



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DA AMADORA

**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**

junho 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística.....	10
3.6. Considerações Éticas	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	16
4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	18
4.4. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	19
4.5. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	21
Considerações finais	24
Recomendações	26
Referências.....	31
Anexo	36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	16
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	18
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	19
Tabela 8. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	19
Tabela 9. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	21
Tabela 10. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	22
Tabela 11. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	22
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho da Amadora	28

Introdução

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

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

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

O presente relatório insere-se no âmbito do projeto RIVIS 65+- financiado pelo Programa Seed Funding (Referência COFAC/ILIND/Lusoglobe/1/2025) e tem como objetivo caracterizar a situação de solidão e o risco de violência na população com 65 ou mais anos residente no concelho da Amadora. 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 da Amadora. 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 da Amadora, 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 54 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho da Amadora. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 40$; 74,1%), em comparação com o sexo masculino ($n = 14$; 25,9%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 96 anos, apresentando uma média de 75,30 anos ($DP = 7,95$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 23$; 42,6%), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n = 14$; 25,9%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 27$; 50,0%) e 31,5% não tem ensino básico ($n = 17$), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, quase todos os participantes vivem em **zona urbana** ($n = 46$; 97,9%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 49$; 90,7%), enquanto uma percentagem reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 5$; 9,3%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 25$; 46,3%). Entre os que responderam, verifica-se que 20,4% ($n = 11$) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros e 16,7% ($n = 9$) auferem menos de 500 euros mensais, 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 1,72 ($DP = 0,45$), indicando uma **perceção intermédia tendencialmente positiva**. Quanto à autonomia, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,83 ($DP = 0,38$), sugerindo que a maioria dos participantes se percebe como **funcionalmente independente**.

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

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	14	25,9
	Feminino	40	74,1
Idade (anos)	Intervalo	65-96	—
	Média (DP)	75,30 (7,95)	—
Idade (por grupo)	65-74	30	55,6
	75-84	17	31,5
	85-100	7	13,0
Estado Civil	Solteiro/a	8	14,8
	Casado(a)/União de Facto	14	25,9
	Divorciado/a	9	16,7
	Viúvo/a	23	42,6
Escolaridade	Sem Ensino Básico	17	31,5
	Com Ensino Básico	27	50,0
	Com Ensino Secundário	8	14,8
	Com Ensino Superior	2	3,7

Zona de Residência	Rural	1	2,1
	Urbano	46	97,9
	Omisso	7	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	49	90,7
	ERPI	5	9,3
Rendimento Mensal	- 500 euros	9	16,7
	de 501 a 870 euros	11	20,4
	de 871 a 1045 euros	4	7,4
	de 1046 a 1568 euros	4	7,4
	+ de 1569 euros	1	1,9
	Prefiro não responder	25	46,3
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,72 (0,45)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,83 (0,38)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 49; 90,7%). Desses, 34,7% vivem sozinhos (n = 17) e 34,7% vivem com parceiro/a (n = 17), predominando a residência em apartamento (n = 44; 89,9%). Nenhum participante se encontra em situação de ausência de resposta habitacional, evidenciando cobertura habitacional total na amostra.

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 43; 87,8%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem a outra(s) (n = 2; 4,1%).

Quanto à integração em respostas sociais de proximidade, 38,8% participa em atividades como centros de dia e centros de convívio, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente uma a duas vezes por semana (n = 10; 20,4%).

Uma **percentagem reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 5; 9,3%). Destes, 60% (n = 3) participam em atividades desportivas da instituição, 40% (n = 2) em atividades de lazer.

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	17	34,7
		Com parceiro/a	17	34,7
		Com Filho/a	9	18,4
		Com Outro(s)	6	12,2
		Omisso	5	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	44	89,8
		Vivenda isolada	2	4,1
		Vivenda com vizinhos	3	6,1
		Omisso	5	—
	SAD	Não	43	87,8
		Sim	6	12,2
		Omisso	5	—
		Outro(s)	2	4,1
		Nenhuma	45	91,8

		Limpeza e Roupa	1	2,0
		Refeições, Limpeza e Roupa	1	2,0
		Omisso	5	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	9	18,4
		Centro de Convívio	3	6,1
		Universidade Sénior	2	4,1
		Outra(s)	5	10,2
		Nenhuma	30	61,2
		Omisso	5	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	10	20,4
		3 a 5 vezes por semana	7	14,3
		6 a 7 vezes por semana	2	4,1
		Nenhuma	30	61,2
		Omisso	5	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades desportivas	3	60,0
		Atividades de lazer	2	40,0
		Omisso	49	—
	Frequência de atividades	3 a 5 vezes por semana	2	40,0
		6 a 7 vezes por semana	3	60,0
		Omisso	49	—
Sem Res-posta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

4. Resultados

4.1. Percepção de Solidão

A. Níveis de percepção de solidão

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

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 2,03 (DP = 0,98), com valores compreendidos entre 1 e 4, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala** (2,5), ainda que com variabilidade entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,94 (DP = 0,84), com um intervalo entre 1 e 3,82, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 31,54 (DP = 13,71), com valores mínimos de 16 e máximos de 65. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se **próximo do limiar indicativo de solidão patológica**, com uma amplitude dos resultados a revelar 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	2,03	1,94	31,54
Erro Desvio	0,98	0,84	13,71
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	4,00	3,82	65,00

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 ($t(52) = -0,665$; $p = 0,509$), **idade** ($F(2, 51) = 0,914$; $p = 0,407$), **estado civil** ($F(3, 50) = 2,156$; $p = 0,105$), **rendimento mensal** ($F(5,48) = 0,252$; $p = 0,937$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ($t(52) = -0,969$; $p = 0,337$), **estado de saúde percebido** ($t(52) = -0,640$; $p = 0,525$) e **autonomia** ($t(52) = 1,915$; $p = 0,061$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. As mulheres apresentaram níveis médios de solidão superiores aos dos homens ($M = 32,28$; $DP = 14,58$ vs $M = 29,43$; $DP = 11,06$). Em termos etários, os valores mais elevados verificaram-se entre os participantes com 85 ou mais anos ($M = 36,29$; $DP = 14,63$), seguindo-se os participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos ($M = 32,23$; $DP = 14,92$), enquanto os indivíduos entre os 75 e os 84 anos registaram os níveis mais baixos de solidão ($M = 28,35$; $DP = 10,83$).

Relativamente ao estado civil, os níveis médios mais elevados de solidão foram observados entre os participantes solteiros ($M=36,50$; $DP = 16,71$) e viúvos ($M= 34,83$; $DP = 15,26$), ambos acima do ponto de corte indicativo de solidão clinicamente relevante (≥ 32). Seguem-se os divorciados ($M = 29,33$; $DP = 11,73$), enquanto os casados ou em união de facto apresentaram os valores médios mais baixos ($M = 24,71$; $DP = 7,06$).

Quanto ao rendimento mensal, embora não se tenha identificado uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e a perceção de solidão, observaram-se valores médios mais elevados nos participantes com rendimentos mais baixos (- 500 euros: $M = 33,89$; $DP = 17,10$; de 501 a 870 euros: $M = 32, 18$; $DP = 15,90$), seguidos dos que preferiram não responder ($M = 31,88$; $DP = 13,63$). Os valores mais baixos foram registados nos participantes com rendimentos com mais de 1569 euros ($M = 21,00$), cuja interpretação deve, contudo, ser efetuada com prudência, uma vez que este grupo era constituído por apenas um participante. Os participantes com rendimentos entre os 871 e 1045 euros e entre 1046 e 1568 euros registaram valores intermédios ($M = 28,25$; $DP = 3,86$ e $M = 28,25$; $DP = 10,66$, respetivamente).

Relativamente ao local de residência, as pessoas idosas institucionalizadas apresentaram níveis médios de solidão superiores ($M = 37,20$; $DP = 19,82$) aos observados nas que residiam em casa própria ou com familiares ($M = 30,96$; $DP = 13,08$), embora esta diferença não tenha atingido significância estatística.

Já ao nível do estado de saúde, os valores mais elevados de solidão registaram-se entre os participantes que se percecionam como saudáveis ($M = 32,28$; $DP = 13,75$) em comparação com os que se consideram doentes ($M = 29,60$; $DP = 13,90$). Tendência inversa se regista ao nível da autonomia, com os participantes sem/ fraca autonomia a registarem níveis médios de solidão substancialmente superiores ($M = 39,33$; $DP = 12,55$), acima do ponto de corte indicativo de solidão clinicamente relevante, enquanto aqueles com autonomia preservada registaram valores inferiores ($M = 29,98$; $DP = 13,53$).

A única variável sociodemográfica em que se observaram diferenças estatisticamente significativas foi a escolaridade ($F(3,50) = 4,922$; $p = 0,004$). Os participantes sem ensino básico apresentaram os níveis médios de solidão mais elevados ($M = 40,76$; $DP = 14,76$), ultrapassando claramente o ponto de corte indicativo de solidão clinicamente relevante (≥ 32). Em contraste, os participantes com ensino básico ($M = 28,07$; $DP = 12,10$) e ensino secundário ($M = 23,63$; $DP = 7,37$) apresentaram níveis médios inferiores de solidão. Embora os participantes com ensino superior tenham registado uma média intermédia ($M = 31,50$; $DP = 4,95$), superior à observada nos níveis intermédios de escolaridade, este resultado deve ser interpretado com cautela devido ao reduzido número de participantes neste grupo ($n = 2$). As comparações múltiplas revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes sem ensino básico e aqueles com ensino básico ($p = 0,011$), bem como entre os participantes sem ensino básico e os que possuíam ensino secundário ($p = 0,013$), evidenciando níveis de solidão significativamente mais elevados no grupo com menor escolaridade.

Em síntese, os resultados indicam que a perceção de solidão não varia significativamente em função da maioria das variáveis analisadas embora a análise descritiva evidencie níveis tendencialmente mais elevados entre os participantes mais velhos, solteiros ou viúvos, com menores rendimentos, residentes em ERPI e com menor autonomia. A única variável que revelou diferenças estatisticamente significativas foi a escolaridade, verificando-se níveis de solidão significativamente superiores entre os participantes sem ensino básico, quando comparados com aqueles que possuíam ensino básico e ensino secundário. Estes resultados sugerem que a **menor escolaridade poderá constituir um importante fator de vulnerabilidade para a solidão nesta amostra**, enquanto as restantes características sociodemográficas e condições de vida revelam apenas tendências que deverão ser interpretadas com prudência, dada a ausência de significância estatística.

4.2. Percepção de Violência

A. Níveis de Percepção de Violência

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

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,45 (DP = 0,54), com valores compreendidos entre 1 e 3,25, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,89; DP = 0,79), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,8, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,56 (DP = 0,61), com um intervalo entre 1 e 3,25, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,57 (DP = 0,48), com valores que variam entre 1 e 3, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 6,47 (DP = 1,97), com valores mínimos de 4 e máximos de 11,8. 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	1,45	1,89	1,56	1,57	6,47
Erro Desvio	0,54	0,79	0,61	0,48	1,97
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	3,25	3,80	3,25	3,00	11,80

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 da idade ($F(2, 51) = 0,858$; $p = 0,430$), **rendimento mensal** ($F(5, 48) = 0,512$; $p = 0,766$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ($t(4,261) = -1,195$; $p = 0,294$) e **estado de saúde percebido** ($t(52) = 0,353$; $p = 0,725$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. Em termos etários, os valores médios mais elevados foram observados no grupo com 85 ou mais anos (M = 7,38; DP = 1,65), seguido do grupo com idades entre os 65 e os 74 anos (M = 6,35; DP = 2,25), enquanto os participantes entre os 75 e os 84 anos apresentaram os valores mais reduzidos (M = 6,31; DP = 1,51).

Relativamente ao rendimento mensal, verificou-se uma distribuição relativamente homogênea dos níveis de percepção de violência. Os valores médios mais elevados foram observados entre os participantes com rendimentos inferiores a 500 euros ($M = 7,12$; $DP = 2,47$) e entre 501 e 870 euros ($M = 6,73$; $DP = 1,87$). Em sentido inverso, os valores mais baixos registaram-se entre os participantes com rendimentos entre 871 e 1045 euros ($M = 5,59$; $DP = 0,47$) e no grupo com rendimentos superiores a 1569 euros ($M = 4,90$), embora este último seja constituído por apenas um participante, pelo que a interpretação deve ser realizada com cautela.

Quanto ao local de residência, as pessoas idosas residentes em ERPI apresentaram níveis médios superiores de percepção de violência ($M = 8,04$; $DP = 3,18$) quando comparadas com as residentes em casa própria ou com familiares ($M = 6,31$; $DP = 1,78$). Apesar desta diferença descritiva, a mesma não atingiu significância estatística.

Também ao nível do estado de saúde percebido, os participantes que se percecionavam como doentes apresentaram uma média ligeiramente superior ($M = 6,62$; $DP = 1,87$) relativamente aos que se consideravam saudáveis ($M = 6,41$; $DP = 2,03$), ainda que sem diferenças estatisticamente significativas.

Por outro lado, **observaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do sexo** ($t(35,528) = -2,081$; $p = 0,045$), **escolaridade** ($F(3,50) = 5,512$; $p = 0,002$), **estado civil** ($F(3,50) = 3,013$; $p = 0,039$) e **autonomia** ($t(52) = 2,448$; $p = 0,018$).

Relativamente ao sexo, as mulheres apresentaram níveis médios de percepção de violência superiores aos dos homens ($M = 6,73$; $DP = 2,10$ vs. $M = 5,71$; $DP = 1,36$).

No que respeita à escolaridade, os participantes sem ensino básico registaram os níveis médios mais elevados de percepção de violência ($M = 7,89$; $DP = 2,28$), seguindo-se os participantes com ensino básico ($M = 5,94$; $DP = 1,55$), ensino secundário ($M = 5,53$; $DP = 1,19$) e ensino superior ($M = 5,36$; $DP = 0,30$). As comparações múltiplas evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes sem ensino básico e aqueles com ensino básico ($p = 0,005$), bem como entre os participantes sem ensino básico e os que possuíam ensino secundário ($p = 0,018$), sugerindo que níveis de escolaridade mais reduzidos se associam a uma maior percepção de violência.

Quanto ao estado civil, os valores médios mais elevados foram observados entre os participantes solteiros ($M = 7,15$; $DP = 2,67$) e viúvos ($M = 7,00$; $DP = 1,99$) e, seguindo-se os divorciados ($M = 6,45$; $DP = 2,07$). Os participantes casados ou em união de facto apresentaram os níveis mais reduzidos de percepção de violência ($M = 5,23$; $DP = 0,56$). As comparações múltiplas revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes casados ou em união de facto e os viúvos ($p = 0,045$).

Por fim, verificou-se que os participantes com ausência ou fraca autonomia apresentaram níveis significativamente superiores de percepção de violência ($M = 7,88$; $DP = 1,70$) quando comparados com aqueles que referiram autonomia moderada ou elevada ($M = 6,19$; $DP = 1,92$).

Em síntese, **os resultados sugerem que a percepção de violência tende a ser mais elevada entre as mulheres, as pessoas idosas com menor escolaridade, os participantes viúvos e aqueles com menor autonomia funcional**. Em contrapartida, variáveis como a idade, o rendimento mensal, o contexto habitacional e o estado de saúde percebido não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas, apesar de apresentarem algumas tendências descritivas que poderão justificar aprofundamento em estudos futuros.

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

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

A. Percepção de solidão em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

No que respeita à percepção de solidão, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas** nas dimensões da solidão emocional ($t(52) = -0,494$; $p = 0,624$), solidão social ($t(52) = -1,186$; $p = 0,241$) e solidão total ($t(52) = -0,969$; $p = 0,337$), **sugerindo que o contexto habitacional, por si só, não explica variações nos níveis de solidão nesta amostra.**

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva evidencia algumas tendências. Na solidão emocional, as pessoas idosas residentes em casa própria ou com familiares apresentaram valores médios ligeiramente inferiores ($M = 2,01$; $DP = 0,94$) face às residentes em ERPI ($M = 2,24$; $DP = 1,37$). Na solidão social, observaram-se valores médios mais elevados nas pessoas institucionalizadas ($M = 2,36$; $DP = 1,19$) em comparação com as não institucionalizadas ($M = 1,90$; $DP = 0,80$). Quanto ao índice total de solidão, verificou-se igualmente uma tendência para valores superiores nas pessoas em ERPI ($M = 37,20$; $DP = 19,82$) relativamente às que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 30,96$; $DP = 13,08$) (Ver Tabela 6).

Em síntese, **embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas, os resultados apontam consistentemente para níveis mais elevados de solidão nas pessoas idosas institucionalizadas, sobretudo na dimensão social e no índice total de solidão.**

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	2,01	2,24	1,90	2,36	30,96	37,20
Erro Desvio	0,94	1,37	0,80	1,19	13,08	19,82

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

No que respeita à percepção de violência, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas** ($t(52) = -1,234$; $p = 0,283$), **dependência funcional** ($t(52) = -1,140$; $p = 0,259$), **insegurança financeira** ($t(52) = -0,126$; $p = 0,900$) e **no índice total de violência** ($t(4,261) = -1,195$; $p = 0,294$).

A **única exceção verificou-se na dimensão de isolamento social, onde se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos** ($t(52) = -2,046$; $p = 0,046$), com as pessoas institucionalizadas a apresentarem níveis médios superiores ($M = 2,56$; $DP = 1,15$) face às não institucionalizadas ($M = 1,82$; $DP = 0,72$).

Apesar da ausência generalizada de significância estatística na maioria das dimensões, a análise descritiva evidencia algumas tendências. Na desconfiança/insegurança nas relações próximas, as pessoas residentes em ERPI apresentaram valores médios inferiores ($M = 2,03$; $DP = 1,15$) comparativamente às que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 1,39$; $DP = 0,42$). Na dependência funcional, os valores foram superiores nas

peessoas institucionalizadas ($M = 1,85$; $DP = 0,68$) face às não institucionalizadas ($M = 1,53$; $DP = 0,60$). Quanto à insegurança financeira, observaram-se valores similares, ainda que com uma ligeira tendência para valores mais elevados nas pessoas institucionalizadas ($M = 1,60$; $DP = 0,42$) em comparação com as não institucionalizadas ($M = 1,57$; $DP = 0,49$).

No índice total de violência, as pessoas idosas institucionalizadas apresentaram uma média superior ($M = 8,04$; $DP = 3,18$) relativamente às não institucionalizadas ($M = 6,31$; $DP = 1,78$), embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

Em síntese, os resultados indicam que o **contexto institucional não exerce um efeito global consistente sobre a percepção de violência**, ainda que se destaque um aumento significativo da percepção de isolamento social nas pessoas institucionalizadas, sugerindo uma dimensão específica de vulnerabilidade associada a este contexto.

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	1,39	2,03	1,82	2,56	1,53	1,85	1,57	1,60	6,31	8,04
Erro Desvio	0,42	1,15	0,72	1,15	0,60	0,68	0,49	0,42	1,78	3,18

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

No que respeita à percepção de solidão, considerando as dimensões de solidão emocional, social e total avaliadas pela escala UCLA, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias**. Os resultados da ANOVA unifatorial indicam ausência de diferenças significativas na solidão emocional ($F(4, 44) = 1,415$; $p = 0,245$), na solidão social ($F(4, 44) = 1,930$; $p = 0,122$) e na solidão total ($F(4, 44) = 1,786$; $p = 0,149$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva permite identificar padrões diferenciados entre os grupos (ver Tabela 8). Na solidão emocional, os valores mais elevados foram observados nos participantes em Centro de Dia ($M = 2,56$; $DP = 0,97$), enquanto os valores mais baixos surgiram na categoria “Outros” ($M = 1,36$; $DP = 0,50$). A Universidade Sénior, os sem participação e o Centro de Convívio apresentaram valores intermédios.

Relativamente à solidão social, destacam-se valores mais elevados no Centro de Dia ($M = 2,46$; $DP = 0,93$), contrastando com os valores mais baixos na categoria “Outros” ($M = 1,47$; $DP = 0,48$) e no Centro de Convívio

(M = 1,42; DP = 0,41). Os grupos sem qualquer tipo de participação e da Universidade Sénior apresenta também valores relativamente elevados (M = 1,86; DP = 0,75 e M = 1,77; DP = 1,09, respetivamente).

No índice total de solidão, os valores médios mais elevados foram observados novamente no Centro de Dia (M = 39,89; DP = 14,82) e na categoria “Nenhuma” (M = 30,27; DP = 12,56), enquanto os valores mais baixos surgiram em “Outros” (M = 23,00; DP = 7,62) e no Centro de Convívio (M = 25,33; DP = 8,50). A Universidade Sénior apresenta um valor intermédio (M = 29,50; DP = 19,09).

Em síntese, embora não se tenham identificado diferenças estatisticamente significativas entre grupos, observa-se uma tendência consistente para menores níveis de solidão nas categorias associadas a formas de participação mais diversificada, como a categoria “Outros”, quando comparadas com o Centro de Dia e com a ausência de participação. Estes resultados sugerem que **a natureza e intensidade da participação social podem influenciar os níveis de solidão, ainda que sem expressão estatística significativa nesta amostra.**

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Solidão Emocional	2,56 (0,97)	1,93 (0,81)	2,00 (1,41)	1,36 (0,50)	1,97 (0,95)
Solidão Social	2,46 (0,93)	1,42 (0,41)	1,77 (1,09)	1,47 (0,48)	1,86 (0,75)
Solidão Total	39,89 (14,82)	25,33 (8,50)	29,50 (19,09)	23,00 (7,62)	30,27 (12,56)

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 indicam que os valores médios de desconfiança/insegurança nas relações próximas foram muito semelhantes entre os grupos, sem diferenças estatisticamente significativas ($F(4, 44) = 2,305$; $p = 0,073$), confirmadas pelas comparações múltiplas de Bonferroni.

Em contraste, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão isolamento social** ($F(4, 44) = 3,055$; $p = 0,026$), com valores médios mais elevados no Centro de Dia (M = 2,51; DP = 0,85) e mais baixos na Universidade Sénior (M = 1,40; DP = 0,57). Na mesma linha, a **dependência funcional** também apresentou diferenças significativas entre os grupos ($F(4, 44) = 2,816$; $p = 0,036$), sendo os valores mais elevados novamente no Centro de Dia (M = 2,08; DP = 0,64) e os mais baixos na categoria “Outros” (M = 1,30; DP = 0,21), evidenciando maior vulnerabilidade funcional neste grupo.

Relativamente à **insegurança financeira**, observaram-se igualmente diferenças estatisticamente significativas ($F(4, 44) = 4,216$; $p = 0,006$), com valores médios mais elevados no Centro de Dia (M = 2,06; DP = 0,56) e na Universidade Sénior (M = 1,75; DP = 0,00), e valores mais baixos na categoria “Outros” (M = 1,20; DP = 0,33) e Centro de Convívio (M = 1,33; DP = 0,14). As comparações múltiplas indicaram diferenças significativas entre a Universidade Sénior e a categoria “Nenhuma”, com níveis superiores de insegurança financeira neste último grupo.

Por fim, o **índice total de violência** revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(4, 44) = 5,290$; $p = 0,001$). Os valores médios mais elevados foram observados no Centro de Dia (M = 8,37; DP = 1,78),

com valores acima do ponto de corte ($M > 8$), seguido da Universidade Sênior ($M = 5,96$; $DP = 0,48$) e da categoria “Nenhuma” ($M = 5,96$; $DP = 1,60$), enquanto os valores mais baixos surgiram na categoria “Outros” ($M = 5,19$; $DP = 0,63$).

De forma global, os **resultados indicam que a tipologia de participação social influencia significativamente várias dimensões do risco de violência**, nomeadamente o isolamento social, a dependência funcional, a insegurança financeira e o índice total de violência. Em termos gerais, o Centro de Dia tende a concentrar os níveis mais elevados de vulnerabilidade, enquanto a categoria “Outros” apresenta sistematicamente valores mais baixos em várias dimensões, sugerindo um perfil menos vulnerável neste domínio.

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	1,72 (0,38)	1,25 (0,13)	1,31 (0,09)	1,13 (0,15)	1,35 (0,44)
Isolamento Social	2,51 (0,85)	1,80 (0,35)	1,40 (0,57)	1,56 (0,17)	1,69 (0,68)
Dependência Funcional	2,08 (0,64)	1,33 (0,58)	1,50 (0,00)	1,30 (0,21)	1,42 (0,58)
Insegurança Financeira	2,06 (0,56)	1,33 (0,14)	1,75 (0,00)	1,20 (0,33)	1,50 (0,43)
Violência Total	8,37 (1,78)	5,72 (0,89)	5,96 (0,48)	5,19 (0,63)	5,96 (1,60)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A análise descritiva revelou diferenças nos níveis médios de solidão percebida e de percepção do risco de violência em função do contexto residencial. As pessoas idosas residentes em ERPI apresentaram valores médios superiores tanto na solidão percebida ($M = 37,20$; $DP = 19,82$) como na percepção do risco de violência ($M = 8,04$; $DP = 3,18$), como, quando comparadas com as pessoas idosas a residir em casa própria ou com familiares, que evidenciaram médias inferiores em ambas as variáveis (solidão: $M = 30,91$; $DP = 13,08$; violência: $M = 6,31$; $DP = 1,78$). De referir que no caso dos residentes em ERPI ambos os valores se situam acima dos respetivos pontos de corte.

Para além destas diferenças de médias, a análise de correlação indicou que, em ambos os contextos, a solidão percebida associa-se de forma significativa à percepção do risco de vitimação por violência. No grupo não institucionalizado, a correlação foi positiva, muito forte e estatisticamente significativa ($r = 0,758$; $p = 0,000$), indicando que, entre pessoas idosas a residir no domicílio, níveis mais elevados de solidão relacionam-se com uma maior percepção do risco de violência. No grupo institucionalizado a correlação foi ainda mais intensa ($r = 0,993$; $p = 0,001$), sugerindo que, em contexto institucional, a solidão assume um papel particularmente relevante, não apenas em termos de níveis médios mais elevados, mas também na relação estreita com a percepção do risco de violência.

Em conjunto, estes resultados indicam que, embora a solidão esteja associada à percepção do risco de violência independentemente do contexto residencial, a **institucionalização parece potenciar simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de violência, bem como uma associação mais forte entre ambas.**

Estes resultados reforçam a ideia de que a institucionalização pode constituir um fator acrescido de vulnerabilidade psicossocial nas pessoas idosas (Ver Tabela 10).

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Casa Própria/ Familiares	Solidão	30,96	13,08	0,758	0,000
	Violência	6,31	1,78		
ERPI	Solidão	37,20	19,82	0,993	0,001
	Violência	8,04	3,18		

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

As pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias apresentaram níveis médios ligeiramente superiores de solidão percebida ($M = 32,05$; $DP = 14,16$) e de percepção do risco de violência ($M = 6,86$; $DP = 1,95$), quando comparadas com aquelas que não estão integradas em qualquer tipo de resposta social comunitária, as quais apresentaram valores médios mais baixos tanto na solidão ($M = 30,27$; $DP = 12,56$) como na percepção do risco de violência ($M = 5,96$; $DP = 1,60$).

No que respeita à relação entre solidão e percepção do risco de vitimação por violência, **os resultados evidenciam padrões positivos e estatisticamente significativos em ambos os grupos**. Entre as pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias, observou-se uma correlação positiva, muito forte e significativa entre solidão e percepção do risco de violência ($r = 0,751$; $p < 0,001$), indicando que níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de vitimação.

De forma semelhante, no grupo de pessoas idosas não integradas em respostas sociais comunitárias, verificou-se igualmente uma correlação positiva, muito forte e estatisticamente significativa ($r = 0,783$; $p < 0,001$), sugerindo que, também neste grupo, o aumento da solidão está associado ao aumento da percepção do risco de violência.

Em síntese, **os resultados evidenciam que a solidão e a percepção do risco de vitimação por violência se encontram positivamente associadas em ambos os grupos de pessoas idosas não institucionalizadas, independentemente da integração em respostas sociais comunitárias**. Este padrão sugere que níveis mais elevados de solidão tendem a coexistir com uma maior percepção de vulnerabilidade face à violência, constituindo uma associação consistente entre dimensões emocionais e de segurança percebida.

Embora se observem diferenças nos valores médios entre grupos, com os participantes integrados em respostas sociais comunitárias a apresentarem ligeiramente valores mais elevados de solidão e de percepção do risco de violência, a direção e a força da associação entre as variáveis mantêm-se semelhantes em ambos os contextos. Assim, a integração em respostas sociais não parece alterar a natureza da relação entre solidão e percepção de risco, ainda que possa influenciar os níveis absolutos destas dimensões.

Este padrão pode ser interpretado de forma prudente à luz de diferentes **hipóteses explicativas**. Por um lado, a participação em respostas sociais comunitárias pode favorecer uma maior consciencialização do risco, promovendo o contacto com informação, experiências partilhadas e contextos de discussão que aumentam o reconhecimento da vulnerabilidade. Por outro lado, pode igualmente refletir uma maior capacidade de verbalização e legitimação de sentimentos de solidão e insegurança em contextos socialmente facilitadores, sem que isso implique necessariamente maior exposição objetiva ao risco. Adicionalmente, não se pode excluir a hipótese de um efeito de seleção, no qual indivíduos mais vulneráveis ou mais conscientes das suas limitações tendem a procurar este tipo de respostas sociais.

Em conjunto, os **resultados reforçam a importância de considerar a solidão como um indicador relevante de vulnerabilidade subjetiva na população idosa, bem como a necessidade de intervenções que articulem o combate ao isolamento social com a promoção de literacia sobre risco e segurança, especialmente em contextos comunitários estruturados.**

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	32,05	14,16	0,751	0,000
	Violência	6,86	1,95		
Não Integrados em RS	Solidão	30,27	12,56	0,783	0,000
	Violência	5,96	1,60		

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

Considerações finais

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

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

No âmbito do município da Amadora, 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 que se situam próximo deste limiar. A análise em função de características sociodemográficas revelou que o sexo, idade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas à escolaridade: as pessoas sem escolaridade básica apresentam níveis de solidão claramente superiores ao ponto de corte, evidenciando níveis patológicos de solidão. Este resultado identifica um **grupo prioritário** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **sem escolaridade básica**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar este grupo como prioritário de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

Quanto à perceção de **violência**, os níveis médios situam-se, globalmente, **abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de isolamento social a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentam médias inferiores. Apesar disso, alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte na dimensão índice total, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A perceção de violência não difere significativamente quanto à idade, rendimento mensal, local de residência e estado de saúde percebido, mas associa-se ao sexo, escolaridade, estado civil e autonomia: as mulheres, pessoas sem ensino básico, viúvos e mais dependentes percebem níveis mais elevados de violência, destacando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e intervenção. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados permitem identificar **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente **mulheres, pessoas sem escolaridade básica, viúvas e com maior dependência**, sublinhando a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a estas situações de maior risco.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/famíliares e em ERPI revelou que, de forma geral, este **não influencia significativamente os níveis de solidão**, porém os resultados apontaram para uma tendência consistente para níveis mais elevados de solidão nas pessoas idosas a residir em ERPI, sobretudo na dimensão social e no índice total de solidão. O contexto residencial também **não exerce um efeito global sobre a perceção de violência**, observando-se **diferenças numa única dimensão específica: o isolamento social é significativamente superior entre as pessoas idosas institucionalizadas (ERPI)**, reforçando 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, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão** em função da tipologia de participação nestas respostas sociais. No entanto, a análise descritiva dos resultados evidenciou uma tendência consistente para menores níveis de solidão nas categorias

associadas a formas de participação mais diversificada (categoria “Outros”), comparativamente com o Centro de Dia e com a ausência de participação. Em contraste, **para a percepção de violência foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em quatro dimensões: o isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e índice total de violência são mais elevados no Centro de Dia em comparação com a categoria “Outros”**. Estes resultados destacam a relevância de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com os residentes em ERPI a apresentar níveis de solidão e risco de vitimação clinicamente relevantes. Esta associação entre solidão e percepção de violência é positiva, forte e significativa em ambos os contextos residenciais, embora mais intensa em pessoas idosas institucionalizadas, sugerindo que **a institucionalização potencia simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de risco**. Entre os não institucionalizados, a relação entre solidão e percepção de risco é positiva, forte e significativa quer estejam integrados, ou não, em respostas sociais comunitárias. Estes resultados sugerem que **a integração em respostas sociais não parece alterar a natureza da relação entre solidão e percepção de risco**, evidenciando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ no concelho da Amadora permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à perceção do risco de violência na população idosa local. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a identificação de subgrupos em situação de vulnerabilidade severa, com especial destaque para as pessoas idosas sem escolaridade básica, mulheres, viúvas, institucionalizadas em ERPI e dependentes, justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, embora os dados resultem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica. Esta intervenção deve envolver não apenas os próprios indivíduos, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais de proximidade. A necessidade de atuação em rede é reforçada pela fragilidade detetada no contexto residencial maioritariamente urbano: entre os que vivem no domicílio, 34,7% residem sozinhos, a maioria em apartamentos (89,8%), e 87,8% não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Adicionalmente, este cenário de isolamento é agravado pelo facto de 61,2% das pessoas idosas se encontrarem totalmente desintegradas de respostas sociais comunitárias.

Na Amadora, verificou-se também que as pessoas idosas sem escolaridade básica e os inseridos em ERPI evidenciam níveis críticos de solidão patológica e social. Assim, a ausência de instrução formal, a perda de autonomia e o isolamento habitacional constituem os eixos centrais de vulnerabilidade no concelho. Este cenário exige estratégias autárquicas focadas na acessibilidade das respostas, na humanização e abertura comunitária das ERPI, e no reforço estrutural das redes de suporte técnico direcionadas às pessoas idosas isoladas no domicílio.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

No domínio da solidão, recomenda-se a intervenção prioritária e cirúrgica junto das pessoas idosas sem escolaridade básica, grupo que registou níveis de solidão superiores ao limiar patológico. É fundamental implementar programas de estimulação relacional e alfabetização funcional/emocional adaptados a baixos níveis de literacia. Para as pessoas idosas institucionalizadas em ERPI, que demonstram uma tendência consistente para níveis mais elevados de solidão social e total, sugere-se o reforço de atividades de lazer e dinâmicas de grupo focadas na manutenção da identidade social e na vinculação com o exterior.

Relativamente à perceção de violência, as recomendações centram-se na proteção física, psicológica e financeira das mulheres, pessoas idosas sem ensino básico, viúvas e com maior dependência funcional, perfis que reportaram níveis significativamente superiores de risco. É crucial dotar estas pessoas idosas de mecanismos de comunicação direta, simplificada e acessível sobre os seus direitos, atenuando os riscos de dependência funcional e insegurança financeira. No domicílio, a intervenção junto de idosas viúvas e dependentes deve focar-se na promoção do autocuidado apoiado e no empoderamento para a segurança no quotidiano.

Na interseção entre ambos os fenómenos, a análise revela que a associação entre solidão e perceção de violência é positiva, forte e significativa em ambos os contextos residenciais, tornando-se, contudo, mais intensa e potenciada entre os residentes em ERPI. Isto demonstra que o sentimento de solidão caminha a par com a vulnerabilidade ao risco. Justifica-se, por isso, a aplicação de programas integrados de apoio psicossocial que combinem a quebra da solidão através do estímulo afetivo com a monitorização ativa do risco de abuso,

permitindo que a própria pessoa idosa, quer no domicílio quer na instituição, se sinta segura e socialmente integrada.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se que as famílias assumam um papel ativo de acompanhamento relacional, especialmente perante cenários de viuvez e de institucionalização em ERPI. Sabendo que o contexto residencial de ERPI potencia a solidão social, as famílias devem ser sensibilizadas para manter uma presença assídua, integrando a pessoa idosa nas rotinas familiares extrainstitucionais sempre que possível. Para os 34,7% de pessoas idosas que vivem sozinhas em apartamentos na Amadora, sugere-se a capacitação das famílias para a criação de rotinas de contacto e visitas programadas, como forma de minimizar o isolamento.

Relativamente à perceção de violência, as recomendações focam-se na monitorização das condições de cuidado e na transparência das relações de dependência. Dado que os utentes de Centros de Dia na Amadora manifestaram maior perceção de isolamento social, dependência funcional e insegurança financeira do que aqueles que estão envolvidos em respostas mais diversificadas, sugere-se que as famílias sejam ativamente envolvidas em ações de articulação, capacitação e acompanhamento familiar orientado pelas equipas técnicas.

Na articulação entre solidão e violência, é fundamental que as famílias participem na elaboração de planos de acompanhamento e proteção em estreita colaboração com as equipas técnicas. Importa capacitar os familiares para identificarem o afastamento social e a solidão expressa pela pessoa idosa como um indicador preventivo de vulnerabilidade à vitimação. Ao promover uma comunicação transparente e o estreitamento dos laços afetivos, a família assume-se como a primeira linha de vigilância e proteção contra abusos, atenuando o impacto que a perda de autonomia e o isolamento urbano provocam na perceção de risco da pessoa idosa.

Recomendações dirigidas à comunidade

No domínio da solidão, recomenda-se que o Município da Amadora crie estratégias de proximidade para integrar os 61,2% de pessoas idosas que residem no domicílio e que se encontram totalmente desintegrados de respostas sociais comunitárias. Propõe-se descentralizar as atividades, levando projetos culturais, de lazer e de combate ao analfabetismo diretamente aos bairros e blocos de apartamentos onde se concentram 89,8% das pessoas idosas em habitação própria. Simultaneamente, para diminuir a solidão social nas ERPI, o município deve fomentar programas de voluntariado e parcerias intergeracionais com escolas locais, abrindo as portas das instituições à comunidade de forma sistemática.

No domínio da violência, torna-se prioritário estruturar redes de proteção social locais que reduzam o isolamento social, a dependência funcional e a insegurança financeira detetadas de forma mais expressiva nos Centros de Dia e grupos mais vulneráveis. Sugere-se a implementação de um programa municipal de proteção e vigilância de proximidade, desenhado para capacitar comissões de moradores, condomínios de apartamentos, o comércio local e as forças de segurança de proximidade (Polícia Municipal/PSP). O objetivo centra-se na deteção precoce de indícios de isolamento severo ou abuso em idosas viúvas e isoladas no domicílio, garantindo canais céleres de sinalização.

De forma articulada, recomenda-se o desenho de uma estratégia municipal de vigilância psicossocial que articule os recursos formais e comunitários. Atendendo a que a participação em respostas tradicionais (como o Centro de Dia) revelou indicadores de risco mais elevados em comparação com formas de participação mais diversificadas (categoria “Outros”), propõe-se o desenvolvimento de um sistema municipal integrado de

proteção sénior, com polos descentralizados nas freguesias urbanas, vocacionado para a gestão de casos. Esta estrutura assegura respostas integradas que vão desde a sinalização e triagem de situações de risco à prestação de assessoria jurídica acessível e apoio psicossocial contínuo, transformando o contexto territorial num território protetor e inclusivo.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se a formação especializada dos profissionais de saúde e ação social para intervir perante os índices de solidão patológica detetados no perfil de pessoas idosas sem instrução básica, bem como na tendência de solidão social em ERPI. Ao nível institucional, importa reconfigurar os Planos de Desenvolvimento Individual (PDI) nas ERPI, garantindo que as atividades desportivas e de lazer (já desenvolvidas por parte dos utentes) sejam intencionalmente desenhadas para reconstruir redes de suporte e contrariar o isolamento social. No plano comunitário, os profissionais devem estruturar estratégias integradas de intervenção territorial e referenciação social, visando a inclusão ativa da expressiva percentagem de 61,2% de pessoas idosas atualmente sem integração em respostas formais e em situação de isolamento habitacional.

No domínio da violência, sugere-se capacitar os profissionais que atuam nos Centros de Dia e nas estruturas residenciais para identificar e atenuar os indicadores críticos detetados: isolamento social institucional, dependência funcional e insegurança financeira. Por sua vez, para os técnicos que atuam na comunidade, e perante o facto de 87,8% da amostra não usufruir de SAD, importa aplicar instrumentos rigorosos de triagem de risco, de forma a detetar situações ocultas de violência financeira ou negligência que afetam predominantemente mulheres e viúvas com menor autonomia.

Na articulação entre a solidão e a violência, sugere-se a estruturação de um modelo integrado de base territorial no concelho da Amadora, assente na cooperação interinstitucional e na gestão partilhada de casos. Importa dotar os profissionais de metodologias de diagnóstico multidimensional que incorporem determinantes sociais transversais (género, literacia, funcionalidade e características habitacionais). Esta abordagem potenciará uma resposta preventiva face aos perfis de maior vulnerabilidade, pessoas idosas institucionalizadas com fraco suporte relacional ou em isolamento domiciliário com declínio funcional, otimizando a mobilização concertada dos recursos de saúde e de suporte social.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho da Amadora.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis globais controlados, mas pessoas sem escolaridade básica (31,5%) apresentam níveis patológicos de solidão. Contexto de ERPI demonstra tendência para maior solidão social e total.	Reduzir a solidão patológica no grupo sem instrução básica e mitigar a solidão social em contexto institucional (ERPI).	Implementar programas de estimulação relacional e alfabetização funcional/emocional adaptados a baixos níveis de literacia; dinamizar atividades lúdicas e de lazer nas ERPI focadas na vinculação externa.
	Violência	Níveis médios abaixo do limiar, mas dimensão de isolamento social tem maior expressão. Mulheres (74,1%), sem ensino básico (31,5%), viúvos (42,6%) e dependentes percebem maior risco.	Proteger fisicamente e capacitar os perfis mais vulneráveis (mulheres, viúvas, dependentes e sem instrução básica).	Desenhar ações de literacia de direitos em formatos simplificados/acessíveis; implementar programas de autocuidado apoiado no domicílio para salvaguardar e estender a autonomia funcional.

	Solidão e Violência	Associação positiva, forte e significativa entre solidão e risco de violência em ambos os contextos (domicílio e ERPI), sendo ainda mais intensa no contexto institucional.	Intervir de forma integrada nos eixos de isolamento, compreendendo a solidão como um sinalizador precoce de vulnerabilidade ao risco.	Aplicar programas integrados de apoio psicossocial que combinem o acolhimento relacional com o empoderamento para a segurança; monitorizar de perto os residentes de ERPI devido ao efeito potenciador do risco institucional.
Famílias	Solidão	Elevada taxa de pessoas idosas a viver sozinhas (34,7%) em apartamentos (89,8%), associada a uma tendência consistente para a solidão social daqueles instalados em ERPI.	Combater o isolamento habitacional vertical urbano e prevenir o distanciamento relacional e abandono em contexto de ERPI.	Sensibilizar familiares para visitas assíduas nas ERPI; capacitar as famílias para a criação de rotinas de contacto (presencial e digital) para os 34,7% que vivem sozinhos em apartamentos.
	Violência	Maiores níveis de risco e vulnerabilidade (isolamento, dependência e insegurança financeira) expressos por utentes em Centro de Dia comparativamente a participações mais diversificadas.	Prevenir conflitos relacionais, abusos financeiros e sobrecarga do apoio informal face ao declínio da autonomia.	Promover sessões de mediação familiar focadas na gestão transparente de recursos financeiros e na partilha de cuidados; realizar ações de sensibilização sobre direitos e dignidade do familiar dependente.
	Solidão e Violência	A viuvez (42,6%), a perda de autonomia e o isolamento habitacional sem retaguarda formal (apenas 12,2% têm SAD) exigem coresponsabilização familiar.	Fortalecer as redes de suporte familiar e envolver o núcleo nas estratégias locais de mitigação de riscos psicossociais.	Desenhar planos de contingência e suporte familiar mediados por equipas técnicas; criar grupos de apoio para famílias cuidadoras para mitigar o stress que gera dinâmicas de negligência ou abuso.
Comunidade	Solidão	Grande maioria das pessoas idosas que reside no domicílio encontra-se totalmente desintegrada de respostas comunitárias (61,2% sem qualquer integração).	Promover a inclusão ativa da população idosa isolada no domicílio e potenciar as sinergias comunitárias entre as freguesias urbanas e as ERPI locais.	Descentralizar atividades culturais, físicas e de lazer, levando-as diretamente aos bairros urbanos e blocos de apartamentos (89,8% da amostra); criar programas de voluntariado intergeracional com escolas na Amadora para atuar nas ERPI.
	Violência	Expressão acentuada da dimensão de isolamento social num contexto habitacional de alta densidade urbana (97,9% em zona urbana e a maioria em apartamentos).	Rentabilizar a densidade populacional e as redes de proximidade como eixos de vigilância informal ativa e sinalização precoce.	Implementar o programa municipal de Proteção e Vigilância de Proximidade, capacitando comissões de moradores, condomínios, comércio local e juntas de freguesia para a deteção e sinalização precoce de situações de isolamento severo ou abusos em pessoas idosas de elevada vulnerabilidade.
	Solidão e Violência	Formas de participação comunitária mais diversificadas (categoria "Outros") associam-se a menores níveis de solidão e menor perceção de violência do que o Centro de Dia tradicional.	Diversificar as respostas sociais e descentralizar os serviços de apoio à segurança e integridade da pessoa idosa.	Operacionalizar o Sistema Municipal Integrado de Proteção Sénior, com polos descentralizados nas freguesias da Amadora para triagem de abusos apoio jurídico adaptado e mediação.
Profissionais	Solidão	Índices patológicos de solidão no perfil sem escolaridade básica e vulnerabilidade relacional nas ERPI e pessoas idosas isoladas exigem respostas focadas.	Dotar os profissionais de ferramentas diagnósticas sensíveis a perfis de baixa literacia e humanizar as rotinas institucionais.	Formação técnica na aplicação de escalas de solidão; reconfigurar os PDI nas ERPI para que as atividades de lazer incluam efetivo envolvimento afetivo; desenhar estratégias integradas de intervenção territorial para a captação das pessoas idosas isoladas.
	Violência	Escassez severa de apoio formal domiciliário (87,8% sem SAD), deixando a vasta maioria das pessoas idosas isoladas sem supervisão técnica regular.	Instituir metodologias proativas de triagem de risco e violência no domicílio e qualificar a intervenção nas respostas formais.	Formação especializada para identificar sinais de violência financeira, psicológica ou negligência oculta no domicílio; aplicar grelhas de avaliação de risco em visitas de saúde e ação social comunitária.

	Solidão e Violência	A correlação forte e positiva entre solidão e risco em todos os contextos exige o abandono de abordagens de intervenção dispersas.	Implementar a Gestão de Caso centrada na pessoa, recorrendo a avaliações multidimensionais para garantir respostas integradas e individualizadas.	Desenvolver protocolos interinstitucionais de intervenção que cruzem variáveis críticas (sexo feminino, viuvez, baixa escolaridade e isolamento em apartamentos), unificando a ação social, a saúde mental e a proteção jurídica.
--	----------------------------	--	---	---

Referências

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

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

Bibliografia Complementar

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

- Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, J. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568>
- Ibáñez-del Valle, V., Corchón, S., Zaharia, G., & Cauli, O. (2022). Social and emotional loneliness in older community dwelling-Individuals: The role of socio-demographics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16622. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416622>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2024). Envelhecimento e saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104728. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728>
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (art. 8.º). Diário da República n.º 152/2019, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-125381607>
- Martins, A., Silva, P., & Ferreira, R. (2023). Níveis de solidão na população idosa em Portugal: Um estudo nacional. *Revista Portuguesa de Gerontologia*, 15(2), 45–60.
- Monteiro, I., Almeida, R., & Portugal, P. (2024). Health (dis)equalities and social isolation and loneliness in the older people: A qualitative study. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 5. <https://doi.org/10.61415/riage.237>
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *World report on ageing and health*. Genebra. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2022). Tackling abuse of older people: Five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356024>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global reach, dynamic causes, and active responses. *The Lancet*, 387(10020), 796–805. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00468-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00468-2)
- Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um construto complexo. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 32, 53–66. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/399>
- Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC Geriatrics*, 25, 244 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4>
- Redondo, A., Gil, A. P., & Ferreira, J. (2016). Dinâmicas organizacionais e violência institucional: O quotidiano das ERPI. *Fórum Sociológico*, (28), 35–44.
- Rosen, T., Makaroun, L. K., Conwell, Y., & Betz, M. (2019). Violence in older adults: Scope, impact, challenges, strategies for prevention. *Health Affairs*, 38(10), 1630–1637. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00577>
- Rudatis, C. (2020). *Violence against older women in Italy: Understanding the scope and possible interventions* [Tese de Doutoramento, Università di Genova].
- Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., Canbary, Z., Heidarian, P., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Humanities & Social Sciences Communications*, 12(1), 985. <https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referencia*, 12(2), 9–16.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. SNS, Lisboa.
- Serviço Nacional de Saúde 24 (2023). *Relatório sobre solidão e saúde da população idosa*. SNS.
- Silva, K. C. V., Vieira, S. de A., Souza, A. C. de, Silva, M. de L., & Bezerra, Y. C. P. (2025). O impacto da solidão e o isolamento social na saúde mental dos idosos. *Revista Contemporânea*, 5(7), e8659. <https://doi.org/10.56083/RVC5N7-098>
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101339. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

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

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)