



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

**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 Poiães**

maio 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística	10
3.6. Considerações Éticas	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	15
4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	17
4.4. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	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.....	16
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.	21
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Funchal	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 do Funchal. Ao reforçar o conhecimento sobre a realidade local e valorizar a participação das pessoas idosas e das entidades de proximidade, o estudo procura fornecer evidência empírica relevante para a identificação de fatores de risco e de proteção, apoiar a definição de estratégias de intervenção ajustadas ao território e contribuir para a conceção de respostas sociais, comunitárias e psicossociais mais eficazes e sustentadas.

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

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

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

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

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

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

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

2. Objetivos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

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

3.2. Procedimentos e Recolha de Dados

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

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

- domicílio;
- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI);
- respostas sociais comunitárias, como centros de dia e projetos comunitários.

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

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

3.3. Instrumentos

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

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

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

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados

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

Fonte. Elaboração própria (2025)

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo pessoas idosas com 65 ou mais anos, residentes no concelho do Funchal, 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 **95 pessoas** com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho do Funchal. Verifica-se um predomínio do **sexo feminino** ($n = 75$; 78,9%), em comparação com o sexo masculino ($n = 20$; 21,1%). As idades dos participantes variam entre os **65 e os 93 anos**, apresentando uma média de **74,92 anos** ($DP = 8,19$). De acordo com a estratificação etária adotada (65-74 anos: idosos mais jovens; 75-84 anos: idosos; ≥ 85 anos: idosos mais velhos), a média observada situa a **amostra predominantemente no grupo dos idosos mais jovens**, embora com **representação significativa dos restantes grupos etários**, evidenciando **heterogeneidade intraetária**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ou em união de facto ($n = 42$; 44,2%), seguindo-se os viúvos ($n = 35$; 36,8%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 47$; 49,5%) ou não possui o ensino básico ($n = 20$; 21,1%), refletindo **baixos níveis de escolarização**.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vive em **zona urbana** ($n = 52$; 94,5%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 74$; 77,9%), enquanto uma percentagem mais reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 20$; 21,1%) e uma pessoa (1,1%) encontra-se sem resposta habitacional.

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 45$; 47,4%). Entre os que responderam, verifica-se que 21,1% ($n = 20$) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, evidenciando uma **situação económica globalmente fragilizada**.

No que se refere à perceção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,69 ($DP = 0,46$), indicando uma **perceção global tendencialmente positiva** do seu estado de saúde, ainda que não plenamente situada no extremo superior da escala. Quanto à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,74 ($DP = 0,44$), sugerindo que os participantes se **percecionam maioritariamente como autónomos**, evidenciando níveis elevados de independência funcional.

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

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	20	21,1
	Feminino	75	78,9
Idade (anos)	Intervalo	65-93	—
	Média (DP)	74,92 (8,19)	—
Idade (por grupo)	65-74	53	55,8
	75-84	27	28,4
	85-100	15	15,8
Estado Civil	Solteiro/a	11	11,6
	Casado(a)/União de Facto	42	44,2
	Divorciado/a	7	7,4
	Viúvo/a	35	36,8

Escolaridade	Sem Ensino Básico	20	21,1
	Com Ensino Básico	47	49,5
	Com Ensino Secundário	14	14,7
	Com Ensino Superior	14	14,7
Zona de Residência	Rural	3	5,5
	Urbano	52	94,5
	Omisso	40	1-2
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	74	77,9
	ERPI	20	21,1
	Sem Resposta Habitacional	1	1,1
Rendimento Mensal	- 500 euros	8	8,4
	de 501 a 870 euros	20	21,1
	de 871 a 1045 euros	7	7,4
	de 1046 a 1568 euros	6	6,3
	+ de 1569 euros	9	9,5
	Prefiro não responder	45	47,4
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	1-2
	Média (DP)	1,69 (0,46)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,74 (0,44)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à **situação habitacional**, a maioria dos participantes reside em **habitação própria ou de familiares** (n = 74; 77,9%). Desses, 35,1% vivem **sozinhos** (n = 26) e 33,8% (n = 25) **com parceiro/a**, predominando a residência em **apartamento** (n = 30; 40,5%) e **vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima** (n = 29; 39,2%).

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 63; 85,1%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem aos serviços de limpeza (n = 5; 6,8%).

Apesar da maioria não usufruir de SAD, **81,1% encontram-se integrados em respostas sociais de proximidade**, como centros de dia e centros de convívio, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 45; 60,8%).

Uma **percentagem mais reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em ERPI** (n = 20; 21,1%). Destes, 70% (n = 14) participam em **atividades de lazer**, 10% (n = 2) em atividades desportivas e 20% (n = 4) não frequenta qualquer atividade.

Somente um participante se encontra em situação de **ausência de resposta habitacional** (1,1%), verbalizando que não possui resposta habitacional temporária nem técnico gestor de caso, evidenciando uma cobertura habitacional praticamente total na amostra.

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

Tabela 3. Caracterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	Categoria	Sub-Categoria	n	%
Casa Própria-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	26	35,1
		Com parceiro/a	25	33,8
		Com Filho/a	12	16,2
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	10	13,5
		Com Outro(s)	1	1,4

	Tipo de Habitação	Omisso	21	—
		Apartamento	30	40,5
		Vivenda isolada	15	20,3
		Vivenda com vizinhos	29	39,2
		Omisso	21	—
	SAD	Não	63	85,1
		Sim	11	14,9
		Omisso	21	—
	SAD- Tipo	Refeições	2	2,7
		Limpeza	5	6,8
		Outro(s)	1	1,4
		Nenhuma	62	83,8
		Refeições e Outra(s)	1	1,4
		Limpeza e Outra(s)	1	1,4
		Refeições, Limpeza, Roupas e Outra(s)	2	2,7
		Omisso	21	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	8	10,8
		Centro de Convívio	25	33,8
		Universidade Sénior	16	21,6
		Outra(s)	9	12,2
		Nenhuma	14	18,9
		Centro de Dia e Centro de Convívio	1	1,4
		Universidade Sénior e Outra(s)	1	1,4
		Omisso	21	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	11	14,9
		3 a 5 vezes por semana	45	60,8
		6 a 7 vezes por semana	4	5,4
		Nenhuma	14	18,9
		Omisso	21	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades desportivas	2	10,0
		Atividades de lazer	14	70,0
		Nenhuma	4	20,0
		Omisso	75	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	9	45,0
		3 a 5 vezes por semana	4	20,0
		6 a 7 vezes por semana	3	15,0
		Nenhuma	4	20,0
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	1	100,0
		Sim	—	—
		Omisso	94	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	1	100,0
		Sim	—	—
		Omisso	94	—

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 1,73 (DP = 0,73), com valores compreendidos entre 1 e 3,6, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,72 (DP = 0,49), com um intervalo entre 1 e 3,09 evidenciando **valores similares aos observados na dimensão emocional**, embora com uma menor amplitude de resultados.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 27,54 (DP = 8,11), com valores mínimos de 16 e máximos de 52. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total superiores ao ponto de corte (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Percepção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,73	1,72	27,54
Erro Desvio	0,73	0,49	8,11
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,60	3,09	52,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função do sexo ($t(93) = -1,460$; $p = 0,148$), **idade** ($F(2,92) = 0,882$; $p = 0,417$), **escolaridade** ($F(3,91) = 1,978$; $p = 0,123$) e **rendimento mensal** ($F(5,89) = 1,159$; $p = 0,336$).

Por outro lado, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do **estado civil** ($F(3,91) = 3,219$; $p = 0,026$), **local de residência** ($t(92) = -3,953$; $p = 0,000$), **estado de saúde percebido** ($t(41,120) = 2,171$; $p = 0,036$) e **nível de autonomia** ($t(33,291) = 4,194$; $p = 0,000$).

Relativamente ao estado civil, embora o teste global indique diferenças significativas, as comparações múltiplas não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos específicos. Ainda assim, observa-se que os **indivíduos divorciados** apresentam **valores médios indicativos de solidão patológica** ($M = 32,57$; $DP = 10,91$), considerando o ponto de corte definido para valores iguais ou superiores a 32. Seguem-se os

viúvos ($M = 29,26$; $DP = 9,20$) e os solteiros ($M = 28,91$; $DP = 7,57$), enquanto os casados ou em união de facto apresentam os valores mais baixos ($M = 24,90$; $DP = 5,88$).

No que respeita ao local de residência, os participantes institucionalizados **em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas** (ERPI) apresentam níveis médios de solidão significativamente superiores ($M = 33,45$; $DP = 8,64$) aos que residem em casa própria ou de familiares ($M = 25,91$; $DP = 7,27$), **ultrapassando**, em média, o **limiar de solidão com expressão patológica**.

Relativamente ao estado de saúde percebido, os indivíduos que se percebem como **doentes** apresentam níveis médios de solidão mais elevados ($M = 30,55$; $DP = 9,73$) do que os que se consideram saudáveis ($M = 26,21$; $DP = 6,96$), diferença que se revela estatisticamente significativa.

Por fim, no que concerne à autonomia, os participantes **com menor nível de autonomia percebida** apresentam valores médios de solidão significativamente superiores ($M = 33,64$; $DP = 9,07$), comparativamente aos indivíduos com maior autonomia ($M = 25,36$; $DP = 6,53$), evidenciando uma associação entre limitações funcionais e maior percepção de solidão.

Pese embora a ausência de diferenças estatísticas em algumas das variáveis analisadas, a análise descritiva das médias revela tendências relevantes. As mulheres apresentam níveis médios de solidão ligeiramente superiores ($M = 28,16$; $DP = 8,13$) aos homens ($M = 25,20$; $DP = 7,77$). De igual modo, observa-se uma tendência para o aumento da solidão com a idade, com o grupo dos 65–74 anos a apresentar uma média de 26,94 ($DP = 8,37$), o grupo dos 75–84 anos uma média de 27,30 ($DP = 5,65$) e os participantes com 85 ou mais anos uma média de 30,07 ($DP = 10,63$).

Em síntese, os resultados indicam que **fatores como o estado civil, o contexto habitacional, o estado de saúde e o nível de autonomia desempenham um papel relevante na percepção da solidão**, destacando-se níveis mais elevados entre indivíduos divorciados, institucionalizados, com pior saúde percebida e com menor autonomia. Estes padrões reforçam a **importância de considerar dimensões sociais e funcionais na compreensão da solidão em pessoas idosas**.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção 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 1,27 ($DP = 0,39$), com valores compreendidos entre 1 e 3,13, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas ($M = 1,73$; $DP = 0,45$), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,20, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,34 ($DP = 0,43$), com um intervalo entre 1 e 2,75, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,46 (DP = 0,46), com valores que variam entre 1 e 2,75, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,80 (DP = 1,09), com valores mínimos de 4 e máximos de 9,5. 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	1,27	1,73	1,34	1,46	5,80
Erro Desvio	0,39	0,45	0,43	0,46	1,09
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	3,13	3,20	2,75	2,75	9,50

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função do sexo ($t(93) = -1,452$; $p = 0,150$), **escolaridade** ($F(3,91) = 1,442$; $p = 0,236$), **estado civil** ($F(3,91) = 1,665$; $p = 0,180$) e **estado de saúde percebido** ($t(93) = 1,059$; $p = 0,292$). Para estas variáveis, as diferenças de médias são reduzidas, evidenciando uma relativa homogeneidade entre os grupos.

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função da idade** ($F(2,92) = 3,203$; $p = 0,045$), **rendimento mensal** ($p = 0,045$), ($F(5,89) = 2,369$; $p = 0,046$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI ($t(92) = -4,148$; $p = 0,000$), e **da autonomia** ($t(93) = 4,291$; $p = 0,000$).

No que respeita à idade, embora o teste global indique diferenças significativas, as comparações múltiplas não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos específicos. Ainda assim, observa-se uma tendência para **valores médios mais elevados de percepção de violência nos participantes com 85 ou mais anos** ($M = 6,43$; $DP = 1,33$), comparativamente aos grupos dos 65–74 anos ($M = 5,69$; $DP = 1,12$) e dos 75–84 anos ($M = 5,65$; $DP = 0,73$).

Relativamente ao rendimento mensal, os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com rendimentos inferiores a 500€ e aqueles com rendimentos superiores a 1569€ ($p = 0,030$), sendo o **grupo com menor rendimento o que apresenta valores médios mais elevados** de percepção de violência ($M = 6,86$; $DP = 1,77$), em contraste com o grupo de maior rendimento ($M = 5,24$; $DP = 0,46$). Os restantes escalões apresentam valores intermédios, sugerindo uma tendência geral de maior vulnerabilidade associada a menores recursos económicos.

No que diz respeito ao local de residência, **os participantes institucionalizados** em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) **apresentam níveis médios de percepção de violência significativamente superiores** ($M = 6,63$; $DP = 1,08$) aos que residem em casa própria ou de familiares ($M = 5,57$; $DP = 0,99$), evidenciando um possível impacto do contexto institucional na percepção de risco.

Por fim, relativamente à autonomia, os **indivíduos com menor nível de autonomia** apresentam **valores médios significativamente mais elevados** de perceção de violência ($M = 6,53$; $DP = 1,22$) comparativamente aos participantes com maior autonomia ($M = 5,53$; $DP = 0,91$), sugerindo que limitações funcionais poderão constituir um fator de vulnerabilidade acrescida.

Em síntese, os resultados indicam que variáveis como a idade, o rendimento, o contexto habitacional e a autonomia desempenham um papel relevante na perceção de violência, destacando-se níveis mais elevados entre os indivíduos mais velhos, com menor rendimento, institucionalizados e com menor autonomia. Estes padrões reforçam a **importância de considerar fatores estruturais e funcionais na compreensão do risco de vitimação em pessoas idosas**.

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

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

A. Perceção de solidão em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Os resultados evidenciam **diferenças estatisticamente significativas** entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas **nas três dimensões da solidão**.

No que respeita à **solidão emocional**, verificaram-se diferenças significativas ($t(92) = -3,240$; $p = 0,02$), sendo os **residentes em ERPI** aqueles que apresentaram **níveis médios superiores** ($M = 2,18$; $DP = 0,73$) comparativamente aos que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 1,61$; $DP = 0,69$).

Relativamente à **solidão social**, as diferenças foram igualmente significativas ($t(92) = -3,646$; $p = 0,000$) observando-se **valores médios mais elevados nas pessoas institucionalizadas** ($M = 2,05$; $DP = 0,50$) face às não institucionalizadas ($M = 1,62$; $DP = 0,45$).

Quanto ao **índice total de solidão**, verificou-se também uma diferença estatisticamente significativa ($t(92) = -3,953$; $p = 0,000$). Os residentes em ERPI apresentaram uma média substancialmente superior ($M = 33,45$; $DP = 8,64$), enquanto os participantes que residem em casa própria ou com familiares registaram uma média substancialmente inferior ($M = 25,91$; $DP = 7,27$). Importa salientar que a **média observada nas pessoas institucionalizadas se situa acima do ponto de corte indicativo de solidão patológica** (≥ 32), ao contrário do grupo não institucionalizado, cujo valor médio permanece abaixo desse limiar (ver Tabela 6).

Em síntese, os resultados confirmam que **o contexto habitacional explica variações nos níveis de solidão** nesta amostra (Ver Tabela 6).

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

	Solidão Emocional		Solidão Social		Solidão Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,61	2,18	1,62	2,05	25,91	33,45
Erro Desvio	0,69	0,73	0,45	0,50	7,27	8,64

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

A análise comparativa da percepção de violência entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas revelou **diferenças estatisticamente significativas na maioria das dimensões avaliadas**, com exceção da desconfiança/insegurança nas relações próximas ($t(92) = -1,365$; $p = 0,176$) e insegurança financeira ($t(92) = 0,691$; $p = 0,080$).

Relativamente ao **isolamento social**, observaram-se diferenças significativas ($t(92) = -3,063$; $p = 0,003$), com valores médios mais elevados nas **pessoas institucionalizadas** ($M = 1,99$; $DP = 0,42$) em comparação com as não institucionalizadas ($M = 1,65$; $DP = 0,44$).

No que diz respeito à **dependência funcional**, as diferenças foram também estatisticamente significativas ($t(92) = -7,723$; $p = 0,000$), apresentando os **residentes em ERPI** níveis médios superiores ($M = 1,86$; $DP = 0,34$) quando comparados com os participantes que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 1,20$; $DP = 0,34$).

Quanto ao **índice total de violência**, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(92) = -4,148$; $p = 0,000$). Os **residentes em ERPI** apresentaram, uma vez mais, valores médios superiores ($M = 6,63$; $DP = 1,08$) comparativamente aos que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 5,57$; $DP = 0,99$) (ver Tabela 7).

De forma geral, os **resultados sugerem que o contexto institucional poderá influenciar a percepção global de violência, bem como as dimensões relacionais e funcionais, nomeadamente o isolamento social e a dependência funcional**. Por outro lado, nas dimensões económica e das relações próximas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

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	1,24	1,38	1,65	1,99	1,20	1,86	1,48	1,40	5,57	6,63
Erro Desvio	0,37	0,46	0,44	0,42	0,34	0,34	0,46	0,45	0,99	1,08

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A. Percepção de solidão

Considerando as dimensões de solidão emocional, social e total, avaliadas pela escala UCLA, os resultados indicam **padrões distintos de acordo com o tipo de integração em respostas sociais comunitárias, apenas na dimensão social**.

Na **solidão emocional** embora se observem variações nos valores médios entre os grupos – com valores mais elevados na categoria “Outros” ($M = 1,98$; $DP = 0,46$) e no Centro de Dia ($M = 1,76$; $DP = 0,79$), e mais baixos na Universidade Sénior ($M = 1,35$; $DP = 0,63$) e na categoria “Nenhuma” ($M = 1,41$; $DP = 0,66$) – estas diferenças não são estatisticamente significativas ($F(4,69) = 1,829$; $p = 0,133$).

Relativamente à **solidão social**, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(4,69) = 2,696$; $p = 0,038$). Os valores médios mais elevados foram observados nos participantes do **Centro de Dia** ($M = 1,97$; $DP = 0,55$), seguidos da Universidade Sénior ($M = 1,73$; $DP = 0,47$) e da categoria “Outros” ($M = 1,65$; $DP = 0,30$), enquanto os níveis mais baixos se registaram no Centro de Convívio ($M = 1,45$; $DP = 0,42$) e na categoria “Nenhuma” ($M = 1,56$; $DP = 0,41$). As comparações múltiplas (Bonferroni) indicam, todavia, que estas diferenças apenas assumem revelância estatística entre os participantes do Centro de Dia e do Centro de Convívio ($p = 0,033$), sendo a solidão social mais elevada no primeiro grupo. Para os restantes grupos as diferenças não são significativas.

No **índice total de solidão**, apesar de se verificarem diferenças nos valores médios – mais elevados no Centro de Dia ($M = 30,44$; $DP = 9,21$) e na categoria “Outros” ($M = 28,00$; $DP = 3,28$), e mais baixos no Centro de Convívio ($M = 24,56$; $DP = 7,22$) e na categoria “Nenhuma” ($M = 24,21$; $DP = 7,39$) – estas não são estatisticamente significativas ($F(4,69) = 1,510$; $p = 0,209$) (Ver Tabela 8).

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	1,76 (0,79)	1,71 (0,73)	1,35 (0,63)	1,98 (0,46)	1,41 (0,66)
Solidão Social	1,97 (0,55)	1,45 (0,42)	1,73 (0,47)	1,65 (0,30)	1,56 (0,41)
Solidão Total	30,44 (9,21)	24,56 (7,22)	25,76 (7,16)	28,00 (3,28)	24,21 (7,39)

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. Perceção de violência

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

Os **resultados não indicam diferenças estatísticas para a maior parte das dimensões avaliadas, com exceção da dependência funcional** ($F(4,69) = 18,067$; $p = 0,000$).

No que se refere à dimensão desconfiança/insegurança nas relações próximas valores médios foram semelhantes entre os diferentes grupos (Centro de Dia: $M = 1,08$; $DP = 0,14$; Centro de Convívio: $M = 1,35$; $DP = 0,48$; Universidade Sénior: $M = 1,24$; $DP = 0,26$; Outros: $M = 1,15$; $DP = 0,21$; Nenhuma: $M = 1,21$; $DP = 0,40$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($F(4,69) = 1,129$; $p = 0,350$).

De forma semelhante, o isolamento social apresentou valores médios muito próximos entre os grupos (Centro de Dia: $M = 1,62$; $DP = 0,29$; Centro de Convívio: $M = 1,68$; $DP = 0,48$; Universidade Sénior: $M = 1,65$; $DP = 0,38$; Outros: $M = 1,62$; $DP = 0,21$; Nenhuma: $M = 1,66$; $DP = 0,63$), sem diferenças estatisticamente significativas ($F(4,69) = 0,044$; $p = 0,996$).

Em contraste, na dimensão de dependência funcional, os **participantes do Centro de Dia apresentaram valores médios significativamente superiores** ($M = 1,83$; $DP = 0,35$) em comparação com todos os restantes grupos (Centro de Convívio: $M = 1,10$; $DP = 0,25$; Universidade Sénior: $M = 1,04$; $DP = 0,13$; Outros: $M = 1,11$; $DP = 0,18$; Nenhuma: $M = 1,21$; $DP = 0,29$). Estas diferenças foram corroboradas pelas comparações múltiplas realizadas pelo método de Bonferroni, que evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo Centro de Dia e todos os outros grupos ($p = 0,000$), não se verificando diferenças significativas entre estes últimos.

Relativamente à insegurança financeira, apesar de se observarem valores médios mais elevados nos participantes do Centro de Convívio ($M = 1,59$; $DP = 0,50$) e da Universidade Sénior ($M = 1,59$; $DP = 0,51$), e mais baixos no Centro de Dia ($M = 1,17$; $DP = 0,28$), as diferenças não revelaram significância estatística ($F(4,69) = 1,983$; $p = 0,107$).

Por fim, o índice total de violência apresentou valores médios semelhantes entre os grupos (Centro de Dia: $M = 5,71$; $DP = 0,68$; Centro de Convívio: $M = 5,72$; $DP = 1,19$; Universidade Sénior: $M = 5,51$; $DP = 0,90$; Outros: $M = 5,22$; $DP = 0,55$; Nenhuma: $M = 5,53$; $DP = 1,10$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($F(4,69) = 0,475$; $p = 0,754$) (ver Tabela 9).

De forma global, os resultados indicam que a **tipologia de participação social não influencia significativamente o risco global de violência**, nem as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social e insegurança financeira. Contudo, verificam-se diferenças significativas ao nível da dependência funcional, sendo esta mais elevada nos participantes que frequentam Centro de Dia. Estes resultados sugerem que **diferentes formas de participação social podem estar associadas a perfis distintos de funcionalidade, embora não se traduzam necessariamente em diferenças no risco global de violência**.

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,08 (0,14)	1,35 (0,48)	1,24 (0,26)	1,15 (0,21)	1,21 (0,40)
Isolamento Social	1,62 (0,29)	1,68 (0,48)	1,65 (0,38)	1,62 (0,21)	1,66 (0,63)
Dependência Funcional	1,83 (0,35)	1,10 (0,25)	1,04 (0,13)	1,11 (0,18)	1,21 (0,29)
Insegurança Financeira	1,17 (0,28)	1,59 (0,50)	1,59 (0,51)	1,33 (0,28)	1,45 (0,44)
Violência Total	5,71 (0,68)	5,72 (1,19)	5,51 (0,90)	5,22 (0,55)	5,53 (1,10)

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 da **relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência** revelou **correlações positivas** e estatisticamente significativas **nos contextos residenciais Casa própria/familiares e ERPI**. Relativamente aos sem resposta habitacional, a sua fraca expressão ($n=1$) não permitiu qualquer análise.

Entre as pessoas idosas a residir em **casa própria ou com familiares**, observou-se uma correlação positiva moderada a forte ($r = 0,533$; $p = 0,000$) entre a solidão ($M = 25,91$; $DP = 7,27$) e a percepção de violência ($M =$

5,57; DP = 0,99). Este resultado indica que níveis mais elevados de solidão estão associados a maior percepção de risco de violência neste grupo.

No caso das pessoas idosas residentes em **ERPI**, verificou-se igualmente uma correlação positiva, moderada a forte ($r = 0,557$; $p = 0,011$) entre solidão ($M = 33,45$; $DP = 8,64$) e percepção de violência ($M = 6,63$; $DP = 1,08$). Também neste grupo, os níveis mais elevados de solidão associam-se a uma maior percepção de risco de vitimação (Ver Tabela 10).

De forma global, **os resultados sugerem que, independentemente do contexto residencial**, a solidão constitui um fator associado a uma maior percepção de risco de violência, sendo essa **associação mais forte nas pessoas idosas institucionalizadas**. Estes dados reforçam a importância de intervenções dirigidas à redução da solidão como estratégia de mitigação da percepção de vulnerabilidade à violência na população idosa.

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	25,91	7,27	0,533	0,000
	Violência	5,57	0,99		
ERPI	Solidão	33,45	8,64	0,557	0,011
	Violência	6,63	1,08		
Sem Resposta Habitacional	Solidão	30,00	—	—	—
	Violência	5,58	—		

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise descritiva revelou diferenças 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 respostas sociais comunitárias** apresentaram níveis médios mais elevados de solidão percecionada ($M = 26,30$; $DP = 7,25$) e de percepção do risco de violência ($M = 5,58$; $DP = 0,97$), quando comparadas com aquelas **não integradas**, que evidenciaram níveis médios inferiores de solidão ($M = 24,21$; $DP = 7,39$) e semelhantes no que se refere à percepção do risco de violência ($M = 5,53$; $DP = 1,10$).

No que respeita à **relação entre percepção de solidão e percepção do risco de vitimação por violência**, os resultados evidenciam **padrões distintos entre os grupos**. Entre os participantes integrados em respostas sociais, observou-se uma correlação positiva moderada a forte e estatisticamente significativa ($r = 0,551$; $p = 0,000$), indicando que níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de violência. Por outro lado, no grupo não integrado em respostas sociais, verificou-se igualmente uma correlação positiva de magnitude moderada ($r = 0,471$), embora esta não tenha atingido significância estatística ($p = 0,089$), sugerindo que a associação entre solidão e percepção de risco de violência, neste grupo, não é suficientemente robusta do ponto de vista estatístico (ver Tabela 11).

Em conjunto, os resultados indicam que a **solidão tende a associar-se a uma maior percepção de risco de violência, sobretudo entre os participantes integrados em respostas sociais comunitárias**. Apesar de os níveis médios de solidão e de percepção de risco serem apenas ligeiramente superiores neste grupo, é neste

contexto que a relação entre as duas variáveis se revela estatisticamente significativa, sugerindo que a experiência subjetiva de solidão poderá desempenhar um papel mais consistente na percepção de vulnerabilidade à violência entre os indivíduos integrados em algum tipo de respostas social e comunitária.

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	26,30	7,25	0,551	0,000
	Violência	5,58	0,97		
Não Integrados em RS	Solidão	24,21	7,39	0,471	0,089
	Violência	5,53	1,10		

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

Considerações finais

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

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

No âmbito do município do Funchal, 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 sexo, idade, escolaridade e rendimento mensal não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas ao estado civil, local de residência, percepção de saúde e nível de autonomia: as pessoas divorciadas, a residir em ERPI apresentam níveis médios de solidão patológica, e os participantes que se percebem como doentes e com menor nível de autonomia reportam maior solidão do que aqueles que se percebem como sendo saudáveis e autónomos. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de desenhar estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **divorciadas, institucionalizadas em ERPI, com pior percepção do estado de saúde e menor autonomia**. 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 percepção 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, na dimensão índice total de percepção de violência alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A percepção de violência não difere significativamente quanto ao sexo, escolaridade, estado civil e estado de saúde, mas associa-se à idade, rendimento mensal, local de residência e autonomia: pessoas com 85 ou mais anos, com rendimentos mensais mais baixos, a residir em ERPI e com menor nível de autonomia percebem níveis mais elevados de violência, sublinhando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e intervenção. Embora a percepção de violência não seja generalizada, os resultados permitem identificar **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente **pessoas mais velhas, institucionalizadas em ERPI, com rendimento mensal mais baixo e menor autonomia**, destacando a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a estas situações de maior risco.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/familiares e em ERPI revelou diferenças nas três dimensões da solidão: a **solidão emocional, social e o índice total de solidão é significativamente superior nos participantes institucionalizados (ERPI)**, alcançando o nível de solidão patológica na última dimensão avaliada. Relativamente à percepção de violência, foram registadas diferenças em dimensões específicas: **o isolamento social, a dependência funcional e o índice total de violência também é significativamente maior entre os institucionalizados (ERPI)** do que os residentes em casa própria. Estes resultados reforçam a importância de considerar o contexto residencial na definição de estratégias de intervenção e políticas públicas.

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias**, os resultados demonstraram que entre pessoas idosas não institucionalizadas, a participação em respostas sociais estruturadas, designadamente, em **Centro de Dia associa-se a níveis mais elevados de solidão social**, não se evidenciando assim um efeito protetor da participação social organizada neste tipo de resposta. A perceção de violência total não difere significativamente entre os grupos, mas surgem diferenças numa dimensão específica: **a dependência funcional também é mais elevada em Centro de Dia** em comparação com os participantes com integração, ou não, noutras respostas sociais. Embora globalmente os resultados revelem que a participação social não influencia significativamente a solidão e o risco global de violência, destacam a necessidade de monitorização de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e perceção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com os idosos residentes em ERPI a apresentar níveis ligeiramente mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os residentes em casa própria/família. Esta associação entre solidão e perceção de violência é positiva e significativa em todos os contextos, embora mais intensa em idosos institucionalizados, sugerindo que **a institucionalização potencia simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de perceção de risco**. Entre os não institucionalizados, a integração em respostas sociais comunitárias modula esta relação, com os participantes integrados a apresentarem correlação positiva, moderada a forte e significativa, enquanto nos não integrados a correlação não é significativa. Estes resultados indicam que **a integração comunitária pode potenciar a consciência de solidão e de risco**, enquanto **a ausência de participação social pode favorecer a normalização da solidão ou menor perceção 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+** identificam padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do Funchal. Embora os níveis médios globais se situem abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos com solidão patológica e indicadores de risco de violência justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que a complexidade destes fenómenos exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica. Esta intervenção em rede deve envolver as pessoas idosas, as suas famílias, a comunidade e os profissionais, sendo reforçada pela heterogeneidade da amostra e pela identificação de contextos críticos: a institucionalização (ERPI) e o estado civil (divorciados) surgem como preditores de solidão e de risco significativamente superiores aos dos residentes em casa própria.

Estes dados ganham relevância ao demonstrar que a integração em respostas sociais comunitárias não atua, por si só, como um fator de proteção plena, verificando-se níveis mais elevados de solidão social entre utentes de Centro de Dia. A vulnerabilidade acentua-se em perfis específicos, como pessoas idosas com pior autopercepção de saúde, menor autonomia e baixos rendimentos. Assim, o contexto residencial, a saúde percebida e a dependência funcional constituem os principais eixos de risco, exigindo que as estratégias locais priorizem a monitorização das ERPI e a promoção da autonomia como pilares da proteção e segurança da pessoa idosa no Funchal.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se o reforço de estratégias de acompanhamento emocional e a criação de vínculos significativos, particularmente para pessoas idosas divorciadas e a residir em ERPI, que apresentam níveis de solidão patológica. Dada a evidência de que a frequência de Centros de Dia se associa a maior solidão social, importa reorientar a participação nestas respostas para modelos que privilegiem a qualidade das interações e a inclusão social efetiva. Devem ser promovidas iniciativas que reforcem a autopercepção de saúde e a autonomia, utilizando recursos inovadores, como tecnologias digitais ou atividades intergeracionais, para reduzir o isolamento e estimular a interação em contextos de maior vulnerabilidade relacional.

Relativamente à percepção do risco de violência, recomenda-se a realização de avaliações regulares, com foco prioritário em pessoas com 85 ou mais anos, rendimentos mensais baixos e menor nível de autonomia, especialmente em contexto institucional. É fundamental desenvolver intervenções que promovam a reabilitação da autonomia funcional e ações de capacitação em literacia de direitos e segurança pessoal. Estas medidas devem garantir que a pessoa idosa disponha de ferramentas para identificar situações de risco, potenciando a sua proteção perante a dependência e a fragilidade económica.

Na interseção entre solidão e violência, justifica-se a implementação de programas integrados de apoio psicossocial que reconheçam a correlação positiva entre estes dois fenómenos. No Funchal, esta relação é particularmente intensa em pessoas idosas institucionalizadas, exigindo uma monitorização sistemática que combine o suporte emocional com a vigilância de riscos. As intervenções devem focar-se no reforço da resiliência e das competências pessoais, assegurando que a integração social, seja em meio residencial ou comunitário, atue como um verdadeiro fator protetor e não apenas como uma resposta formal.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de programas de formação centrados em competências de apoio emocional, com especial enfoque nas famílias de pessoas idosas divorciadas e institucionalizadas.

zadas (ERPI), onde se registam níveis de solidão patológica. A interação familiar deve ser promovida não apenas como presença física, mas como mediação de conflitos intergeracionais que visem mitigar o isolamento emocional detetado.

No que respeita à violência é fundamental sensibilizar as famílias para a identificação precoce de sinais de risco, especialmente em pessoas idosas com perda de autonomia e rendimentos baixos, identificados como os mais vulneráveis à perceção de violência no concelho. A prevenção de abusos e negligência deve ser acompanhada pela clarificação de canais de sinalização e denúncia, garantindo que a família atue como barreira protetora perante a dependência funcional.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se a implementação de programas de suporte familiar estruturado, reconhecendo que estes dois fenómenos avançam de forma paralela. É imperativo um acompanhamento conjunto entre famílias e profissionais que reforce a corresponsabilização, assegurando que a transição para respostas sociais ou a perda de autonomia não resulte num desinvestimento afetivo.

Recomendações dirigidas à comunidade

Ao nível comunitário, recomenda-se o desenvolvimento de iniciativas de proximidade que promovam a participação social, mas que sejam alvo de monitorização sistemática, uma vez que os resultados no Funchal indicam que respostas estruturadas, como os Centros de Dia, podem associar-se a níveis mais elevados de solidão social. Assim, o fortalecimento de universidades seniores e projetos artísticos/lúdicos deve focar-se na qualidade dos vínculos e na redução do isolamento emocional, e não apenas na ocupação de tempos livres.

No domínio da violência, recomenda-se a criação de redes de vigilância comunitária focadas em perfis de maior vulnerabilidade: pessoas idosas com mais de 85 anos, com baixos rendimentos e menor autonomia. Estes mecanismos de sinalização devem estar preparados para identificar o isolamento social como a dimensão de violência com maior expressão na comunidade urbana do Funchal, garantindo uma resposta atempada a situações de risco que hoje podem estar subvalorizadas.

De forma integrada, o poder local deve promover programas que articulem solidão e violência, aproveitando o facto de a integração comunitária potenciar a consciência do risco. A cooperação interinstitucional deve servir para transformar esta consciência em estratégias de proteção, evitando a normalização da solidão e garantindo que os serviços sociais, de saúde e de segurança atuem coordenadamente sobre os fatores de risco psicossocial identificados.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se o investimento em formação contínua que capacite os profissionais para a diferenciação entre solidão emocional e social, com foco prioritário nos contextos de institucionalização (ERPI) e em pessoas idosas divorciadas, onde os níveis atingem o limiar clínico. É essencial reforçar competências de avaliação que cruzem a saúde mental com a autoperceção de saúde, reconhecendo que a perceção de doença pode potenciar o isolamento.

Relativamente à violência, a capacitação deve focar-se na identificação precoce de indicadores de risco associados à dependência funcional e aos baixos rendimentos. Os profissionais devem ser capacitados para intervir na promoção da autonomia funcional como estratégia primária de prevenção, assegurando que o conhecimento dos protocolos legais seja acompanhado por uma vigilância ética rigorosa, especialmente junto de pessoas idosas com 85 ou mais anos.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se o desenvolvimento de protocolos de intervenção que reconheçam a forte ligação entre estes fenómenos, particularmente intensa em pessoas idosas institucionalizadas. Os profissionais devem promover respostas que aproveitem a consciência de risco gerada pela integração social para realizar uma monitorização sistemática e multidisciplinar, garantindo que a intervenção seja centrada na dignidade e na reabilitação da independência da pessoa idosa no Funchal.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho do Funchal.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Solidão patológica em divorciados e institucionalizados; utentes de Centro de Dia com elevada solidão social.	Diminuir o isolamento emocional e promover vínculos de qualidade.	Criação de programas de mentoria de pares e grupos de apoio emocional específicos para pessoas idosas divorciadas e institucionalizadas; implementação de atividades de literacia digital e realidade virtual para facilitar o contacto emocional com redes familiares distantes; reestruturação das atividades em Centros de Dia, artes (hortas, grupos de reminiscências, teatro, artes) que exijam interação e cooperação real.
	Violência	Risco acentuado nos 85+ anos, com baixa autonomia e baixos rendimentos.	Aumentar a proteção pessoal e prevenir riscos através do reforço da autonomia e literacia de direitos	Realizar avaliação regular de vulnerabilidades psicossociais; intervir ao nível da autonomia; promover ações de capacitação para gestão financeira; reforçar literacia em direitos, mecanismos de proteção e acesso a apoios.
	Solidão e Violência	Correlação positiva entre solidão e risco de vitimação, agravada pela institucionalização e pela má autoperceção de saúde.	Implementar uma intervenção integrada que utilize o suporte psicossocial como barreira de proteção e vigilância.	Criar projetos intergeracionais, jovens estudantes, que combinem o convívio social (combate à solidão) com a literacia digital e deteção de riscos (prevenção da violência); assegurar acompanhamento individualizado que combine o suporte emocional com a vigilância de riscos; reforçar competências pessoais e autonomia através de iniciativas que melhorem a autoperceção de saúde.
Famílias	Solidão	Níveis de solidão patológica em idosos divorciados e institucionalizados (ERPI), sugerindo a importância do suporte familiar	Reforçar o papel da família como suporte emocional presente e mediador de conflitos.	Desenvolver programas de formação em competências de cuidado; sensibilizar para a relevância da interação familiar regular; implementar sessões de mediação para mitigar o isolamento emocional decorrente de conflitos intergeracionais.
	Violência	Maior vulnerabilidade à perceção de violência em pessoas idosas com perda de autonomia e rendimentos baixos. situações muitas vezes geridas no núcleo familiar.	Capacitar a família para a identificação precoce de riscos e para o cuidado protetor.	Sensibilizar para sinais precoces de negligência ou abuso em pessoas idosas dependentes.; promover a prevenção da violência; divulgar canais de denúncia e serviços de apoio jurídico às famílias.
	Solidão e Violência	A institucionalização potencia simultaneamente níveis elevados de solidão e de perceção de risco.	Reforçar suporte formal e informal promovendo a responsabilização e evitando o desinvestimento afetivo na transição para o cuidado formal.	Implementar programas de suporte familiar estruturado; promover acompanhamento conjunto com profissionais; fortalecer redes formais e informais de apoio; reuniões periódicas multidisciplinares para assegurar que a perda de autonomia não resulte em isolamento.
Comunidade	Solidão	A frequência de respostas estruturadas (Centro de Dia) associa-se a maior solidão social no Funchal.	Potenciar respostas comunitárias e fortalecer vínculos como fator protetor.	Dinamizar Universidades Seniores e Centros de Convívio com foco em metodologias de co-criação e participação ativa; desenvolver iniciativas de proximidade acessíveis que estimulem a interação intergeracional e a inclusão social efetiva; implementar protocolos de

				avaliação sistemática para medir o impacto das respostas sociais no bem-estar e na redução do isolamento emocional dos participantes; reforçar projetos comunitários.
	Violência	O isolamento social é a dimensão de violência com maior expressão na comunidade urbana do Funchal.	Reforçar vigilância e sinalização, criando redes de vigilância ativa focadas nos perfis de maior vulnerabilidade (85+ anos).	Criar redes de vigilância comunitária; desenvolver mecanismos de sinalização precoce; promover serviços de apoio de proximidade.
	Solidão e Violência	A integração comunitária aumenta a consciência de risco, podendo atuar como fator protetor.	Promover a articulação entre os serviços locais para uma resposta coordenada sobre os riscos psicossociais.	Promover programas comunitários integrados; reforçar articulação interinstitucional; fomentar cooperação entre serviços sociais, de saúde e segurança.
Profissionais	Solidão	Necessidade de distinguir solidão emocional de social, especialmente em ERPI e idosos divorciados.	Especializar a avaliação técnica para identificar limiares clínicos de solidão.	Implementar programas de formação contínua focados na distinção entre solidão emocional e social; desenvolver e aplicar instrumentos que cruzem indicadores clínicos de saúde mental com a autoperceção de saúde das pessoas idosas; especializar as equipas técnicas para a intervenção prioritária em ERPI e junto de idosos divorciados.
	Violência	Níveis de risco superiores em contexto de ERPI e em situações de dependência funcional.	Aumentar eficácia da resposta profissional	Capacitar as equipas para a avaliação e sinalização precoce de abusos, com foco específico na deteção de indicadores associados à dependência funcional e à vulnerabilidade económica; implementar estratégias de reabilitação funcional e promoção da autonomia; formar profissionais nos protocolos de intervenção garantindo uma vigilância ética rigorosa, especialmente nos contextos de maior risco.
	Solidão e Violência	A institucionalização potencia a correlação positiva entre solidão e perceção de risco.	Promover intervenção integrada e centrada na dignidade e independência.	Desenvolver e implementar protocolos de atuação conjunta, multidisciplinar e interinstitucional; fazer avaliações regulares em ERPI que reconheçam e monitorem a correlação direta entre o isolamento social/emocional e o aumento da perceção de risco; promover modelos de cuidado que priorizem a reabilitação da independência funcional.

Referências

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

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

Bibliografia Complementar

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

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

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

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)