



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

**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**

setembro 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos.....	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística.....	10
3.6. Considerações Éticas.....	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	15
4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	17
4.4. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	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.....	30
Anexo	35

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.....	20
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.	23
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Leiria	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 Leiria. 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 Leiria. 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 Leiria, 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 47 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Leiria. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 35$; 74,5%), em comparação com o sexo masculino ($n = 12$; 25,5%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 97 anos, apresentando uma média de 82,17 anos ($DP = 7,84$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 33$; 70,2%), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n = 11$; 23,4%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria não possui o ensino básico ($n = 25$; 53,2%) e 38,3% ($n = 18$) o ensino básico, refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vivem em **zona rural** ($n = 13$; 72,2%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 29$; 61,7%), enquanto uma percentagem mais reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 18$; 38,3%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 29$; 61,7%). Entre os que responderam, verifica-se que 17,0% ($n = 8$) auferem menos de 500 euros mensais, enquanto 12,8% ($n = 6$) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, evidenciando uma **situação económica globalmente fragilizada**.

No que se refere à perceção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,45 ($DP = 0,50$), sugerindo uma perceção de saúde próxima do **ponto intermédio**, mas ligeiramente **orientada para a perceção de doença**. Relativamente à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,32 ($DP = 0,47$), indicando uma perceção de autonomia inferior ao ponto médio da escala, sugerindo **alguma dependência funcional na amostra**.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	12	25,5
	Feminino	35	74,5
Idade (anos)	Intervalo	65-97	—
	Média (DP)	82,17 (7,84)	—
Idade (por grupo)	65-74	8	19,1
	75-84	21	44,7
	85-100	17	36,2
Estado Civil	Casado(a)/União de Facto	11	23,4
	Divorciado/a	3	6,4
	Viúvo/a	33	70,2
Escolaridade	Sem Ensino Básico	25	53,2
	Com Ensino Básico	18	38,3
	Com Ensino Secundário	4	8,5

Zona de Residência	Rural	13	72,2
	Urbano	5	27,8
	Omisso	29	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	29	61,7
	ERPI	18	38,3
Rendimento Mensal	- 500 euros	8	17,0
	de 501 a 870 euros	6	12,8
	de 871 a 1045 euros	2	4,3
	de 1046 a 1568 euros	2	4,3
	Prefiro não responder	29	61,7
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,45 (0,50)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,32 (0,47)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 29; 61,7%). Desses, 37,9% vivem sozinhos (n = 11), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 16; 55,2%) e Vivendas isoladas (n = 12; 41,4%). 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 = 23; 79,3%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de refeições (n = 3; 10,3%), bem como outro(s) (n = 2; 6,9%).

Quanto à **integração em respostas sociais de proximidade**, 65,5% participam em atividades como centros de dia e centros de convívio, ou participam noutras atividades comunitárias. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 16; 55,2%).

Uma **percentagem mais reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 18; 38,3%). Destes, 27,8% (n = 5) participam em atividades culturais, 22,2% (n = 4) em atividades de lazer e 11,1% (n = 2) 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	11	37,9
		Com parceiro/a	9	31,0
		Com Filho/a	8	27,6
		Com Outro(s)	1	3,4
		Omisso	18	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	1	3,4
		Vivenda isolada	12	41,4
		Vivenda com vizinhos	16	55,2
		Omisso	18	—
	SAD	Não	23	79,3
		Sim	6	20,7
		Omisso	18	—
	SAD- Tipo	Refeições	3	10,3
		Outro(s)	2	6,9
		Nenhuma	22	75,9

		Limpeza, Roupas e Outro(s)	1	3,4
		Refeições, Limpeza, Roupas e Outra(s)	1	3,4
		Omisso	18	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	14	48,3
		Centro de Convívio	1	3,4
		Outra(s)	4	13,8
		Nenhuma	9	31,0
		Centro de Convívio e Outro(s)	1	3,4
		Omisso	18	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	3	10,3
		3 a 5 vezes por semana	16	55,2
		6 a 7 vezes por semana	1	3,4
		Nenhuma	9	31,0
		Omisso	18	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	5	27,8
		Atividades de lazer	4	22,2
		Outra(s)	2	11,1
		Nenhuma	7	38,9
		Omisso	29	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	4	22,2
		3 a 5 vezes por semana	5	27,8
		6 a 7 vezes por semana	2	11,1
		Nenhuma	7	38,9
		Omisso	29	—
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 2,10 (DP = 0,68), com valores compreendidos entre 1 e 3,2, 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 foi de 1,83 (DP = 0,58), com um intervalo entre 1 e 3,18, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 30,57 (DP = 8,76), com valores mínimos de 16 e máximos de 49. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se ligeiramente **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	2,10	1,83	30,57
Erro Desvio	0,68	0,58	8,76
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,20	3,18	49,00

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função de nenhuma das variáveis consideradas, nomeadamente do sexo ($t(45) = -0,450$; $p = 0,655$), idade ($F(2, 44) = 0,456$; $p = 0,637$), escolaridade ($F(2, 44) = 0,579$; $p = 0,565$), estado civil ($F(2, 44) = 0,206$; $p = 0,814$), rendimento mensal ($F(4,42) = 0,472$; $p = 0,756$), local de residência (casa própria ou de familiares/ERPI; ($t(45) = -0,912$; $p = 0,367$), estado de saúde percebido ($t(45) = -0,130$; $p = 0,897$) ou autonomia ($t(45) = -0,474$; $p = 0,638$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva das médias permite identificar algumas tendências. Relativamente ao sexo, as mulheres apresentaram níveis médios de solidão ligeiramente superiores aos dos homens ($M = 30,91$; $DP = 9,43$ vs. $M = 29,58$; $DP = 6,65$).

No que respeita à idade, os valores médios mais elevados foram observados entre os participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos ($M = 32,33$; $DP = 8,65$), seguindo-se o grupo dos 75 aos 84 anos ($M =$

31,05; DP = 8,40), enquanto os participantes com 85 ou mais anos apresentaram a média mais baixa (M = 29,06; DP = 9,51). Ainda assim, as diferenças entre grupos revelaram-se reduzidas.

Relativamente à escolaridade, os participantes com ensino básico registaram a média mais elevada de solidão (M = 32,33; DP = 9,66), seguidos dos participantes sem ensino básico (M = 29,52; DP = 8,53) e daqueles com ensino secundário (M = 29,25; DP = 5,85). Importa, contudo, interpretar estes resultados com prudência, atendendo à reduzida dimensão do grupo com ensino secundário (n = 4).

Quanto ao estado civil, os participantes casados ou em união de facto apresentaram o valor médio mais elevado (M = 31,64; DP = 9,21), seguidos dos viúvos (M = 30,45; DP = 8,83), enquanto os participantes divorciados registaram a média mais baixa (M = 28,00; DP = 8,66). Também neste caso, a reduzida dimensão do grupo de divorciados (n = 3) recomenda cautela na interpretação.

Relativamente ao rendimento mensal, verificou-se uma distribuição relativamente homogénea dos níveis de solidão entre os diferentes escalões. As médias mais elevadas foram observadas entre os participantes com rendimentos entre 871 e 1045 euros (M = 36,50; DP = 2,12) e entre 1046 e 1568 euros (M = 36,00; DP = 14,14). No entanto, estes grupos são constituídos por apenas dois participantes cada, pelo que estes resultados não permitem retirar conclusões consistentes.

No que respeita ao local de residência, os participantes residentes em ERPI apresentaram níveis médios de solidão ligeiramente superiores (M = 32,06; DP = 9,58) aos dos participantes que residiam em casa própria ou com familiares (M = 29,66; DP = 8,25).

Relativamente ao estado de saúde percebido, observaram-se valores médios praticamente idênticos entre os participantes que se percecionavam como doentes (M = 30,42; DP = 9,63) e os que se consideravam saudáveis (M = 30,76; DP = 7,77).

Por último, os participantes com autonomia elevada apresentaram uma média de solidão ligeiramente superior (M = 31,47; DP = 8,53) à dos participantes com ausência ou fraca autonomia (M = 30,16; DP = 8,96), embora esta diferença seja reduzida.

Em síntese, **os resultados sugerem que a perceção de solidão apresenta uma distribuição relativamente homogénea entre os diferentes grupos sociodemográficos e condições de vida analisados**, não se identificando fatores individuais associados a diferenças estatisticamente significativas nesta amostra. Embora a análise descritiva revele pequenas variações entre grupos, estas devem ser interpretadas com prudência, atendendo à reduzida dimensão de alguns subgrupos. Globalmente, **os resultados indicam que a experiência de solidão poderá depender mais de fatores relacionais, sociais e contextuais do que das características sociodemográficas analisadas isoladamente**.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

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

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,40 (DP = 0,37), com valores compreendidos entre 1 e 2,88, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social**, a média registada foi de 1,73 (DP = 0,50), com valores mínimos de 1 e máximos de 2,6, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

A **dependência funcional** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 2,01; DP = 0,68), com um intervalo entre 1 e 3,25, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,60 (DP = 0,52), com valores que variam entre 1 e 3, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 6,74 (DP = 1,29), com valores mínimos de 4,65 e máximos de 11,47. 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	1,40	1,73	2,01	1,60	6,74
Erro Desvio	0,37	0,50	0,68	0,52	1,29
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,65
Máximo	2,88	2,60	3,25	3,00	11,47

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 das condições de vida permite explorar a existência de grupos potencialmente mais vulneráveis e orientar estratégias de intervenção ajustadas às suas necessidades.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função de nenhuma das variáveis consideradas, nomeadamente do sexo ($t(45) = -0,893$; $p = 0,376$), idade ($F(2, 44) = 0,442$ $p = 0,646$), escolaridade ($F(2, 44) = 0,595$; $p = 0,556$), estado civil ($F(2, 44) = 1,046$; $p = 0,360$), rendimento mensal ($F(4, 42) = 1,323$ $p = 0,277$), local de residência (casa própria ou de familiares/ERPI; ($t(45) = 0,149$; $p = 0,882$), estado de saúde percebido ($t(45) = 1,748$; $p = 0,087$) ou autonomia ($t(45) = 0,333$; $p = 0,741$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva das médias permite identificar algumas tendências.

Relativamente ao sexo, as mulheres apresentaram uma percepção média de violência ligeiramente superior à dos homens (M = 6,84; DP = 1,30 vs. M = 6,45; DP = 1,27).

No que respeita à idade, os participantes com 85 ou mais anos registaram a média mais elevada de percepção de violência (M = 6,97; DP = 1,23), seguidos dos participantes entre os 65 e os 74 anos (M = 6,69; DP = 1,98). Os participantes com idades entre os 75 e os 84 anos apresentaram a média mais baixa (M = 6,57; DP = 0,97). Contudo, as diferenças observadas entre os grupos foram reduzidas e não significativas.

Relativamente à escolaridade, os participantes com ensino básico apresentaram os níveis médios mais elevados de perceção de violência ($M = 6,85$; $DP = 1,70$), seguidos dos participantes sem ensino básico ($M = 6,76$; $DP = 0,94$), enquanto os participantes com ensino secundário registaram a média mais baixa ($M = 6,08$; $DP = 1,14$). Estes resultados devem, contudo, ser interpretados com prudência, dada a reduzida dimensão do grupo com ensino secundário ($n = 4$).

Quanto ao estado civil, os participantes casados ou em união de facto apresentaram os valores médios mais elevados ($M = 6,96$; $DP = 1,79$), seguindo-se os viúvos ($M = 6,75$; $DP = 1,12$), enquanto os participantes divorciados registaram a média mais baixa ($M = 5,75$; $DP = 0,39$). Importa salientar que o grupo de participantes divorciados é constituído por apenas três indivíduos, o que limita a robustez desta comparação.

Relativamente ao rendimento mensal, verificou-se uma distribuição relativamente homogénea dos níveis de perceção de violência entre os diferentes escalões. As médias mais elevadas foram observadas entre os participantes com rendimentos compreendidos entre os 871 e os 1045 euros ($M = 8,25$; $DP = 1,52$) e as mais baixas entre os participantes com rendimentos entre os 501 e 870 euros e entre 1046 e 1568 euros ($M = 6,20$; $DP = 0,25$ e $M = 6,20$; $DP = 1,15$, respetivamente).

No que respeita ao local de residência, os participantes residentes em casa própria ou com familiares apresentaram uma perceção média de violência muito semelhante à dos residentes em ERPI ($M = 6,76$; $DP = 1,44$ vs. $M = 6,70$; $DP = 1,03$), evidenciando uma distribuição praticamente idêntica entre os dois contextos.

Relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionavam como doentes apresentaram níveis médios superiores de perceção de violência ($M = 7,03$; $DP = 1,44$), comparativamente aos que se consideravam saudáveis ($M = 6,38$; $DP = 0,98$). Embora esta diferença não tenha atingido significância estatística ($p = 0,087$), trata-se da variável que mais se aproximou desse limiar.

Por último, os participantes com ausência ou fraca autonomia apresentaram uma perceção média de violência ligeiramente superior ($M = 6,78$; $DP = 1,07$) à dos participantes com autonomia elevada ($M = 6,65$; $DP = 1,71$), embora esta diferença seja reduzida.

Em síntese, os **resultados sugerem que a perceção do risco de violência apresenta uma distribuição relativamente homogénea entre os diferentes grupos sociodemográficos e condições de vida analisados**, não se identificando diferenças estatisticamente significativas nesta amostra. Apesar de se observarem níveis médios ligeiramente superiores entre as mulheres, os participantes com 85 ou mais anos, aqueles com ensino básico, os casados ou em união de facto e os participantes que se percecionavam como doentes, estas diferenças devem ser interpretadas com prudência, sobretudo devido à reduzida dimensão de alguns subgrupos. **Globalmente, os resultados sugerem que a perceção do risco de violência poderá depender mais de fatores relacionais, familiares e contextuais do que das características sociodemográficas consideradas isoladamente.**

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

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

A. Perceção de solidão em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

No que respeita à perceção de solidão, considerando as dimensões de solidão emocional, solidão social e solidão total avaliadas pela escala UCLA, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre**

as pessoas idosas residentes em casa própria ou com familiares e as residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Os testes t para amostras independentes revelaram ausência de diferenças significativas na solidão emocional ($t(45) = -1,440$; $p = 0,157$), na solidão social ($t(45) = -0,489$; $p = 0,627$) e na solidão total ($t(45) = -0,912$; $p = 0,367$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva evidencia algumas diferenças entre os grupos (ver Tabela 6). Na dimensão da solidão emocional, os participantes residentes em ERPI apresentaram valores médios superiores ($M = 2,28$; $DP = 0,74$), comparativamente aos residentes em casa própria ou com familiares ($M = 1,99$; $DP = 0,63$).

Relativamente à solidão social, verificou-se igualmente uma média ligeiramente superior entre os residentes em ERPI ($M = 1,88$; $DP = 0,64$), face aos participantes que residiam em casa própria ou com familiares ($M = 1,79$; $DP = 0,55$).

No índice global de solidão observou-se o mesmo padrão, com os residentes em ERPI a apresentarem níveis médios de solidão superiores ($M = 32,06$; $DP = 9,58$) aos dos participantes residentes em casa própria ou com familiares ($M = 29,66$; $DP = 8,28$), embora as diferenças entre os grupos sejam reduzidas.

Em síntese, os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas na perceção da solidão em função do contexto residencial. **Embora os participantes institucionalizados apresentem, de forma consistente, valores médios ligeiramente superiores nas três dimensões da solidão avaliadas, estas diferenças não permitem concluir que a institucionalização esteja associada a níveis mais elevados de solidão nesta amostra.** Assim, os resultados sugerem que a experiência de solidão poderá depender mais das características individuais, relacionais e da qualidade das redes de apoio do que do contexto residencial, devendo estas conclusões ser interpretadas com prudência, tendo em conta a dimensão da amostra.

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	1,99	2,28	1,79	1,88	29,66	32,06
Erro Desvio	0,63	0,74	0,55	0,64	8,28	9,58

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Perceção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Para analisar as diferenças na perceção do risco de violência em função do contexto residencial, compararam-se as pessoas idosas residentes em casa própria ou com familiares com as residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), considerando as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e o índice global de violência, avaliados pelo EARVI.

Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas ($t(45) = -0,078$; $p = 0,938$), isolamento social ($t(45) = 0,707$; $p = 0,483$) e índice global de violência ($t(45) = 0,149$; $p = 0,882$).

Em contrapartida, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de dependência funcional ($t(45) = -2,525$; $p = 0,015$) e insegurança financeira ($t(45) = 3,113$; $p = 0,003$). Na dimensão da dependência funcional, os participantes residentes em ERPI apresentaram níveis médios superiores ($M = 2,31$; $DP = 0,69$), comparativamente aos residentes em casa própria ou com familiares ($M = 1,82$; $DP = 0,61$). Por

sua vez, na dimensão da insegurança financeira observou-se o padrão inverso, sendo os participantes residentes em casa própria ou com familiares os que apresentaram valores médios mais elevados ($M = 1,77$; $DP = 0,53$), face aos residentes em ERPI ($M = 1,32$; $DP = 0,37$).

Apesar destas diferenças, a análise descritiva mostra valores médios muito semelhantes nas restantes dimensões. Na desconfiança/insegurança nas relações próximas, as médias foram praticamente idênticas entre residentes em casa própria ou com familiares ($M = 1,40$; $DP = 0,41$) e residentes em ERPI ($M = 1,41$; $DP = 0,31$). Também na dimensão do isolamento social as diferenças foram reduzidas, com médias de 1,77 ($DP = 0,49$) e 1,67 ($DP = 0,51$), respetivamente.

No índice global de violência, os dois grupos apresentaram igualmente valores muito próximos (casa própria ou familiares: $M = 6,76$; $DP = 1,44$; ERPI: $M = 6,70$; $DP = 1,03$), corroborando a ausência de diferenças estatisticamente significativas nesta medida global.

Em síntese, os **resultados sugerem que o contexto residencial não se associa a diferenças na perceção global do risco de violência**, uma vez que os participantes institucionalizados e não institucionalizados apresentaram níveis semelhantes no índice total de violência. Contudo, observaram-se **diferenças em duas dimensões específicas: os residentes em ERPI evidenciaram níveis superiores de perceção de dependência funcional, enquanto os residentes em casa própria ou com familiares apresentaram maior perceção de insegurança financeira**. Estes **resultados sugerem que o contexto residencial poderá influenciar dimensões particulares da vulnerabilidade percebida, sem, contudo, determinar diferenças na perceção global do risco de violência nesta amostra**.

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

	Desconfiança/ Insegurança nas Relações Próximas		Isolamento Social		Dependência Funcional		Insegurança Financeira		Violência Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,40	1,41	1,77	1,67	1,82	2,31	1,77	1,32	6,76	6,70
Erro Desvio	0,41	0,31	0,49	0,51	0,61	0,69	0,53	0,37	1,44	1,03

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

Para analisar diferenças na perceção de solidão em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias (Centro de Dia, Centro de Convívio, Outros ou Nenhuma), realizou-se uma ANOVA unifatorial, considerando as dimensões de solidão emocional, solidão social e o índice global de solidão avaliados pela escala UCLA.

Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão da solidão emocional ($F(3, 25) = 2,109$; $p = 0,124$). Contudo, **observaram-se diferenças estatisticamente significativas na solidão social** ($F(3, 25) = 3,730$; $p = 0,024$) e na **solidão total** ($F(3, 25) = 4,097$; $p = 0,017$).

A análise das comparações múltiplas revelou que estas diferenças se verificam entre os participantes integrados em Centro de Dia e aqueles integrados em Outras respostas sociais, tanto na dimensão da solidão social ($p = 0,036$) como na solidão total ($p = 0,026$). Em ambas as dimensões, os participantes integrados em Outras respostas sociais apresentaram níveis médios significativamente superiores de solidão quando comparados com os participantes que frequentavam Centro de Dia.

Apesar da ausência de diferenças significativas na solidão emocional, a análise descritiva evidencia igualmente valores médios mais elevados entre os participantes integrados em Outras respostas sociais ($M = 2,45$; $DP = 0,50$), seguindo-se os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 2,16$; $DP = 0,78$), os participantes dos Centros de Convívio ($M = 2,20$; $DP = 0,28$) e, por último, os participantes dos Centros de Dia ($M = 1,71$; $DP = 0,49$).

Na dimensão da solidão social, observaram-se novamente os valores médios mais elevados no grupo integrado em Outras respostas sociais ($M = 2,34$; $DP = 0,80$), seguindo-se os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,99$; $DP = 0,48$), os participantes dos Centros de Convívio ($M = 1,73$; $DP = 0,26$) e os dos Centros de Dia ($M = 1,52$; $DP = 0,39$).

Relativamente ao índice global de solidão, os participantes integrados em Outras respostas sociais apresentaram o valor médio mais elevado ($M = 38,00$; $DP = 11,28$), ultrapassando o ponto de corte indicativo de solidão patológica. Seguiram-se os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 32,67$; $DP = 8,17$), igualmente com uma média acima do ponto de corte, os participantes dos Centros de Convívio ($M = 30,00$; $DP = 1,41$) e, por fim, os participantes dos Centros de Dia ($M = 25,29$; $DP = 5,25$), que registaram os níveis médios mais reduzidos de solidão (ver Tabela 8).

Em síntese, **os resultados sugerem que a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias se associa a diferenças na perceção da solidão social e da solidão global, sendo os participantes integrados em Outras respostas sociais os que evidenciam níveis mais elevados de solidão**, enquanto os frequentadores de Centros de Dia apresentam os níveis mais reduzidos. Estes resultados poderão refletir **diferenças nas características e intensidade das respostas sociais frequentadas**, devendo, contudo, ser interpretados com prudência devido à reduzida dimensão da amostra e de alguns subgrupos.

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	1,71 (0,49)	2,20 (0,28)	2,45 (0,50)	2,16 (0,78)
Solidão Social	1,52 (0,39)	1,73 (0,26)	2,34 (0,80)	1,99 (0,48)
Solidão Total	25,29 (5,25)	30,00 (1,41)	38,00 (11,28)	32,67 (8,17)

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 não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos em nenhuma das dimensões avaliadas: **desconfiança/insegurança nas relações próximas** ($F(3, 25) = 2,026$; $p = 0,136$), **isolamento social** ($F(3, 25) = 1,869$; $p = 0,161$), **dependência funcional** ($F(3, 25) = 0,414$; $p = 0,745$), **insegurança financeira** ($F(3, 25) = 2,030$; $p = 0,135$) e **índice global de violência** ($F(3, 25) = 2,399$; $p = 0,092$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva revela algumas tendências relevantes (ver Tabela 9). Na dimensão da desconfiança/insegurança nas relações próximas, os participantes integrados em Outras respostas sociais apresentaram o valor médio mais elevado ($M = 1,78$; $DP = 0,80$), seguindo-se os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,47$; $DP = 0,33$), os frequentadores de Centros de Dia ($M = 1,28$; $DP = 0,28$) e os de Centros de Convívio ($M = 1,19$; $DP = 0,09$).

Na dimensão do isolamento social, observaram-se igualmente valores médios mais elevados entre os participantes integrados em Outras respostas sociais ($M = 2,15$; $DP = 0,44$), seguindo-se os participantes sem integração ($M = 1,91$; $DP = 0,52$), os frequentadores de Centros de Convívio ($M = 1,70$; $DP = 0,14$) e os de Centros de Dia ($M = 1,59$; $DP = 0,46$).

Relativamente à dependência funcional, os participantes integrados em Outras respostas sociais voltaram a apresentar o valor médio mais elevado ($M = 2,13$; $DP = 0,72$), seguindo-se os frequentadores de Centros de Dia ($M = 1,80$; $DP = 0,67$), os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,75$; $DP = 0,53$) e os frequentadores de Centros de Convívio ($M = 1,63$; $DP = 0,53$).

Quanto à dimensão da insegurança financeira, verificaram-se valores médios mais elevados entre os participantes integrados em Outras respostas sociais ($M = 2,25$; $DP = 0,65$), seguidos dos frequentadores de Centros de Convívio ($M = 2,13$; $DP = 0,53$), dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,72$; $DP = 0,48$) e dos participantes dos Centros de Dia ($M = 1,61$; $DP = 0,49$).

Por fim, no índice global de violência, os participantes integrados em Outras respostas sociais apresentaram novamente o valor médio mais elevado ($M = 8,31$; $DP = 2,18$), seguindo-se os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 6,86$; $DP = 1,19$), os frequentadores de Centros de Convívio ($M = 6,64$; $DP = 0,05$) e os dos Centros de Dia ($M = 6,27$; $DP = 1,22$).

Em síntese, **embora não se tenham identificado diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes tipos de participação em respostas sociais comunitárias, observa-se uma tendência consistente para níveis mais elevados de perceção de violência entre os participantes integrados em Outras respostas sociais**, tanto no índice global como nas diferentes dimensões avaliadas. Em contrapartida, os participantes dos Centros de Dia tendem a apresentar os níveis médios mais reduzidos de perceção de violência. Estes resultados devem, contudo, ser interpretados com prudência, atendendo à reduzida dimensão da amostra e de alguns subgrupos, fatores que poderão ter limitado a deteção de diferenças estatisticamente significativas.

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	1,28 (0,28)	1,19 (0,09)	1,78 (0,80)	1,47(0,33)
Isolamento Social	1,59 (0,46)	1,70 (0,14)	2,15 (0,44)	1,91 (0,52)
Dependência Funcional	1,80 (0,67)	1,63 (0,53)	2,13 (0,72)	1,75 (0,53)
Insegurança Financeira	1,61 (0,49)	2,13 (0,53)	2,25 (0,65)	1,72 (0,48)
Violência Total	6,27 (1,22)	6,64 (0,05)	8,31 (2,18)	6,86 (1,19)

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 descritiva revelou diferenças nos níveis médios de solidão percebida e de percepção do risco de violência em função do contexto residencial. As pessoas idosas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) apresentaram níveis médios mais elevados de solidão percebida ($M = 32,06$; $DP = 9,58$), ultrapassando o ponto de corte indicativo de solidão patológica, quando comparadas com as pessoas idosas que residiam em casa própria ou com familiares, as quais evidenciaram níveis médios inferiores ($M = 29,66$; $DP = 8,25$). No que respeita à percepção do risco de violência, observou-se a tendência inversa, embora pouco expressiva, com as pessoas idosas a residir em casa própria ou com familiares a apresentarem valores médios ligeiramente superiores ($M = 6,76$; $DP = 1,44$), comparativamente às residentes em ERPI ($M = 6,70$; $DP = 1,03$).

Para além destas diferenças descritivas, a análise de correlação demonstrou que, **em ambos os contextos residenciais, a solidão percebida se associa positivamente à percepção do risco de vitimação por violência, embora com magnitudes distintas**. Entre as pessoas idosas não institucionalizadas, observou-se uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa ($r = 0,460$; $p = 0,012$), indicando que níveis mais elevados de solidão tendem a associar-se a uma maior percepção do risco de violência. Entre as pessoas idosas institucionalizadas, esta associação revelou-se positiva, forte e igualmente estatisticamente significativa ($r = 0,723$; $p = 0,001$), sugerindo que, neste contexto, a relação entre solidão e percepção do risco de violência é mais intensa.

Em síntese, os **resultados indicam que a solidão percebida se encontra associada à percepção do risco de violência tanto entre pessoas idosas institucionalizadas como entre as que residem na comunidade**. Contudo, **esta associação apresenta maior magnitude entre os residentes em ERPI**, que, simultaneamente, evidenciam níveis médios mais elevados de solidão. **Embora estes resultados não permitam concluir que o contexto residencial seja responsável por estas diferenças, sugerem que a relação entre solidão e percepção do risco de violência poderá ser particularmente relevante em contexto institucional**, aspeto que deverá ser aprofundado na discussão dos resultados (ver Tabela 10).

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Casa Própria/ Familiares	Solidão	29,66	8,25	0,460	0,012
	Violência	6,76	1,44		
ERPI	Solidão	32,06	9,58	0,723	0,001
	Violência	6,70	1,03		

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

As pessoas idosas integradas em atividades de apoio comunitárias apresentaram níveis médios ligeiramente inferiores de solidão percebida ($M = 28,30$; $DP = 8,12$) e de percepção do risco de violência ($M = 6,72$; $DP = 1,57$), quando comparadas com aquelas que não participavam em respostas sociais comunitárias, que evidenciaram valores médios mais elevados de solidão ($M = 32,67$; $DP = 8,17$) e de percepção do risco de violência ($M = 6,86$; $DP = 1,19$).

Quanto à relação entre a percepção de solidão e a percepção do risco de vitimação por violência, os resultados evidenciam padrões distintos consoante a integração em respostas sociais comunitárias. No grupo de pessoas idosas integradas em atividades de apoio comunitárias observou-se uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre solidão e percepção do risco de violência ($r = 0,478$; $p = 0,033$), indicando que níveis mais elevados de solidão tendem a associar-se a uma maior percepção do risco de vitimação.

Por outro lado, no grupo de pessoas idosas não integradas em respostas sociais comunitárias, a correlação entre a percepção de solidão e a percepção do risco de violência revelou-se positiva, de magnitude moderada, mas não estatisticamente significativa ($r = 0,432$; $p = 0,246$). Embora a direção da associação seja semelhante, a ausência de significância estatística não permite concluir pela existência de uma relação consistente entre as duas variáveis neste grupo (ver Tabela 11).

Em síntese, os resultados sugerem que a integração em respostas sociais comunitárias se associa a níveis médios ligeiramente inferiores de solidão e de percepção do risco de violência. Além disso, apenas entre as pessoas idosas integradas foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre a solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência. Estes resultados podem indicar que a participação em respostas sociais comunitárias favorece um maior reconhecimento das situações de vulnerabilidade ou uma maior consciencialização do risco, embora esta interpretação deva ser encarada com prudência e aprofundada em estudos futuros, atendendo à reduzida dimensão da amostra e ao facto de, no grupo sem integração, a correlação, apesar de moderada, não ter atingido significância estatística.

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	28,30	8,12	0,478	0,033
	Violência	6,72	1,57		
Não Integrados em RS	Solidão	32,67	8,17	0,432	0,246
	Violência	6,86	1,19		

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 Leiria, 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 não revelou diferenças significativas para nenhuma das variáveis sociodemográficas analisadas – sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, perceção de saúde e autonomia – sugerindo que a perceção de solidão apresenta uma distribuição relativamente homogénea entre os diferentes grupos. Porém a estatística descritiva revelou algumas tendências, nas quais se destaca o local de residência, sendo os participantes institucionalizados em ERPI os que apresentam níveis mais elevados de solidão comparativamente ao que residem em casa própria ou com familiares. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, esta tendência permite identificar este grupo – residentes em ERPI – como sendo merecedor de monitorização e prevenção, reforçando a necessidade de acompanhamento psicossocial direcionado a esta situação de maior vulnerabilidade.

Quanto à perceção de **violência**, os **níveis médios situam-se, globalmente, abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de dependência funcional a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões 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 também não diferiu significativamente para nenhuma das várias sociodemográficas analisadas, sugerindo que a perceção do risco de violência apresenta uma distribuição homogénea entre os diferentes grupos sociodemográficos. No entanto, também foram observadas algumas tendências nos resultados descritivos, destacando-se as mulheres, os participantes com 85 ou mais anos, aqueles com ensino básico, os casados ou em união de facto e os participantes que se percecionam como doentes, como sendo aqueles que reportam níveis mais elevados de perceção de violência. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados permitem identificar estes grupos como os mais vulneráveis, destacando-se a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a estas situações.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/familiares e em ERPI revelou que esta variável não influencia significativamente os níveis de solidão, no entanto, surgem diferenças significativas em dimensões específicas da perceção de violência: **a dependência funcional é significativamente maior entre os institucionalizados (ERPI)**, refletindo maior necessidade de apoio nas atividades da vida diária, enquanto **a insegurança financeira é mais elevada nas pessoas idosas residentes em casa própria ou de familiares**, possivelmente devido ao menor acesso a apoios institucionais. Estes resultados reforçam a importância de considerar o contexto residencial na definição de estratégias de intervenção e políticas públicas.

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias**, os resultados demonstraram que entre pessoas não institucionalizadas, a participação em Outras respostas, que não as respostas sociais estruturadas (Centro de Dia, Centro de Convívio, Universidade Sénior) associa-se a níveis mais elevados de

solidão, particularmente nas dimensões social e total, sendo os participantes integrados em Centro de Dia, os que reportam menores níveis de solidão. A percepção de violência total não difere significativamente entre os grupos em nenhuma das dimensões específicas, no entanto, registou-se uma tendência para níveis mais elevados de percepção de violência nos participantes integrados em Outras respostas sociais. Estes resultados destacam a relevância de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, **com as pessoas idosas residentes em ERPI a apresentar níveis mais elevados de solidão e menor risco de vitimação**, do que os residentes em casa própria/familiares. Esta associação entre solidão e percepção de violência é positiva e significativa nos dois contextos residenciais, embora mais intensa em pessoas idosas institucionalizadas, sugerindo que esta relação pode ser particularmente relevante em contexto institucional. Entre os participantes não institucionalizados, os integrados em respostas sociais da comunidade evidenciam níveis de solidão e de percepção do risco de violência inferiores aos não integrados, registando-se no grupo integrado uma associação positiva entre estas variáveis enquanto nos não integrados a relação não é significativa. Estes resultados sugerem que a **integração comunitária favorece um maior reconhecimento das situações de vulnerabilidade ou uma maior consciencialização do risco**, evidenciando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do município de Leiria. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos vulneráveis, com destaque para as pessoas institucionalizadas em ERPI, as mulheres, as pessoas idosas com 85 ou mais anos, as pessoas com menor autonomia funcional e com menor escolaridade, justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, embora os dados resultem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica. Esta intervenção deve envolver não apenas os próprios indivíduos, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais. A necessidade de atuação em rede é reforçada pela fragilidade e pelo elevado isolamento no domicílio: 37,9% dos participantes vivem sozinhos, 79,3% não têm Serviço de Apoio Domiciliário e, nos casos com apoio, este reduz-se sobretudo ao fornecimento de refeições

Estes indicadores demonstram que residir na comunidade (61,7%), predominantemente em contexto rural (72,2%) e em vivendas (96,6% no total), não anula o risco. A vulnerabilidade expressa-se tanto no domicílio, onde sobressai a insegurança financeira, como nas ERPI, onde a solidão é significativamente mais expressiva e a dependência funcional exige maior suporte. A vivência em solidão, a perda de autonomia e a institucionalização surgem, assim, como os principais fatores de risco no concelho de Leiria, exigindo a implementação de estratégias municipais focadas no reforço do apoio domiciliário, na requalificação dos ambientes institucionais e na promoção da segurança relacional e financeira.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Relativamente à solidão, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de intervenção e acompanhamento psicossocial delineadas especificamente para os subgrupos com maior vulnerabilidade, designadamente as pessoas idosas institucionalizadas em ERPI e aquelas com menor autonomia funcional. Para os residentes em ERPI, onde a solidão atinge valores mais elevados, como revela este estudo, indica-se a criação de programas de apoio psicossocial, escuta ativa e promoção da saúde mental, garantindo também a manutenção de laços significativos com o exterior e a inclusão em atividades que respeitem as suas preferências individuais.

No domínio da violência, sugere-se a capacitação para a segurança relacional, literacia sobre direitos e prevenção de riscos interpessoais e financeiros, com especial atenção às mulheres, às pessoas idosas com 85 ou mais anos, aos indivíduos com baixos níveis de escolaridade e aos que se percecionam como doentes ou dependentes. O objetivo passa por capacitar as pessoas idosas com ferramentas acessíveis e canais expeditos de sinalização de coação, negligência, abuso financeiro ou maus-tratos, reforçando a sua autodeterminação quer no domicílio quer em ERPI.

De forma integrada, a associação positiva e significativa entre a solidão e a percepção do risco de violência, registada tanto no contexto comunitário como no institucional (e de forma mais intensa neste último), demonstra que a solidão é um marcador crítico de vulnerabilidade. Justifica-se, assim, a implementação de estratégias que articulem o combate à solidão com ações diretas de promoção da segurança, garantindo que a integração em respostas comunitárias ou residenciais proporcione um ambiente relacional efetivamente seguro e protetor.

Recomendações dirigidas às famílias

Relativamente à solidão considera-se fundamental sensibilizar os agregados familiares para a prestação de um apoio afetivo ativo e constante. Uma vez que 31,0% dos participantes não institucionalizados vivem com parceiro/a e 31,0% coabitam com filhos ou outros familiares, reforça-se que a coabitação não garante proteção automática contra a solidão subjetiva. Paralelamente, sugere-se a criação de rotinas de contacto e proximidade junto dos 37,9% de pessoas idosas que vivem sozinhas no domicílio, bem como a manutenção de visitas regulares e envolvimento afetivo junto das pessoas idosas integradas em ERPI.

Quanto à perceção de violência, face ao facto de 79,3% dos participantes na comunidade não usufruírem de SAD e à vulnerabilidade económica assinalada pela elevada proporção de baixos rendimentos e omissões, recomenda-se o reforço de programas locais de descanso do cuidador e de mediação familiar para prevenir a exaustão das famílias cuidadoras. Adicionalmente, devem promover-se ações de informação sobre a preservação da autodeterminação e salvaguarda da gestão patrimonial, prevenindo a insegurança financeira e cenários de conflito ou negligência no âmbito familiar.

Na articulação entre ambas, recomenda-se a implementação de planos de acompanhamento e suporte familiar integrados com as equipas locais de ação social e saúde. As famílias devem ser capacitadas para identificar a solidão e o retraimento social como sinais precursores de maior vulnerabilidade e risco de vitimação, promovendo canais abertos de comunicação intrafamiliar que assegurem um ambiente doméstico e relacional protetor.

Recomendações dirigidas à comunidade

No âmbito da solidão, recomenda-se a consolidação, diversificação e descentralização das respostas comunitárias no concelho de Leiria, sobretudo em contexto rural, onde reside 72,2% da amostra. Embora 65,5% dos participantes na comunidade frequentem estruturas formais (com forte adesão aos Centros de Dia, 48,3%), importa criar alternativas inclusivas para os 31,0% que não frequentam qualquer estrutura. Deve ainda rever-se o impacto de "outras respostas" não estruturadas que se associaram a maior solidão, promovendo espaços de convívio com suporte psicossocial qualificado e acessível a quem tem menor autonomia.

No domínio da perceção de violência, propõe-se a criação de redes comunitárias de vigilância solidária e de proximidade adaptadas ao contexto habitacional predominantemente rural e disperso do concelho (onde 96,6% residem em vivendas isoladas ou com vizinhança). Esta abordagem visa capacitar vizinhos, Juntas de Freguesia, comércio local, farmácias e forças de segurança (GNR/PSP) para a deteção precoce de situações de isolamento severo, dependência funcional desacompanhada e indícios de abuso ou negligência.

Numa perspetiva conjunta, recomenda-se que o Município de Leiria promova uma estratégia integrada de proteção e bem-estar através da criação de um Plano Municipal de Combate à Solidão e Mitigação do Risco na Pessoa Idosa. Este plano deve articular a rede social local, os serviços de saúde, as IPSS e o policiamento comunitário, transformando as estruturas comunitárias e os centros de dia em polos de vigilância ativa e capacitação de direitos.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, propõe-se a formação contínua e intersectorial das equipas de saúde e de ação social. Os profissionais (tanto do apoio comunitário como das ERPI) devem ser dotados de competências para diagnosticar precocemente a solidão emocional e social – em especial nas pessoas idosas institucionalizadas, nos muito idosos (85+ anos) e naqueles com maior dependência – formalizando o seu encaminhamento para respostas comunitárias, culturais ou de apoio psicossocial adequadas.

Relativamente à perceção de violência, recomenda-se capacitar os profissionais para aplicar ferramentas céleres de triagem e avaliação de risco de abuso, negligência e insegurança financeira. Perante a escassez de apoio no domicílio (79,3% sem SAD), a elevada omissão de rendimentos (61,7%) e a maior dependência nas ERPI, as equipas multidisciplinares devem adotar protocolos de sinalização e intervenção em casos de fragilidade económica, isolamento e perda de autonomia.

De forma integrada, sugere-se a consolidação e generalização do modelo de Gestão de Caso para o acompanhamento de situações complexas de isolamento, dependência no domicílio e vulnerabilidade institucional. Através de um trabalho de rede fluído entre a autarquia, a Unidade Local de Saúde (ULS), as IPSS/Misericórdias e as forças de segurança, os profissionais devem desenhar e executar planos individuais de acompanhamento, garantindo que a solidão e a perda de autonomia não evoluam para cenários graves de vitimação, insegurança ou exclusão social.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Leiria

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis mais elevados de solidão em pessoas idosas institucionalizadas em ERPI e com menor autonomia funcional. Elevado isolamento no domicílio (37,9% vivem sós).	Reduzir a solidão em meio institucional e no domicílio, promovendo a saúde mental e a ligação à comunidade.	Implementar programas de apoio psicossocial, escuta ativa e promoção da saúde mental nas ERPI; assegurar a manutenção de laços familiares e comunitários com as pessoas idosas residentes em ERPI; criar planos de acompanhamento relacional para pessoas idosas sós na comunidade.
	Violência	Níveis globais baixos; maior perceção de risco em mulheres, pessoas idosas com 85+ anos, pessoas com menor escolaridade e idosos com pior perceção de saúde e dependência.	Promover a literacia de direitos, a autoterminação e a prevenção do risco de abuso e violência.	Realizar ações de capacitação e literacia sobre direitos e segurança adaptadas às pessoas idosas mais vulneráveis; dotar as pessoas idosas de ferramentas e canais expeditos para sinalizar situações de coação, negligência, abuso financeiro ou maus-tratos.
	Solidão e Violência	Associação positiva e significativa entre solidão e perceção do risco de violência, sendo mais intensa nas pessoas idosas institucionalizadas (ERPI).	Articular o combate à solidão com a promoção da segurança relacional, quer em meio institucional quer no domicílio.	Implementar estratégias integradas que garantam que o combate à solidão seja acompanhado por um ambiente protetor; assegurar monitorização sistemática das situações de risco; reforçar as competências pessoais, a resiliência e a autonomia funcional.
Famílias	Solidão	37,9% das pessoas idosas vivem sós e 62,1% coabitam (parceiro/a, filhos ou outros), demonstrando que a coabitação não anula a solidão subjetiva; necessidade de manter suporte afetivo também nas ERPI.	Sensibilizar as famílias para a prestação de um suporte afetivo ativo e contínuo, prevenindo o isolamento	Sensibilizar os agregados familiares para a distinção entre partilha de espaço/suporte logístico e apoio emocional; promover dinâmicas intergeracionais e rotinas de contacto regular com pessoas idosas a residir sós e institucionalizadas em ERPI.
	Violência	Reduzida cobertura de apoio formal (79,3% sem SAD; 10,3% apenas com refeições) e presença de fragilidade económica no domicílio	Prevenir a exaustão do cuidador informal, salvaguardar a gestão patrimonial e proteger a autodeterminação da pessoa idosa.	Reforçar programas municipais e locais de descanso do cuidador e de mediação familiar; promover ações de informação sobre o respeito pela autodeterminação, gestão de bens e prevenção da insegurança financeira/abuso patrimonial.

		lio, aumentando a pressão sobre os cuidadores.		
	Solidão e Violência	A solidão e a sensação de insegurança relacional manifestam-se no domicílio e na institucionalização na ausência de acompanhamento familiar e técnico estruturado.	Capacitar as famílias para reconhecer a solidão e o isolamento como sinais precursores de vulnerabilidade e risco de vitimação.	Implementar programas de acompanhamento e suporte familiar articulados com as equipas locais de saúde e ação social, estabelecendo canais abertos de comunicação intrafamiliar.
Comunidade	Solidão	A maioria vive em zona rural (72,2%); 31,0% não frequentam atividades comunitárias e a integração em respostas não estruturadas associou-se a maior solidão.	Diversificar e descentralizar as respostas comunitárias no meio rural e reestruturar o apoio aos idosos não integrados.	Desenvolver estratégias de busca ativa para os 31,0% de pessoas idosas não integradas; qualificar e adequar as respostas comunitárias existentes, integrando espaços formais de apoio psicológico, escuta ativa e grupos de entreajuda; apoiar a deslocação nos contextos rurais.
	Violência	Predomínio do meio rural (72,2%) e de tipologias habitacionais dispersas (96,6% em vivendas), o que tende a invisibilizar o isolamento e o risco no domicílio.	Mobilizar os atores locais dos meios rural e urbano para a deteção precoce e sinalização de fragilidades e isolamento.	Criar redes comunitárias de vigilância solidária adaptadas ao contexto rural e disperso de Leiria, capacitando vizinhos, Juntas de Freguesia, comércio local, farmácias e forças de segurança (GNR/PSP) para a sinalização de situações de risco.
	Solidão e Violência	A solidão constitui um marcador crítico de vulnerabilidade à violência, exigindo uma resposta comunitária integrada e preventiva.	Implementar uma política municipal integrada para a segurança, proteção e combate ao isolamento da pessoa idosa.	Implementar o Plano Municipal de Combate à Solidão e Mitigação do Risco na Pessoa Idosa, articulando a autarquia, a rede de saúde, as IPSS/ERPI e o policiamento de proximidade para transformar a comunidade num espaço protetor.
Profissionais	Solidão	Necessidade de identificar a solidão subjetiva tanto na comunidade (pessoas idosas sós/com menor autonomia) como nas instituições (ERPI).	Capacitar os profissionais de saúde e de ação social para o diagnóstico precoce e acompanhamento da solidão.	Promover formação contínua intersectorial sobre envelhecimento, solidão, saúde mental e vulnerabilidade social; capacitar para a utilização de instrumentos validados de avaliação da solidão e formalização de encaminhamentos.
	Violência	Escassez de apoio formal no domicílio (79,3% sem SAD), elevado nível de dados omissos nos rendimentos (61,7%) e maior dependência funcional observada nas ERPI.	Aumentar a proatividade profissional na identificação de fragilidades económicas, perda de autonomia e risco de abuso.	Formar profissionais na aplicação de ferramentas céleres de triagem de risco de abuso e negligência; adotar protocolos interinstitucionais proativos para intervenção em casos de fragilidade socioeconómica, isolamento e perda de autonomia.
	Solidão e Violência	Coexistência de solidão, dependência funcional e fragilidade no domicílio ou contexto institucional na potenciação do risco.	Consolidar modelos de acompanhamento individualizado e reforçar a articulação intersectorial em rede.	Generalizar o modelo de Gestão de Caso para situações complexas de isolamento e dependência; promover reuniões sistemáticas de trabalho em rede (Autarquia, ULS, IPSS/Misericórdias e Forças de Segurança) para acompanhamento contínuo dos casos críticos.

Fonte. Elaboração própria (2026)

Referências

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

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

Bibliografia Complementar

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

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

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

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)