



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

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

Investigador Principal: Fátima Gameiro

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

abril 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução	4
1. Definição e Justificação do Problema	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados	9
3.3. Instrumentos	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística	10
3.6. Considerações Éticas	10
3.7. Participantes	11
4. Resultados	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	15
4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	16
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.	18
4.5. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.	20
Considerações finais	22
Recomendações	24
Referências	29
Bibliografia Complementar	31
Anexo	34

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	15
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	17
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	17
Tabela 8. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	18
Tabela 9. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	19
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.	20
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.	20
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Coimbra	26

Introdução

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

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

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

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

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

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

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

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

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

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

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

2. Objetivos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

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

3.2. Procedimentos e Recolha de Dados

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

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

- Domicílio;
- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI);
- Respostas Sociais Comunitárias, como centros de dia e projetos comunitários.

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

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

3.3. Instrumentos

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

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

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

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados

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

Fonte. Elaboração própria (2025)

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo pessoas idosas com 65 ou mais anos, residentes no concelho de Coimbra, 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 149 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Coimbra. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 112$; 75,2%), em comparação com o sexo masculino ($n = 37$; 24,8%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 97 anos, apresentando uma média de 80,41 anos ($DP = 8,21$), o que indica uma **população particularmente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 84$; 56,4%), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n = 34$; 22,8%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui no máximo o ensino básico ($n = 114$; 76,5%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vive em **zona rural** ($n = 86$; 62,8%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 108$; 72,5%), enquanto uma percentagem mais reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 41$; 27,5%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 40$; 26,8%). Entre os que responderam, verifica-se que 26,2% ($n = 39$) auferem menos de 500 euros mensais, enquanto 23,5% ($n = 35$) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, evidenciando uma **situação económica globalmente fragilizada**.

No que se refere à percepção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saúdável), os participantes apresentaram uma média de 1,54 ($DP = 0,50$), indicando uma **percepção intermédia tendencialmente positiva**. No que se refere à **autonomia**, avaliada numa escala dicotómica de 1 (dependente) a 2 (independente), observou-se uma média de 1,56 ($DP = 0,50$), indicando uma **ligeira tendência para a percepção de independência**. Contudo, considerando a proximidade ao ponto médio da escala (1,50) e o desvio-padrão observado, os resultados sugerem uma distribuição relativamente equilibrada entre participantes que se percebem como doentes/ dependentes e saudáveis/ independentes.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	37	24,8
	Feminino	112	75,2
Idade (anos)	Intervalo	65-97	—
	Média (DP)	80,41 (8,21)	—
Idade (por grupo)	65-74	38	25,5
	75-84	56	37,6
	85-100	55	36,9
Estado Civil	Solteiro/a	18	12,1
	Casado(a)/União de Facto	34	22,8
	Divorciado/a	13	8,7
	Viúvo/a	84	56,4
Escolaridade	Sem Ensino Básico	47	31,5
	Com Ensino Básico	67	45,0

	Com Ensino Secundário	13	8,7
	Com Ensino Superior	22	14,8
Zona de Residência	Rural	86	62,8
	Urbano	51	37,2
	Omisso	12	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	108	72,5
	ERPI	41	27,5
Rendimento Mensal	- 500 euros	39	26,2
	de 501 a 870 euros	35	23,5
	de 871 a 1045 euros	5	3,4
	de 1046 a 1568 euros	12	8,1
	+ de 1569 euros	18	12,1
	Prefiro não responder	40	26,8
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,54 (0,50)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,56 (0,50)	—

Note. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 108; 72,5%). Desses, 54,6% vivem sozinhos (n = 59), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 58; 53,7%). 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 = 65; 60,2%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de refeições (n = 14; 13%), bem como à combinação de Refeições, Limpeza, Roupas e Outros(s) serviços (n = 8; 7,4%).

A maioria dos participantes (63,9%) encontra-se integrada em respostas sociais de proximidade, como centros de dia e centros de convívio, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 52; 48,1%).

Uma **percentagem relativa da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 41; 27,5%). Destes, 46,3% (n = 19) participam em atividades culturais, 17,1% (n = 7) em atividades de lazer e 34,1 % (n = 14) em outras atividades.

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	59	54,6
		Com parceiro/a	20	18,5
		Com Filho/a	20	18,5
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	4	3,7
		Com Outro(s)	5	4,6
		Omisso	41	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	34	31,5
		Vivenda isolada	16	14,8
		Vivenda com vizinhos	58	53,7
		Omisso	41	—
	SAD	Não	65	60,2

		Sim	43	39,8
		Omisso	41	—
	SAD- Tipo	Refeições	14	13,0
		Nenhuma	64	59,3
		Refeições e Limpeza	3	2,8
		Refeições e Roupa	1	0,9
		Refeições e Outra(s)	4	3,7
		Limpeza e Roupa	1	0,9
		Refeições, Limpeza e Roupa	7	6,5
		Limpeza, Roupa e Outro(s)	3	2,8
		Refeições, Limpeza, Roupa e Outra(s)	8	7,4
		Refeições, Limpeza e Outra(s)	3	2,8
		Omisso	41	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	50	46,3
		Centro de Convívio	2	1,9
		Universidade Sénior	7	6,5
		Outra(s)	3	2,8
		Nenhuma	39	36,1
		Centro de Dia e Outro(s)	1	0,9
		Centro de Convívio e Outro(s)	1	0,9
		Universidade Sénior e Outro(s)	4	3,7
		Centro de Convívio, Universidade Sénior e Outro(s)	1	0,9
		Omisso	41	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	7	6,5
		3 a 5 vezes por semana	52	48,1
		6 a 7 vezes por semana	10	9,3
		Nenhuma	39	36,1
		Omisso	41	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	19	46,3
		Atividades desportivas	1	2,4
		Atividades de lazer	7	17,1
		Outras	14	34,1
		Omisso	108	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	13	31,7
		3 a 5 vezes por semana	25	61,0
		6 a 7 vezes por semana	3	7,3
		Omisso	108	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Note. 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 1,87 (DP = 0,76), 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 1,62 (DP = 0,57), com um intervalo entre 1 e 3,36, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 27,21 (DP = 9,05), com valores mínimos de 16 e máximos de 52. 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	1,87	1,62	27,21
Erro Desvio	0,76	0,57	9,05
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,60	3,36	52,00

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 total em função do sexo ($t(147) = 0,341$; $p = 0,734$), **idade** ($F(2, 146) = 0,425$; $p = 0,655$), **estado civil** ($F(3, 145) = 2,194$; $p = 0,091$), **rendimento mensal** ($F(5,143) = 0,993$; $p = 0,425$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI; ($t(147) = 0,112$; $p = 0,911$), **estado de saúde percebido** ($t(147) = 0,846$; $p = 0,399$) ou **autonomia** ($t(147) = 1,512$; $p = 0,133$).

Apenas **ao nível da escolaridade foram observadas diferenças estatisticamente significativas na solidão total** ($F(3, 145) = 4,364$; $p = 0,006$). Os indivíduos com **Ensino Secundário** apresentaram a média mais elevada de solidão ($M = 35,08$; DP = 9,55), situando-se **acima do nível patológico** (≥ 32), indicando níveis claros de solidão patológica. Por sua vez, os participantes Sem Ensino Básico ($M = 25,53$; DP = 8,89), Ensino Básico ($M = 27,42$; DP = 9,14) e Ensino Superior ($M = 25,50$; DP = 6,46) apresentaram médias inferiores ao ponto de corte. As comparações múltiplas com correção de Bonferroni revelaram diferenças estatisticamente significativas entre

os participantes com Ensino Secundário e os restantes grupos ($p < 0,05$), não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os restantes níveis de escolaridade.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

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

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,22 ($DP = 0,29$), com valores compreendidos entre 1 e 2,75, indicando **níveis globalmente baixos de perceção de violência**, ainda que com casos pontuais de valores mais elevados.

As dimensões de **isolamento social e dependência funcional** apresentaram as **médias mais elevadas** face às outras dimensões avaliadas ($M = 1,61$; $DP = 0,46$ e $M = 1,65$; $0,49$, respetivamente), com valores mínimos de 1 e máximos de 3 em ambos os casos, sugerindo maior expressão e variabilidade destas dimensões de vulnerabilidade, ainda que com valores abaixo do nível médio de referência.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,24 ($DP = 0,32$), com valores que variam entre 1 e 2,5, evidenciando uma **perceção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de perceção de violência**, a média da amostra foi de 5,72 ($DP = 0,92$), com valores mínimos de 4 e máximos de 8,73. 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 alguns participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justifiquem atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5. Perceção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,22	1,61	1,65	1,24	5,72
Erro Desvio	0,29	0,46	0,49	0,32	0,92
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,75	3,00	3,00	2,50	8,73

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Diferenças na perceção 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 perceção de violência em função da idade ($F(2,146) = 0,111$; $p = 0,895$), **escolaridade** ($F(3,145) = 1,132$; $p = 0,338$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI; ($t(147) = -0,663$; $p = 0,508$) e **estado de saúde percebido** ($t(147) = 1,648$; $p = 0,101$).

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do sexo** ($t(74,841) = -2,682$; $p = 0,009$), **estado civil** ($F(3,145) = 3,244$; $p = 0,024$), **rendimento mensal** ($F(5,143) = 2,378$; $p = 0,042$) e **autonomia percebida** ($t(147) = 3,896$; $p = 0,000$).

Relativamente ao sexo, as **mulheres** ($M = 5,82$; $DP = 0,95$) apresentaram **valores médios superiores aos homens** ($M = 5,41$; $DP = 0,77$), indicando níveis mais elevados de risco de violência.

No que concerne ao estado civil, observaram-se diferenças globais estatisticamente significativas. Os participantes solteiros/as apresentaram a média mais elevada ($M = 6,02$; $DP = 1,10$), seguidos dos viúvos/as ($M = 5,83$; $DP = 0,85$), dos casados/as ou em união de facto ($M = 5,44$; $DP = 0,85$) e dos divorciados/as ($M = 5,27$; $DP = 1,06$). Embora as comparações múltiplas não tenham revelado diferenças estatisticamente significativas entre pares específicos, a tendência dos resultados indica que os **indivíduos sem parceiro** – solteiros e viúvos – apresentam **níveis médios mais elevados de risco de violência**, comparativamente aos participantes casados ou em união de facto.

Quanto ao rendimento mensal, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os escalões. Os participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros apresentaram a média mais elevada ($M = 6,11$; $DP = 0,97$), seguidos daqueles com rendimentos inferiores a 500 euros ($M = 5,73$; $DP = 1,03$). Os restantes escalões apresentaram médias inferiores. Ainda que as análises post hoc não tenham identificado diferenças estatisticamente significativas entre grupos específicos, observa-se uma **tendência consistente para níveis mais elevados de risco de violência entre os indivíduos com rendimentos mais baixos** (inferiores a 870 euros), sugerindo uma associação entre maior vulnerabilidade económica e maior risco de violência.

Por fim, no que respeita à autonomia percebida, os **indivíduos sem/fraca autonomia apresentaram valores médios significativamente superiores** ($M = 6,04$; $DP = 0,85$), comparativamente aos participantes com autonomia elevada ($M = 5,47$; $DP = 0,90$), sugerindo que níveis reduzidos de autonomia estão associados a maior risco de violência.

Importa salientar, contudo, que em todos os casos os valores médios obtidos se situam abaixo do ponto de corte definido para risco significativo, sugerindo que, apesar das diferenças estatisticamente significativas observadas entre grupos, os níveis globais se mantêm inferiores ao limiar considerado crítico.

4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção 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. Perceção de solidão em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

O teste t para amostras independentes não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dimensões de solidão emocional ($t(147) = 1,261$; $p = 0,209$), solidão social ($t(57,309) = -0,526$; $p = 0,601$) e solidão total ($t(147) = 0,112$; $p = 0,911$), sugerindo que, **nesta amostra, o contexto habitacional não se encontra associada a diferenças significativas nos níveis de solidão percecionada**.

Em termos descritivos, observa-se que as pessoas residentes em casa própria ou com familiares apresentam valores ligeiramente superiores de solidão emocional ($M = 1,92$; $DP = 0,78$) comparativamente às residentes em ERPI ($M = 1,74$; $DP = 0,70$), bem como no índice total de solidão ($M = 27,26$; $DP = 8,44$ vs. $M = 27,07$; $DP = 10,62$). Por sua vez, na dimensão de solidão social verifica-se a tendência inversa, com médias ligeiramente

superiores nas pessoas institucionalizadas ($M = 1,67$; $DP = 0,69$) face às não institucionalizadas ($M = 1,61$; $DP = 0,51$) (Ver Tabela 6). Contudo, as diferenças observadas são mínimas e não estatisticamente significativas, não permitindo concluir que o contexto habitacional esteja associado a variações nos níveis de solidão percebida nesta amostra.

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

	Solidão Emocional		Solidão Social		Solidão Total	
	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI
Média	1,92	1,74	1,61	1,67	27,26	27,07
Erro Desvio	0,78	0,70	0,51	0,69	8,44	10,62

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

A análise comparativa da percepção de violência entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões desconfiança/insegurança nas relações próximas ($t(147) = -1,890$; $p = 0,061$), isolamento social ($t(147) = 0,655$; $p = 0,055$) e violência total ($t(147) = -0,663$; $p = 0,508$).

Por outro lado, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões dependência funcional ($t(95,239) = -2,094$; $p = 0,039$) e insegurança financeira ($t(105,850) = 1,988$; $p = 0,049$).

No que respeita à dependência funcional, as pessoas idosas institucionalizadas apresentaram média superior ($M = 1,77$; $DP = 0,39$) comparativamente às não institucionalizadas ($M = 1,60$; $DP = 0,52$), evidenciando maior percepção de dependência no contexto de ERPI.

Relativamente à insegurança financeira, observou-se o padrão inverso: as pessoas residentes em casa própria ou com familiares registaram média superior ($M = 1,27$; $DP = 0,34$) face às institucionalizadas ($M = 1,17$; $DP = 0,23$), sugerindo maior percepção de vulnerabilidade financeira entre as não institucionalizadas (Ver Tabela 7).

No geral, os resultados indicam que, **embora existam diferenças em algumas dimensões da violência (dependência funcional e insegurança financeira), o contexto institucional não parece exercer influência generalizada sobre a percepção global de violência** nesta amostra.

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

	Desconfiança/ Insegurança nas Relações Próximas		Isolamento Social		Dependência Funcional		Insegurança Financeira		Violência Total	
	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI
Média	1,19	1,29	1,63	1,57	1,60	1,77	1,27	1,17	5,69	5,80
Erro Desvio	0,29	0,30	0,45	0,49	0,52	0,39	0,34	0,23	0,92	0,93

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 Sénior, Outros ou Nenhuma) permite clarificar o papel do contexto comunitário na mitigação da solidão e do risco de violência, fornecendo informação relevante para políticas públicas e estratégias de intervenção.

A. Percepção de solidão

A análise de variância unifatorial (ANOVA) não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dimensões de solidão emocional ($F(3,65) = 0,943$; $p = 0,425$), solidão social ($F(3,65) = 1,119$; $p = 0,348$) e solidão total ($F(3,65) = 0,488$; $p = 0,692$), sugerindo que, nesta amostra, **a integração em respostas sociais comunitárias não se encontra associada a diferenças significativas nos diferentes níveis de solidão percebida.**

Ainda assim, a análise descritiva dos valores médios (Tabela 8) permite identificar algumas tendências. No que respeita à solidão emocional, o Centro de Dia apresenta a média mais elevada ($M = 2,09$; $DP = 0,79$), seguido do grupo sem participação ($M = 2,01$; $DP = 0,75$) e do Centro de Convívio ($M = 1,95$; $DP = 0,66$), enquanto a Universidade Sénior ($M = 1,73$; $DP = 0,60$) e a categoria “Outros” ($M = 1,67$; $DP = 0,46$) registam valores inferiores.

Relativamente à solidão social, o Centro de Convívio apresenta a média mais elevada ($M = 1,91$; $DP = 0,62$), seguido da Universidade Sénior ($M = 1,67$; $DP = 0,47$) e do grupo sem participação ($M = 1,56$; $DP = 0,51$). O Centro de Dia ($M = 1,52$; $DP = 0,51$) apresenta valores ligeiramente inferiores, sendo a categoria “Outros” a que evidencia a média mais baixa ($M = 1,33$; $DP = 0,05$).

Quanto ao índice de solidão total, o Centro de Convívio apresenta o valor médio mais elevado ($M = 30,75$; $DP = 9,71$), seguido do Centro de Dia ($M = 27,18$; $DP = 8,71$), do grupo sem participação ($M = 27,17$; $DP = 8,32$) e da Universidade Sénior ($M = 27,00$; $DP = 7,21$). A categoria “Outros” apresenta a média mais baixa ($M = 23,00$; $DP = 1,73$). Em todos os casos, os valores situam-se abaixo do ponto de corte (>32) (ver Tabela 8).

Em síntese, apesar de se observarem algumas variações descritivas entre os diferentes tipos de resposta social comunitária, estas diferenças não são estatisticamente significativas, não permitindo concluir que a participação em respostas sociais esteja associada a variações nos níveis de solidão percebida nesta amostra.

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Solidão Emocional	2,09(0,79)	1,95 (0,66)	1,73 (0,60)	1,67 (0,46)	2,01 (0,75)
Solidão Social	1,52 (0,51)	1,91 (0,62)	1,67 (0,47)	1,33 (0,05)	1,56 (0,51)
Solidão Total	27,18 (8,71)	30,75 (9,71)	27,00 (7,21)	23,00 (1,73)	27,17 (8,32)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência

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

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dimensões desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(3,65) = 1,251$; $p = 0,299$), isolamento social ($F(3,65) = 1,851$; $p = 0,147$), insegurança financeira ($F(3,65) = 1,955$; $p = 0,129$) e violência total ($F(3,65) = 2,006$; $p = 0,122$). Estes resultados sugerem que a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias não se associa a variações significativas nestas dimensões da percepção de violência.

Apenas na dimensão dependência funcional ($F(3,65) = 3,671$; $p = 0,017$) foi possível observar diferenças estatisticamente significativas, indicando a existência de variação global entre os grupos.

A análise descritiva (Tabela 9), revela diferenças entre os grupos de acordo com a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias. Observa-se que os participantes do **Centro de Dia** apresentam a média mais elevada ($M = 1,68$; $DP = 0,46$), indicando um **maior nível de dependência funcional**, o que sugere uma vulnerabilidade acrescida ao risco de violência nesta dimensão. Este padrão é coerente com o perfil esperado para este tipo de serviço, que tende a acolher pessoas com maior fragilidade física ou dificuldades na realização das atividades da vida diária.

O **grupo sem participação** em respostas sociais comunitárias **apresenta também uma dependência funcional relativamente elevada** ($M = 1,58$; $DP = 0,49$) quando comparados com outros grupos, sugerindo um risco potencial de exposição a situações de violência, eventualmente relacionado à ausência de apoio estruturado ou de oportunidades de monitorização e intervenção.

Por contraste, os participantes da Universidade Sénior ($M = 1,39$; $DP = 0,57$), do Centro de Convívio ($M = 1,25$; $DP = 0,35$) e Outras atividades ($M = 1,00$; $DP = 0,00$) evidenciam níveis mais baixos de dependência funcional, indicando uma menor vulnerabilidade relativa ao risco de violência.

De forma global, os resultados indicam que a **participação em respostas sociais comunitárias não influencia significativamente o risco total de violência**, nem as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social e insegurança financeira. **Apenas a dependência funcional apresentou variação global entre grupos**, ainda que sem diferenças específicas confirmadas entre pares.

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,22 (0,36)	1,53 (0,19)	1,18 (0,24)	1,17 (0,07)	1,23(0,33)
Isolamento Social	1,76 (0,48)	1,75 (0,25)	1,47 (0,21)	1,40 (0,00)	1,70 (0,44)
Dependência Funcional	1,68 (0,46)	1,25 (0,35)	1,39 (0,57)	1,00 (0,00)	1,58 (0,49)
Insegurança Financeira	1,24 (0,37)	1,69 (0,31)	1,36 (0,44)	1,33 (0,14)	1,29 (0,38)
Violência Total	5,90 (1,01)	6,22 (0,50)	5,40 (0,80)	4,90 (0,22)	5,80 (0,96)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A análise de correlação indicou que, em ambos os contextos, **a solidão percebida associa-se de forma significativa à percepção do risco de vitimação por violência**. No grupo de pessoas idosas **não institucionalizadas**, esta associação apresentou uma **correlação moderada e positiva** ($r = 0,443$; $p < 0,001$), indicando que níveis mais elevados de solidão se relacionam com uma maior percepção de vulnerabilidade face à violência. No **grupo institucionalizado**, a correlação foi **forte e positiva** ($r = 0,616$; $p < 0,001$), sugerindo que, em contexto institucional, a solidão apresenta uma relação ainda mais estreita com a percepção do risco de violência – quanto mais solitários se percebem os idosos institucionalizados, maior é a sua percepção de vulnerabilidade a situações de violência (Ver Tabela 10).

Embora as médias de solidão ($M = 27,26$ vs. $M = 27,07$) e de percepção de violência ($M = 5,68$ vs. $M = 5,80$) sejam bastante semelhantes entre os grupos, observa-se que a força da **associação é consideravelmente maior nos residentes em ERPI**. Este padrão indica que, mesmo com níveis comparáveis de solidão e percepção de risco, a relação entre estas dimensões é mais acentuada em contexto institucional, **refletindo uma vulnerabilidade psicossocial mais elevada e uma possível maior sensibilidade à percepção de risco de violência**.

Em conjunto, estes resultados reforçam a ideia de que a solidão é um indicador relevante de vulnerabilidade ao risco de violência entre pessoas idosas, sendo a **institucionalização um fator que pode amplificar esta associação**. Reforçam ainda a importância de estratégias de intervenção direcionadas à redução do isolamento social e ao fortalecimento de redes de apoio, sobretudo em contextos institucionais.

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Casa Própria/ Familiares	Solidão	27,26	8,44	0,443	0,000
	Violência	5,68	0,92		
ERPI	Solidão	27,07	10,62	0,616	0,000
	Violência	5,80	0,93		

Note. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

No **grupo integrado em atividades de apoio comunitário**, a correlação foi **positiva, moderada e estatisticamente significativa** ($r = 0,377$; $p = 0,001$), indicando que, mesmo em contextos de participação comunitária, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de violência.

Por outro lado, no grupo **não integrado**, a correlação foi **positiva e forte** ($r = 0,609$; $p < 0,001$), sugerindo que, entre os idosos que não participam em respostas sociais comunitárias, a solidão se associa de forma mais intensa à percepção do risco de vitimação, possivelmente refletindo maior vulnerabilidade ou menor suporte social.

Esta evidência é ainda reforçada pela análise descritiva, com os níveis médios de solidão percebida e de percepção do risco de vitimação por violência a registarem uma variação ligeira consoante a integração, ou não, em respostas sociais comunitárias. No grupo integrado em atividades de apoio comunitário, os participantes apresentaram níveis médios de solidão de $M = 27,07$ ($DP = 8,32$) e percepção de risco de violência de $M = 5,80$ ($DP = 0,96$). No grupo não integrado, a média de solidão foi ligeiramente mais elevada ($M = 27,41$; $DP = 8,74$), enquanto a percepção de risco de violência foi ligeiramente inferior ($M = 5,49$; $DP = 0,80$).

Estes resultados indicam que a **integração em respostas sociais comunitárias pode atenuar parcialmente a relação entre solidão e percepção de risco**, fornecendo suporte social, maior consciência de situações de risco ou capacidade de reconhecimento da vulnerabilidade, enquanto a ausência de integração parece reforçar a associação entre solidão e percepção do risco de violência.

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	27,07	8,32	0,377	0,001
	Violência	5,80	0,96		
Não Integrados em RS	Solidão	27,41	8,74	0,609	0,000
	Violência	5,49	0,80		

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

Considerações finais

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

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

No âmbito do município de Coimbra, 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 elevada. A análise em função de **características sociodemográficas** revelou que o sexo, idade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde percebido e autonomia **não influenciam significativamente os níveis de solidão**. Por outro lado, verificaram-se diferenças apenas para a escolaridade: pessoas com ensino secundário apresentam níveis de solidão considerada patológica. Este resultado identifica um **grupo prioritário** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a idosos **com ensino secundário**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar este grupo como sendo prioritário de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a esta situação de maior vulnerabilidade.

Quanto à perceção de **violência**, os **níveis médios situam-se, globalmente, abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de dependência funcional a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentavam médias inferiores. Apesar disso, alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A perceção de violência não difere significativamente quanto à idade, escolaridade, local de residência e estado de saúde percebido, mas associa-se ao sexo, estado civil, rendimento mensal e autonomia percebida: as mulheres, pessoas sem parceiro (solteiras e viúvas), com rendimentos mensais mais baixos e mais dependentes percebem níveis mais elevados de violência, destacando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e intervenção. Embora a perceção de violência não seja generalizada e se situe abaixo do ponto de corte definido para risco significativo, os resultados permitem identificar **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente **mulheres, pessoas sem parceiro, com situação económica mais fragilizada** e com **maior dependência**, destacando a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a estas situações de maior risco.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/familiares e em ERPI revelou que, de forma geral, este não influencia significativamente os níveis de solidão. No entanto, surgem diferenças em dimensões específicas da perceção de violência: a **dependência funcional é significativamente maior entre os institucionalizados (ERPI)**, refletindo maior necessidade de apoio nas atividades da vida diária, enquanto a **insegurança financeira é mais elevada nos idosos não institucionalizados**, possivelmente devido ao menor acesso a apoios institucionais. 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 se encontra associada a diferenças significativas nos níveis de solidão percecionada**, não permitindo concluir que nesta amostra a participação em respostas sociais esteja associada a variações nos níveis de solidão percecionada.

Quanto à percepção de violência, surgem diferenças numa única dimensão específica: **a dependência funcional é mais elevada no Centro de Dia e nas pessoas sem participação em respostas sociais**. 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 consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com os idosos residentes em ERPI a apresentar níveis ligeiramente mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os residentes em casa própria/familiares. Esta associação entre solidão e percepção de violência é positiva e significativa em todos os contextos, embora mais intensa em idosos institucionalizados, sugerindo que **a institucionalização potencia simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de risco**. Entre os não institucionalizados, a integração em respostas sociais comunitárias modula esta relação, com os participantes integrados a apresentarem correlação positiva e moderada, enquanto nos não integrados a correlação é positiva e forte. Estes resultados indicam que a **integração comunitária pode atenuar a relação entre solidão e percepção de risco**, fornecendo suporte social, maior consciência de situações de risco ou capacidade de reconhecimento da vulnerabilidade, enquanto a **ausência de integração parece reforçar a associação entre solidão e percepção do risco de violência, evidenciando-se a importância de programas comunitários estruturados** como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do município de Coimbra. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos particularmente vulneráveis justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica, envolvendo não apenas as próprias pessoas idosas, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Esta necessidade é reforçada pelo perfil demográfico identificado: uma amostra composta por 149 pessoas com uma média de idade de 80,41 anos, predominantemente feminina (75,2%) e com baixa escolaridade. A fragilidade socioeconómica é também evidente com 26,2% a auferir menos de 500 euros, e o isolamento é agravado pela residência em zonas rurais (62,8%). O equilíbrio crítico entre saúde e autonomia revela que metade da amostra já se percebe como dependente. Adicionalmente, o facto de a solidão patológica se manifestar com maior expressão no subgrupo com ensino secundário sugere que as respostas atuais carecem de maior diversificação. Neste sentido, a intervenção municipal deve evoluir para um modelo de gestão integrada, focado na promoção da autonomia e na salvaguarda de direitos das pessoas idosas.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

No domínio da solidão, recomenda-se a implementação de respostas sociais diferenciadas que considerem a heterogeneidade da amostra, adaptando as atividades aos perfis de literacia. Enquanto para a maioria, com o ensino básico, a prioridade deve ser a proximidade em contexto rural, para o grupo de risco com o ensino secundário é fundamental criar espaços de participação cultural e voluntariado qualificado que combatam o isolamento subjetivo. Complementarmente, deve reforçar-se o acompanhamento psicossocial individualizado e a monitorização emocional sistemática, garantindo uma intervenção precoce em casos de solidão elevada e promovendo o papel da pessoa idosa como agente ativo na comunidade.

Relativamente à percepção de risco de violência, recomenda-se a promoção de sessões de literacia sobre direitos e autonomia, focadas em mulheres e pessoas sem parceiro (solteiras/viúvas), por serem o perfil mais vulnerável da amostra. Estas ações devem privilegiar a capacitação para a gestão autónoma de rendimentos e a autodeterminação financeira, prevenindo abusos económicos. Em paralelo, é crucial estimular o reconhecimento precoce de sinais de negligência associados à perda de autonomia funcional, dotando as pessoas idosas de ferramentas para identificar riscos e aceder a canais de proteção.

Na interseção entre solidão e violência, propõe-se o incentivo à adesão a respostas comunitárias estruturadas, uma vez que a integração social em Coimbra atua como um fator protetor que modula a relação entre a solidão e o risco de vitimação. Esta participação permite que o idoso desenvolva uma maior consciência das suas vulnerabilidades e reforce mecanismos de autoproteção. Paralelamente, devem implementar-se oficinas de "autonomia preventiva" direcionadas às pessoas idosas no limiar da dependência, focadas na manutenção da funcionalidade no domicílio e no retardamento de situações de risco associadas à perda de independência.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se a sensibilização das famílias para a natureza subjetiva da solidão, promovendo uma vinculação afetiva de qualidade. Dado que os resultados identificam uma vulnerabilidade específica em pessoas idosas com o ensino secundário, sugere-se que as famílias estimulem ativamente a manutenção de interesses intelectuais, redes de diálogo e atividades culturais, garantindo que o suporte emocional acompanha o perfil cognitivo e as expectativas sociais deste grupo.

No que respeita à violência, é fundamental sensibilizar as famílias para a identificação precoce de sinais de risco, prevenção de situações de abuso, negligência e outro(s) tipo(s) de violência, e para a existência de canais formais de denúncia e serviços de apoio disponíveis. Sendo a dependência funcional o principal preditor de risco identificado, é fundamental capacitar as famílias para a gestão do stress do cuidador e para a adaptação segura do domicílio. Deve promover-se uma vigilância ética sobre os recursos financeiros, especialmente para idosos que residem em casa própria, onde a perceção de insegurança económica é superior.

Na articulação entre solidão e violência, propõe-se a promoção de programas de mediação familiar que assegurem que a pessoa idosa mantém voz nas decisões sobre o seu quotidiano, reduzindo o risco de infantilização e o consequente isolamento emocional dentro do próprio núcleo familiar. Paralelamente, deve fomentar-se a transparência financeira e o respeito pela autonomia da pessoa idosa, garantindo que a gestão de baixos rendimentos não se torne um foco de conflito ou violência económica. É crucial que a integração comunitária seja incentivada pela família, uma vez que esta atua como um fator moderador que atenua a relação entre a solidão e a perceção de risco de violência.

Recomendações dirigidas à comunidade

No que concerne à solidão, recomenda-se a diversificação da oferta das Universidades Sénior e Centros de Convívio, garantindo atividades pedagogicamente apelativas para pessoas idosas com maior escolaridade e a criação de uma rede de "Mentoria Sénior" para combater o vazio de papel social. Simultaneamente, sugere-se a implementação, por parte do município, de uma rede de apoio móvel para os 62,8% residentes em zonas rurais, mitigando o isolamento geográfico através de "itinerários de convívio" e da facilitação do transporte para os centros urbanos, assegurando a inclusão de todas as pessoas idosas, independentemente do seu local de residência.

No domínio da violência, face à maior vulnerabilidade detetada em idosos com dependência funcional, particularmente nos que não frequentam respostas sociais, recomenda-se que se convertam os Centros de Dia e as redes de vizinhança em polos de monitorização ativa. É fundamental garantir que a integração em programas comunitários estruturados funcione como um mecanismo de proteção, reduzindo não só a solidão, mas também a exposição a riscos de violência decorrentes da precariedade económica e da perda de autonomia.

De forma integrada, o poder local deve promover programas que articulem solidão e violência, através da cooperação interinstitucional e da ligação entre serviços sociais, de saúde e de segurança, favorecendo respostas coordenadas e sustentáveis. Recomenda-se a criação de protocolos de intervenção rápida que articulem as respostas sociais com os serviços de saúde, investindo em programas de mobilização que transformem a comunidade num ecossistema de vigilância afetiva e segurança ativa. Dado que a integração comunitária atenua a correlação entre solidão e violência, é fundamental converter as ERPI e os Centros de Dia em centros de recursos abertos, onde a promoção da autonomia física seja indissociável de uma monitorização constante de riscos psicossociais. Esta estratégia visa "retirar a pessoa idosa do isolamento", garantindo que a vigilância sobre a saúde seja acompanhada por redes de suporte que previnam a vulnerabilidade.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se o investimento na formação contínua sobre envelhecimento e saúde mental, capacitando as equipas técnicas para o diagnóstico da "solidão silenciosa" e emocional, mesmo em pessoas idosas que aparentam estar integradas socialmente. Os profissionais devem estar alertas para os idosos mais escolarizados (perfil com ensino secundário), cujas necessidades exigem estratégias mais sofisticadas do que as respostas tradicionais, e para pessoas idosas em idades muito avançadas (+85 anos). Para garantir a eficácia diagnóstica, é fundamental implementar o uso sistemático de escalas de solidão validadas nos cuidados de saúde primários e nas respostas sociais, permitindo uma intervenção precocemente fundamentada.

No que concerne à violência, recomenda-se o reforço da formação profissional sobre a dependência funcional como preditor de risco, especialmente em contexto de ERPI, priorizando a intervenção junto de pessoas idosas que se percebem como dependentes e doentes. É essencial que as equipas de saúde e ação social monitorem sistematicamente, através de grelhas de avaliação validadas, as pessoas idosas com baixos rendimentos e sem rede de apoio familiar direta. Os profissionais em Coimbra devem manter uma vigilância ativa sobre a interseção entre a precariedade económica e a sujeição a maus-tratos, garantindo uma proteção efetiva dos direitos da pessoa idosa.

Na articulação entre solidão e violência, sugere-se a implementação de um modelo de gestão de caso integrada, onde a deteção de solidão patológica desencadeie automaticamente uma avaliação de risco de violência. As instituições (ERPI e Centros de Dia, nomeadamente) devem promover a autonomia funcional como estratégia de empoderamento e redução da vulnerabilidade. Propõe-se, adicionalmente, a criação de uma equipa multidisciplinar de gestão de risco que cruze dados de saúde e rendimentos, focando-se no acompanhamento individualizado de mulheres viúvas residentes no domicílio, garantindo que o diagnóstico do projeto RiViS 65+ se converta numa estratégia municipal de proteção real e efetiva.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Coimbra

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	A escolaridade é o fator mais decisivo na solidão dos idosos em Coimbra.	Prevenir a solidão patológica na população idosa, com foco prioritário no grupo do Ensino Secundário, através de estratégias de acompanhamento psicossocial e participação comunitária qualificada.	Promover a integração em respostas sociais estruturadas, como Centros de Dia e Universidades Sêniores, a par do desenvolvimento de programas de acompanhamento emocional individual e em grupo; dinamizar atividades intergeracionais regulares; fomentar a criação de uma rede de voluntariado qualificado; dinamização de clubes de leitura, na curadoria de exposições comunitárias, em oficinas de escrita e na criação de espaços de debate e fóruns de discussão sobre temas da atualidade; implementação de unidades móveis de convívio em contextos rurais, complementadas por dinâmicas de grupo centradas na vizinhança e no fortalecimento dos laços comunitários.
	Violência	Maior perceção de violência associada ao sexo feminino, à ausência de parceiro, a contextos de fragilidade económica e a níveis elevados de dependência funcional.	Prevenir situações de risco clínico e social, reforçando os mecanismos de proteção pessoal e a autonomia dos grupos mais vulneráveis.	Realização de avaliações regulares de vulnerabilidade psicossocial, garantindo uma monitorização contínua de indicadores de risco; criação de programas de estimulação funcional; promoção de ações de capacitação para a gestão financeira; reforço da literacia sobre direitos e mecanismos de proteção, bem como a facilitação do acesso a apoios sociais e jurídicos.

	Solidão e Violência	Associação positiva e significativa entre solidão e percepção de risco de violência.	Intervir de forma integrada sobre os fatores psicossociais de risco, visando a redução da solidão patológica e da percepção de violência.	Promoção da integração comunitária estruturada; incentivo à adesão a respostas locais, Centros de Dia, Universidades Sêniores e associações; Implementação de oficinas de autonomia preventiva, com a dinamização de sessões focadas na manutenção da funcionalidade no domicílio e no retardamento de situações de risco associadas à perda de independência; criação de dinâmicas de grupo para o empoderamento; realização de atividades que cruzem a partilha social com a literacia de direitos.
Famílias	Solidão	Importância do suporte familiar, sobretudo em contextos de envelhecimento isolado	Reforçar os vínculos familiares e a capacidade de apoio, fortalecendo o suporte familiar e as redes de proximidade como mecanismos críticos de proteção contra o isolamento e a solidão emocional.	Desenvolver programas de formação em competências de cuidado; sensibilizar para a relevância da interação familiar regular; implementação de workshops como a árvore das memórias partilhadas, onde a construção conjunta de arquivos de histórias e fotos reforça o papel da pessoa idosa como detentor do saber familiar; realização conjunta de atividades intelectuais ou culturais (leituras, cinema, visitas a museus), especialmente para pessoas idosas com o Ensino Secundário.
	Violência	Papel central das famílias como agentes de vigilância e deteção precoce de indicadores de risco.	Capacitar as famílias para a identificação precoce de sinais de alerta e para a prevenção de situações de abuso, negligência e violência.	Sensibilizar para sinais precoces de risco; promover a prevenção da violência; divulgar canais de denúncia e serviços de apoio. Propõe-se a criação de escola de cuidadores, focada na gestão de conflitos e cuidados práticos, aliada a planos de contingência familiar e mediação técnica.
	Solidão e Violência	Necessidade intervenção concertada centrada na autodeterminação da pessoa idosa.	Consolidar as redes de suporte formal e informal como mecanismos de proteção integrada, visando a redução da vulnerabilidade psicossocial e o isolamento da pessoa idosa.	Criação de programas de suporte familiar estruturado: sessões de capacitação para o cuidado ético e transparência na gestão financeira; ações mediação familiar com acompanhamento profissional; criação de espaços de decisão conjunta que garantam a voz da pessoa idosa; fortalecimento de redes formais e informais: articulação entre família e respostas comunitárias (Centros de Dia/Universidades Sêniores).
Comunidade	Solidão	Papel da comunidade como moderador da vulnerabilidade perante riscos específicos de solidão (escolaridade) e violência (dependência e insegurança financeira).	Fortalecer as respostas comunitárias enquanto fatores protetores, garantindo a integração social e a vigilância sobre situações de vulnerabilidade.	Desenvolver iniciativas de proximidade e combate ao isolamento; implementar projetos como o café de proximidade e itinerários de convívio de forma a garantir o contacto social regular em zonas urbanas e rurais; reforçar e diversificar as respostas sociais estruturadas pela dinamização de centros de convívio e Universidades Sênior com ofertas adaptadas a diferentes níveis de escolaridade; fomentar redes de solidariedade local e voluntariado, estimular as relações de vizinhança e o voluntariado intergeracional.
	Violência	Identificação da dependência funcional como o principal fator de risco de violência em contextos de apoio (Centro de Dia) e em idosos isolados (sem participação em respostas sociais).	Reforçar a vigilância ativa e os mecanismos de sinalização precoce.	Criar redes de vigilância comunitária: capacitar atores locais (vizinhos, comércio, farmácias) para atuarem como radares sociais na deteção de sinais de abuso ou de violência. Implementar mecanismos de sinalização, estabelecendo vias céleres, diretas e simplificadas entre a comunidade e os serviços municipais para reportar situações de risco. Promover o apoio de proximidade, pelo reforço do apoio domiciliário e das respostas itinerantes, garantindo que a ajuda chega às pessoas com maior dependência e insegurança financeira que não frequentam instituições.
	Solidão e Violência	Problemas multidimensionais exigem respostas articuladas.	Garantir uma intervenção integrada e multissetorial.	Desenvolver programas comunitários de proximidade de forma integrada assegurando que a resposta chega aos idosos mais isolados; reforçar a articulação interinstitucional e a criação de mecanismos de sinalização precoce; fomentar a cooperação efetiva entre os

				serviços sociais, de saúde e de segurança de forma coordenada.
Profissionais	Solidão	Necessidade de maior capacitação técnica para o desafio da invisibilidade da violência e da solidão.	Reforçar as competências diagnósticas e de intervenção das equipas técnicas.	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social; proporcionar formação técnica para a aplicação de instrumentos validados, como as escalas de solidão.
	Violência	A complexidade dos fenómenos exige um olhar técnico atento à sua invisibilidade.	Aumentar a eficácia da resposta profissional através da intervenção articulada e especializada.	Capacitar as equipas para a avaliação, sinalização e intervenção técnica em situações de violência, com foco nos preditores de risco como a dependência e a doença crónica; criar protocolos de atuação rápida e multidisciplinar, garantindo uma resposta integrada tanto em contexto de ERPI como no domicílio; promover workshops multidisciplinares regulares para a partilha de boas práticas e uniformização do uso de grelhas de avaliação validadas.
	Solidão e Violência	Necessidade de respostas multidisciplinares.	Promover intervenção integrada e centrada na pessoa.	Desenvolver protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional, centrados na dignidade e nas necessidades específicas da pessoa idosa; criar uma Plataforma Municipal de Gestão Integrada do Risco, que facilite a sinalização e a gestão de casos complexos, garantindo um acompanhamento contínuo e personalizado.

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)
- Nazareth, J. (2007). *Demografia, a ciência da população* (2ª ed.). Ed. Presença.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Geneva.
- Parreira, V. (2022). *A solidão nos idosos: O efeito preditivo dos afetos negativos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Piaget. <http://hdl.handle.net/10400.26/41523>
- Pocinho, M., Farate, C., & Amaral Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações*, 18, 65-77.

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

Bibliografia Complementar

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

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

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

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)