



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE SANTA MARIA DA FEIRA

**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	23
Recomendações	25
Referências.....	29
Anexo	34

ÍNDICE DE TABELAS

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

Introdução

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

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

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

O presente relatório insere-se no âmbito do projeto RIVIS 65+ - financiado pelo Programa Seed Funding (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 Santa Maria da Feira. 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 Santa Maria da Feira. 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 Santa Maria da Feira, 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 123 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Santa Maria da Feira. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 84$; 68,3%), em comparação com o sexo masculino ($n = 39$; 31,7%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 96 anos, apresentando uma média de 71,79 anos ($DP = 6,230$), revelando uma distribuição etária concentrada nos **primeiros anos da velhice**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou em união de facto ($n = 75$; 61,0%), seguindo-se os viúvos ($n = 30$; 24,4%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 88$; 71,5%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Relativamente à área de residência, a grande maioria dos participantes optou por não responder ($n = 97$). Entre as respostas obtidas ($n = 26$), verifica-se uma distribuição equitativa, sendo que 50% dos participantes reside em contexto **rural** ($n = 13$) e 50% em contexto **urbano** ($n = 13$). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 114$; 92,7%), enquanto uma percentagem reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 9$; 7,3%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por preferir não responder ($n = 41$; 33,3%). Entre os que responderam, verifica-se que 26% ($n = 32$) auferem entre 501 e 870 euros, enquanto 18,7% ($n = 23$) apresentam rendimentos inferiores a 500 euros mensais, evidenciando uma **situação económica globalmente fragilizada**.

No que se refere à perceção do **estado de saúde**, avaliada numa escala dicotómica de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,63 ($DP = 0,49$), sugerindo uma **perceção global tendencialmente positiva** do seu estado de saúde. Relativamente à **autonomia**, igualmente avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,86 ($DP = 0,35$), indicando **uma perceção predominantemente orientada para a independência funcional**. Considerando a natureza dicotómica das variáveis, estes resultados sugerem que a maioria dos participantes se posiciona nas categorias “saudável” e “independente”.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	39	31,7
	Feminino	84	68,3
Idade (anos)	Intervalo	65-96	—
	Média (DP)	71,79 (6,230)	—
Idade (por grupo)	65-74	90	73,2
	75-84	28	22,8
	85-100	5	4,1
Estado Civil	Solteiro/a	8	6,5
	Casado(a)/União de Facto	75	61,0
	Divorciado/a	10	8,1

	Viúvo/a	30	24,4
Escolaridade	Sem Ensino Básico	12	9,8
	Com Ensino Básico	88	71,5
	Com Ensino Secundário	20	16,3
	Com Ensino Superior	3	2,4
Zona de Residência	Rural	13	50,0
	Urbano	13	50,0
	Omisso	97	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiars	114	92,7
	ERPI	9	7,3
Rendimento Mensal	- 500 euros	23	18,7
	de 501 a 870 euros	32	26,0
	de 871 a 1045 euros	12	9,8
	de 1046 a 1568 euros	11	8,9
	+ de 1569 euros	4	3,3
	Prefiro não responder	41	33,3
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,63 (0,49)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,86 (0,35)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em **habitação própria ou com familiares** (n = 114; 92,7%). Entre estes, 40,4% vivem com o/a parceiro/a (n = 46) e 21,9% residem sozinhos/as (n = 25), encontrando-se os restantes distribuídos por outras configurações habitacionais (e.g., coabitação com filhos, outros familiares ou terceiros). Predomina a residência em moradias inseridas em **contextos de vizinhança próxima** (n = 64; 56,1%). Não se registaram situações de ausência de resposta habitacional na amostra.

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário** (SAD) (n = 99; 86,9%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de refeições (n = 10; 8,8%).

A maioria, (58,8%; n= 67), **não se encontra integrada em respostas sociais de proximidade**, como centros de dia e centros de convívio, nem participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade dos que frequentam estas atividades, esta ocorre maioritariamente uma a duas vezes por semana (n =29; 25,4%).

Uma **percentagem reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas** (ERPI) (n = 9; 7,3%). Destes, 44,4% (n = 4) participam em atividades culturais, 22,2% (n = 2) em atividades desportivas, 11,1% (n = 1) em atividades de lazer e 22,2% (n = 2) frequenta outra(s) atividade(s).

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-Familiars	Com Quem Vive	Sozinho/a	25	21,9
		Com parceiro/a	46	40,4
		Com Filho/a	14	12,3
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	13	16,7
		Com Outro(s)	10	8,8
		Omisso	9	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	13	11,4
		Vivenda isolada	37	32,5

		Vivenda com vizinhos	64	56,1
		Omisso	9	—
	SAD	Não	99	86,8
		Sim	15	13,2
		Omisso	9	—
	SAD- Tipo	Refeições	10	8,8
		Limpeza	2	1,8
		Outro(s)	1	0,9
		Nenhuma	98	86,0
		Refeições e Roupa	1	0,9
		Refeições e Outra(s)	1	0,9
		Limpeza e Outra(s)	1	0,9
		Omisso	9	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	4	3,5
		Centro de Convívio	2	1,8
		Universidade Sénior	3	2,6
		Outra(s)	38	33,3
		Nenhuma	67	58,8
		Omisso	9	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	29	25,4
		3 a 5 vezes por semana	16	14,0
		6 a 7 vezes por semana	3	2,6
		Nenhuma	66	57,9
		Omisso	9	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	4	44,4
		Atividades desportivas	2	22,2
		Atividades de lazer	1	11,1
		Outra(s)	2	22,2
		Omisso	114	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	3	33,3
		3 a 5 vezes por semana	5	55,6
		6 a 7 vezes por semana	1	11,1
		Omisso	114	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

4. Resultados

4.1. Percepção de Solidão

A. Níveis de percepção de solidão

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

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 1,86 (DP = 0,68), com valores compreendidos entre 1 e 3,8, 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 1,68 (DP = 0,60), com um intervalo entre 1 e 3,64, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 27,78 (DP = 9,06), com valores mínimos de 16 e máximos de 59. 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	1,86	1,68	27,78
Erro Desvio	0,68	0,60	9,06
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,80	3,64	59,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função da idade ($F(2,120) = 1,030$; $p = 0,360$), **escolaridade** ($F(3,119) = 0,533$; $p = 0,660$), **estado civil** ($F(3,119) = 1,036$; $p = 0,379$), **rendimento mensal** ($F(5,117) = 1,170$; $p = 0,328$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI; $t(121) = 1,498$; $p = 0,137$) **ou autonomia percebida** ($t(121) = 0,972$; $p = 0,333$).

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do sexo** ($t(121) = -2,022$; $p = 0,045$) **e do estado de saúde percebido** ($t(73,129) = 2,307$; $p = 0,024$). As mulheres registam maiores níveis de solidão ($M=28,89$; $DP= 9,66$), comparativamente aos homens ($M=25,38$; $DP= 7,17$), ainda que com valores abaixo do ponto de corte patológico (≥ 32). Quanto ao estado de saúde, as pessoas que se percebem como doentes apresentaram níveis mais elevados de solidão ($M = 30,37$; $DP = 10,62$) comparativamente às que se percebem como saudáveis ($M = 26,23$; $DP = 7,66$).

4.2. Percepção de Violência

A. Níveis de Percepção de Violência

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

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,36 (DP = 0,40), com valores compreendidos entre 1 e 3,5, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,76; DP = 0,54), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,8, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,29 (DP = 0,47), com um intervalo entre 1 e 4, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,45 (DP = 0,51), com valores que variam entre 1 e 4, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,87 (DP = 1,45), com valores mínimos de 4 e máximos de 14,5. Considerando o ponto de corte estabelecido (> 8), o **valor médio situa-se abaixo do limiar indicativo de risco de violência**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justificam atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5. Percepção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,36	1,76	1,29	1,45	5,87
Erro Desvio	0,40	0,54	0,47	0,51	1,45
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	3,50	3,80	4,00	4,00	14,50

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise da percepção da violência em função das características sociodemográficas e das condições de vida teve como objetivo explorar possíveis padrões de vulnerabilidade na amostra. Contudo, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função de nenhuma das variáveis analisadas**: sexo ($t(121) = 0,225$; $p = 0,823$), idade ($F(2,120) = 0,555$; $p = 0,575$), escolaridade ($F(3,119) = 0,713$; $p = 0,546$), estado civil ($F(3,119) = 0,237$; $p = 0,871$), rendimento mensal ($F(5,117) = 0,731$; $p = 0,602$), local de residência ($t(121) = 0,814$; $p = 0,417$), estado de saúde percebido ($t(121) = 0,429$; $p = 0,669$) e autonomia ($t(121) = 1,111$; $p = 0,269$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva permite identificar algumas variações nos valores médios entre grupos. Relativamente ao sexo, os homens apresentaram uma média

ligeiramente superior de percepção de violência ($M = 5,91$; $DP = 1,20$) comparativamente às mulheres ($M = 5,85$; $DP = 1,56$), embora esta diferença seja muito reduzida.

No que respeita à idade, as médias mantêm-se relativamente próximas entre os diferentes grupos etários, com valores ligeiramente superiores entre os participantes com idades entre 65 e 74 anos ($M = 5,95$; $DP = 1,57$) face aos grupos 75–84 anos ($M = 5,63$; $DP = 1,13$) e 85 ou mais anos ($M = 5,68$; $DP = 0,41$), sugerindo uma distribuição relativamente homogénea da percepção de violência ao longo das faixas etárias analisadas.

Quanto à escolaridade, os participantes sem ensino básico apresentaram uma média ligeiramente mais elevada ($M = 6,21$; $DP = 1,66$), seguidos pelos participantes com ensino secundário ($M = 6,16$; $DP = 1,14$), enquanto os participantes com ensino superior registaram valores médios inferiores ($M = 5,43$; $DP = 1,03$). Ainda assim, estas diferenças não atingiram significância estatística.

Relativamente ao estado civil, os valores médios foram também bastante próximos entre os grupos, variando entre $M = 5,68$ nos participantes viúvos ($DP = 1,22$) e $M = 5,98$ nos divorciados ($DP = 1,08$), sugerindo que esta variável não apresenta associação relevante com a percepção de violência nesta amostra.

No que respeita ao rendimento mensal, os participantes com rendimentos até 500 euros ($M = 6,10$; $DP = 1,58$) e os que auferem entre 871 e 1045 euros ($M = 6,36$; $DP = 1,38$) apresentaram médias ligeiramente superiores, enquanto os participantes com rendimentos superiores a 1569 euros apresentaram valores mais baixos ($M = 5,50$; $DP = 0,36$). Ainda assim, a variabilidade observada não se revelou estatisticamente significativa.

Quanto ao local de residência, os participantes que vivem em casa própria ou com familiares apresentaram média ligeiramente superior ($M = 5,90$; $DP = 1,49$) comparativamente aos residentes em ERPI ($M = 5,49$; $DP = 0,68$), embora o reduzido número de participantes institucionalizados na amostra possa limitar a comparação entre grupos.

De forma semelhante, os participantes que se percebem como doentes apresentaram valores médios ligeiramente superiores de percepção de violência ($M = 5,94$; $DP = 1,34$) face aos que se consideram saudáveis ($M = 5,82$; $DP = 1,53$). Também os participantes com sem ou fraca autonomia registaram médias um pouco mais elevadas ($M = 6,23$; $DP = 0,96$) comparativamente aos que apresentam autonomia elevada ($M = 5,81$; $DP = 1,51$).

Globalmente, estes resultados sugerem que, nesta amostra, a percepção de violência apresenta uma **distribuição relativamente homogénea entre diferentes grupos sociodemográficos**, não sendo possível identificar perfis claramente diferenciados com base nas variáveis analisadas. Ainda assim, as variações observadas nas médias indicam que fatores como menor autonomia, menor escolaridade ou rendimentos mais baixos podem associar-se a níveis ligeiramente superiores de percepção de violência, tendência que poderá merecer exploração em estudos com amostras mais amplas.

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

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

A. Percepção de solidão em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas na solidão emocional nem no índice total de solidão.

No que respeita à **solidão emocional**, **não se verificaram diferenças** significativas entre os grupos ($t(121) = 1,000$; $p = 0,319$). Ainda assim, os participantes residentes em casa própria ou com familiares apresentaram uma média ligeiramente superior ($M = 1,88$; $DP = 0,69$) comparativamente aos residentes em ERPI ($M = 1,64$; $DP = 0,56$).

Relativamente à **solidão social**, **observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos** ($t(17,772) = 3,437$; $p = 0,003$). Neste caso, os valores médios foram mais elevados entre os participantes que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 1,70$; $DP = 0,57$) do que entre os residentes em ERPI ($M = 1,38$; $DP = 0,23$).

Quanto ao índice total de solidão, também **não se verificaram diferenças estatisticamente significativas** ($t(121) = 1,498$; $p = 0,137$). Ainda assim, os participantes que residem em casa própria ou com familiares apresentaram valores médios superiores ($M = 28,12$; $DP = 9,23$) em comparação com os residentes em ERPI ($M = 23,44$; $DP = 5,08$). Importa referir que, em ambos os grupos, as médias se mantêm abaixo do ponto de corte indicativo de solidão patológica (≥ 32) (ver Tabela 6).

De forma global, os resultados sugerem que o **contexto residencial não se associa a diferenças significativas nos níveis de solidão emocional ou no índice total de solidão**, observando-se apenas uma diferença estatisticamente significativa na dimensão social, com valores mais elevados entre os participantes que vivem em casa própria ou com familiares. Estes resultados indicam que a institucionalização, por si só, não implica necessariamente níveis mais elevados de solidão nesta amostra. Importa, contudo, interpretar estes resultados com cautela, uma vez que a distribuição dos participantes entre os dois grupos é bastante desigual, com um número substancialmente maior de pessoas idosas a residirem em casa própria ou com familiares ($n = 114$) comparativamente às residentes em ERPI ($n = 9$). Esta assimetria pode limitar a capacidade de comparação entre os grupos e influenciar a robustez das análises estatísticas, devendo os resultados ser considerados à luz desta limitação.

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

	Solidão Emocional		Solidão Social		Solidão Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,88	1,64	1,70	1,38	28,12	23,44
Erro Desvio	0,69	0,56	0,57	0,23	9,23	5,08

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 **não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões avaliadas**. Os resultados indicam ausência de associação entre o contexto residencial e os níveis de violência percecionada nas diferentes dimensões analisadas: desconfiança/insegurança nas relações próximas ($t(121) = 1,196$; $p = 0,234$), isolamento social ($t(121) = 1,207$; $p = 0,230$), dependência funcional ($t(121) = -1,399$; $p = 0,164$), insegurança financeira ($t(121) = 1,425$; $p = 0,157$) e índice total de violência ($t(121) = 0,814$; $p = 0,417$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva permite observar algumas variações nos valores médios entre os grupos. Na dimensão desconfiança/insegurança nas relações próximas, os participantes que residem em casa própria ou com familiares apresentaram média ligeiramente superior ($M = 1,37$; $DP = 0,41$) em comparação com os residentes em ERPI ($M = 1,21$; $DP = 0,27$).

Relativamente ao isolamento social, os valores médios foram também mais elevados entre os participantes não institucionalizados ($M = 1,78$; $DP = 0,54$) face aos residentes em ERPI ($M = 1,56$; $DP = 0,44$).

Na dimensão dependência funcional, verificou-se tendência inversa, com os participantes institucionalizados a apresentarem média ligeiramente superior ($M = 1,50$; $DP = 0,43$) comparativamente aos que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 1,27$; $DP = 0,47$).

Quanto à insegurança financeira, os participantes residentes em casa própria ou com familiares registaram valores médios superiores ($M = 1,47$; $DP = 0,52$) relativamente aos residentes em ERPI ($M = 1,22$; $DP = 0,26$).

Por fim, no índice total de violência, os participantes que vivem em casa própria ou com familiares apresentaram média ligeiramente mais elevada ($M = 5,90$; $DP = 1,49$) do que os residentes em ERPI ($M = 5,49$; $DP = 0,68$), embora esta diferença não seja estatisticamente significativa (ver Tabela 7).

De forma global, os resultados sugerem que o **contexto residencial não parece influenciar significativamente a perceção de violência nesta amostra**, verificando-se níveis relativamente semelhantes entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas nas diferentes dimensões analisadas. Importa, contudo, interpretar estes resultados com cautela, uma vez que, à semelhança do referido no ponto anterior, o **desequilíbrio na distribuição da amostra entre os dois grupos poderá ter condicionado a capacidade de detetar diferenças estatisticamente significativas**.

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

	Desconfiança/ Insegurança nas Relações Próximas		Isolamento Social		Dependência Funcional		Insegurança Financeira		Violência Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,37	1,21	1,78	1,56	1,27	1,50	1,47	1,22	5,90	5,49
Erro Desvio	0,41	0,27	0,54	0,44	0,47	0,43	0,52	0,26	1,49	0,68

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A. Perceção de solidão

Considerando as dimensões de solidão emocional, social e total, avaliadas pela escala UCLA, os **resultados não indicam diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de integração em respostas sociais comunitárias**. As análises de variância revelaram ausência de diferenças entre os grupos em todas as dimensões

avaliadas: solidão emocional ($F(4,109) = 0,272$; $p = 0,895$), solidão social ($F(4,109) = 0,388$; $p = 0,817$) e solidão total ($F(4,109) = 0,331$; $p = 0,857$).

Apesar da inexistência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva dos valores médios permite identificar algumas variações entre os grupos (ver Tabela 8). Na dimensão **solidão emocional**, os valores médios mais elevados foram observados nos participantes da Universidade Sénior e da categoria Outros ($M = 1,93$; $DP = 0,42$; $M = 1,93$; $DP = 0,70$), seguidos pelos participantes sem participação em respostas sociais comunitárias ($M = 1,87$; $DP = 0,72$). Valores ligeiramente inferiores foram registados no Centro de Dia ($M = 1,70$; $DP = 0,26$), sendo o Centro de Convívio o grupo que apresentou a média mais baixa ($M = 1,50$; $DP = 0,71$).

Relativamente à **solidão social**, os participantes da Universidade Sénior apresentaram novamente o valor médio mais elevado ($M = 2,00$; $DP = 0,33$), seguidos dos participantes da categoria Outros ($M = 1,75$; $DP = 0,60$) e daqueles sem integração em respostas sociais ($M = 1,67$; $DP = 0,58$). Por sua vez, os participantes do Centro de Dia ($M = 1,59$; $DP = 0,28$) e do Centro de Convívio ($M = 1,55$; $DP = 0,64$) registaram os valores médios mais baixos nesta dimensão.

No que respeita à **solidão total**, os valores médios mais elevados voltam a observar-se nos participantes da Universidade Sénior ($M = 31,67$; $DP = 5,51$), seguidos dos participantes da categoria Outros ($M = 28,92$; $DP = 9,48$) e daqueles sem participação em respostas sociais comunitárias ($M = 27,75$; $DP = 9,54$). Os valores médios mais baixos foram registados entre os participantes do Centro de Dia ($M = 26,00$; $DP = 2,71$) e do Centro de Convívio ($M = 24,50$; $DP = 10,61$).

Embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas, o **padrão observado pode sugerir que a simples participação em respostas sociais não garante, por si só, níveis mais baixos de solidão**, podendo esta experiência depender de múltiplos fatores, como a qualidade das interações sociais, as expectativas individuais em relação às atividades ou o tipo de redes de suporte disponíveis. Neste sentido, respostas como o Centro de Dia e o Centro de Convívio, tradicionalmente mais orientadas para a convivência regular e proximidade relacional, tendem a apresentar valores médios ligeiramente inferiores de solidão, enquanto contextos como a Universidade Sénior, frequentemente associados a participantes mais autónomos e socialmente ativos, podem refletir perfis de participação distintos, nos quais a solidão não é necessariamente reduzida apenas pela frequência destas atividades.

De forma global, os resultados sugerem que o tipo de integração em respostas sociais comunitárias não se associa de forma significativa aos níveis de solidão percecionada, embora se observem pequenas variações descritivas entre os diferentes grupos.

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Solidão Emocional	1,70 (0,26)	1,50 (0,71)	1,93 (0,42)	1,93 (0,70)	1,87 (0,72)
Solidão Social	1,59 (0,28)	1,55 (0,64)	2,00 (0,33)	1,75 (0,60)	1,67 (0,58)
Solidão Total	26,00 (2,71)	24,50 (10,61)	31,67 (5,51)	28,92 (9,48)	27,75 (9,54)

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.

As análises de variância não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das dimensões avaliadas: desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(4,109) = 0,721$; $p = 0,579$), isolamento social ($F(4,109) = 0,317$; $p = 0,866$), dependência funcional ($F(4,109) = 1,557$; $p = 0,191$), insegurança financeira ($F(4,109) = 0,731$; $p = 0,572$) e índice total de violência ($F(4,109) = 0,928$; $p = 0,450$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva dos valores médios sugere algumas tendências interessantes. O grupo do Centro de Dia apresenta consistentemente médias mais elevadas em todas as dimensões: desconfiança/insegurança ($M = 1,63$; $DP = 0,46$), isolamento social ($M = 2,00$; $DP = 0,40$), dependência funcional ($M = 1,75$; $DP = 0,74$), insegurança financeira ($M = 1,75$; $DP = 0,61$) e violência total ($M = 7,13$; $DP = 1,96$). Por contraste, grupos como o Centro de Convívio ou a categoria Outros tendem a apresentar valores médios inferiores em várias dimensões, refletindo perfis de risco relativamente mais baixos.

Este padrão sugere que, mesmo não havendo diferenças estatisticamente significativas, o Centro de Dia destaca-se por apresentar valores médios superiores em todas as dimensões de violência, indicando uma possível maior vulnerabilidade ou percepção de risco entre os seus participantes. À semelhança do que foi referido para os grupos institucionalizados e não institucionalizados, este efeito pode estar parcialmente associado ao desequilíbrio na dimensão das amostras ou à natureza específica das atividades e perfil dos participantes de cada resposta social, reforçando a necessidade de interpretação cuidadosa destes resultados (ver Tabela 9).

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	1,63 (0,46)	1,13 (0,18)	1,50 (0,13)	1,34 (0,36)	1,38(0,44)
Isolamento Social	2,00 (0,40)	1,50 (0,14)	1,87 (0,50)	1,78 (0,62)	1,77 (0,51)
Dependência Funcional	1,75 (0,74)	1,38 (0,53)	1,33 (0,29)	1,17 (0,34)	1,29 (0,51)
Insegurança Financeira	1,75 (0,61)	1,13 (0,18)	1,67 (0,14)	1,51 (0,52)	1,44 (0,53)
Violência Total	7,13 (1,96)	5,13 (1,03)	6,37 (0,44)	5,79 (1,39)	5,88 (1,55)

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 descritiva revelou diferenças nos níveis médios de solidão percebida e de percepção do risco de violência em função do contexto residencial. As pessoas idosas residentes em ERPI apresentaram valores médios ligeiramente superiores tanto na percepção do risco de violência ($M = 5,49$; $DP = 0,68$) como na solidão percebida ($M = 23,44$; $DP = 5,08$), quando comparadas com as pessoas idosas a residir em casa própria ou

com familiares, que evidenciaram médias inferiores em ambas as variáveis (violência: $M = 5,90$; $DP = 1,49$; solidão: $M = 28,12$; $DP = 9,23$).

Para além destas diferenças de médias, a análise de correlação indicou que, no **contexto de casa própria/familiares, a solidão percecionada associa-se de forma significativa à percepção do risco de vitimação por violência**. A **correlação foi positiva e forte** ($r = .579$; $p = .000$), indicando que níveis mais elevados de solidão estão associados a uma maior percepção de risco de vitimação. Este resultado sugere que a experiência subjetiva de isolamento poderá funcionar como um fator de vulnerabilidade percebida, potenciando sentimentos de insegurança e maior sensibilidade à possibilidade de sofrer violência.

No **grupo institucionalizado, a correlação foi negativa e praticamente inexistente** ($r = -.008$; $p = .984$), apesar do número reduzido de participantes ($n = 9$), sugerindo que, neste contexto, não se verifica associação entre solidão e percepção de risco de vitimação. Ainda que a reduzida dimensão amostral limite a robustez inferencial destes resultados, os dados poderão indicar que, em contexto institucional, outros fatores, como a presença de supervisão formal, rotinas estruturadas ou apoio técnico, possam atenuar a relação entre solidão e percepção de risco, diluindo o impacto direto da experiência subjetiva de isolamento na avaliação de vulnerabilidade à violência (Ver Tabela 10).

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Casa Própria/ Familiares	Solidão	28,12	9,23	0,579	0,000
	Violência	5,90	1,49		
ERPI	Solidão	23,44	5,08	- 0,008	0,984
	Violência	5,49	0,68		

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

A articulação com os resultados correlacionais permite aprofundar esta leitura interpretativa. A correlação positiva e significativa entre solidão e percepção do risco de violência, particularmente no contexto domiciliário, poderá refletir não apenas uma associação entre isolamento e maior vulnerabilidade percebida, mas também o facto de a solidão funcionar como um indicador mais facilmente verbalizável de mal-estar. Se a vitimação estiver associada a sentimentos de vergonha, medo ou estigmatização, é plausível que algumas pessoas idosas expressem a sua insegurança através do relato de solidão, variável socialmente mais legitimada. Neste sentido, a magnitude das correlações pode traduzir, em parte, esta sobreposição simbólica entre solidão e vulnerabilidade percebida. Por contraste, a ausência de correlação no contexto institucional poderá estar relacionada com dinâmicas distintas de exposição, supervisão ou até maior contenção discursiva, sugerindo que os padrões estatísticos devem ser analisados à luz dos significados subjetivos atribuídos às experiências reportadas.

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

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

As pessoas idosas integradas em atividades de apoio comunitárias apresentaram níveis médios mais elevados de solidão percebida ($M = 28,66$; $DP = 8,86$) e mais baixos de percepção do risco de violência ($M = 5,91$; $DP = 1,42$), quando comparadas com aquelas que não realizam atividades de apoio, que evidenciaram níveis médios mais baixos de solidão ($M = 27,75$; $DP = 9,54$), apesar de apresentarem uma percepção ligeiramente inferior do risco de violência ($M = 5,88$; $DP = 1,55$).

Quanto à relação entre percepção de solidão e percepção do risco de vitimação por violência, os resultados evidenciam padrões similares consoante a integração, ou não, em respostas sociais comunitárias.

No grupo de **peessoas idosas integradas em respostas sociais (RS)**, observou-se uma **correlação positiva forte e estatisticamente significativa entre solidão e percepção do risco de violência** ($r = .528$; $p = .000$), indicando que níveis mais elevados de solidão estão associados a uma maior percepção de risco de vitimação. Este resultado sugere que, mesmo estando integrados em atividades de apoio comunitário, a experiência subjetiva de solidão mantém um peso relevante na avaliação da própria vulnerabilidade, podendo refletir que a mera participação em respostas sociais não elimina necessariamente o sentimento de isolamento emocional.

Por outro lado, no grupo de **peessoas idosas não integradas** em respostas sociais comunitárias, a **correlação entre solidão e percepção do risco de violência** revelou-se igualmente **positiva, forte e estatisticamente significativa** ($r = .610$; $p = .000$). Este resultado sugere que, neste grupo, a associação entre solidão e percepção de risco é ainda mais acentuada, podendo indicar que a ausência de enquadramento em estruturas formais de apoio comunitário intensifica a ligação entre isolamento subjetivo e sentimento de vulnerabilidade à violência.

Comparativamente, embora a relação seja significativa em ambos os grupos, a magnitude superior da correlação entre os não integrados em RS aponta para a possível função protetora, ainda que parcial, das respostas sociais, que poderão atenuar, mas não anular, o impacto da solidão na percepção de risco de vitimação (Ver Tabela 11).

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	28,66	8,86	0,528	0,000
	Violência	5,91	1,42		
Não Integrados em RS	Solidão	27,75	9,54	0,610	0,000
	Violência	5,88	1,55		

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

Mais uma vez, uma leitura complementar destes resultados poderá integrar a hipótese de que a solidão funciona como uma forma socialmente mais aceitável de expressar vulnerabilidade, sobretudo quando a eventual experiência ou percepção de violência é atravessada por sentimentos de vergonha, medo, lealdade familiar ou estigmatização. O facto de se observarem correlações positivas e significativas em ambos os grupos, sendo mais fortes entre os não integrados em respostas sociais, pode refletir não apenas uma associação objetiva entre isolamento e maior vulnerabilidade percebida, mas também um mecanismo indireto de comunicação do mal-estar. Assim, a solidão poderá constituir um indicador mais facilmente verbalizado de insegurança e fragilidade, enquanto a vitimação tende a ser silenciada ou minimizada. A maior magnitude da correlação no grupo não integrado poderá ainda sugerir menor mediação institucional ou menor oportunidade de externalização segura destas experiências, reforçando a necessidade de interpretar os resultados à luz das dimensões subjetivas, relacionais e contextuais que moldam o discurso das pessoas idosas sobre violência e vulnerabilidade.

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 Santa Maria da Feira, 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 a idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas ao sexo e perceção de saúde: as mulheres reportam níveis de solidão superiores aos homens e as pessoas que se percebem como doentes revelam maiores níveis de solidão comparativamente aos que se percebem como saudáveis. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **do sexo feminino e com pior perceção do estado de saúde**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar estes grupos como prioritários de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

Quanto à perceção de **violência**, **os níveis médios situam-se, globalmente, abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de isolamento social a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentam médias inferiores. Apesar disso, alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A perceção de violência não difere significativamente em nenhuma das variáveis sociodemográficas em estudo (sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal local de residência, estado de saúde percebido e autonomia). Embora estes resultados não permitam identificar **grupos mais vulneráveis**, sublinha-se que a análise descritiva indicou que menor escolaridade, menor nível de autonomia ou rendimentos mensais mais baixos podem associar-se a níveis ligeiramente superiores de perceção de violência, destacando a necessidade de estratégias de prevenção e monitorização direcionadas a estas situações.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/família e em ERPI revelou que quanto à perceção de solidão, surgem diferenças numa dimensão específica: **o isolamento social é mais elevado nos participantes que vivem em casa própria**. Relativamente à perceção de violência, os resultados demonstraram que esta não é influenciada pelo contexto residencial, verificando-se níveis semelhantes entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas nas diferentes dimensões analisadas, no entanto, importa lembrar que o desequilíbrio na distribuição da amostra entre os dois grupos poderá ter condicionado a capacidade de detetar diferenças estatisticamente significativas. Assim sendo, estes resultados alertam para a importância de considerar o contexto residencial na definição de estratégias de monitorização, 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 comunitárias não se associa de forma significativa aos níveis de solidão percebida, embora se observem pequenas variações

entre os grupos: os participantes integrados em respostas sociais como o **Centro de Dia** e o **Centro de Convívio** apresentam níveis mais baixos de solidão. De igual forma, a percepção de violência também não difere significativamente entre os grupos, porém observa-se uma tendência nos resultados: os participantes integrados em **Centro de Dia** são os que apresentam valores superiores em todas as dimensões de violência. Estes resultados devem ser interpretados com cautela, dado este efeito poder estar associado também ao desequilíbrio na dimensão das amostras ou à natureza específica das atividades e perfil dos participantes de cada resposta social. Desta forma, estes resultados não dispensam atenção e monitorização, sugerindo 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 apresentarem 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 forte e positiva em pessoas idosas não institucionalizados**, indicando que níveis mais elevados de solidão estão associados a uma maior percepção de risco de vitimação. Nas pessoas **idosas institucionalizadas esta relação é inexistente** sugerindo que não se verifica associação entre solidão e percepção de risco de vitimação. Entre os participantes não institucionalizados, a análise revelou padrões consistentes na integração, ou não, em respostas sociais comunitárias: em qualquer um dos grupos – integrado em respostas sociais comunitárias e sem integração em respostas sociais comunitárias – registou-se uma correlação positiva e forte, sendo ainda mais acentuada nos não integrados. Estes resultados sugerem que **a integração comunitária atenua a solidão e potencia a consciência do risco**, enquanto **a ausência de participação social pode favorecer a normalização da solidão ou menor percepção de vulnerabilidade**, evidenciando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto **RiViS 65+** permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do município de Santa Maria da Feira. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de casos individuais de risco elevado e a identificação de subgrupos mais vulneráveis, nomeadamente pessoas idosas do sexo feminino e pessoas idosas com uma pior autopercepção de saúde, justificam a formulação de recomendações estratégicas, 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. Esta deve envolver não apenas os próprios idosos, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Embora a solidão não seja um fenómeno generalizado na amostra, a dimensão do isolamento social destaca-se como o fator de maior expressão na percepção de violência. Também a forte correlação positiva entre solidão e o risco de vitimação, particularmente evidente nos idosos que residem no domicílio e naqueles que não se encontram integrados em respostas sociais, reforça a urgência de uma intervenção coordenada. Neste sentido apresentam-se as seguintes recomendações.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, as recomendações focam-se no combate ao isolamento emocional e social, priorizando mulheres idosas e outras pessoas idosas com pior percepção do estado de saúde. É essencial incentivar a participação em atividades que promovam o sentimento de pertença, nomeadamente, mentoria entre pares, clubes de artes, caminhadas ou hortas comunitárias. Adicionalmente, sugere-se o uso de tecnologias digitais como estratégia complementar para reduzir a solidão e facilitar a interação social regular.

No domínio da percepção do risco de violência, os resultados reforçam a necessidade de promover a literacia sobre direitos e o empoderamento, com especial atenção ao isolamento social. É prioritário que as estratégias de prevenção e monitorização sejam direcionadas a pessoas idosas com menor escolaridade, menor autonomia ou rendimentos mais baixos, grupos identificados na análise descritiva como mais vulneráveis. Sugere-se a realização de workshops sobre segurança diária e tomada de decisão consciente, sessões informativas sobre literacia jurídica e direitos de proteção, bem como a implementação de auditorias de segurança participativa, onde os idosos identifiquem pontos de insegurança nos seus espaços, seja em casa ou em contexto institucional.

Na interseção entre solidão e violência, os resultados revelam que níveis elevados de solidão potenciam a percepção de risco de vitimação em pessoas não institucionalizadas. Propõe-se a estimulação funcional e cognitiva como defesa da autonomia, bem como o reforço das redes comunitárias, que atenuam a relação entre o isolamento e a desproteção. É essencial promover redes de vizinhos solidários e treinos de assertividade para facilitar a comunicação de necessidades e a identificação de alertas. Sugere-se também a criação de protocolos de articulação entre Saúde, Ação Social e Segurança.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se que as famílias reforcem o acompanhamento emocional e a presença regular, com foco prioritário nas mulheres idosas e naqueles que apresentam uma pior percepção do seu estado de saúde. Dado que o estudo identificou estes grupos como os mais vulneráveis à solidão patológica, é essencial que os familiares não negligenciem os sinais de isolamento. Propõe-se o incentivo à manutenção de rotinas de socialização e a facilitação do acesso a tecnologias de comunicação que permitam mitigar a solidão.

emocional. As famílias devem atuar como pontes para a comunidade, incentivando a participação em respostas sociais de proximidade, uma vez que estas demonstraram ser fatores protetores.

No âmbito da violência, as famílias devem atuar na prevenção e monitorização do contexto domiciliário, onde a análise descritiva indicou uma tendência para níveis superiores de perceção de risco. Para tal, devem implementar ações concretas como a realização de visitas de segurança informais para avaliar riscos físicos, o reforço ativo das redes de contacto e a promoção da literacia jurídica sobre direitos de proteção. É recomendada ainda uma vigilância atenta a quebras na autonomia ou dificuldades financeiras, garantindo que o domicílio não se torne um espaço de invisibilidade social e assegurando que a pessoa idosa tome decisões conscientes e protegidas.

Na interseção entre solidão e violência, as famílias são cruciais para quebrar a ligação entre o isolamento e a desproteção. Recomenda-se que integrem os idosos em redes de suporte alargadas, envolvendo vizinhos e amigos, de forma a combater a normalização da solidão. É fundamental promover a estimulação cognitiva e funcional no seio familiar como defesa contra a vitimação, dado que a perceção de incapacidade aumenta a vulnerabilidade. Por fim, as famílias devem colaborar com profissionais de saúde e ação social, reportando precocemente alterações no estado emocional ou na saúde percebida.

Recomendações dirigidas à comunidade

Ao nível da solidão, as recomendações para a comunidade centram-se na criação de redes de vizinhança ativa e no reforço da coesão social. Dado que o isolamento social é mais elevado em quem reside em casa própria, a comunidade deve assumir um papel de radar, identificando idosos que raramente saem de casa ou que apresentam sinais de fragilidade. Propõe-se a dinamização de programas de voluntariado de proximidade e atividades intergeracionais que promovam o sentimento de pertença. É prioritário dirigir estas ações ao público feminino e a pessoas com problemas de saúde, grupos identificados como os mais vulneráveis. A comunidade deve funcionar como um espaço de inclusão que combata a solidão emocional, transformando espaços públicos (parques, juntas de freguesia, coletividades) em locais de encontro que incentivem a participação social, mesmo para aqueles que não frequentam centros de dia ou outro tipo de respostas de proximidade.

No domínio da violência, a comunidade deve ser capacitada para identificar o isolamento social como o principal fator de risco. Recomenda-se a implementação de campanhas de sensibilização sobre direitos e sinais de abuso, focadas em contextos de maior vulnerabilidade identificados no estudo (baixa escolaridade ou rendimentos). Propõe-se a criação do comércio sentinela com farmácias, padarias, mercearias, formando agentes locais para detetar alterações súbitas no comportamento dos idosos. Esta vigilância de proximidade é essencial para sinalizar precocemente situações de risco que ocorrem no silêncio do domicílio, promovendo uma cultura de tolerância zero à violência.

Na interseção entre solidão e violência, recomenda-se o desenvolvimento de programas comunitários estruturados que combinem o convívio social com a promoção da autonomia, impedindo que o isolamento se consolide como um fator de risco para a vitimação. Esta estratégia deve assentar na criação de protocolos de vizinhança e na dinamização de grupos de apoio mútuo, capacitando a própria comunidade para monitorizar os casos mais críticos. Complementarmente, recomenda-se a adoção de uma gestão de caso integrada, sustentada em protocolos de colaboração direta entre as áreas da Saúde, Ação Social e Segurança, assegurando uma resposta institucional coesa. É prioritário investir em estratégias de procura ativa dirigidas aos 58,8% de pessoas que não se encontram inseridas em respostas sociais estruturadas, uma vez que é precisamente neste grupo que a correlação entre a solidão e a desproteção se revelou mais acentuada.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, as recomendações para os profissionais focam-se na triagem sistemática de indicadores emocionais e sociais, priorizando mulheres e pessoas com pior autoperceção de saúde. Esta prioridade justifica-se por estes grupos apresentarem médias próximas do limiar patológico de solidão. Propõe-se a integração de escalas validadas nas rotinas de atendimento, assegurando um acompanhamento psicossocial que transcenda a componente física. Adicionalmente, os profissionais devem atuar como prescritores sociais, utilizando a procura ativa para encaminhar idosos isolados para respostas comunitárias, fundamentais na redução da solidão e promoção do bem-estar.

Relativamente à violência, é essencial capacitar os profissionais para a identificação, sinalização e intervenção em situações de violência, assegurando o conhecimento dos protocolos legais e das redes de apoio existentes. Os profissionais devem focar-se na dimensão do isolamento social, especialmente em idosos com menor escolaridade, autonomia ou rendimentos. Recomenda-se a formação contínua das equipas de primeira linha para detetar sinais subtis de abuso que a dependência funcional possa camuflar. É essencial que profissionais no domicílio (SAD) e em ERPI realizem monitorizações regulares, utilizando os pontos de corte desta investigação para sinalizar casos isolados de risco elevado.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se que os profissionais adotem uma gestão de caso integrada. Propõe-se a criação de protocolos de colaboração entre Saúde, Ação Social e Segurança para um fluxo eficaz de informação perante alertas. É prioritário utilizar estratégias de intervenção de proximidade para chegar aos 58,8% de pessoas que não estão inseridas em respostas sociais, grupo onde a relação entre solidão e desproteção é mais forte.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Santa Maria da Feira

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis de solidão superiores e mais próximos do limiar patológico (> = 32) em mulheres e outras pessoas idosas com pior autoperceção de saúde.	Reduzir o isolamento e a solidão, priorizando mulheres e outras pessoas idosas com pior autoperceção de saúde.	Incentivar e promover a participação em atividades como: mentoria entre pares; clubes de artes; caminhadas ou hortas comunitárias. Sugere-se o uso de tecnologias digitais como estratégia complementar para reduzir a solidão e facilitar a interação social regular.
	Violência	Maior perceção de violência em grupos com menor escolaridade, rendimentos mais baixos ou menor nível de autonomia.	Prevenir situações de risco e aumentar proteção pessoal.	Avaliação regular de vulnerabilidades psicossociais; realização de auditorias de segurança participativa, permitindo que os idosos identifiquem pontos de insegurança no domicílio ou em instituições; dinamização de workshops sobre segurança diária e tomada de decisão consciente; sessões informativas sobre literacia jurídica e direitos de proteção.
	Solidão e Violência	Associação positiva e significativa entre solidão e perceção de risco de violência.	Intervir de forma integrada sobre fatores psicossociais de risco através do reforço das redes de suporte e da promoção da literacia, visando reduzir a perceção de violência no grupo-alvo.	Implementar programas integrados de apoio psicossocial; assegurar acompanhamento individualizado; monitorizar sistematicamente situações de risco; reforçar competências pessoais, autonomia e resiliência; reforçar das redes comunitárias, vizinhos solidários; implementação de treinos de assertividade, que facilitem a comunicação de necessidades e a identificação de alertas; criação de protocolos de articulação sistemática entre as áreas da Saúde, Ação Social e Segurança.

Famílias	Solidão	A importância do suporte familiar como mecanismo de mitigação da solidão, especialmente em contextos de envelhecimento isolado.	Reforçar vínculos familiares e capacidade de apoio.	Desenvolver programas de formação em competências de cuidado; sensibilizar para a relevância da interação familiar regular; complementarmente apoiar processos de mediação de conflitos intergeracionais, garantindo que as relações familiares sejam espaços de proteção e não de vulnerabilidade.
	Violência	Papel central das famílias na detecção precoce de risco.	Prevenir abuso, negligência e violência.	Sensibilizar para sinais precoces de risco; promover a prevenção da violência; divulgar canais de denúncia e serviços de apoio.
	Solidão e Violência	Necessidade de intervenção concertada com a pessoa idosa.	Reforçar suporte formal e informal.	Implementação de programas de suporte familiar estruturado, através do desenvolvimento de ações de formação em competências de cuidado e literacia emocional; estimulação cognitiva e a manutenção de rotinas de socialização; acompanhamento conjunto com profissionais de saúde e ação social, estabelecendo mecanismos de monitorização partilhada; fortalecer as redes formais e informais de apoio – integrando vizinhos e amigos em círculos de proximidade.
Comunidade	Solidão	A integração em respostas sociais comunitárias atenua a solidão e potencia a consciência do risco, enquanto o isolamento no domicílio favorece a normalização da solidão e a desproteção.	Potenciar respostas comunitárias como fator protetor.	Promover o desenvolvimento de iniciativas de proximidade e base comunitária, exemplificadas pelo café de proximidade; reforço de respostas estruturadas como os centros de convívio e universidades seniores; potenciar o voluntariado e as redes de solidariedade na comunidade; sensibilização interna das instituições para prevenir a violência institucional.
	Violência	Necessidade de detecção precoce em contextos de proximidade	Reforçar vigilância e sinalização.	Criar redes de vigilância comunitária; desenvolver mecanismos de sinalização precoce; promover serviços de apoio de proximidade; ações de sensibilização interna focadas na prevenção da violência institucional; promover serviços de apoio de proximidade; implementação da rede de sentinelas comunitárias; criar campanha de sensibilização o vizinho atento; desenvolver ações de formação para comerciantes, carteiros e vizinhos sobre sinais de alerta.
	Solidão e Violência	Problemas multidimensionais exigem respostas articuladas.	Garantir intervenção integrada.	Promover programas comunitários integrados; criação de protocolos de vizinhança; dinamização de grupos de apoio mútuo; reforçar articulação interinstitucional; fomentar cooperação entre serviços sociais, de saúde e segurança.
Profissionais	Solidão	Necessidade de maior capacitação técnica.	Prevenir o declínio da saúde e o isolamento das pessoas idosas.	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social; criação de sistemas de sinalização de risco, garantindo um acompanhamento psicossocial contínuo; implementar a prescrição social como ferramenta, integrando escalas validadas nas rotinas de atendimento.
	Violência	Complexidade dos fenómenos de abuso e negligência	Aumentar eficácia da resposta profissional e foco na antecipação do risco.	Capacitar para avaliação, sinalização e intervenção em situações de violência; criação de protocolos de atuação rápida e multidisciplinar para casos detetados tanto em ERPI como no domicílio; a realização de workshops multidisciplinares regulares.
	Solidão e Violência	Necessidade de respostas multidisciplinares.	Promover intervenção integrada e centrada na pessoa.	Desenvolver protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional centrados na pessoa idosa e a criação de uma Plataforma de Gestão Integrada do Risco no Município que garanta um acompanhamento contínuo e personalizado e que facilite a gestão de casos complexos.

Referências

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