1	9,1
		Omisso	20	—
	Tipo de Habitação	Vivenda isolada	4	36,4
		Vivenda com vizinhos	7	63,6
		Omisso	20	—
	SAD	Não	11	100
		Omisso	20	—
	SAD- Tipo	Nenhuma	11	100
		Omisso	20	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	1	9,1
		Centro de Convívio	8	72,7

		Outra(s)	1	9,1
		Nenhuma	1	9,1
		Omisso	20	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	8	72,7
		3 a 5 vezes por semana	2	18,2
		Nenhuma	1	9,1
		Omisso	20	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	4	20,0
		Atividades desportivas	2	10,0
		Nenhuma	14	70,0
		Omisso	11	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	2	10,0
		3 a 5 vezes por semana	4	20,0
		Nenhuma	14	70,0
		Omisso	11	—
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. Percepção de Solidão

A. Níveis de percepção de solidão

A Tabela 4 apresenta os resultados relativos à percepção 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 percepção 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 2,14 (DP = 0,67), com valores compreendidos entre 1 e 3,80, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 2,06 (DP = 0,61), com um intervalo entre 1 e 3,27, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 33,29 (DP = 9,58), com valores mínimos de 19 e máximos de 54. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se **acima do limiar indicativo de solidão patológica** (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Percepção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	2,14	2,06	33,29
Erro Desvio	0,67	0,61	9,58
Mínimo	1,00	1,00	19,00
Máximo	3,80	3,27	54,0

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Diferenças na percepção 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 percepção de solidão em função do sexo ($t(29) = 0,892$; $p = 0,379$), **idade** ($F(2,28) = 1,051$; $p = 0,363$), **escolaridade** ($F(3,27) = 0,150$; $p = 0,929$), **estado civil** ($F(3,27) = 0,538$; $p = 0,660$), **rendimento mensal** ($F(5,25) = 0,996$; $p = 0,441$), **estado de saúde percebido** ($t(29) = -0,320$; $p = 0,751$) e **autonomia** ($t(29) = -0,013$; $p = 0,990$).

Apenas se verificaram **diferenças estatisticamente significativas em função do local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ($t(29) = 2,396$; $p = 0,023$). Considerando o ponto de corte indicativo de solidão patológica (≥ 32), os participantes não institucionalizados apresentaram valores médios compatíveis com níveis patológicos de solidão ($M = 38,45$; DP = 9,56), enquanto os residentes em ERPI evidenciaram valores médios inferiores ($M = 30,45$; DP = 8,53), ainda que próximos do limiar definido.

Apesar da ausência de significância estatística na maioria das variáveis analisadas, a análise descritiva das médias permite identificar algumas tendências relevantes. Relativamente ao sexo, os homens apresentaram níveis médios de solidão superiores ($M = 36,14$; $DP = 13,41$) aos observados nas mulheres ($M = 32,46$; $DP = 8,34$), embora com maior variabilidade intragrupo. Em ambos os grupos os valores registados são superiores ao ponto indicativo de solidão patológica, ainda que de forma mais evidente no caso dos homens.

Quanto à idade, observa-se uma tendência para diminuição da solidão com o avançar da idade, registando-se valores médios mais elevados no grupo dos 65–74 anos ($M = 36,40$; $DP = 10,06$), seguindo-se os participantes entre os 75–84 anos ($M = 33,27$; $DP = 9,09$) e, por fim, os indivíduos com 85 ou mais anos ($M = 30,20$; $DP = 9,57$).

Ao nível da escolaridade, os participantes sem ensino básico apresentaram os valores médios mais elevados de solidão ($M = 35,75$; $DP = 12,28$), comparativamente aos participantes com ensino básico ($M = 33,26$; $DP = 10,06$), secundário ($M = 31,00$) e superior ($M = 31,00$; $DP = 3,61$), sugerindo uma tendência para níveis mais elevados de solidão entre indivíduos com menor escolaridade.

Relativamente ao estado civil, os valores médios mais elevados foram observados nos participantes divorciados ($M = 36,75$; $DP = 15,11$) e casados/união de facto ($M = 35,09$; $DP = 8,28$), seguindo-se os viúvos ($M = 31,31$; $DP = 9,28$) e os solteiros ($M = 30,67$; $DP = 9,87$), ainda que sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Nos dois primeiros grupos os valores são indicativos de solidão patológica.

Quanto ao rendimento mensal, embora sem diferenças estatisticamente significativas, os níveis médios mais elevados de solidão observaram-se nos participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros ($M = 36,50$; $DP = 9,88$), entre 871 e 1045 euros ($M = 36,00$; $DP = 19,80$) e nos que preferiram não responder ($M = 36,17$; $DP = 11,20$). Por contraste, os participantes com rendimentos até 500 euros apresentaram os valores médios mais baixos de solidão ($M = 25,00$; $DP = 7,07$), seguidos dos indivíduos com rendimentos superiores a 1569 euros ($M = 29,00$; $DP = 5,90$). Estes resultados não evidenciam uma relação linear entre rendimento económico e solidão percebida, sugerindo a influência de outros fatores psicossociais na experiência subjetiva de solidão.

No que respeita ao estado de saúde percebido, os participantes que se consideram saudáveis apresentaram níveis ligeiramente superiores de solidão ($M = 34,10$; $DP = 8,69$) comparativamente aos que se percecionam como doentes ($M = 32,90$; $DP = 10,16$), embora sem expressão estatística. Importa, contudo, salientar que ambos os grupos apresentam valores médios acima do ponto de corte indicativo de solidão patológica (≥ 32), evidenciando níveis globalmente elevados de solidão independentemente da perceção do estado de saúde.

Relativamente à autonomia, os valores médios revelaram-se praticamente idênticos entre os participantes com sem/fraca autonomia ($M = 33,27$; $DP = 10,50$) e aqueles com autonomia elevada ($M = 33,31$; $DP = 8,98$), confirmando a ausência de diferenças relevantes nesta dimensão. Ainda assim, importa destacar que, em ambos os grupos, os valores médios se situam acima do limiar de solidão patológica (≥ 32), sugerindo que a experiência de solidão elevada se manifesta, nesta amostra, de forma transversal, independentemente do nível de autonomia funcional.

Em síntese, os resultados evidenciam que o **local de residência constitui o principal fator diferenciador na perceção de solidão nesta amostra**, verificando-se níveis significativamente mais elevados entre os participantes não institucionalizados. Este resultado poderá sugerir que a permanência em contexto domiciliário ou familiar não constitui, por si só, um fator protetor da solidão. Apesar de viverem em casa própria ou com familiares, muitos participantes poderão experienciar relações sociais pouco satisfatórias, contactos interpessoais limitados ou sentimentos de isolamento emocional no quotidiano. Por outro lado, o contexto institucional poderá proporcionar maiores oportunidades de interação social, participação em atividades estruturadas

e contacto regular com profissionais e outros residentes, contribuindo para atenuar a perceção subjetiva de solidão. Importa ainda considerar que a convivência familiar nem sempre se traduz em suporte emocional efetivo, podendo coexistir sentimentos de incompreensão, dependência ou afastamento relacional, particularmente em situações de fragilidade física ou social, e que devem ser tidos em conta na intervenção.

Relativamente às restantes variáveis, apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, os **padrões descritivos sugerem maior vulnerabilidade à solidão entre homens, participantes mais jovens, indivíduos com menor escolaridade, divorciados e pessoas com rendimentos intermédios mais baixos**, aspetos que deverão ser considerados no desenho de estratégias de intervenção e apoio psicossocial.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

A Tabela 5 apresenta os resultados relativos à perceção 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 perceção 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 1,48 (DP = 0,51), com valores compreendidos entre 1 e 3, indicando **níveis globalmente baixos de perceção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,92; DP = 0,71), com valores mínimos de 1 e máximos de 4, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,76 (DP = 0,54), com um intervalo entre 1 e 3, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,51 (DP = 0,49), com valores que variam entre 1 e 2,75, evidenciando uma **perceção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de perceção de violência**, a média da amostra foi de 6,67 (DP = 1,48), com valores mínimos de 4,65 e máximos de 10,35. 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. Perceção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,48	1,92	1,76	1,51	6,67
Erro Desvio	0,51	0,71	0,54	0,49	1,48
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,65
Máximo	3,00	4,00	3,00	2,75	10,35

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.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função do sexo ($t(29) = -0,673$; $p = 0,507$), **idade** ($F(2,28) = 0,959$; $p = 0,396$), **escolaridade** ($F(3,27) = 1,157$; $p = 0,344$), **estado civil** ($F(3,27) = 2,677$; $p = 0,067$), **estado de saúde percebido** ($t(29) = 0,514$; $p = 0,611$) e **autonomia** ($t(29) = 0,290$; $p = 0,774$).

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do rendimento mensal** ($F(5,25) = 2,788$; $p = 0,039$) e **do local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ($t(29) = 3,462$; $p = 0,002$). Os participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros ($M = 7,61$; $DP = 1,39$) e entre 871 e 1045 euros ($M = 7,33$; $DP = 2,90$) apresentaram níveis médios mais elevados de percepção de violência, comparativamente aos escalões superiores, que registaram os valores mais baixos (de 1046 a 1568 euros: $M = 5,39$; $DP = 0,77$; mais de 1569 euros: $M = 5,69$; $DP = 0,79$). Apesar da significância estatística global, o teste de comparações múltiplas de Bonferroni não identificou diferenças estatisticamente significativas entre pares específicos de grupos, sugerindo que as diferenças se distribuem de forma transversal pelos diferentes escalões de rendimento.

De forma semelhante, os participantes que vivem em casa própria/familiares apresentaram níveis médios significativamente superiores de percepção de violência ($M = 7,73$; $DP = 1,46$) quando comparados com os residentes em ERPI ($M = 6,09$; $DP = 1,15$).

Embora não se tenham verificados diferenças estatísticas para a maior parte das variáveis avaliadas, a análise descritiva das médias permite identificar tendências relevantes. Ao nível do sexo, as mulheres registaram níveis ligeiramente superiores de percepção de violência ($M = 6,77$; $DP = 1,50$) comparativamente aos homens ($M = 6,34$; $DP = 1,45$).

Em termos de idade, verifica-se uma tendência para diminuição da percepção de violência com o avançar da idade, observando-se valores médios mais elevados no grupo dos 65–74 anos ($M = 7,14$; $DP = 1,34$), seguindo-se o grupo dos 75–84 anos ($M = 6,65$; $DP = 1,81$) e, por fim, os participantes com 85 ou mais anos ($M = 6,23$; $DP = 1,15$).

Relativamente à escolaridade, os níveis mais elevados de percepção de violência registaram-se entre os participantes sem ensino básico ($M = 7,28$; $DP = 0,24$) e com ensino básico ($M = 6,76$; $DP = 1,61$), enquanto os indivíduos com ensino superior apresentaram os valores médios mais baixos ($M = 5,91$; $DP = 0,36$). Embora sem significância estatística, estes resultados poderão sugerir um possível efeito protetor associado a níveis mais elevados de escolaridade, eventualmente relacionado com maiores recursos pessoais, sociais e económicos.

No que respeita ao estado civil, os participantes solteiros apresentaram os níveis médios mais elevados de percepção de violência ($M = 8,16$; $DP = 1,94$), seguindo-se os casados/união de facto ($M = 7,02$; $DP = 1,43$), os divorciados ($M = 6,95$; $DP = 1,88$) e, por fim, os viúvos, que registaram os valores mais baixos ($M = 5,95$; $DP = 1,00$). Apesar da ausência de significância estatística, estes resultados aproximam-se do limiar convencional de significância ($p = 0,067$), podendo indiciar diferenças relevantes entre estados civis que merecem exploração futura.

Relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes que se percebiam como doentes apresentaram níveis médios ligeiramente superiores de percepção de violência ($M = 6,77$; $DP = 1,38$) comparativamente aos que se consideram saudáveis ($M = 6,47$; $DP = 1,72$), embora sem significância estatística.

Quanto à autonomia, os participantes com sem/fraca autonomia evidenciaram valores médios ligeiramente mais elevados de percepção de violência ($M = 6,75$; $DP = 1,38$) face aos participantes com autonomia elevada ($M = 6,60$; $DP = 1,60$), confirmando, contudo, a ausência de diferenças estatisticamente significativas.

Em síntese, os resultados evidenciam que o **rendimento mensal e o local de residência constituem os principais fatores diferenciadores na percepção de violência nesta amostra**. Os participantes com rendimentos intermédios mais baixos e aqueles que residem em casa própria ou com familiares apresentam níveis mais elevados de percepção de violência, sugerindo maior vulnerabilidade nestes contextos. Relativamente às restantes variáveis, embora sem significância estatística, os **padrões descritivos apontam para níveis mais elevados de percepção de violência entre mulheres, participantes mais jovens, indivíduos com menor escolaridade, solteiros, pessoas com pior estado de saúde percebido e menor autonomia funcional**.

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**, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas ($t(29) = 1,807$; $p = 0,081$). Ainda assim, os participantes residentes em casa própria ou com familiares apresentaram valores médios superiores ($M = 2,42$; $DP = 0,72$) comparativamente aos residentes em ERPI ($M = 1,98$; $DP = 0,60$), sugerindo uma tendência para maior vulnerabilidade emocional no contexto domiciliário, embora sem robustez estatística suficiente para confirmar diferenças entre grupos.

Por outro lado, observaram-se **diferenças estatisticamente significativas na solidão social** ($t(29) = 2,482$; $p = 0,019$). As pessoas idosas não institucionalizadas evidenciaram níveis médios mais elevados ($M = 2,40$; $DP = 0,59$) face às residentes em ERPI ($M = 1,87$; $DP = 0,55$), indicando uma maior percepção de isolamento social entre aqueles que vivem em contexto familiar ou domiciliário.

De igual modo, verificaram-se **diferenças estatisticamente significativas no índice total de solidão** ($t(29) = -2,379$; $p = 0,019$). As pessoas idosas residentes em contexto familiar (casa própria/ familiares) apresentaram **níveis médios superiores de solidão total** ($M = 38,45$; $DP = 9,56$), ultrapassando o ponto de corte indicativo de solidão clinicamente relevante (≥ 32). Por contraste, os residentes em ERPI registaram valores médios inferiores ($M = 30,45$; $DP = 8,53$), situando-se abaixo desse limiar, embora ainda próximos de níveis elevados de solidão (ver Tabela 6).

A análise conjunta destes resultados sugere que o **contexto domiciliário ou familiar não constitui necessariamente um fator protetor face à experiência de solidão**. Apesar de permanecerem inseridos em ambiente familiar, muitos participantes poderão experienciar relações sociais limitadas, reduzida participação comunitária ou contactos interpessoais pouco satisfatórios, contribuindo para sentimentos de isolamento social e

solidão global mais acentuados. Em contrapartida, o contexto institucional poderá proporcionar oportunidades mais regulares de interação social, convivência quotidiana e participação em atividades estruturadas, favorecendo a manutenção de contactos interpessoais e atenuando a percepção de isolamento.

Importa ainda considerar que a proximidade física com familiares nem sempre se traduz em suporte emocional efetivo ou sentimento de pertença social, podendo coexistir experiências de solidão subjetiva, incompreensão relacional ou dependência funcional. Por outro lado, a vivência em ERPI, embora frequentemente associada a processos de perda e adaptação, pode também representar um contexto facilitador de socialização e apoio formal continuado.

Em síntese, os resultados evidenciam que o **contexto habitacional se associa sobretudo às dimensões social e global da solidão, sendo os participantes residentes em casa própria ou com familiares aqueles que apresentam níveis mais elevados de vulnerabilidade nestas dimensões.**

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	2,42	1,98	2,40	1,87	38,45	30,45
Erro Desvio	0,72	0,60	0,59	0,55	9,56	8,53

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas nas dimensões do isolamento social ($t(13,272) = 1,712$; $p = 0,110$) e da dependência funcional ($t(29) = -0,402$; $p = 0,691$).

Por outro lado, **observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da desconfiança/insegurança nas relações próximas** ($t(29) = 3,085$; $p = 0,004$), **insegurança financeira** ($t(29) = 5,102$; $p = 0,000$) e no **índice total de violência** ($t(29) = 3,462$; $p = 0,002$).

A análise descritiva dos dados apresentados na Tabela 7 permite aprofundar a interpretação destes resultados. Em praticamente todas as dimensões avaliadas, os participantes residentes em casa própria ou com familiares apresentaram valores médios superiores aos residentes em ERPI. Na dimensão da desconfiança/insegurança nas relações próximas, os idosos não institucionalizados evidenciaram médias mais elevadas ($M = 1,82$; $DP = 0,42$) comparativamente aos institucionalizados ($M = 1,30$; $DP = 0,46$), diferença que se revelou estatisticamente significativa. Este resultado poderá refletir maior exposição a relações interpessoais potencialmente conflituosas ou marcadas por dependência e tensão no contexto familiar.

Também na dimensão da insegurança financeira se observaram diferenças significativas, com os participantes residentes em casa própria ou com familiares a apresentarem níveis substancialmente mais elevados ($M = 1,95$; $DP = 0,49$) face aos residentes em ERPI ($M = 1,26$; $DP = 0,27$). Este padrão pode sugerir que o contexto institucional assegura maior estabilidade relativamente às despesas básicas e necessidades quotidianas, reduzindo a percepção de vulnerabilidade económica.

Relativamente ao isolamento social, apesar da ausência de significância estatística, os participantes não institucionalizados apresentaram igualmente valores médios superiores ($M = 2,25$; $DP = 0,93$) face aos residentes

em ERPI ($M = 1,74$; $DP = 0,50$). Este resultado poderá indicar que, embora a institucionalização esteja frequentemente associada à perda de autonomia e afastamento do contexto familiar, o ambiente institucional proporciona oportunidades de contacto regular, convivência e interação social que podem atenuar sentimentos de isolamento.

No que respeita à dependência funcional, os valores médios revelaram-se semelhantes entre os grupos, ainda que ligeiramente superiores nos participantes institucionalizados ($M = 1,79$; $DP = 0,47$) comparativamente aos não institucionalizados ($M = 1,70$; $DP = 0,68$), não se observando diferenças estatisticamente significativas. Este padrão sugere que a dependência funcional poderá constituir uma condição transversal aos diferentes contextos habitacionais nesta amostra.

Por fim, no índice global de violência, os participantes residentes em casa própria ou com familiares apresentaram níveis médios significativamente superiores ($M = 7,73$; $DP = 1,46$) relativamente aos residentes em ERPI ($M = 6,09$; $DP = 1,15$). Estes resultados sugerem que o contexto familiar, apesar de frequentemente associado a maior proximidade afetiva, poderá também constituir um espaço de maior vulnerabilidade relacional, emocional e financeira, contribuindo para uma perceção acrescida de risco de violência.

Em síntese, os **resultados evidenciam que o contexto habitacional parece exercer influência relevante na perceção de violência, particularmente nas dimensões relacionais, financeiras e no índice global de violência**. De forma geral, os participantes residentes em casa própria ou com familiares apresentaram níveis mais elevados de vulnerabilidade percebida quando comparados com os residentes em ERPI, sugerindo que **a institucionalização, nesta amostra, poderá funcionar como um contexto relativamente mais protetor em algumas dimensões da experiência de violência**.

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	1,82	1,30	2,25	1,74	1,70	1,79	1,95	1,26	7,73	6,09
Erro Desvio	0,42	0,46	0,93	0,50	0,68	0,47	0,49	0,27	1,46	1,15

Fonte. Elaboração própria (2026)

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.

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. Perceção de solidão

Na relação da solidão entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias, **não se verificam diferenças estatisticamente significativas** nas dimensões de solidão emocional ($F(3,7) = 0,675$; $p = 0,595$), solidão social ($F(3,7) = 1,618$; $p = 0,270$) e solidão total ($F(3,7) = 1,071$; $p = 0,421$).

Contudo, a análise detalhada das médias da Tabela 8 permite identificar tendências relevantes entre os diferentes grupos.

Na dimensão da solidão emocional, os valores mais elevados observaram-se entre as pessoas idosas sem qualquer integração em respostas sociais comunitárias (N) ($M = 3,40$) e entre aquelas integradas em outras respostas/atividades (O) ($M = 2,60$). Em contraste, os participantes integrados em Centro de Dia (CD) e Centro de Convívio (CC) apresentaram valores médios inferiores ($M = 2,20$ e $M = 2,30$, respetivamente), sugerindo que a participação em respostas sociais estruturadas poderá contribuir para uma menor perceção de vazio afetivo e emocional.

Relativamente à solidão social, os níveis mais elevados voltam a verificar-se entre os participantes não integrados ($M = 3,27$), seguidos dos participantes em Centro de Convívio ($M = 2,42$). Por outro lado, os indivíduos integrados em Centro de Dia ($M = 2,09$) e em outras respostas/atividades ($M = 1,64$) apresentaram valores mais reduzidos. Este padrão reforça a ideia de que a participação regular em atividades comunitárias e de convívio poderá favorecer oportunidades de interação social, reduzindo sentimentos de isolamento e afastamento relacional.

No índice global de solidão, o grupo sem qualquer integração em respostas sociais apresentou o valor médio mais elevado ($M = 53,00$), situando-se muito acima do ponto de corte indicativo de solidão patológica (> 32), o que evidencia níveis particularmente elevados de vulnerabilidade. Os participantes integrados em Centro de Convívio ($M = 38,13$; $DP = 9,46$) e em Centro de Dia ($M = 34,00$) apresentaram igualmente valores acima do limiar clínico, sugerindo que a presença em respostas sociais estruturadas não elimina necessariamente a experiência subjetiva de solidão. Por sua vez, os participantes integrados em outras respostas/atividades ($M = 31,00$) foram os únicos a apresentar valores médios abaixo do ponto de corte, ainda que próximos do limiar normativo.

Em síntese, embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, os **resultados descritivos apontam para níveis mais elevados de solidão** – emocional, social e global – **entre os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias**. Simultaneamente, observa-se que **formas de participação social mais diversificadas e menos institucionalizadas parecem associar-se a níveis relativamente inferiores de solidão**. Estes resultados sugerem que a **qualidade, regularidade e significado das interações sociais poderão desempenhar um papel relevante na experiência subjetiva de solidão em idosos não institucionalizados**, reforçando a importância de estratégias de promoção de participação comunitária e de fortalecimento das redes de suporte social.

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

Dimensão	CD	CC	O	N
Solidão Emocional	2,20 (—)	2,30 (0,76)	2,60 (—)	3,40 (—)
Solidão Social	2,09 (—)	2,42 (0,55)	1,64 (—)	3,27 (—)
Solidão Total	34,00 (—)	38,13 (9,46)	31,00 (—)	53,00 (—)

Nota. CD- Centro de Dia; CC- Centro de Convívio; O- Outros; N- Nenhuma

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção 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 não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas** nas dimensões da desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(3,7) = 1,473$; $p = 0,302$), isolamento social ($F(3,7) = 0,451$; $p = 0,725$), dependência funcional ($F(3,7) = 1,495$; $p = 0,297$), insegurança financeira ($F(3,7) = 2,170$; $p = 0,180$) e violência total ($F(3,7) = 0,294$; $p = 0,828$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva das médias apresentadas na Tabela 9 revela algumas tendências relevantes entre os diferentes grupos.

Na dimensão da desconfiança/insegurança nas relações próximas, os participantes integrados em centro de convívio apresentaram os valores médios mais elevados ($M = 1,95$; $DP = 0,39$), seguidos dos participantes sem integração em respostas sociais (N) ($M = 1,75$). Os valores mais baixos observaram-se nos participantes integrados em outras respostas/atividades (O) ($M = 1,25$) e em centro de dia ($M = 1,38$), sugerindo uma percepção relativamente inferior de vulnerabilidade relacional nestes contextos.

Relativamente ao isolamento social, os níveis médios mais elevados verificaram-se entre os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 3,20$), evidenciando uma percepção acrescida de afastamento e fragilidade relacional. Os participantes integrados em centro de convívio ($M = 2,25$) e em outras respostas/atividades ($M = 2,00$) apresentaram valores intermédios, enquanto os participantes em centro de dia registaram os valores mais baixos ($M = 1,60$), sugerindo um possível efeito protetor associado à frequência regular deste tipo de resposta social.

Na dimensão da dependência funcional, os participantes integrados em centro de dia apresentaram os valores médios mais elevados ($M = 2,75$), contrastando com os participantes integrados em outras respostas/atividades ($M = 1,00$) e os sem integração ($M = 1,25$). Este resultado poderá refletir que os participantes em centro de dia apresentam maiores necessidades de apoio funcional e cuidados no quotidiano, o que poderá justificar a sua integração neste tipo de resposta.

Quanto à insegurança financeira, os valores mais elevados observaram-se nos participantes integrados em outras respostas/atividades ($M = 2,25$) e em centro de convívio ($M = 2,06$; $DP = 0,42$), enquanto os participantes sem integração apresentaram os valores mais baixos ($M = 1,00$). Este padrão poderá sugerir diferentes percepções de vulnerabilidade económica associadas aos contextos de participação social e às características dos participantes que os frequentam.

Por fim, no índice global de violência, os participantes integrados em centro de convívio apresentaram os valores médios mais elevados ($M = 7,98$; $DP = 1,64$), seguidos dos participantes em centro de dia ($M = 7,48$) e dos não integrados ($M = 7,20$). Os valores mais baixos observaram-se nos participantes integrados em outras respostas/atividades ($M = 6,50$). Ainda que estas diferenças não sejam estatisticamente significativas, os resultados sugerem variações na percepção global de violência em função da tipologia de participação social.

Em síntese, embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, **os resultados descritivos apontam para algumas tendências relevantes**. Os **participantes sem integração em respostas sociais apresentaram níveis mais elevados de isolamento social**, enquanto os **integrados em centro de dia evidenciaram maior dependência funcional**. Por sua vez, os **participantes em centro de convívio**

revelaram níveis mais elevados de desconfiança relacional e de percepção global de violência. Estes padrões sugerem que diferentes formas de participação social poderão estar associadas a distintos perfis de vulnerabilidade, reforçando a importância de respostas comunitárias ajustadas às necessidades específicas da população idosa.

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

Dimensão	CD	CC	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,38 (—)	1,95 (0,39)	1,25 (—)	1,75 (—)
Isolamento Social	1,60 (—)	2,25 (1,01)	2,00 (—)	3,20 (—)
Dependência Funcional	2,75 (—)	1,72 (0,63)	1,00 (—)	1,25 (—)
Insegurança Financeira	1,75 (—)	2,06 (0,42)	2,25 (—)	1,00 (—)
Violência Total	7,48 (—)	7,98 (1,64)	6,50 (—)	7,20 (—)

Nota. CD- Centro de Dia; CC- Centro de Convívio; 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 ($r = 0,635$; $p = 0,036$), indicando que níveis mais elevados de solidão se relacionam com uma maior percepção de vulnerabilidade face à violência. No grupo institucionalizado, a correlação foi igualmente positiva e estatisticamente significativa ($r = 0,524$; $p = 0,018$), embora de magnitude ligeiramente inferior, sugerindo que, também em contexto institucional, o aumento da solidão está associado a uma maior percepção de risco de vitimação, ainda que esta relação se revele menos intensa do que no contexto familiar.

A análise descritiva dos valores médios apresentados na Tabela 10 reforça esta interpretação. Os participantes residentes em casa própria ou com familiares apresentaram níveis médios de solidão mais elevados ($M = 38,45$; $DP = 9,56$), ultrapassando o ponto de corte indicativo de solidão patológica (> 32). Em contraste, os residentes em ERPI registaram valores médios inferiores ($M = 30,45$; $DP = 8,53$), situando-se abaixo do limiar clínico, ainda que próximos desse ponto crítico.

No que respeita à percepção de violência, os participantes não institucionalizados apresentaram igualmente valores médios superiores ($M = 7,73$; $DP = 1,46$) face aos residentes em ERPI ($M = 6,09$; $DP = 1,15$). Embora ambos os grupos revelem associação positiva entre solidão e percepção de violência, os resultados sugerem que esta relação é particularmente expressiva entre os idosos que permanecem no contexto familiar.

Este padrão poderá indicar que, apesar de a permanência em casa própria ou junto da família ser frequentemente entendida como um fator protetor, a ausência de redes de suporte efetivas, a fragilidade das relações interpessoais ou a sobrecarga emocional associada ao contexto familiar podem contribuir para experiências mais intensas de solidão e maior percepção de vulnerabilidade. Por outro lado, o contexto institucional, apesar

das limitações frequentemente associadas à institucionalização, poderá proporcionar maior supervisão, contacto social regular e acesso a apoio formal, funcionando parcialmente como elemento atenuador da relação entre solidão e percepção de violência.

Em conjunto, estes resultados reforçam a ideia de que a **solidão constitui um importante indicador de vulnerabilidade psicossocial e de percepção de risco de violência na população idosa**. Simultaneamente, evidenciam que o **contexto habitacional pode influenciar a intensidade desta associação**, salientando a **importância de estratégias de intervenção centradas no fortalecimento das redes de apoio social, na promoção de relações significativas e na prevenção do isolamento, particularmente entre idosos que permanecem no contexto familiar**.

Tabela 10. Relação entre os níveis de solidão percecionada 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/ Familiares	Solidão	38,45	9,56	0,635	0,036
	Violência	7,73	1,46		
ERPI	Solidão	30,45	8,53	0,524	0,018
	Violência	6,09	1,15		

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Relação 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 de correlação de Pearson entre os níveis de solidão percecionada 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 ($r = 0,812$; $p = 0,004$), indicando que, mesmo em contextos de participação comunitária, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de violência.

A análise dos valores médios (Tabela 11) mostra que os participantes integrados em respostas sociais comunitárias apresentam níveis elevados de solidão ($M = 37,00$; $DP = 8,71$), acima do ponto de corte da escala (>32), bem como valores médios elevados de percepção de violência ($M = 7,79$; $DP = 1,52$), ainda que ligeiramente abaixo do ponto de corte (>8). Estes resultados sugerem que a participação em respostas sociais não elimina necessariamente a experiência subjetiva de solidão ou a percepção de vulnerabilidade à violência, podendo refletir que os indivíduos que recorrem a estas respostas já apresentam condições de maior fragilidade psicossocial.

Relativamente ao grupo não integrado em respostas sociais comunitárias, os dados disponíveis não permitem realizar análises correlacionais ou comparações estatisticamente sustentadas, uma vez que apenas se registou um caso válido. Assim, qualquer interpretação comparativa deste grupo deve ser evitada.

Em síntese, os resultados reforçam a **relevância da solidão enquanto dimensão central na compreensão da percepção do risco de violência na população idosa não institucionalizada**, sublinhando a **importância de estratégias orientadas para o fortalecimento das redes sociais e para a promoção de respostas comunitárias mais eficazes na redução do isolamento social**.

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	37,00	8,71	0,812	0,004
	Violência	7,79	1,52		
Não Integrados em RS	Solidão	53,00	—	—	—
	Violência	7,20	—		

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

e

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis de solidão social e índice total significativamente superiores e patológicos em idosos não institucionalizados (no domicílio). Nas ERPI, a solidão aproxima-se do limiar patológico, com 70% dos residentes sem qualquer atividade.	Diminuir a solidão patológica no domicílio através de redes externas e ativar os idosos institucionalizados em ERPI.	Criação de programas de proximidade e mentoria de pares (idosos ativos que apoiam idosos isolados); dinamização de projetos intergeracionais; implementação de planos de atividades culturais e lúdicas dentro das ERPI para os utentes sem ocupação; uso de tecnologias digitais de comunicação para ligar idosos de zonas rurais e urbanas.
	Violência	Maior perceção de violência em idosos não institucionalizados e com rendimentos mensais mais baixos, com destaque para a desconfiança relacional e insegurança financeira.	Reduzir a perceção de risco e vulnerabilidade socioeconómica no domicílio, capacitando para a segurança financeira e relacional.	Realização de ações de literacia jurídica e financeira focadas na proteção contra burlas, abusos e coações; auditorias de segurança doméstica para idosos que vivem isolados em vivendas; criação de linhas de proximidade municipais para apoio e aconselhamento em direitos; capacitação para o autocuidado e valorização da autonomia.
	Solidão e Violência	A associação entre solidão e perceção de violência é positiva e significativa em todos os contextos, sendo significativamente mais intensa e potenciada no contexto habitacional domiciliário.	Intervir de forma integrada sobre o isolamento e o risco de vitimação em ambiente domiciliário, quebrando o ciclo de amplificação mútua.	Criação de programas integrados de apoio psicossocial domiciliário; avaliações multidimensionais sistemáticas que cruzem a solidão com indicadores de precariedade financeira; desenvolvimento de planos individuais de resiliência e apoio psicológico focados na desconstrução da desconfiança relacional e no aumento da autoperceção de segurança.
Famílias	Solidão	Elevada coabitação com parceiro/a e filho/s no domicílio (45,5%), evidenciando que a proximidade física não anula o risco de solidão social e emocional.	Capacitar as famílias para a inclusão afetiva e validação emocional da pessoa idosa.	Desenvolvimento de campanhas de sensibilização familiar sobre a diferença entre apoio logístico e suporte afetivo; implementação de dinâmicas familiares (como a partilha de histórias e projetos biográficos) que valorizem o idoso como elemento central e ativo da dinâmica e tomada de decisões da casa.
	Violência	Risco agravado de desconfiança nas relações próximas e insegurança financeira no domicílio, num cenário de 100% de ausência de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).	Prevenir a violência financeira, a negligência por sobrecarga do cuidador e mediar conflitos relacionais latentes.	Criação da Escola Municipal de Cuidadores para capacitação em gestão de stress familiar; ações de literacia familiar sobre a gestão transparente e partilhada do património e rendimentos da pessoa idosa, salvaguardando a sua autodeterminação; divulgação proativa de canais de denúncia de abuso psicológico ou económico.
	Solidão e Violência	Necessidade de corresponsabilização e articulação entre redes formais e informais para prevenir riscos no contexto doméstico.	Fortalecer as redes de suporte à família e instituir mecanismos de mediação técnica preventiva.	Implementação de planos de contingência familiar e mediação técnica para a divisão equitativa de cuidados; criação de grupos de apoio mútuo para cuidadores, visando reduzir o desgaste que potencia dinâmicas opressivas ou o isolamento da pessoa idosa.
Comunidade	Solidão	A integração atual nas respostas sociais (90,9% em Centros de Convívio/Dia) não tem demonstrado efeito protetor na redução dos níveis de solidão.	Reestruturar as respostas comunitárias existentes, evoluindo de espaços meramente recreativos para eixos de dinamização relacional.	Alargar a frequência e diversidade das atividades nos Centros de Convívio; desenvolver redes de voluntariado comunitário para visitas regulares e ligação aos idosos em ERPI; e promover programas intergeracionais nas freguesias.
	Violência	Participantes integrados em Centros de Convívio	Transformar o espaço comunitário	Criação da rede "vizinhança atenta e solidária", potenciando a proximidade residencial registada

		revelaram níveis mais elevados de desconfiança relacional e de percepção global de violência.	rio num território de proteção, confiança mútua e vigilância ativa contra abusos.	(63,6%); formação de agentes comunitários (comércio, juntas de freguesia, carteiros) para a deteção precoce de isolamento ou exploração financeira.
	Solidão e Violência	A integração comunitária dos idosos não institucionalizados aumenta a consciência e a visibilidade do risco de violência.	Garantir que as estruturas de proximidade atuem como radares de vigilância ativa e promotores de segurança psicossocial.	Promoção de uma estratégia municipal de cooperação interinstitucional (social, saúde e segurança); criação de gabinetes descentralizados de apoio sénior para aconselhamento jurídico e mediação, garantindo que os Centros de Convívio funcionem como espaços seguros de proteção e sinalização.
Profissionais	Solidão	Necessidade de capacitação para atuar face à solidão patológica domiciliária e à inatividade crónica nas instituições.	Otimizar a triagem técnica e capacitar para intervenções focadas na autonomia funcional e bem-estar subjetivo.	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social, incluindo a aplicação de escalas validadas; capacitar as equipas para desenhar Planos de Desenvolvimento Individual focados na autonomia; ativar mecanismos de "prescrição social" com a saúde.
	Violência	Elevada expressão de isolamento social, desconfiança relacional e insegurança financeira no domicílio, num cenário de total não utilização de SAD (100%).	Potenciar a deteção precoce de vulnerabilidades financeiras e relacionais no domicílio através de triagens proativas.	Formação especializada para identificar sinais subtis de abuso no domicílio; criação de protocolos de atuação rápida intersectorial (Ação Social, Saúde e Segurança); criação de soluções alternativas de apoio domiciliário, face à ausência de utilização de SAD na amostra (0%).
	Solidão e Violência	A complexidade das correlações (onde a integração social eleva a consciência do risco) exige respostas integradas e contínuas.	Implementar modelos de intervenção multidisciplinar centrados na pessoa e baseados na gestão de casos.	Desenvolver protocolos de intervenção multidisciplinar e interinstitucional centrados na pessoa idosa, que garantam um acompanhamento contínuo, personalizado e facilitem a gestão de casos complexos.

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)