



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

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

Investigador Principal: Fátima Gameiro

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

maio 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística	10
3.6. Considerações Éticas	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	16
4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	17
4.4. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	19
4.5. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	22
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 de Sintra.....	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 de Sintra. Ao reforçar o conhecimento sobre a realidade local e valorizar a participação das pessoas idosas e das entidades de proximidade, o estudo procura fornecer evidência empírica relevante para a identificação de fatores de risco e de proteção, apoiar a definição de estratégias de intervenção ajustadas ao território e contribuir para a conceção de respostas sociais, comunitárias e psicossociais mais eficazes e sustentadas.

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

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

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

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

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

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

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

2. Objetivos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

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

3.2. Procedimentos e Recolha de Dados

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

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

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

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

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

3.3. Instrumentos

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

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

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

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados

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

Fonte. Elaboração própria (2025)

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo pessoas idosas com 65 ou mais anos, residentes no concelho de Sintra, 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 **91** pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Sintra. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 62$; 68,1%), em comparação com o sexo masculino ($n = 29$; 31,9%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 94 anos, apresentando uma média de 75,38 anos ($DP = 7,51$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou em união de facto ($n = 50$; 54,9%), seguindo-se os viúvos ($n = 25$; 27,5%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 54$; 59,3%), refletindo **baixos níveis de escolarização**.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vive em **zona urbana** ($n = 45$; 86,5%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 82$; 90,1%), enquanto uma percentagem mais reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 9$; 9,9%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 22$; 24,2%). Entre os que responderam, verifica-se que 24,2% ($n = 22$) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, 16,5% ($n = 15$) auferem menos de 500 euros mensais e 16,5% ($n = 15$) auferem rendimentos entre os 871 a 1045 euros, enquanto os restantes apresentam rendimentos mais elevados, 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 1,70 ($DP = 0,46$), indicando uma **perceção intermédia**, tendencialmente positiva. Quanto à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,77 ($DP = 0,42$), sugerindo que a **maioria** dos participantes se considera **funcionalmente independente**.

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

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	29	31,9
	Feminino	62	68,1
Idade (anos)	Intervalo	65-94	—
	Média (DP)	75,38 (7,51)	—
Idade (por grupo)	65-74	46	50,5
	75-84	34	37,4
	85-100	11	12,1
Estado Civil	Solteiro/a	7	7,7
	Casado(a)/União de Facto	50	54,9
	Divorciado/a	9	9,9
	Viúvo/a	25	27,5
Escolaridade	Sem Ensino Básico	9	9,9
	Com Ensino Básico	54	59,3
	Com Ensino Secundário	20	22,0
	Com Ensino Superior	8	8,8

Zona de Residência	Rural	7	13,5
	Urbano	45	86,5
	Omisso	39	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	82	90,1
	ERPI	9	9,9
Rendimento Mensal	- 500 euros	15	16,5
	de 501 a 870 euros	22	24,2
	de 871 a 1045 euros	15	16,5
	de 1046 a 1568 euros	11	12,1
	+ de 1569 euros	6	6,6
	Prefiro não responder	22	24,2
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,70 (0,46)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,77 (0,42)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 82; 90,1%). Desses, 46,3% vivem com parceiro/a (n = 38), predominando a residência em apartamento (n = 65; 79,3%). 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 = 72; 87,8%). Entre os que beneficiam deste serviço, a resposta mais frequente corresponde ao fornecimento de refeições (n = 3; 3,3%).

A maioria dos participantes não se encontra integrada em respostas sociais de proximidade, com apenas **36,6%** a frequentar centros de dia e centros de convívio, ou noutras atividades comunitárias. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 20; 24,4%).

Uma **percentagem mais reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 9; 9,9%). Destes, 66,7% (n = 6) participam em atividades de lazer, 22,2% (n = 2) em atividades culturais e 11,1% (n = 1) não frequenta qualquer atividade.

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

Tabela 3. Caracterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	Categoria	Sub-Categoria	n	%
Casa Própria-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	19	23,2
		Com parceiro/a	38	46,3
		Com Filho/a	9	11,0
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	12	14,6
		Com Outro(s)	4	4,9
		Omisso	9	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	65	79,3
		Vivenda isolada	3	3,7
		Vivenda com vizinhos	14	17,1
		Omisso	9	—
	SAD	Não	72	87,8
		Sim	10	12,2
		Omisso	9	—
	SAD- Tipo	Refeições	3	3,7
		Limpeza	2	2,4

		Roupa	1	1,2
		Outro(s)	1	1,2
		Nenhuma	72	87,8
		Limpeza e Roupa	1	1,2
		Refeições, Limpeza e Roupa	2	2,4
		Omisso	9	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	11	13,4
		Centro de Convívio	17	20,7
		Outra(s)	2	2,4
		Nenhuma	52	63,4
		Omisso	9	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	5	6,1
		3 a 5 vezes por semana	20	24,4
		6 a 7 vezes por semana	5	6,1
		Nenhuma	52	63,4
		Omisso	9	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	2	22,2
		Atividades de lazer	6	66,7
		Nenhuma	1	11,1
		Omisso	82	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	2	22,2
		3 a 5 vezes por semana	6	66,7
		Nenhuma	1	11,1
		Omisso	82	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

4. Resultados

4.1. Percepção de Solidão

A. Níveis de percepção de solidão

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

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 1,83 (DP = 0,74), com valores compreendidos entre 1 e 3,6, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala (2,5)**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,75 (DP = 0,63), com um intervalo entre 1 e 3,64, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 28,44 (DP = 9,91), com valores mínimos de 16 e máximos de 55. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total superiores ao ponto de corte (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Percepção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,83	1,75	28,44
Erro Desvio	0,74	0,63	9,91
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,60	3,64	55,00

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 potencialmente mais vulneráveis, contribuindo para a definição de estratégias de intervenção mais ajustadas às suas especificidades.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão total em função do sexo ($t(89) = -0,062$; $p = 0,951$), **idade** ($F(2,88) = 1,589$; $p = 0,210$), **escolaridade** ($F(3,87) = 2,518$; $p = 0,063$), **rendimento mensal** ($F(5,85) = 1,144$; $p = 0,343$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ($t(89) = -0,248$; $p = 0,804$) e **autonomia percebida** ($t(27,211) = 1,823$; $p = 0,079$).

Apenas ao **nível do estado civil** ($F(3,87) = 4,758$; $p = 0,004$) e do **estado de saúde percebido** ($t(89) = 3,134$; $p = 0,002$) **foram observadas diferenças estatisticamente significativas na solidão total**, sugerindo que estas variáveis se associam de forma mais expressiva à experiência subjetiva de solidão.

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas na maioria das variáveis analisadas, a análise descritiva das médias revela algumas tendências que importa assinalar. No que respeita ao sexo, mulheres e homens apresentam níveis médios de solidão muito semelhantes (mulheres: $M = 28,48$; $DP = 9,80$; homens: $M = 28,34$; $DP = 10,32$).

Relativamente à idade, não se verifica um padrão linear, registando-se valores médios de 26,70 (DP = 10,17) no grupo dos 65–74 anos, 30,65 (DP = 9,91) no grupo dos 75–84 anos e 28,91 (DP = 7,94) nos participantes com 85 ou mais anos.

No que respeita à escolaridade, os indivíduos sem ensino básico apresentam valores médios mais elevados ($M = 35,56$; $DP = 10,98$), acima do ponto de corte para solidão patológica (>32), enquanto os restantes grupos apresentam valores inferiores: ensino básico ($M = 27,46$; $DP = 9,90$), ensino secundário ($M = 29,70$; $DP = 11,63$) e ensino superior ($M = 23,88$; $DP = 7,51$). Este último grupo apresenta os níveis médios mais baixos.

Quanto ao rendimento mensal, embora sem diferenças estatisticamente significativas, observam-se oscilações entre grupos. Os valores médios mais elevados surgem no escalão entre 1046€ e 1568€ ($M = 32,36$; $DP = 12,44$), seguido do grupo com rendimento inferior a 500€ ($M = 31,13$; $DP = 11,42$), ambos em níveis compatíveis com solidão patológica. Seguem-se os participantes com rendimentos entre 501€ e 870€ ($M = 29,23$; $DP = 9,68$), entre 871€ e 1045€ ($M = 25,27$; $DP = 8,10$), superiores a 1569€ ($M = 27,83$; $DP = 5,56$) e aqueles que preferiram não responder ($M = 26,18$; $DP = 9,42$). Estes resultados sugerem que determinados segmentos económicos podem constituir grupos prioritários de intervenção, embora a heterogeneidade interna aconselhe prudência interpretativa.

No que concerne ao local de residência, os participantes em ERPI apresentam níveis médios ligeiramente superiores de solidão ($M = 29,22$; $DP = 11,98$) comparativamente aos residentes em casa própria ou de familiares ($M = 28,35$; $DP = 9,74$), ainda que sem diferenças estatisticamente significativas.

Adicionalmente, os participantes com menor autonomia apresentam níveis médios superiores de solidão ($M = 32,38$; $DP = 11,90$), igualmente acima do ponto de corte clínico, face aos participantes com maior autonomia ($M = 27,26$; $DP = 8,99$), embora esta diferença não atinja significância estatística.

As únicas diferenças estatísticas significativas foram observadas ao nível do estado civil, com os solteiros e viúvos a registarem níveis de solidão acima do limiar patológico (solteiros: $M = 33,71$; $DP = 12,23$; viúvos: $M = 33,36$; $DP = 11,70$). As comparações múltiplas evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes casados/em união de facto e os viúvos ($p = 0,006$), sendo estes últimos os que revelaram níveis superiores de solidão.

Também ao nível do estado de saúde percebido foram observadas diferenças estatísticas, com os participantes que se consideram doentes a apresentarem níveis significativamente mais elevados de solidão ($M = 33,22$; $DP = 10,24$), ultrapassando o limiar de solidão patológica, quando comparados com os que se percecionam como saudáveis ($M = 26,42$; $DP = 9,11$).

Em síntese, os resultados sugerem que, **embora nem todas as diferenças sejam estatisticamente significativas, determinados grupos apresentam níveis médios de solidão particularmente elevados, nomeadamente pessoas viúvas e solteiras, sem escolaridade básica, com pior perceção de saúde e menor autonomia**. Em vários destes casos, os valores observados situam-se acima do limiar indicativo de solidão patológica (>32), reforçando a **necessidade de priorizar estes grupos em futuras estratégias de prevenção e intervenção psicossocial**.

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 1,35 (DP = 0,37), com valores compreendidos entre 1 e 2,75, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,71; DP = 0,55), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,60 sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,35 (DP = 0,43), 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 1,46 (DP = 0,43), com valores que variam entre 1 e 2,75, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,86 (DP = 1,30), com valores mínimos de 4 e máximos de 10,73. Considerando o ponto de corte estabelecido (> 8), o **valor médio situa-se abaixo do limiar indicativo de risco de violência**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de 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	1,35	1,71	1,35	1,46	5,86
Erro Desvio	0,37	0,55	0,43	0,43	1,30
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,75	3,60	3,25	2,75	10,73

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 constitui uma oportunidade para identificar grupos mais vulneráveis e orientar estratégias de intervenção ajustadas às suas necessidades.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção global de violência em função do sexo ($t(89) = -0,478$; $p = 0,634$), **idade** ($F(2,88) = 0,593$; $p = 0,555$), **escolaridade** ($F(3,87) = 2,281$; $p = 0,085$), **rendimento mensal** ($F(5,85) = 1,891$; $p = 0,104$) e **local de residência** (casa própria ou de familiares vs. ERPI) ($t(89) = -0,876$; $p = 0,383$).

Por outro lado, **observaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do estado civil** ($F(3,87) = 2,901$; $p = 0,039$), do estado de saúde percebido ($t(89) = 2,620$; $p = 0,010$) e da **autonomia** ($t(25,116) = 2,249$;

$p = 0,034$), sugerindo que estas variáveis se associam de forma mais expressiva à percepção de risco de vitimação por violência.

Apesar da ausência de significância estatística em várias variáveis, a análise descritiva das médias permite identificar tendências relevantes. No que respeita ao sexo, homens e mulheres apresentam níveis médios muito semelhantes de percepção de violência (feminino: $M = 5,91$; $DP = 1,37$; masculino: $M = 5,77$; $DP = 1,14$).

Relativamente à idade, observa-se uma ligeira tendência para o aumento da violência percebida com o avançar da idade, embora sem significância estatística, com médias de $M = 5,72$ ($DP = 1,40$) no grupo dos 65–74 anos, $M = 6,00$ ($DP = 1,25$) entre os 75–84 anos e $M = 6,05$ ($DP = 0,96$) nos participantes com 85 ou mais anos.

No que concerne à escolaridade, os participantes sem ensino básico apresentam os valores médios mais elevados de percepção de violência ($M = 6,86$; $DP = 1,51$), seguidos dos participantes com ensino secundário ($M = 5,96$; $DP = 1,01$), ensino básico ($M = 5,69$; $DP = 1,36$) e ensino superior ($M = 5,64$; $DP = 0,80$).

Quanto ao rendimento mensal, apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, verificam-se oscilações entre escalões. Os valores médios mais elevados surgem nos participantes com rendimentos inferiores a 500€ ($M = 6,57$; $DP = 1,95$) e entre 1046€ e 1568€ ($M = 6,37$; $DP = 1,62$), enquanto os valores mais baixos se observam nos escalões entre 871€ e 1045€ ($M = 5,46$; $DP = 0,92$) e entre os que preferiram não responder ($M = 5,59$; $DP = 0,91$).

Relativamente ao local de residência, os participantes institucionalizados em ERPI apresentam níveis médios ligeiramente superiores de percepção de violência ($M = 6,22$; $DP = 1,50$) comparativamente aos residentes em casa própria ou de familiares ($M = 5,82$; $DP = 1,28$), ainda que sem significância estatística.

As diferenças estatisticamente significativas foram observadas, em primeiro lugar, ao nível do estado civil. Os participantes solteiros ($M = 6,45$; $DP = 1,30$) e viúvos ($M = 6,37$; $DP = 1,76$) apresentam os valores médios mais elevados, enquanto os casados ou em união de facto registam os valores mais baixos ($M = 5,57$; $DP = 0,97$). Embora a ANOVA global seja significativa, as comparações múltiplas (teste de Bonferroni) não identificaram diferenças estatisticamente significativas entre pares específicos de grupos.

No que respeita ao estado de saúde percebido, os participantes que se consideram doentes apresentaram níveis significativamente mais elevados de percepção de violência ($M = 6,39$; $DP = 1,23$), comparativamente aos que se percebem como saudáveis ($M = 5,64$; $DP = 1,27$).

Por fim, relativamente à autonomia, os participantes com sem/fraca autonomia evidenciam níveis significativamente superiores de percepção de violência ($M = 6,54$; $DP = 1,70$), face aos participantes com autonomia elevada ($M = 5,66$; $DP = 1,09$).

Em síntese, os resultados sugerem que a **percepção de violência entre pessoas idosas tende a ser mais elevada em grupos marcados por maior vulnerabilidade social e funcional, nomeadamente indivíduos solteiros ou viúvos, com pior estado de saúde percebido e menor autonomia**. Estes resultados reforçam a importância de intervenções preventivas dirigidas a idosos em situação de maior fragilidade relacional, física e social.

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

A análise comparativa da percepção de solidão entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas **não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões avaliadas**: solidão emocional ($t(89) = -0,805$; $p = 0,423$), solidão social ($t(89) = 0,075$; $p = 0,941$) e solidão total ($t(89) = -0,248$; $p = 0,804$).

Não obstante a ausência de significância estatística, a análise descritiva das médias (ver Tabela 6) evidencia algumas diferenças relevantes entre os grupos. No que respeita à solidão emocional, os indivíduos a residir em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) apresentaram valores médios superiores ($M = 2,02$; $DP = 0,82$) comparativamente aos residentes em casa própria ou de familiares ($M = 1,81$; $DP = 0,74$).

Na dimensão da solidão social, observaram-se valores médios muito semelhantes entre os dois grupos (indivíduos não institucionalizados: $M = 1,75$; institucionalizados: $M = 1,74$), verificando-se, contudo, maior variabilidade entre os participantes institucionalizados ($DP = 0,76$) quando comparados com os não institucionalizados ($DP = 0,62$).

Relativamente à solidão total, os participantes em ERPI evidenciam valores médios ligeiramente superiores ($M = 29,22$; $DP = 11,98$) quando comparados com os que residem em casa própria ou de familiares ($M = 28,35$; $DP = 9,74$), sugerindo uma maior percepção global de solidão entre os indivíduos institucionalizados, ainda que sem significância estatística. Importa salientar que o ponto de corte definido para a identificação de solidão com expressão patológica corresponde a valores iguais ou superiores a 32. Neste enquadramento, embora nenhum dos grupos apresente, em termos médios, valores acima deste limiar, os indivíduos institucionalizados situam-se mais próximos desse ponto crítico, o que poderá indiciar uma maior vulnerabilidade relativa.

Em síntese, embora a análise descritiva aponte para uma tendência, ainda que sem significância estatística, de maior solidão emocional e total entre os indivíduos institucionalizados, os resultados sugerem que **a institucionalização, por si só, não determina diferenças significativas na solidão**, podendo antes estar associada a formas diferenciadas de experienciar este fenómeno.

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

	Solidão Emocional		Solidão Social		Solidão Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,81	2,02	1,75	1,74	28,35	29,22
Erro Desvio	0,74	0,82	0,62	0,76	9,74	11,98

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas ($t(89) = -1,308$; $p = 0,194$), isolamento social ($t(89) = 0,895$; $p = 0,373$), insegurança financeira ($t(89) = -0,118$; $p = 0,906$) e no índice total de violência ($t(89) = -0,876$; $p = 0,383$). **Apenas foram observadas diferenças estatisticamente significativas na dimensão de dependência funcional** ($t(89) = -2,669$; $p = 0,009$).

A análise descritiva dos dados apresentados na Tabela 7 permite aprofundar a compreensão destes resultados. Embora a maioria das diferenças não atinja significância estatística, observa-se uma tendência para valo-

res médios superiores entre os indivíduos institucionalizados em várias dimensões, nomeadamente na desconfiança/insegurança nas relações próximas ($M = 1,50$; $DP = 0,40$ vs. $M = 1,33$; $DP = 0,37$), na dependência funcional ($M = 1,69$; $DP = 0,63$ vs. $M = 1,31$; $DP = 0,38$) e na violência total ($M = 6,22$; $DP = 1,50$ vs. $M = 5,82$; $DP = 1,28$) sendo, no entanto, apenas na dimensão da dependência funcional que a diferença é estatisticamente significativa.

Por outro lado, na dimensão do isolamento social, verifica-se um padrão inverso, com os indivíduos não institucionalizados a apresentarem valores médios ligeiramente superiores ($M = 1,73$; $DP = 0,56$) em comparação com os residentes em ERPI ($M = 1,56$; $DP = 0,53$), embora sem diferenças estatisticamente significativas. Este resultado poderá refletir uma menor perceção de isolamento no contexto institucional, onde o contato interpessoal tende a ser mais regular e quotidiano.

Relativamente à insegurança financeira, os valores médios revelaram-se muito semelhantes entre os grupos, com ligeira superioridade entre os residentes em ERPI ($M = 1,47$; $DP = 0,32$) face aos participantes que residem em casa própria ou de familiares ($M = 1,45$; $DP = 0,44$), não se observando diferenças estatisticamente significativas.

Em síntese, os resultados sugerem que, **embora a perceção global de violência não difira significativamente entre os grupos, existem diferenças específicas ao nível da dependência funcional, mais elevada entre os indivíduos institucionalizados**. De forma geral, os dados apontam para perfis distintos de vulnerabilidade associados ao contexto habitacional, sem evidência de diferenças expressivas no risco global de violência.

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

	Desconfiança/ Insegurança nas Relações Próximas		Isolamento Social		Dependência Funcional		Insegurança Financeira		Violência Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,33	1,50	1,73	1,56	1,31	1,69	1,45	1,47	5,82	6,22
Erro Desvio	0,37	0,40	0,56	0,53	0,38	0,63	0,44	0,32	1,28	1,50

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise comparativa entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias (Centro de Dia, Centro de Convívio, Universidade Sénior, Outros ou Nenhuma) 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. Perceção de solidão

Na relação da solidão entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias, **não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de solidão emocional** ($F(3,78) = 0,751$; $p = 0,525$), **solidão social** ($F(3,78) = 0,495$; $p = 0,687$) e **solidão total** ($F(3,78) = 0,575$; $p = 0,633$).

Contudo, a análise detalhada das médias da Tabela 8 permite identificar tendências relevantes:

Na dimensão de solidão emocional, os valores mais elevados registam-se no grupo integrado em Centro de Dia (CD) ($M = 1,98$; $DP = 0,70$), seguido dos que não participam em nenhuma resposta/atividade (N) ($M = 1,84$; $DP = 0,76$). Os valores mais baixos observaram-se nos participantes integrados em Centro de Convívio (CC) ($M = 1,67$; $DP = 0,72$) e em outras respostas/atividades (O) ($M = 1,30$; $DP = 0,42$).

Relativamente à solidão social, o grupo integrado em Centro de Dia (CD) apresenta novamente o valor médio mais elevado ($M = 1,93$; $DP = 0,70$), seguido dos participantes integrados em Centro de Convívio (CC) ($M = 1,75$; $DP = 0,50$) e dos participantes sem integração ($M = 1,73$; $DP = 0,64$), enquanto os valores mais baixos se verificam nos integrados em outras respostas/atividades (O) ($M = 1,45$; $DP = 0,26$).

No que respeita à solidão total, o grupo integrado em Centro de Dia (CD) apresenta o valor médio mais elevado ($M = 31,18$; $DP = 10,82$), próximo do ponto de corte definido para solidão com expressão patológica (≥ 32). Os restantes grupos apresentam valores inferiores, nomeadamente os participantes sem integração (N) ($M = 28,21$; $DP = 10,14$), em Centro de Convívio (CC) ($M = 27,65$; $DP = 8,28$), e em outras respostas/atividades (O) ($M = 22,50$; $DP = 0,71$), sendo este último o grupo com menor perceção de solidão global e menor variabilidade de resultados.

Em síntese, **embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas, os resultados descritivos sugerem níveis mais elevados de solidão – emocional, social e global – entre os participantes integrados em Centro de Dia**. Por outro lado, a participação em outras atividades/ respostas parece associar-se a níveis mais baixos de solidão, em todas as dimensões avaliadas. Estes resultados apontam para a **possível importância da natureza e qualidade das respostas sociais na experiência de solidão**, ainda que a sua interpretação deva ser realizada com prudência, atendendo à ausência de significância estatística.

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

Dimensão	CD	CC	O	N
Solidão Emocional	1,98 (0,70)	1,67 (0,72)	1,30 (0,42)	1,84 (0,76)
Solidão Social	1,93 (0,70)	1,75 (0,50)	1,45 (0,26)	1,73 (0,64)
Solidão Total	31,18 (10,82)	27,65 (8,28)	22,50 (0,71)	28,21 (10,14)

Nota. CD- Centro de Dia; CC- Centro de Convívio; 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 **não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas** ($F(3,78) = 0,808$; $p = 0,493$), **isolamento social** ($F(3,78) = 0,301$; $p = 0,825$), **dependência funcional** ($F(3,78) = 0,941$; $p = 0,425$) e **violência total** ($F(3,78) = 1,547$; $p = 0,209$).

Em contrapartida, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas na dimensão de insegurança financeira** ($F(3,78) = 4,823$; $p = 0,004$). As comparações múltiplas (teste de Bonferroni) revelaram diferenças significativas entre os participantes integrados em Centro de Dia e os que frequentam Centro de Convívio ($p = 0,040$), bem como entre os participantes em Centro de Dia e aqueles sem qualquer integração em respostas sociais ($p = 0,002$), sendo os valores mais elevados observados o grupo de Centro de Dia.

A análise descritiva dos dados apresentados na Tabela 9 permite aprofundar a interpretação destes resultados. Embora a maioria das dimensões não apresente diferenças estatisticamente significativas, observa-se relativa proximidade nos valores médios de desconfiança/insegurança nas relações próximas entre os diferentes grupos, variando entre $M = 1,29$ e $M = 1,63$. Os valores mais elevados registam-se no grupo “Outros” ($M = 1,63$; $DP = 0,53$), enquanto os mais baixos se observam entre os participantes sem integração em respostas sociais ($M = 1,29$; $DP = 0,30$).

De forma semelhante, na dimensão de isolamento social, os valores mantêm-se globalmente próximos entre grupos, oscilando entre $M = 1,68$ e $M = 1,82$. O valor médio mais elevado verifica-se nos participantes do Centro de Dia ($M = 1,82$; $DP = 0,69$), seguindo-se Centro de Convívio e “Outros” (ambos com $M = 1,80$), enquanto os participantes sem integração apresentam o valor mais reduzido ($M = 1,68$; $DP = 0,56$).

Na dimensão de dependência funcional, observam-se diferenças mais acentuadas, com os participantes do Centro de Dia a apresentarem o valor médio mais elevado ($M = 1,48$; $DP = 0,47$), contrastando com os grupos “Outros” ($M = 1,13$; $DP = 0,18$), Centro de Convívio ($M = 1,28$; $DP = 0,46$) e sem integração ($M = 1,29$; $DP = 0,34$), o que corrobora os resultados inferenciais obtidos.

Relativamente à insegurança financeira, observa-se uma tendência para valores mais elevados nos participantes do Centro de Dia ($M = 1,89$; $DP = 0,44$), seguindo-se o Centro de Convívio ($M = 1,44$; $DP = 0,50$). Os valores mais baixos registam-se no grupo “Outros” ($M = 1,25$; $DP = 0,35$) e nos participantes sem integração ($M = 1,38$; $DP = 0,38$). Nesta dimensão as diferenças são estatisticamente significativas.

Por fim, no índice global de violência, os valores médios mais elevados observam-se nos participantes do Centro de Dia ($M = 6,53$; $DP = 1,54$), seguidos do Centro de Convívio ($M = 5,92$; $DP = 1,57$) e do grupo “Outros” ($M = 5,80$; $DP = 0,71$). Os participantes sem integração apresentam o valor médio mais reduzido ($M = 5,64$; $DP = 1,10$), ainda que sem diferenças estatisticamente significativas.

Em síntese, os resultados evidenciam que **a insegurança financeira constitui a dimensão em que se observam diferenças mais expressivas em função da tipologia de participação social, destacando-se os participantes em Centro de Dia como o grupo com maior vulnerabilidade nesta dimensão**. Nas restantes dimensões, apesar da ausência de significância estatística, **os padrões descritivos sugerem algumas variações potencialmente associadas à natureza e intensidade das respostas sociais frequentadas**, devendo a sua interpretação ser realizada com cautela.

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

Dimensão	CD	CC	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,35 (0,51)	1,40 (0,43)	1,63 (0,53)	1,29 (0,30)
Isolamento Social	1,82 (0,69)	1,80 (0,49)	1,80 (0,00)	1,68 (0,56)
Dependência Funcional	1,48 (0,47)	1,28 (0,46)	1,13 (0,18)	1,29 (0,34)
Insegurança Financeira	1,89 (0,44)	1,44 (0,50)	1,25 (0,35)	1,38 (0,38)
Violência Total	6,53 (1,54)	5,92 (1,57)	5,80 (0,71)	5,64 (1,10)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A análise de correlação indicou que, em ambos os contextos, a solidão percebida associa-se de forma significativa à percepção do risco de vitimação por violência. No grupo de pessoas idosas **não institucionalizadas**, esta associação apresentou uma **correlação forte e positiva** ($r = 0,663$; $p = 0,000$), indicando que níveis mais elevados de solidão se relacionam com uma maior percepção de vulnerabilidade face à violência. No **grupo institucionalizado**, a **correlação foi muito forte e positiva** ($r = 0,836$; $p = 0,005$), sugerindo que, em contexto institucional, a solidão apresenta uma relação mais estreita com a percepção do risco de violência – quanto mais solitários se percebem os idosos institucionalizados, maior é a sua percepção de vulnerabilidade a situações de violência.

Analisando os valores médios (ver Tabela 10), verifica-se que os residentes em ERPI apresentam uma média de solidão ligeiramente superior ($M = 29,22$; $DP = 11,98$), embora abaixo do ponto de corte da escala (>32), enquanto os idosos residentes em casa própria ou com familiares apresentam uma média de 28,35 ($DP = 9,74$). No que respeita à percepção de violência, os valores são próximos entre os grupos, sendo ligeiramente mais elevados nos residentes em ERPI ($M = 6,22$; $DP = 1,50$) face aos não institucionalizados ($M = 5,82$; $DP = 1,28$).

Este padrão sugere que, apesar de níveis médios de solidão e de percepção de risco relativamente semelhantes entre os grupos, a força da associação entre estas variáveis é mais acentuada no contexto institucional. Tal poderá refletir uma maior sensibilidade à percepção de risco ou uma maior saliência da solidão enquanto fator de vulnerabilidade em ERPI.

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

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Casa Própria/ Familiares	Solidão	28,35	9,74	0,663	0,000
	Violência	5,82	1,28		
ERPI	Solidão	29,22	11,98	0,836	0,005
	Violência	6,22	1,50		

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

No grupo integrado em atividades de apoio comunitário, a correlação foi positiva, forte e estatisticamente significativa ($r = 0,630$; $p = 0,000$), indicando que, mesmo em contextos de participação comunitária, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de violência.

No grupo não integrado, a correlação foi igualmente positiva e forte ($r = 0,727$; $p = 0,000$), sugerindo que, entre os idosos que não participam em respostas sociais comunitárias, a solidão se associa de forma mais intensa à percepção do risco de vitimação, possivelmente refletindo maior vulnerabilidade ou menor suporte social.

A análise descritiva dos valores médios (ver Tabela 11) mostra que os participantes integrados em respostas sociais comunitárias apresentam níveis ligeiramente mais elevados de solidão ($M = 28,60$; $DP = 9,16$) em comparação com os participantes não integrados ($M = 28,21$; $DP = 10,14$). O mesmo padrão observa-se na percepção de violência, com valores médios superiores no grupo integrado ($M = 6,14$; $DP = 1,51$) face ao grupo não integrado ($M = 5,64$; $DP = 1,10$). No entanto, é no grupo não integrado que a associação entre estas variáveis se revela mais intensa.

Em termos interpretativos, estes resultados sugerem que a integração em respostas sociais comunitárias não atua como um fator protetor direto na redução dos níveis médios de solidão ou de percepção de violência, mas poderá desempenhar um papel modulador na relação entre estas duas dimensões. De facto, embora os participantes integrados apresentem valores ligeiramente superiores em ambas as variáveis, a associação entre solidão e percepção de risco revela-se menos intensa neste grupo, o que pode indicar a existência de mecanismos de mediação social, como maior suporte informal, partilha de experiências ou acesso a informação. Por oposição, nos indivíduos não integrados, a ausência de redes sociais estruturadas poderá contribuir para uma maior dependência da solidão como elemento explicativo da percepção de risco, reforçando a intensidade da relação observada entre estas variáveis.

Em síntese, **a participação em respostas sociais comunitárias não se associa necessariamente a menores níveis médios de solidão ou percepção de violência, mas parece estar relacionada com uma menor intensidade da ligação entre estas duas dimensões, sugerindo um possível efeito moderador da integração social na forma como a solidão se relaciona com a vulnerabilidade percebida à violência.**

Tabela 11. 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.

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	28,60	9,16	0,630	0,000
	Violência	6,14	1,51		
Não Integrados em RS	Solidão	28,21	10,14	0,727	0,000
	Violência	5,64	1,10		

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

Considerações finais

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

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

No âmbito do município de Sintra, os resultados indicam que, globalmente, os níveis médios de **solidão** emocional, social e total se situam **abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante**, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão elevada. A análise em função de características sociodemográficas revelou que sexo, idade, escolaridade, rendimento mensal, local de residência e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas ao estado civil e à perceção de saúde: pessoas solteiras ou viúvas apresentam níveis médios de solidão superiores ao ponto de corte patológico, verificando-se o mesmo padrão de resultado nos participantes que se percecionam como doentes. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **solteiras (ou divorciadas) ou viúvas e com pior perceção do estado de saúde**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar estes grupos como prioritários de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

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

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/familiares e em ERPI revelou que, de forma geral, este não influencia significativamente os níveis de solidão, sugerindo que **a institucionalização, por si só, não determina diferenças significativas na solidão**. Quanto à de perceção de violência, surgem diferenças numa dimensão específica: a **dependência funcional é significativamente maior entre os institucionalizados (ERPI)**, refletindo maior necessidade de apoio nas atividades da vida diária. Este resultado reforça a importância de considerar o contexto residencial na definição de estratégias de intervenção e políticas públicas.

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias**, os resultados demonstraram que entre pessoas não institucionalizadas, a participação em respostas sociais estruturadas não influencia significativamente os níveis de solidão, não obstante é de salientar que os participantes integrados em Centro

de Dia são os que reportam níveis mais elevados de solidão (emocional, social e global). Na percepção de violência, surgem diferenças numa dimensão específica: a **insegurança financeira é mais elevada no Centro de Dia** em comparação com as pessoas idosas integradas noutras respostas sociais ou sem participação. Estes resultados destacam a relevância de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com os idosos residentes em ERPI a apresentar níveis ligeiramente mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os residentes em casa própria/famílias. Esta associação entre solidão e percepção de violência é positiva, forte e significativa em todos os contextos, embora mais forte e intensa em pessoas idosas institucionalizados, sugerindo que **a institucionalização potencia simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de risco**. Entre os não institucionalizados, a integração em respostas sociais comunitárias não se associa claramente a menores níveis de solidão ou percepção de violência, mas parece estar relacionada com uma menor intensidade da relação entre estas variáveis, sugerindo um possível efeito moderador da integração social na forma como a solidão se relaciona com a vulnerabilidade percebida à violência. Em síntese, estes resultados evidenciam a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

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

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva ecológica e sistémica, envolvendo não apenas as pessoas idosas, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Esta necessidade é reforçada pelo facto de a amostra apresentar uma situação económica fragilizada, com 16,5% dos participantes a auferirem menos de 500 euros mensais e 59,3% a possuírem apenas o ensino básico. Entre os principais indicadores, destacam-se a maior incidência de solidão e de percepção de violência em pessoas solteiras ou viúvas e nas que têm uma pior autopercepção do estado de saúde, com níveis que ultrapassam o ponto de corte patológico. A associação entre solidão e risco de vitimação revelou-se positiva e significativa em todos os contextos, sendo mais intensa entre os idosos institucionalizados em ERPI. Estes dados ganham especial relevância considerando que, embora a maioria não esteja integrada em respostas sociais de proximidade (apenas 36,6% frequenta centros de dia ou atividades comunitárias), os participantes integrados em Centro de Dia são os que reportam níveis mais elevados de solidão e de insegurança financeira. Estes resultados impõem uma resposta articulada e dirigida às fragilidades detetadas, sendo essencial implementar medidas que reforcem o bem-estar e a proteção da população idosa em Sintra.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se o reforço de programas de apoio psicossocial especificamente desenhados para pessoas idosas solteiras ou viúvas, identificadas neste estudo como o grupo de maior vulnerabilidade. Devem ser promovidos programas de acompanhamento emocional que privilegiem a elaboração do luto e a reconstrução de redes de sociabilidade, nomeadamente através da implementação de modelos de mentoria de idoso para idoso. Esta estratégia de apoio entre pares, onde idosos com melhor autopercepção de saúde apoiam aqueles que se sentem mais fragilizados ou doentes, favorece a construção de vínculos significativos e o suporte emocional por iguais. Complementarmente, importa redefinir a participação nos Centros de Dia, transitando de modelos meramente ocupacionais para estratégias que combatam ativamente a solidão emocional e social reportada pelas pessoas idosas.

Relativamente à percepção do risco de violência, recomenda-se o foco no empoderamento e na segurança dos idosos com menor autonomia e pior percepção de saúde, fatores que potenciam a percepção de risco. É essencial promover a literacia sobre direitos e o reconhecimento de riscos, com especial atenção à insegurança financeira, detetada com maior expressão entre os idosos integrados em respostas comunitárias. Sugere-se a criação de workshops sobre literacia financeira e sessões de esclarecimento sobre abusos patrimoniais. Adicionalmente, recomenda-se a promoção de auditorias de segurança e o reforço de mecanismos de monitorização profissional, facilitando a deteção precoce de situações de negligência em grupos de risco, como os solteiros e viúvos em situação de dependência.

Na interseção entre solidão e violência, recomenda-se a promoção de programas de estimulação funcional que visem a manutenção da independência nas atividades da vida diária, dado que a autonomia surge como um fator protetor crucial em ambos os fenómenos. Estas intervenções devem ser complementadas por estra-

tégias de promoção da na vizinhança. Em particular para os residentes em ERPI, onde a associação entre solidão e risco de vitimação é mais intensa, recomenda-se o incentivo à manutenção de contactos com o exterior e a participação em atividades que fortaleçam a resiliência individual face à vulnerabilidade institucional.

Recomendações dirigidas às famílias

Ao nível da solidão, recomenda-se que as famílias assumam um papel ativo na monitorização emocional das pessoas idosas, com especial atenção aos períodos de transição, como o do luto. Dado que as pessoas solteiras e viúvas em Sintra apresentam níveis de solidão acima do limiar clínico, as famílias devem ser sensibilizadas para a importância de manter contactos regulares e significativos. É fundamental incentivar a participação da pessoa idosa em decisões familiares e comunitárias, combatendo a sensação de desvalorização. Em casos de pessoas idosas que se percecionam como doentes, a família deve atuar como um agente de validação e suporte, promovendo o acompanhamento médico e o estímulo para a realização de atividades que desviem o foco exclusivo da patologia.

Relativamente à perceção do risco de violência, as recomendações focam-se na prevenção da negligência e do abuso financeiro. As famílias devem ser capacitadas para reconhecer riscos associados à perda de autonomia, garantindo um cuidado que respeite a dignidade da pessoa idosa. Propõe-se a utilização de ferramentas práticas de gestão do stress do cuidador para prevenir a violência por exaustão. Relativamente à insegurança financeira, recomenda-se a transparência e o envolvimento da pessoa idosa na gestão do seu próprio orçamento para reforçar o seu sentimento de autodeterminação.

Na interseção entre solidão e violência, as famílias desempenham um papel crucial como fator moderador. Recomenda-se o fortalecimento da vigilância afetiva, especialmente para idosos institucionalizados em ERPI, onde a associação entre sentir-se só e sentir-se em risco é mais intensa. As visitas e as dinâmicas familiares devem ser estruturadas para reduzir o isolamento institucional, funcionando como um elo de ligação com a identidade da pessoa idosa fora da estrutura residencial. Para pessoas idosas no domicílio, as famílias devem colaborar na criação de uma rede de segurança relacional, articulando com vizinhos e serviços de proximidade, garantindo que o idoso se sinta acompanhado e protegido, o que poderá reduzir significativamente a sua vulnerabilidade percebida.

Recomendações dirigidas à comunidade

Ao nível da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de redes de vizinhança solidária e sentinelas comunitárias que permitam identificar e acompanhar idosos que vivem sozinhos, com especial foco em solteiros e viúvos. É prioritário otimizar o funcionamento das respostas sociais existentes, nomeadamente os Centros de Dia, para que funcionem como polos de integração social ativa que reduzam a solidão emocional e social reportada pelos seus utentes. Sugere-se a implementação de projetos intergeracionais em parceria com escolas e associações locais que promovam a partilha de saberes e combatam o idadismo, reforçando o sentimento de utilidade e pertença da pessoa idosa na comunidade.

Relativamente à perceção do risco de violência, recomenda-se a criação de espaços comunitários seguros e acessíveis, onde a vigilância informal possa atuar como fator dissuasor de abusos. A comunidade deve ser capacitada para detetar sinais de risco, como a insegurança financeira e a negligência, através de campanhas de sensibilização em locais de grande afluência (mercados, farmácias e juntas de freguesia). Neste sentido, importa promover a literacia comunitária sobre os direitos da pessoa idosa, incentivando a sinalização de situações anómalas e garantindo que as respostas locais monitorizem de perto a perda de autonomia, de modo a evitar que o declínio funcional aumente a vulnerabilidade a abusos domésticos.

Na interseção entre solidão e violência, a comunidade deve atuar como um agente moderador da vulnerabilidade. Recomenda-se a criação de receitas sociais, onde os profissionais de saúde e agentes locais possam encaminhar idosos com pior percepção de saúde para grupos de interesse comum na comunidade, reduzindo o isolamento que potencia o medo da vitimação. Deve incentivar-se a abertura das ERPI à comunidade, promovendo atividades abertas ao exterior que reduzam a barreira entre o contexto institucional e o social. Esta permeabilidade é essencial para que o idoso institucionalizado não perca o seu capital social e para que a vigilância comunitária se estenda também a estes contextos, reduzindo a forte associação entre solidão e risco percebido detetada nas instituições.

Recomendações dirigidas aos profissionais

Ao nível da solidão, recomenda-se que os profissionais adotem ferramentas de avaliação sistemática que permitam distinguir a solidão social da solidão emocional, com especial enfoque nos idosos solteiros ou viúvos. É fundamental que os técnicos de saúde e ação social não desvalorizem queixas relacionadas com o estado de saúde percebido, integrando-as num diagnóstico psicossocial mais amplo, uma vez que a autopercepção de doença é um forte preditor de isolamento em Sintra. Relativamente aos profissionais que atuam em Centros de Dia, recomenda-se a implementação de planos individuais de intervenção que privilegiem a qualidade das interações e o suporte emocional, de forma a inverter os níveis de solidão detetados entre os utentes destas respostas.

Relativamente à percepção do risco de violência, recomenda-se a formação especializada em indicadores de abuso financeiro e patrimonial, dada a vulnerabilidade assinalada neste domínio. Os profissionais devem realizar avaliações regulares da autonomia funcional, utilizando-as como um indicador de alerta: quanto menor a autonomia percebida pela pessoa idosa, maior deve ser a frequência da monitorização e vigilância ativa. É essencial que os profissionais de proximidade (como os das equipas de SAD) desenvolvam competências de comunicação assertiva para abordar temas sensíveis como a violência doméstica e institucional, garantindo um ambiente de confiança que facilite a identificação de situações de risco.

Na interseção entre solidão e violência, os profissionais devem atuar como os principais gestores de caso na redução da vulnerabilidade. Recomenda-se que os profissionais em ERPI recebam formação específica sobre o impacto da institucionalização na saúde mental, focando-se em estratégias que quebrem o ciclo entre o sentimento de solidão e o medo da vitimação. Deve ser fomentada uma atuação interdisciplinar (Saúde, Segurança Social e Forças de Segurança), através de reuniões de rede locais, para garantir que pessoas idosas em situação de risco multinível recebam uma resposta integrada. Recomenda-se uma monitorização contínua e multidimensional, focando-se não apenas nos cuidados físicos, mas na preservação da identidade e dos direitos da pessoa idosa como estratégia máxima de proteção.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Sintra.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis de solidão acima do limiar clínico em solteiros/viúvos e pessoas com pior autopercepção de saúde; identificada solidão mais elevada entre os utentes de Centros de Dia.	Reduzir a solidão emocional e social e redefinir o impacto das respostas sociais.	Promover a integração em respostas sociais estruturadas, como Centros de Dia ou Universidades Sêniores, através de modelos participativos e de inclusão emocional; desenvolver programas de acompanhamento emocional individual e de grupo, incluindo apoio ao luto e reconstrução de redes sociais; dinamizar atividades intergeracionais e de mentoria idoso para idoso (apoio entre pares); implementar iniciativas que reforcem a percepção positiva de saúde e explorar soluções

				digitais (ex.: realidade virtual) como complemento à interação social.
	Violência	Risco associado à perda de autonomia e isolamento (solteiros/viúvos); insegurança financeira detetada em Centros de Dia.	Prevenir riscos e reforçar a proteção pessoal através do empoderamento e segurança financeira	Realizar avaliação psicossocial regular e workshops de literacia financeira e de direitos; implementar uma monitorização profissional ativa direcionada a pessoas idosas dependentes e em situação de isolamento, nomeadamente solteiros ou viúvos
	Solidão e Violência	A institucionalização (ERPI) potencia a relação entre solidão e percepção de risco e a autonomia é o principal fator protetor.	Intervir sobre a vulnerabilidade institucional e preservar a independência.	Desenvolver programas de estimulação funcional para manutenção da autonomia; criar estratégias de promoção da saúde na comunidade; reforçar o contacto com o exterior e criar atividades integradoras para residentes em ERPI.
Famílias	Solidão	Maior vulnerabilidade em contextos de viuvez e doença percebida.	Reforçar vínculos familiares e fortalecer a vigilância afetiva e a capacidade de apoio.	Sensibilizar as famílias para a monitorização emocional em períodos de luto; incentivar a inclusão da pessoa idosa nas decisões familiares; promover o equilíbrio entre o apoio médico e o estímulo lúdico para idosos que se percebem com doentes.
	Violência	Papel central das famílias na deteção precoce de risco e na proteção da pessoa idosa.	Prevenir abuso, negligência, violência e o burnout do cuidador.	Sensibilizar para sinais precoces de risco; promover a prevenção da violência; divulgar canais de denúncia e serviços de apoio; criar guias de guiado em família com ferramentas de gestão de stress para cuidadores; promover a transparência e o envolvimento da pessoa idosa na gestão do seu próprio orçamento e rendimentos.
	Solidão e Violência	Necessidade de intervenção concertada com a pessoa idosa.	Reforçar suporte formal e informal como forma de minimizar o isolamento institucional e doméstico.	Implementar programas de suporte familiar estruturado, promovendo o acompanhamento conjunto com profissionais e o fortalecimento de redes formais e informais de apoio; articular com vizinhos e serviços de proximidade criando uma rede de segurança relacional no domicílio da pessoa idosa; estruturar visitas às ERPI focadas na preservação da identidade da pessoa idosa, garantindo a continuidade do seu projeto de vida.
Comunidade	Solidão	Baixa integração em respostas sociais (36,6%) e ineficácia dos modelos atuais no combate à solidão.	Transformar a comunidade num polo de integração social ativa, potenciando as respostas comunitárias como fator protetor.	Desenvolver iniciativas comunitárias acessíveis e inclusivas, através do reforço de centros de convívio, projetos locais e universidades seniores; implementar redes de vizinhança solidária e a figura de sentinelas comunitárias para a sinalização proativa de pessoas isoladas (solteiros/viúvos); promover o intercâmbio intergeracional e a reconfiguração dos Centros de Dia, convertendo-os em espaços de pertença emocional e centralidade social.
	Violência	Necessidade de deteção precoce em contextos de proximidade.	Reforçar os mecanismos de vigilância, sinalização precoce e proteção financeira da pessoa idosa.	Criar redes de vigilância comunitária e sistemas de sinalização precoce de situações de vulnerabilidade; implementar campanhas de sensibilização em locais estratégicos (mercados, farmácias e instituições bancárias) focadas na deteção de sinais de negligência e abuso financeiro; promover serviços de apoio de proximidade e a requalificação de espaços públicos seguros que favoreçam a convivência e a vigilância comunitária informal.
	Solidão e Violência	Problemas multidimensionais exigem respostas articuladas.	Garantir uma intervenção integrada no combate à solidão e à violência contra a pessoa idosa.	Promover a cooperação entre serviços sociais, saúde e segurança através de programas integrados; implementar a Prescrição Social para encaminhar pessoas idosas isoladas para atividades de participação comunitária; fomentar a abertura das ERPI à comunidade com projetos partilhados, reduzindo o isolamento e o risco de violência.

Profissionais	Solidão	Necessidade de maior capacitação técnica.	Especializar a intervenção para respostas diferenciadas	Promover formação contínua em envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social; capacitar equipas para o uso de escalas de solidão (social vs. emocional), integrando a 'saúde percebida' no diagnóstico; adequar a intervenção nos Centros de Dia, focando-a no suporte emocional e na subjetividade da pessoa idosa.
	Violência	Fragilidade na deteção de abuso financeiro e riscos associados à dependência.	Otimizar os mecanismos de deteção precoce e sinalização de situações de abuso.	Capacitar equipas para a sinalização integrada de abusos, com foco em indicadores de exploração financeira; utilizar a avaliação da autonomia funcional como alerta de risco e treinar técnicas de comunicação assertiva para a abordagem a situações de violência doméstica.
	Solidão e Violência	Necessidade de respostas multidisciplinares, face às complexidades do fenómeno.	Garantir uma resposta interdisciplinar integrada e centrada nos direitos da pessoa idosa	Desenvolver protocolos de intervenção conjunta entre Saúde, Segurança Social e Forças de Segurança; formar equipas de ERPI sobre saúde mental e prevenção da violência institucional; criar mecanismos de acompanhamento contínuo focados na proteção da identidade da pessoa idosa.

Referências

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

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

Bibliografia Complementar

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

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

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

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)