



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

**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**

junho 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.....	21
Considerações finais	24
Recomendações	26
Referências.....	31
Anexo	36

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.	23
Tabela 12. Principais recomendações para o conselho do Seixal.....	28

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 do Seixal. 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 do Seixal. 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 do Seixal, 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 57 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho do Seixal. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 41$; 71,9%), em comparação com o sexo masculino ($n = 16$; 28,1%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 98 anos, apresentando uma média de 76,70 anos ($DP = 8,26$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ou em união de facto ($n = 24$; 42,1%), seguindo-se os viúvos ($n = 18$; 31,6%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 40$; 70,2%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, todos os participantes que responderam a esta questão vivem em **zona urbana** ($n = 56$; 98,2%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 49$; 86%), enquanto uma percentagem reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 8$; 14,0%).

Relativamente ao **rendimento mensal**, uma parte significativa dos participantes optou por **não responder** ($n = 24$; 42,1%). Entre os que responderam, verifica-se que 26,3% ($n = 15$) auferem rendimentos compreendidos **entre 501 e 870 euros**, enquanto 14% ($n = 8$) apresentam rendimentos abaixo dos 500 euros mensais e 14% ($n = 8$) apresentam rendimentos entre os 871 a 1045 euros mensais.

No que se refere à perceção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,68 ($DP = 0,47$), evidenciando uma **perceção intermédia**, ligeiramente positiva. Quanto à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,82 ($DP = 0,38$), o que indica que a maioria dos participantes se percebe como **funcionalmente independente**, revelando níveis globalmente elevados de autonomia.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	16	28,1
	Feminino	41	71,9
Idade (anos)	Intervalo	65-98	—
	Média (DP)	76,70 (8,26)	—
Idade (por grupo)	65-74	25	43,9
	75-84	21	36,8
	85-100	11	19,3
Estado Civil	Solteiro/a	6	10,5
	Casado(a)/União de Facto	24	42,1
	Divorciado/a	9	15,8
	Viúvo/a	18	31,6
Escolaridade	Sem Ensino Básico	13	22,8
	Com Ensino Básico	40	70,2
	Com Ensino Secundário	3	5,3
	Com Ensino Superior	1	1,8

Zona de Residência	Rural	—	—
	Urbano	56	98,2
	Omisso	1	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	49	86,0
	ERPI	8	14,0
Rendimento Mensal	- 500 euros	8	14,0
	de 501 a 870 euros	15	26,3
	de 871 a 1045 euros	8	14,0
	de 1046 a 1568 euros	2	3,5
	Prefiro não responder	24	42,1
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,68 (0,47)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,82 (0,38)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 49; 86%). Desses, 34,7% vivem com parceiro/a (n = 17) e 30,6% sozinhos (n = 15), predominando a residência em apartamento (n = 35; 71,4%). 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 = 43; 87,8%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de refeições (n = 5; 10,2%), bem como serviços de limpeza (n = 3; 6,1%) e outra/s (n = 3; 6,1%).

Quanto à integração em respostas sociais de proximidade, 24,5% participa em atividades como centros de dia e outro(s). Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 11; 22,4%).

Uma **percentagem reduzida** da amostra encontra-se institucionalizada em **Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 8; 14,0%). Destes, 50% (n = 4) participam em atividades desportivas, 37,5% (n = 3) em atividades de lazer e 12,5% (n = 1) 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	15	30,6
		Com parceiro/a	17	34,7
		Com Filho/a	9	18,4
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	6	12,2
		Com Outro(s)	2	4,1
		Omisso	8	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	35	71,4
		Vivenda isolada	2	4,1
		Vivenda com vizinhos	12	24,5
		Omisso	8	—
	SAD	Não	43	87,8
		Sim	6	12,2
		Omisso	8	—
	SAD- Tipo	Refeições	5	10,2
		Limpeza	3	6,1

		Roupa	1	2,0
		Outro(s)	3	6,1
		Nenhuma	36	73,5
		Refeições e Limpeza	1	2,0
		Omisso	8	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	11	22,4
		Outra(s)	1	2,0
		Nenhuma	37	75,5
		Omisso	8	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	1	2,0
		3 a 5 vezes por semana	11	22,4
		Nenhuma	37	75,5
		Omisso	8	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades desportivas	4	50
		Atividades de lazer	3	37,5
		Nenhuma	1	12,5
		Omisso	49	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	6	75
		6 a 7 vezes por semana	1	12,5
		Nenhuma	1	12,5
		Omisso	49	—
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 1,72 (DP = 0,73), com valores compreendidos entre 1 e 3,6, 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 1,60 (DP = 0,54), com um intervalo entre 1 e 2,82, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 26,26 (DP = 9,14), com valores mínimos de 16 e máximos de 47. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total superiores ao ponto de corte (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Percepção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,72	1,60	26,26
Erro Desvio	0,73	0,54	9,14
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,60	2,82	47,00

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 ($t(55) = -0,974$; $p = 0,335$), **idade** ($F(2, 54) = 1,091$; $p = 0,343$), **escolaridade** ($F(3, 53) = 1,110$; $p = 0,353$) e **rendimento mensal** ($F(4, 52) = 0,169$; $p = 0,953$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. As mulheres apresentaram níveis médios de solidão superiores aos dos homens ($M = 27,00$; DP = 9,44 vs. $M = 24,38$; DP = 8,32). Em termos etários, observaram-se valores mais elevados entre os participantes com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos ($M = 28,57$; DP = 9,14), seguindo-se os participantes com 85 ou mais anos ($M = 25,45$; DP = 7,61), enquanto os indivíduos entre os 65 e os 74 anos registaram os níveis mais baixos de solidão ($M = 24,68$; DP = 9,69).

Relativamente à escolaridade, os níveis médios mais elevados de solidão foram observados entre os participantes com ensino secundário ($M = 33,33$; DP = 12,34), seguidos daqueles com ensino básico ($M = 26,40$; DP

= 9,20) e sem ensino básico ($M = 25,00$; $DP = 8,18$). Os participantes com ensino superior apresentaram a média mais baixa ($M = 16,00$), embora este resultado deva ser interpretado com cautela devido à reduzida dimensão do grupo ($n = 1$).

Quanto ao rendimento mensal, verificou-se uma distribuição relativamente homogênea dos níveis de solidão entre os diferentes escalões. Os valores mais elevados foram observados nos participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros ($M = 27,80$; $DP = 7,71$), seguidos dos que auferiam menos de 500 euros ($M = 26,50$; $DP = 10,13$) e dos que preferiram não responder ($M = 25,79$; $DP = 10,31$). Os valores mais baixos foram registados nos participantes com rendimentos entre 1046 e 1568 euros ($M = 24,50$; $DP = 10,61$) e entre 871 e 1045 euros ($M = 25,00$; $DP = 8,57$), não se observando, contudo, um padrão consistente que permita associar os níveis de solidão à condição económica.

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil** ($F(3, 53) = 4,580$; $p = 0,006$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ($t(55) = -3,518$; $p = 0,001$), **estado de saúde percebido** ($t(55) = 2,893$; $p = 0,005$) e **autonomia** ($t(55) = 2,892$; $p = 0,005$).

No que respeita ao estado civil, os participantes divorciados apresentaram os níveis médios mais elevados de solidão ($M = 32,00$; $DP = 11,84$), atingindo o ponto de corte indicativo de solidão patológica (≥ 32). Seguiram-se os participantes viúvos ($M = 28,94$; $DP = 8,23$) e os solteiros ($M = 28,17$; $DP = 9,15$), enquanto os casados ou em união de facto apresentaram os níveis mais baixos ($M = 21,63$; $DP = 6,68$). As comparações múltiplas revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes casados/união de facto e os divorciados ($p = 0,015$), bem como entre os casados/união de facto e os viúvos ($p = 0,042$), sugerindo um efeito protetor associado à presença de uma relação conjugal estável.

Relativamente ao local de residência, os participantes residentes em ERPI apresentaram níveis significativamente superiores de solidão ($M = 35,88$; $DP = 6,94$) comparativamente aos que residiam em casa própria ou com familiares ($M = 24,69$; $DP = 8,52$). Importa salientar que a média observada no grupo institucionalizado ultrapassa claramente o ponto de corte indicativo de solidão patológica (≥ 32), enquanto a média dos participantes residentes na comunidade se mantém abaixo desse limiar.

Quanto ao estado de saúde percebido, as pessoas que se consideravam doentes apresentaram níveis médios significativamente mais elevados de solidão ($M = 31,11$; $DP = 9,19$) do que aquelas que se percecionavam como saudáveis ($M = 24,03$; $DP = 8,31$). Embora o grupo que se percebe como doente não ultrapasse, em média, o ponto de corte clínico, apresenta valores muito próximos desse limiar, evidenciando maior vulnerabilidade neste domínio.

Também a autonomia revelou um impacto significativo na perceção de solidão. Os participantes com ausência ou reduzida autonomia apresentaram níveis médios substancialmente superiores ($M = 33,40$; $DP = 8,53$) aos observados nos participantes com autonomia moderada ou elevada ($M = 24,74$; $DP = 8,61$). Neste caso, a média do grupo com menor autonomia ultrapassa o ponto de corte de solidão patológica, sugerindo que as limitações funcionais constituem um importante fator de risco para experiências de isolamento e solidão.

Em síntese, os resultados sugerem que **as condições relacionais e funcionais parecem exercer maior influência na perceção de solidão do que as características sociodemográficas clássicas**. A **ausência de um companheiro, a institucionalização, a perceção de doença e a perda de autonomia surgem como fatores particularmente associados a níveis mais elevados de solidão**, destacando-se como potenciais alvos prioritários de intervenção psicossocial junto da população idosa.

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 $M = 1,29$ ($DP = 0,32$), com valores compreendidos entre 1 e 2,25, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas ($M = 1,57$; $DP = 0,47$), com valores mínimos de 1 e máximos de 2,4, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de $M = 1,45$ ($DP = 0,47$), com um intervalo entre 1 e 2,75, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de $M = 1,38$ ($DP = 0,43$), com valores que variam entre 1 e 2,75, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,68 ($DP = 1,06$), com valores mínimos de 4 e máximos de 8,2. 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	1,29	1,57	1,45	1,38	5,68
Erro Desvio	0,32	0,47	0,47	0,43	1,06
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,25	2,40	2,75	2,75	8,20

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 ($t(55) = -0,346$; $p = 0,731$), **idade** ($F(2, 54) = 3,030$; $p = 0,057$), **escolaridade** ($F(3, 53) = 0,440$; $p = 0,725$), **estado civil** ($F(3, 53) = 2,641$; $p = 0,059$) e **rendimento mensal** ($F(4, 52) = 0,564$; $p = 0,690$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. As mulheres apresentaram níveis médios ligeiramente superiores de percepção de violência ($M = 5,71$; $DP = 1,08$)

comparativamente aos homens ($M = 5,60$; $DP = 1,03$). Em termos etários, os valores mais elevados foram observados no grupo dos 75 aos 84 anos ($M = 6,01$; $DP = 1,03$), seguido do grupo com 85 ou mais anos ($M = 5,89$; $DP = 1,00$), enquanto os participantes entre os 65 e os 74 anos apresentaram os valores mais reduzidos ($M = 5,31$; $DP = 1,02$). Embora a diferença não tenha atingido significância estatística, o valor de p próximo do limiar convencional ($p = 0,057$) sugere uma tendência para níveis mais elevados de perceção de violência nos grupos etários mais avançados.

Relativamente à escolaridade, os participantes sem ensino básico apresentaram os valores médios mais elevados de perceção de violência ($M = 5,92$; $DP = 1,16$), seguidos dos participantes com ensino secundário ($M = 5,67$; $DP = 1,25$) e ensino básico ($M = 5,62$; $DP = 1,03$). Os participantes com ensino superior apresentaram o valor mais reduzido ($M = 4,88$), embora este resultado deva ser interpretado com prudência devido à reduzida dimensão do grupo ($n = 1$).

Quanto ao estado civil, os níveis médios mais elevados de perceção de violência foram observados nos participantes divorciados ($M = 6,04$; $DP = 1,31$) e viúvos ($M = 6,02$; $DP = 0,92$), seguindo-se os solteiros ($M = 5,88$; $DP = 1,19$). Os participantes casados ou em união de facto apresentaram os valores mais baixos ($M = 5,24$; $DP = 0,91$), sugerindo um possível efeito protetor associado à presença de suporte conjugal, embora as diferenças não tenham atingido significância estatística.

Relativamente ao rendimento mensal, verificou-se uma distribuição relativamente homogénea dos valores de perceção de violência. Os níveis mais elevados foram observados entre os participantes com rendimentos entre 871 e 1045 euros ($M = 6,13$; $DP = 1,52$), enquanto os valores mais baixos surgiram no grupo com rendimentos inferiores a 500 euros ($M = 5,44$; $DP = 0,65$). Contudo, a ausência de um padrão consistente e a inexistência de diferenças estatisticamente significativas sugerem que o rendimento não constitui um fator determinante da perceção de violência nesta amostra.

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI; ($t(55) = -4,262$; $p = 0,000$), **estado de saúde percebido** ($t(55) = 3,585$; $p = 0,001$) e **da autonomia** ($t(55) = 3,593$; $p = 0,001$).

Relativamente ao local de residência, os participantes institucionalizados em ERPI apresentaram níveis significativamente superiores de perceção de violência ($M = 6,97$; $DP = 0,96$) quando comparados com os residentes em casa própria ou com familiares ($M = 5,47$; $DP = 0,92$).

Quanto ao estado de saúde percebido, as pessoas que se consideravam doentes apresentaram níveis médios significativamente mais elevados de perceção de violência ($M = 6,35$; $DP = 1,03$) relativamente às que se percecionavam como saudáveis ($M = 5,37$; $DP = 0,93$). Também ao nível da autonomia as diferenças são significativas, com os participantes com ausência ou reduzida autonomia a apresentarem valores médios substancialmente superiores ($M = 6,67$; $DP = 0,92$) aos observados entre aqueles com autonomia moderada ou elevada ($M = 5,47$; $DP = 0,97$).

Em síntese, os resultados indicam que as condições de saúde, funcionalidade e contexto residencial parecem exercer uma influência mais relevante na perceção de violência do que as características sociodemográficas clássicas. **A institucionalização, a perceção de doença e a diminuição da autonomia surgem como fatores particularmente associados a níveis mais elevados de perceção de violência**, evidenciando a importância de estratégias de intervenção que promovam o bem-estar físico, a autonomia e a proteção das pessoas idosas em situação de maior vulnerabilidade.

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 percepção de solidão, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas em todas as dimensões avaliadas: solidão emocional ($t(55) = -2,074$; $p = 0,043$), solidão social ($t(55) = -4,174$; $p = 0,000$) e solidão total ($t(55) = -3,518$; $p = 0,001$).

Relativamente à **solidão emocional**, os participantes residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) apresentaram valores médios superiores ($M = 2,20$; $DP = 0,59$) quando comparados com aqueles que residem em casa própria ou com familiares ($M = 1,64$; $DP = 0,73$).

Também na dimensão de **solidão social** se verificaram diferenças expressivas entre os grupos. As pessoas residentes em ERPI registaram níveis médios substancialmente mais elevados ($M = 2,26$; $DP = 0,40$) do que as não institucionalizadas ($M = 1,50$; $DP = 0,49$).

Quanto ao **índice total de solidão**, os participantes institucionalizados apresentaram valores significativamente superiores ($M = 35,88$; $DP = 6,94$), comparativamente aos residentes em contexto familiar ($M = 24,69$; $DP = 8,52$). Importa salientar que a média observada nas pessoas residentes em ERPI ultrapassa o ponto de corte indicativo de solidão clinicamente relevante (≥ 32), enquanto a média dos participantes não institucionalizados se situa claramente abaixo desse limiar.

Em conjunto, **os resultados evidenciam que a institucionalização se associa a níveis mais elevados de solidão emocional, social e global**. Particularmente relevante é o facto de os residentes em ERPI apresentarem valores médios de solidão total compatíveis com solidão patológica, sugerindo uma situação de maior vulnerabilidade psicossocial. Estes dados reforçam a **importância de desenvolver estratégias que promovam não apenas a prestação de cuidados, mas também a manutenção de relações afetivas significativas, o fortalecimento das redes de suporte social e a participação ativa das pessoas idosas na vida comunitária, mesmo em contexto institucional** (ver Tabela 6).

Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada 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	1,64	2,20	1,50	2,26	24,69	35,88
Erro Desvio	0,73	0,59	0,49	0,40	8,52	6,94

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 **diferenças estatisticamente significativas na maioria das dimensões avaliadas**, com exceção da insegurança financeira ($t(55) = -1,329$; $p = 0,189$).

Relativamente à **desconfiança/insegurança nas relações próximas** observaram-se diferenças significativas ($t(55) = -3,621$; $p = 0,001$), com as pessoas em ERPI a apresentarem uma média superior ($M = 1,63$; $DP = 0,33$) em comparação com as residentes em casa própria ou com familiares ($M = 1,23$; $DP = 0,28$).

No **isolamento social** as diferenças foram também estatisticamente significativas ($t(19,937) = -5,011$; $p = 0,000$), sendo os valores médios superiores nas pessoas institucionalizadas ($M = 2,00$; $DP = 0,21$) face às não institucionalizadas ($M = 1,50$; $DP = 0,46$).

Quanto à **dependência funcional**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t(55) = -2,247$; $p = 0,029$), sendo os residentes em ERPI mais dependentes ($M = 1,78$; $DP = 0,62$) do que os não institucionalizados ($M = 1,39$; $DP = 0,42$). Também em termos de **insegurança financeira**, os idosos residentes em ERPI apresentaram média superior ($M = 1,56$; $DP = 0,32$) relativamente aos não institucionalizados ($M = 1,35$; $DP = 0,44$), ainda que sem diferença estatisticamente significativa neste domínio.

Quanto ao **índice total de violência**, observaram-se diferenças estatisticamente ($t(55) = -4,262$; $p = 0,000$). Os **residentes em ERPI** apresentaram, uma vez mais, valores médios superiores ($M = 6,97$; $DP = 0,96$) comparativamente aos que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 5,47$; $DP = 0,99$) (ver Tabela 7).

Em síntese, os resultados evidenciam que as **pessoas idosas residentes em ERPI apresentam níveis sistematicamente mais elevados de perceção de violência quando comparadas com aquelas que residem em casa própria ou com familiares**. As diferenças observadas revelaram-se estatisticamente significativas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional e no índice total de violência, sugerindo uma maior perceção de vulnerabilidade entre os participantes institucionalizados.

A única dimensão em que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas foi a insegurança financeira, embora também neste domínio os residentes em ERPI apresentem valores médios ligeiramente superiores.

Globalmente, estes resultados indicam que **o contexto institucional se associa globalmente a uma perceção acrescida de fatores de risco relacionados com a violência, sobretudo ao nível das relações interpessoais, do isolamento social e da dependência funcional**. A consistência deste padrão nas diferentes dimensões avaliadas sugere que a institucionalização poderá estar associada a uma maior vulnerabilidade percebida, refletida igualmente nos valores mais elevados observados no índice global 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	1,23	1,63	1,50	2,00	1,39	1,78	1,35	1,56	5,47	6,97
Erro Desvio	0,28	0,33	0,46	0,21	0,42	0,62	0,44	0,32	0,92	0,96

Fonte. Elaboração própria (2026)

4.4. Comparação 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 comparativa entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias (Centro de Dia, Centro de Convívio, Universidade Sênior, 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

Considerando as dimensões de solidão emocional, social e total, avaliadas pela escala UCLA, **os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas em função da integração em respostas sociais comunitárias**: solidão emocional ($F(2,46) = 0,380$; $p = 0,686$), solidão social ($F(2,46) = 0,599$; $p = 0,554$) e solidão total ($F(2,46) = 0,547$; $p = 0,583$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva das médias permite identificar algumas tendências. Na dimensão de solidão emocional, os valores médios foram idênticos entre os participantes integrados em Centro de Dia ($M = 1,65$; $DP = 0,66$) e aqueles sem qualquer participação em respostas sociais comunitárias ($M = 1,65$; $DP = 0,76$), enquanto o participante integrado na categoria “Outros” apresentou um valor inferior ($M = 1,00$).

Relativamente à solidão social, observaram-se valores ligeiramente mais elevados entre os participantes sem integração em respostas sociais ($M = 1,53$; $DP = 0,48$), seguidos dos participantes de Centro de Dia ($M = 1,46$; $DP = 0,52$). A categoria “Outros” apresentou novamente o valor mais reduzido ($M = 1,00$), embora este resultado deva ser interpretado com cautela devido ao reduzido número de participantes nesta categoria.

No que respeita ao índice total de solidão, os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias apresentaram a média mais elevada ($M = 25,03$; $DP = 8,64$), seguindo-se os participantes de Centro de Dia ($M = 24,36$; $DP = 8,46$). O valor mais baixo foi observado na categoria “Outros” ($M = 16,00$). Importa salientar que, em todos os grupos, as médias se situam abaixo do ponto de corte indicativo de solidão clinicamente relevante (≥ 32) (ver Tabela 8).

Em síntese, **os resultados não evidenciam diferenças significativas nos níveis de solidão em função da participação em respostas sociais comunitárias**. Ainda assim, observa-se uma tendência para níveis ligeiramente superiores de solidão social e global entre os participantes sem integração em respostas sociais, enquanto os participantes integrados em Centro de Dia apresentam valores muito semelhantes. Estes resultados sugerem que, nesta amostra, a **mera participação em respostas sociais comunitárias não parece constituir um fator diferenciador dos níveis de solidão percebida**, podendo outros fatores individuais, relacionais ou contextuais assumir um papel mais relevante na experiência subjetiva de solidão.

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

Dimensão	CD	O	N
Solidão Emocional	1,65 (0,66)	1,00 (—)	1,65 (0,76)
Solidão Social	1,46 (0,52)	1,00 (—)	1,53 (0,48)
Solidão Total	24,36 (8,46)	16,00 (—)	25,03 (8,64)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência

Os resultados da ANOVA unifatorial indicam que a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias não produz diferenças estatisticamente significativas na maioria das dimensões avaliadas.

Com efeito, não se verificaram diferenças significativas na desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(2, 46) = 0,071$; $p = 0,932$), no isolamento social ($F(2, 46) = 0,630$; $p = 0,537$), na insegurança financeira ($F(2, 46) = 1,065$; $p = 0,353$) nem no índice total de violência ($F(2, 46) = 0,612$; $p = 0,546$). Em termos descritivos, observa-se alguma variação entre grupos, embora sem padrão consistente: na desconfiança/insegurança os valores oscilam entre 1,13 (outras atividades) e 1,23 (Centro de Dia e sem participação), no isolamento social entre 1,00 (outras atividades) e 1,52 (sem participação), na insegurança financeira entre 1,18 (Centro de Dia) e 1,40 (sem participação), e na violência total entre 4,88 (outras atividades) e 5,70 (Centro de Dia), sugerindo diferenças de baixa magnitude.

A única exceção diz respeito à dependência funcional, onde se observaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos ($F(2, 46) = 10,037$; $p = 0,000$). Os participantes integrados em Centro de Dia apresentaram os valores médios mais elevados ($M = 1,82$; $DP = 0,23$), seguidos do que participam em outras atividades ($M = 1,50$), enquanto os participantes sem participação em respostas sociais registaram os valores mais baixos ($M = 1,26$; $DP = 0,39$), sugerindo maior dependência funcional associada à frequência do Centro de Dia.

Em síntese, os resultados indicam que a participação em respostas sociais comunitárias não se associa de forma consistente a diferenças no risco global de violência, nem na maioria das suas dimensões. Contudo, a dependência funcional destaca-se como a única variável com diferenças significativas, sugerindo que a integração em determinados contextos de apoio comunitário pode estar mais relacionada com condições de funcionalidade do que com alterações diretas na percepção global de violência.

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

Dimensão	CD	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,23 (0,23)	1,13 (—)	1,23 (0,30)
Isolamento Social	1,47 (0,47)	1,00 (—)	1,52 (0,46)
Dependência Funcional	1,82 (0,23)	1,50 (—)	1,26 (0,39)
Insegurança Financeira	1,18 (0,28)	1,25 (—)	1,40 (0,47)
Violência Total	5,70 (0,77)	4,88 (—)	5,41 (0,96)

Nota. CD- Centro de Dia; 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 descritiva revelou diferenças nos níveis médios de solidão percebida e de percepção do risco de violência em função do contexto residencial. As pessoas idosas residentes em ERPI apresentaram valores médios significativamente superiores de solidão ($M = 35,88$; $DP = 6,94$) e de percepção de risco de violência ($M = 6,97$; $DP = 0,96$), quando comparadas com as pessoas idosas a residir em casa própria ou com familiares, que evidenciaram médias inferiores em ambas as variáveis (solidão: $M = 24,69$; $DP = 8,52$; violência: $M = 5,47$; $DP = 0,92$).

Para além destas diferenças descritivas, a análise de correlação de Pearson indicou **padrões distintos consoante o contexto residencial**. No grupo de pessoas idosas a residir em casa própria ou com familiares, verificou-se uma correlação positiva, forte e estatisticamente significativa entre solidão e percepção do risco de violência ($r = 0,711$; $p = 0,000$), sugerindo que níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de vulnerabilidade à vitimação por violência neste contexto.

Por outro lado, no grupo institucionalizado (ERPI), a correlação revelou-se igualmente positiva, mas fraca e sem significativa estatística ($r = 0,198$; $p = 0,639$), indicando que, neste contexto, **a relação entre solidão e percepção de risco de violência não é relevante** (ver Tabela 10).

Em conjunto, estes resultados sugerem que a **associação entre solidão e percepção de risco de violência é mais expressiva no contexto domiciliário do que em contexto institucional**. Este padrão pode indicar que, na ausência de estruturas formais de supervisão e apoio quotidiano, a solidão funcione como um marcador mais sensível de vulnerabilidade percebida. Em contraste, no contexto institucional, a presença de rotinas estruturadas e de suporte formal pode contribuir para atenuar a ligação entre a experiência subjetiva de solidão e a percepção de risco de vitimação.

Assim, mais do que um efeito uniforme do contexto residencial, os resultados apontam para a **importância de compreender a solidão como um fator relacionalmente dependente do enquadramento social em que ocorre, influenciando de forma diferenciada a forma como a vulnerabilidade à violência é percecionada**.

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	24,69	8,52	0,711	0,000
	Violência	5,47	0,92		
ERPI	Solidão	35,88	6,94	0,198	0,639
	Violência	6,97	0,96		

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 descritiva revelou **diferenças pouco expressivas nos níveis médios de solidão percecionada e de percepção do risco de vitimação por violência em função da integração em respostas sociais comunitárias** entre as pessoas idosas não institucionalizadas.

As pessoas idosas integradas em atividades de apoio comunitárias apresentaram níveis médios ligeiramente inferiores de solidão percecionada ($M = 23,67$; $DP = 8,42$), quando comparadas com aquelas que não participavam em respostas sociais comunitárias ($M = 25,03$; $DP = 8,64$). Em contrapartida, os participantes integrados apresentaram uma percepção ligeiramente superior do risco de violência ($M = 5,63$; $DP = 0,77$), face aos não integrados ($M = 5,41$; $DP = 0,96$).

Quanto à **relação entre percepção de solidão e de risco de vitimação por violência, os resultados evidenciam uma associação positiva e estatisticamente significativa em ambos os grupos**. Entre as pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias, observou-se uma correlação positiva muito forte ($r = 0,885$; $p = 0,000$), indicando que níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção do risco de violência.

Por sua vez, entre os participantes não integrados em respostas sociais comunitárias, a correlação revelou-se igualmente positiva e estatisticamente significativa ($r = 0,688$; $p = 0,000$), embora de magnitude inferior. Este resultado sugere que, também neste grupo, o aumento da solidão tende a associar-se a uma maior perceção de vulnerabilidade à violência, ainda que de forma menos intensa (Ver Tabela 11).

Em conjunto, os resultados indicam que a **solidão constitui um fator fortemente associado à perceção do risco de violência**, independentemente da participação em respostas sociais comunitárias. Contudo, a associação **mais intensa** observada **entre os participantes integrados** poderá sugerir que estes contextos favorecem uma maior consciência das situações de vulnerabilidade e risco, ou uma maior capacidade de reconhecer e expressar sentimentos relacionados com a insegurança e a exposição à violência.

Numa perspetiva complementar, estes resultados podem igualmente ser interpretados à luz da hipótese de que a solidão funcione como uma forma socialmente mais aceitável de expressar vulnerabilidade. Neste sentido, a forte associação observada entre solidão e perceção do risco de violência poderá refletir não apenas uma relação objetiva entre isolamento e vulnerabilidade percebida, mas também um mecanismo indireto de comunicação do mal-estar. A solidão poderá constituir uma experiência mais facilmente verbalizada pelas pessoas idosas, enquanto sentimentos associados à vitimação, insegurança ou fragilidade tendem a ser menos frequentemente expressos devido a fatores como vergonha, medo ou estigmatização. Assim, a **interpretação destes resultados deve considerar não apenas os indicadores estatísticos observados, mas também os significados subjetivos atribuídos às experiências de solidão e vulnerabilidade na velhice**.

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.

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	23,67	8,42	0,885	0,000
	Violência	5,63	0,77		
Não Integrados em RS	Solidão	25,03	8,64	0,688	0,000
	Violência	5,41	0,96		

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 do Seixal, 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 clinicamente relevante. A análise em função de características sociodemográficas revelou que sexo, idade, escolaridade, rendimento mensal não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas ao estado civil, local de residência, perceção de saúde e autonomia: as pessoas divorciadas, que residem em ERPI, com autonomia reduzida ou ausente, apresentam níveis de solidão superiores ao ponto de corte patológico, enquanto que as que se consideram doentes apresentam níveis de solidão muito próximos do valor patológico. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **divorciadas, institucionalizadas, com autonomia reduzida ou ausente e com pior perceção do estado de saúde**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar estes grupos como prioritários de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações 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 enquadrados no ponto de corte, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A perceção de violência não difere significativamente quanto a sexo, idade, escolaridade, estado civil e rendimento mensal, mas associa-se ao local de residência, estado de saúde e à autonomia: as pessoas idosas com residência em ERPI, doentes ou menor nível de autonomia percebem níveis mais elevados de violência, destacando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e intervenção. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados permitem identificar **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente **pessoas institucionalizadas, com pior perceção do estado de saúde e maior nível de 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/famíliares e em ERPI revelou que este influencia significativamente os níveis de solidão, surgindo diferenças nas três dimensões avaliadas: **a solidão emocional, social e índice total é significativamente maior entre os institucionalizados (ERPI)**. No que diz respeito à perceção de violência o padrão foi semelhante, observando-se **nas pessoas idosas institucionalizadas (ERPI) valores significativamente superiores de risco de violência em quatro das cinco dimensões avaliadas: desconfiança nas relações, isolamento social, dependência funcional e índice total**. Estes resultados reforçam 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 não produz efeito**

nos níveis de solidão, porém observa-se uma tendência para níveis ligeiramente superiores de solidão social e global entre os participantes sem integração em respostas sociais. A percepção de violência total não difere de forma consistente em função da participação em respostas sociais, registrando-se uma única diferença significativa na **dependência funcional: os que frequentam o Centro de Dia reportam maior nível de dependência** comparativamente aos que realizam outras atividades ou não estão integrados em nenhum tipo de resposta social. Estes resultados destacam a relevância 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 inconsistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com as pessoas idosas residentes em ERPI a apresentar níveis ligeiramente mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os residentes em casa própria/familiares. **A associação entre solidão e percepção de violência é positiva, forte e significativa apenas nas pessoas idosas que residem em casa própria ou com familiares, sugerindo que na ausência de estruturas formais de supervisão e apoio quotidiano, a solidão funcione como um marcador mais sensível de vulnerabilidade percebida.** Em oposição, entre os que estão institucionalizados a relação entre solidão e percepção de violência não é relevante. Entre os não institucionalizados, 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, mas de menor magnitude. Estes resultados **indicam que independentemente da participação em respostas sociais comunitárias, a solidão constitui um fator fortemente associado à percepção do risco de violência e sugerem que a participação em respostas sociais promove uma maior consciência das situações de vulnerabilidade e risco relacionados com a solidão e exposição à violência**, 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+ no concelho do Seixal permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa local. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos em situação de vulnerabilidade severa, com especial destaque para as pessoas idosas institucionalizadas, divorciadas e dependentes, justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, embora os dados resultem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica. Esta intervenção deve envolver não apenas os próprios indivíduos, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais de proximidade. A necessidade de atuação em rede é reforçada pela fragilidade no contexto residencial urbano: entre os que vivem no domicílio, 30,6% residem sozinhos, a grande maioria em apartamentos (71,4%), e 87,8% não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Adicionalmente, este cenário de isolamento é agravado pelo facto de 75,5% das pessoas idosas se encontrarem totalmente desintegrados de respostas sociais comunitárias.

Estes indicadores demonstram que, no Seixal, o ambiente urbano e a institucionalização precoce podem funcionar como catalisadores de isolamento. Ao contrário de outros contextos, as pessoas idosas residentes em ERPI manifestaram níveis de solidão emocional, social e total acima do ponto de corte patológico, a par de valores significativamente superiores de risco de violência (desconfiança, isolamento social e dependência). Face a estes indicadores, a institucionalização, a rutura conjugal por divórcio e o declínio da saúde funcional assumem-se como os eixos centrais de vulnerabilidade no Seixal. Este cenário exige o desenho de estratégias autárquicas focadas na humanização das ERPI, na integração comunitária das pessoas idosas isoladas nos seus apartamentos e no reforço estrutural das redes de suporte técnico.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se a intervenção junto das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI, bem como nos indivíduos divorciados ou com autonomia reduzida, grupos que registaram níveis de solidão superiores ao limiar patológico. É fundamental implementar programas de estimulação relacional e reabilitação psicossocial dentro das instituições, onde 12,5% dos residentes não realizam qualquer atividade. Para as pessoas idosas divorciadas ou em sofrimento por pior percepção de saúde, sugere-se a criação de grupos de apoio focados na reconstrução de projetos de vida na velhice.

Relativamente à percepção de violência, as recomendações devem centrar-se na proteção física e psicológica das pessoas idosas em ERPI e daqueles com maior dependência funcional, perfis que reportaram níveis significativamente superiores de risco. É crucial dotar estas pessoas idosas de mecanismos de comunicação direta e capacitação sobre os seus direitos institucionais, atenuando a desconfiança nas relações e o isolamento social sofrido dentro das estruturas residenciais. No domicílio, a intervenção deve focar-se na promoção do autocuidado apoiado, salvaguardando a autonomia funcional.

A interseção entre ambos os fenómenos, revela que a associação entre solidão e risco de violência é positiva, forte e significativa apenas entre os residentes em casa própria ou familiar, demonstrando que, no domicílio, a solidão funciona como um sinalizador precoce de vulnerabilidade à vitimação na ausência de supervisão formal. Adicionalmente, o facto de a integração comunitária aumentar esta correlação evidencia que a participação social eleva a consciência crítica do risco. Justifica-se, por isso, a aplicação de programas integrados

de apoio psicossocial que combinem a quebra do isolamento habitacional com o empoderamento para a segurança individual, capacitando a pessoa idosa a identificar situações de abuso.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se que as famílias assumam um papel ativo de acompanhamento relacional, especialmente em cenários de rutura familiar prévia (divórcio) e institucionalização. Sabendo que as pessoas idosas em ERPI sofrem de solidão patológica severa, as famílias devem ser sensibilizadas para manter uma presença assídua e afetiva, combatendo o abandono institucional. Para os 30,6% de pessoas idosas que vivem sozinhas em apartamentos, sugere-se a capacitação das famílias para o estabelecimento de redes de contacto à distância e visitas programadas, atenuando o isolamento relacional.

Relativamente à perceção de violência, as recomendações focam-se na monitorização das condições de cuidado e na transparência das relações de dependência. Dado que as pessoas idosas dependentes em Centro de Dia e ERPI manifestam maior perceção de risco, as famílias devem ser envolvidas em sessões de mediação para prevenir conflitos em torno da gestão financeira e do desgaste do apoio informal, garantindo que a transição para respostas formais ou institucionais respeite a autodeterminação da pessoa idosa.

Na articulação entre solidão e violência, é fundamental que as famílias participem na elaboração de planos de contingência em estreita colaboração com as equipas técnicas. Importa capacitar os familiares para identificarem a solidão manifestada pela pessoa idosa como um sinal claro de vulnerabilidade relacional. Ao promover uma comunicação transparente e o estreitamento dos laços afetivos, o núcleo familiar assume-se como a primeira linha de defesa contra o risco de abuso e violência psicológica, independentemente de a pessoa idosa residir no domicílio ou se encontrar institucionalizado.

Recomendações dirigidas à comunidade

No domínio da solidão, recomenda-se que o Município do Seixal crie estratégias de proximidade para integrar os 75,5% de pessoas idosas que residem no domicílio e que se encontram sem qualquer integração em respostas sociais existentes. Propõe-se descentralizar as atividades, levando projetos culturais e de lazer diretamente para as áreas de residência onde se concentram 71,4% das pessoas idosas em habitação própria. Simultaneamente, de forma a minimizar a solidão patológica nas ERPI, o município deve fomentar programas de voluntariado comunitário e parcerias intergeracionais abertas, que tragam a comunidade para dentro das instituições de forma sistemática.

No domínio da violência, torna-se prioritário estruturar redes de proteção social locais que mitiguem a desconfiança relacional e a elevada perceção de isolamento social. Propõe-se a implementação de um programa municipal de redes de proximidade, uma iniciativa desenhada para capacitar comissões de moradores, vizinhos, o comércio local e funcionários das juntas de freguesia. O objetivo centra-se na deteção precoce de indícios de isolamento severo, negligência ou vulnerabilidade em pessoas idosas que residem sozinhas em apartamentos, garantindo a ativação célere de canais de sinalização e apoio.

De forma articulada, recomenda-se o desenho de uma estratégia municipal de vigilância psicossocial que conecte os recursos formais e comunitários. Como a participação social nos Centros de Convívio e Dia aumenta a visibilidade e a consciência do risco de violência na pessoa idosa, estas respostas comunitárias devem ser aproveitadas como polos de proteção ativa. Recomenda-se a criação de Gabinetes Municipais de Mediação e Apoio Sénior descentralizados nas freguesias, que atuem na triagem de abusos, apoio jurídico e aconselhamento psicossocial, convertendo o espaço urbano num território protetor.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se a formação especializada dos profissionais de saúde e ação social para intervir perante os índices de solidão patológica detetados nos contextos de institucionalização, bem como nos perfis de maior isolamento e dependência. Ao nível institucional, importa reconfigurar os Planos de Desenvolvimento Individual (PDI), transformando as rotinas diárias em espaços de efetivo envolvimento afetivo e promoção da autonomia. Paralelamente, no âmbito comunitário, os profissionais devem acionar mecanismos de prescrição social para integrar proativamente a população idosa isolada em redes de suporte relacional de proximidade.

No domínio da violência, sugere-se capacitar os profissionais das estruturas residenciais para identificar e atenuar indicadores de desconfiança relacional, isolamento institucional e abuso funcional, dimensões que se revelaram críticas no contexto de institucionalização. Por sua vez, para os técnicos que atuam na comunidade, perante a escassez de respostas de apoio formal, importa aplicar instrumentos rigorosos de triagem de risco durante os acompanhamentos de saúde ou sociais, prevenindo dinâmicas de violência doméstica ou negligência oculta no contexto domiciliário.

Na articulação entre a solidão e a violência, recomenda-se a implementação do modelo de Gestão de Caso interinstitucional. Os profissionais devem adotar ferramentas de diagnóstico multidimensional que cruzem variáveis como o estado civil, o nível de dependência e o contexto residencial. Este acompanhamento técnico articulado permitirá intervir cirurgicamente junto dos perfis de risco, nomeadamente pessoas idosas em estruturas residenciais e pessoas idosas isoladas no domicílio com perda de autonomia, acionando de forma célere e combinada recursos de saúde mental, proteção jurídica e reintegração social.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho do Seixal.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis globalmente baixos, mas com maior expressão no isolamento social. Residentes em ERPI reportam risco significativamente superior em 4 de 5 dimensões (desconfiança, isolamento, dependência e índice total).	Reduzir a perceção de risco e desconfiança relacional, protegendo os perfis institucionalizados e dependentes.	Implementar grupos de apoio psicossocial para pessoas idosas divorciadas; reconfigurar rotinas nas ERPI promovendo atividades lúdico-culturais ativas para travar a inatividade (12,5% sem ocupação); ativar planos de estimulação relacional.
	Violência	Níveis médios globalmente abaixo do limiar, mas com maior expressão no isolamento social. Residentes em ERPI reportam risco significativamente superior em 4 de 5 dimensões (desconfiança, isolamento, dependência e índice total).	Reduzir a perceção de risco e desconfiança relacional, protegendo os perfis institucionalizados e dependentes.	Desenhar ações de literacia em direitos institucionais e canais de queixa nas ERPI; implementar triagens proativas de vulnerabilidade; capacitar para o autocuidado apoiado com foco na autonomia.
	Solidão e Violência	Associação positiva, forte e significativa apenas no domicílio (casa própria/familiares). A integração social eleva	Intervir integradamente sobre o isolamento domiciliário e dotar as pessoas idosas de ferramentas de	Desenvolver programas de apoio psicossocial domiciliário; monitorizar pessoas idosas isoladas; implementar ações informativas nas respostas comunitárias que aproveitem a consciência do risco para capacitar o idoso contra abusos.

		a consciência crítica do risco de violência.	resiliência face ao risco.	
Famílias	Solidão	Elevada taxa de pessoas idosas a viver sozinhas (30,6%) em apartamentos e solidão crítica nas ERPI (14%), revelando que a institucionalização e o isolamento urbano fragilizam os laços.	Minimizar o abandono institucional e capacitar as famílias para a inclusão relacional contínua.	Sensibilizar familiares para a manutenção de visitas frequentes e apoio afetivo nas ERPI; criar rotinas de proximidade e contacto à distância para os 30,6% que habitam sós em meio urbano; valorizar a biografia da pessoa idosa.
	Violência	Pessoas idosas institucionalizadas e dependentes manifestam maior perceção de violência, exigindo supervisão das redes informais.	Prevenir conflitos relacionais, abusos financeiros na transição institucional e negligência.	Desenvolver sessões de mediação familiar focadas na gestão partilhada de recursos da pessoa idosa; promover ações de sensibilização sobre os direitos e dignidade do familiar dependente (em ERPI ou Centro de Dia).
	Solidão e Violência	A rutura conjugal (divórcio) e o isolamento habitacional no domicílio exigem corresponsabilização e apoio psicossocial à família.	Fortalecer as redes de suporte familiar e instituir mecanismos de mediação técnica preventiva.	Implementar planos de suporte e mediação familiar acompanhados por equipas multidisciplinares; criar grupos de apoio para famílias em processos de transição de cuidados para mitigar o stress que gera dinâmicas opressivas.
Comunidade	Solidão	Maioria das pessoas idosas no domicílio está totalmente desintegrada de respostas comunitárias (75,5% sem integração nenhuma), potenciando o isolamento social urbano.	Integrar a população idosa isolada no domicílio e aproximar a comunidade das ERPI	Descentralizar atividades lúdicas levando-as aos blocos de apartamentos (71,4% reside em apartamentos); criar redes de voluntariado comunitário para interagir com as pessoas idosas nas ERPI e quebrar o isolamento institucional.
	Violência	Dimensão de isolamento social com forte expressão, embora 98,2% resida em zona urbana e a maioria em apartamentos com vizinhos.	Potenciar a densidade urbana e a vizinhança como eixos de vigilância informal e sinalização proativa.	Implementar um programa municipal de redes de proximidade, capacitando comissões de moradores, comerciantes e juntas de freguesia para detetar indícios de isolamento, negligência ou violência em pessoas idosas isoladas.
	Solidão e Violência	A participação comunitária (Centro de Dia/Convívio) funciona como promotora de vigilância e eleva a consciência dos riscos.	Garantir que o espaço urbano e as respostas sociais funcionem como redes de proteção integradas.	Articular eixos de Ação Social, Saúde e Policiamento de Proximidade (Programa Apoio 65); estabelecer Gabinetes Municipais de Apoio Sénior descentralizados nas freguesias urbanas para triagem, apoio jurídico e aconselhamento.
Profissionais	Solidão	Níveis de solidão patológica severos nas ERPI e nos perfis divorciados ou dependentes exigem urgente capacitação.	Reforçar a eficácia da triagem diagnóstica e promover a humanizar os cuidados institucionais com foco na validação da experiência subjetiva da pessoa idosa.	Formação contínua sobre escalas de solidão e saúde mental; capacitar equipas de ERPI para reconfigurar Planos de Desenvolvimento Individual (PDI) focados na inclusão afetiva; ativar a prescrição social para os 75,5% isolados.
	Violência	A elevada expressão de risco e desconfiança relacional nas ERPI exige intervenção técnica imediata, a par da escassez de suporte no domicílio (87,8% sem SAD).	Desenvolver auditorias e vistorias de bem-estar nas ERPI e implementar protocolos proativos de triagem no domicílio.	Formação especializada para identificar sinais de abuso psicológico, institucional ou financeiro; criar protocolos de atuação rápida interinstitucional; aplicar grelhas de risco no domicílio para detetar vulnerabilidades ocultas pela falta de SAD.
	Solidão e Violência	A elevada expressão da associação entre ambos o fenómeno exige o	Adotar o modelo de Gestão de Caso focado na pessoa e em	Instituir protocolos de intervenção conjunta que cruzem dados de institucionalização, dependência e iso-

		abandono de intervenções fragmentadas.	avaliações multidimensionais.	lamento; unificar as respostas sociais e de saúde mental para garantir um acompanhamento técnico contínuo dos perfis críticos.
--	--	--	-------------------------------	--

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/RVC5N7-098>
- 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)