



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE SAVATERRA DE MAGOS

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

Investigador Principal: Fátima Gameiro

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

março 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.....	21
Considerações finais	24
Recomendações	26
Referências.....	31
Anexo	36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	16
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	18
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	18
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.	21
Tabela 11. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	23
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Salvaterra de Magos	29

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 Salvaterra de Magos. 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 Salvaterra de Magos. 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 Salvaterra de Magos, 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 96 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Salvaterra de Magos. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 64$; 66,7%), em comparação com o sexo masculino ($n = 32$; 33,3%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 99 anos, apresentando uma média de 77,55 anos ($DP = 8,46$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 38$; 39,6%) e casados ou em união de facto ($n = 38$; 39,6%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 42$; 43,8%) e não possuem o ensino básico ($n = 34$, 35,4%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vive em **zona rural** ($n = 42$; 51,2%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 77$; 80,2%), enquanto uma percentagem mais reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 19$; 19,8%).

Relativamente ao **rendimento mensal**, observa-se que 35,4% dos participantes ($n = 34$) auferem entre 501 e 870 euros, enquanto 17,7% ($n = 17$) referem um rendimento inferior a 500 euros mensais. Acresce ainda que 15,6% ($n = 15$) optaram por não responder a esta questão. Estes dados sugerem uma **situação económica globalmente fragilizada**, com uma proporção expressiva de participantes a viver com rendimentos reduzidos, potencialmente limitadores do acesso a recursos, serviços e condições promotoras de qualidade de vida. A percentagem de não respostas poderá também refletir alguma sensibilidade ou desconforto associado à divulgação da situação financeira, aspeto frequentemente identificado em estudos com população idosa.

No que se refere à perceção do **estado de saúde**, avaliada numa escala dicotómica de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,54 ($DP = 0,50$), situando-se ligeiramente acima do ponto médio teórico da escala. Este resultado sugere uma **perceção global tendencialmente mais próxima da condição de saudável**, embora ainda revele alguma heterogeneidade nas respostas. Relativamente à **autonomia funcional**, igualmente avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se a mesma média ($M = 1,54$; $DP = 0,50$), indicando que, em termos globais, os participantes tendem a percecionarem-se como **maioritariamente independentes**. A coincidência dos valores médios e do desvio-padrão em ambas as variáveis poderá refletir uma perceção articulada entre saúde e autonomia, sugerindo que uma autoavaliação mais positiva do estado de saúde se associa a uma perceção de maior independência funcional.

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

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	32	33,3
	Feminino	64	66,7
Idade (anos)	Intervalo	65-99	—
	Média (DP)	77,55 (8,46)	—
Idade (por grupo)	65-74	36	37,5
	75-84	36	37,5

	85-100	24	25,0
Estado Civil	Solteiro/a	6	6,3
	Casado(a)/União de Facto	38	39,6
	Divorciado/a	14	14,6
	Viúvo/a	38	39,6
Escolaridade	Sem Ensino Básico	34	35,4
	Com Ensino Básico	42	43,8
	Com Ensino Secundário	12	12,5
	Com Ensino Superior	8	8,3
Zona de Residência	Rural	42	51,2
	Urbano	40	48,8
	Omisso	14	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiars	77	80,2
	ERPI	19	19,8
Rendimento Mensal	- 500 euros	17	17,7
	de 501 a 870 euros	34	35,4
	de 871 a 1045 euros	8	8,3
	de 1046 a 1568 euros	14	14,6
	+ de 1569 euros	8	8,3
	Prefiro não responder	15	15,6
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,54 (0,50)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,54 (0,50)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à **situação habitacional**, a maioria dos participantes reside em **habitação própria ou de familiares** (n = 77; 80,2%). Desses, 39% vivem **com parceiro/a** (n = 30) e 29,9% (n = 23) **sozinhos/as**, predominando a residência em **vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima** (n = 53; 68,8%). 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 = 75; 97,4%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de refeições, limpeza e roupa.

A maioria dos participantes (54,5%) **encontra-se integrada em respostas sociais de proximidade**, como centros de dia, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 33; 42,9%).

Uma **percentagem mais reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 19; 19,8%). Destes, 73,7% (n = 14) participam em atividades de lazer, 5,3% (n = 1) em outras(s) atividades, e 21,1% (n = 4) 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-Familiars	Com Quem Vive	Sozinho/a	23	29,9
		Com parceiro/a	30	39,0
		Com Filho/a	17	22,1
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	3	3,9
		Com Outro(s)	4	5,2

	Tipo de Habitação	Omisso	19	—
		Apartamento	7	9,1
		Vivenda isolada	17	22,1
		Vivenda com vizinhos	53	68,8
		Omisso	19	—
	SAD	Não	75	97,4
		Sim	2	2,6
		Omisso	19	—
	SAD- Tipo	Nenhuma	74	96,1
		Refeições e Roupa	1	1,3
		Limpeza e Roupa	1	1,3
		Refeições, Limpeza e Roupa	1	1,3
		Omisso	19	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	28	36,4
		Universidade Sénior	11	14,3
		Outra(s)	3	3,9
		Nenhuma	35	45,5
		Omisso	19	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	7	9,1
		3 a 5 vezes por semana	33	42,9
		Nenhuma	37	48,1
		Omisso	19	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades de lazer	14	73,7
		Outra(s)	1	5,3
		Nenhuma	4	21,1
		Omisso	77	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	7	36,8
		3 a 5 vezes por semana	7	36,8
		6 a 7 vezes por semana	1	5,3
		Nenhuma	4	21,1
		Omisso	77	—
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 2,01 (DP = 0,91), com valores compreendidos entre 1 e 4, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala** (2,5), ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,91 (DP = 0,77), com um intervalo entre 1 e 3,82, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 31,11 (DP = 12,67), com valores mínimos de 16 e máximos de 61. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se ligeiramente abaixo, mas **próximo do limiar indicativo de solidão patológica**. A amplitude dos resultados revela ainda que existem participantes com níveis de solidão total claramente superiores ao ponto de corte, indicando a presença de casos de solidão mais intensa na amostra (ver Tabela 4).

Tabela 4. Percepção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	2,01	1,91	31,11
Erro Desvio	0,91	0,77	12,67
Mínimo	1,00	1,00	16,0
Máximo	4,00	3,82	61,0

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função do sexo ($t(94) = 0,210$; $p = 0,834$) **e do rendimento mensal** ($F(5,90) = 1,224$; $p = 0,305$).

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função da idade** ($F(2,93) = 15,739$; $p = 0,000$), **escolaridade** ($F(3,92) = 5,520$; $p = 0,002$), **estado civil** ($F(3,92) = 5,240$; $p = 0,002$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI; ($t(94) = -6,446$; $p = 0,000$), **estado de saúde percebido** ($t(75,297) = 3,969$; $p = 0,000$) **e autonomia percebida** ($t(79,302) = 2,680$; $p = 0,009$).

Em termos de idade, os **participantes mais idosos (85-99 anos) apresentaram níveis médios de solidão acima do ponto de corte patológico** (≥ 32) ($M = 41,83$; $DP = 14,98$), significativamente superiores aos grupos de 65-74 anos ($M = 25,97$; $DP = 8,72$; $p < 0,001$) e 75-84 anos ($M = 29,11$; $DP = 10,08$; $p < 0,001$), que se situam abaixo

do limiar patológico. Apesar de entre os grupos dos 65-74 e 75-84 não se terem constatado diferenças estatísticas, os resultados indicam um aumento progressivo da solidão com a idade, sendo particularmente elevada nos mais velhos (85 e mais anos).

Ao nível da escolaridade, os participantes **sem ensino básico** apresentaram os **níveis médios de solidão acima do ponto de corte** ($M = 37,59$; $DP = 15,10$), com diferenças estatisticamente significativas face aos grupos com ensino básico ($M = 27,29$; $DP = 9,55$; $p = 0,002$) e ensino secundário ($M = 26,25$; $DP = 7,28$; $p = 0,032$), que se situam abaixo do limiar estabelecido.

Já no estado civil, os **viúvos** apresentaram níveis médios **acima do ponto de corte** ($M = 36,37$; $DP = 12,11$), significativamente superiores aos casados ou em união de facto ($M = 26,03$; $DP = 9,66$; $p = 0,002$). Os solteiros ($M = 35,50$; $DP = 20,92$) também se situam acima do limiar, enquanto os divorciados ($M = 28,79$; $DP = 12,25$) apresentam valores ligeiramente abaixo. Contudo, para estes grupos não foram identificadas quaisquer diferenças estatísticas face aos anteriores.

Quanto ao local de residência, os **residentes em ERPI** apresentaram **níveis médios de solidão bem acima do ponto de corte** ($M = 45,16$; $DP = 13,09$), significativamente superiores aos residentes em casa própria ou com familiares ($M = 27,65$; DP).

Os resultados indicam ainda que os níveis de solidão variam significativamente em função do estado de saúde percebido e da autonomia. Os **participantes que se percebiam como doentes apresentaram níveis médios de solidão acima do ponto de corte** (≥ 32), com $M = 36,43$ ($DP = 13,78$), enquanto os idosos saudáveis registaram valores médios inferiores ao limiar ($M = 26,62$; $DP = 9,68$). De forma semelhante, os participantes com **autonomia fraca ou ausente** apresentaram **níveis médios de solidão ≥ 32** ($M = 34,84$; $DP = 13,96$), contrastando com os indivíduos com autonomia elevada, que se situaram abaixo do limiar ($M = 27,96$; $DP = 10,60$). Estes resultados evidenciam que a doença percebida e a menor autonomia estão associadas a uma maior vulnerabilidade à solidão patológica, enquanto uma boa perceção de saúde e autonomia elevada parece atuar como fatores protetores.

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 1,27 ($DP = 0,39$), com valores compreendidos entre 1 e 2,75, indicando **níveis globalmente baixos de perceção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas ($M = 1,79$; $DP = 0,64$), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,80, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,52 ($DP = 0,64$), com um intervalo entre 1 e 3,50, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,37 (DP = 0,42), com valores que variam entre 1 e 3, evidenciando uma **perceção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de perceção de violência**, a média da amostra foi de 5,95 (DP =), com valores mínimos de 4 e máximos de 12,93. 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. Perceção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,27	1,79	1,52	1,37	5,95
Erro Desvio	0,39	0,64	0,64	0,42	1,68
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,75	3,80	3,50	3,00	12,93

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise das múltiplas expressões da violência em função das características sociodemográficas e condições de vida permitiu identificar grupos mais vulneráveis e, consequentemente, fornecer indicadores relevantes para a definição de estratégias de intervenção ajustadas. **Com exceção do sexo**, em que não se observaram diferenças estatisticamente significativas na perceção de violência ($t(94) = 1,230$; $p = 0,222$), **todas as restantes variáveis revelaram diferenças estatisticamente significativas**.

Relativamente à **idade**, verificaram-se diferenças significativas ($F(2,93) = 16,221$; $p = 0,000$), sendo os participantes com 85-99 anos os que apresentaram níveis médios mais elevados de perceção de violência ($M = 7,40$; $DP = 2,35$), comparativamente aos grupos dos 65-74 anos ($M = 5,28$; $DP = 0,95$) e dos 75-84 anos ($M = 5,66$; $DP = 1,07$). As diferenças foram significativas entre o grupo dos 85-99 anos e os dois grupos mais jovens ($p = 0,000$), evidenciando **maior vulnerabilidade com o avançar da idade**.

No que respeita à **escolaridade**, observaram-se diferenças significativas ($F(3,92) = 9,678$; $p = 0,000$). Os participantes sem ensino básico apresentaram a média mais elevada de perceção de violência ($M = 7,06$; $DP = 2,13$), significativamente superior à dos indivíduos com ensino básico ($M = 5,35$; $DP = 0,96$; $p = 0,000$), ensino secundário ($M = 5,35$; $DP = 0,94$; $p = 0,006$) e ensino superior ($M = 5,31$; $DP = 0,97$; $p = 0,021$). Entre os restantes níveis de escolaridade não se observaram diferenças significativas, sugerindo que a **ausência de escolaridade constitui um fator particularmente associado a maior perceção de violência**.

Quanto ao **estado civil**, também se verificaram diferenças significativas ($F(3,92) = 4,515$; $p = 0,005$). Os participantes viúvos apresentaram valores médios superiores ($M = 6,52$; $DP = 1,88$) aos casados ou em união de facto ($M = 5,40$; $DP = 1,00$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p = 0,018$). Embora os solteiros apresentem a média mais elevada ($M = 7,03$; $DP = 3,23$), as diferenças não atingiram significância estatística, possivelmente devido à reduzida dimensão do grupo na amostra.

No que concerne ao **rendimento mensal**, observaram-se diferenças significativas ($F(5,90) = 4,941$; $p = 0,000$). Os participantes com rendimento inferior a 500 euros apresentaram a média mais elevada de perceção de violência ($M = 7,47$; $DP = 2,92$), com diferenças estatisticamente significativas face aos grupos com rendimentos entre 501-870 euros ($M = 5,93$; $p = 0,016$), entre 871-1045 euros ($M = 5,10$; $p = 0,008$), superior a 1569

euros ($M = 5,17$; $p = 0,011$) e daqueles que preferiram não responder ($M = 5,22$; $p = 0,001$). Estes resultados evidenciam uma **associação clara entre maior vulnerabilidade económica e maior perceção de violência**.

Relativamente ao **local de residência**, verificaram-se diferenças significativas ($t(19,400) = -4,389$; $p = 0,000$), sendo os residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) aqueles que apresentaram níveis médios mais elevados de perceção de violência ($M = 7,94$; $DP = 2,42$), comparativamente aos que vivem em casa própria ou de familiares ($M = 5,46$; $DP = 0,95$). Importa salientar que a média observada nos **residentes em ERPI se situa muito próxima do ponto de corte definido para risco de violência (≥ 8)**, posicionando este grupo no limiar do risco e evidenciando uma vulnerabilidade acrescida face aos idosos que permanecem no domicílio.

Por fim, o **estado de saúde percebido e a autonomia** revelaram igualmente diferenças estatisticamente significativas. Os participantes que se percebem como **doentes apresentaram níveis mais elevados de perceção de violência** ($M = 6,81$; $DP = 2,02$) face aos que se consideram saudáveis ($M = 5,23$; $DP = 0,80$), ($t(54,366) = 4,885$; $p = 0,000$). De forma semelhante, os indivíduos **sem ou com fraca autonomia evidenciaram níveis superiores de perceção de violência** ($M = 6,80$; $DP = 2,00$), comparativamente aos participantes com autonomia elevada ($M = 5,24$; $DP = 0,87$), ($t(56,512) = 4,791$; $p = 0,000$).

Globalmente, os resultados apontam para maior perceção de violência entre os participantes mais velhos, com menor escolaridade, viúvos, com rendimentos mais baixos, institucionalizados, com pior perceção de saúde e menor autonomia. Como evidenciado pelos resultados, esta vulnerabilidade resulta da interação entre condições individuais, recursos disponíveis, redes de suporte e contexto de vida. Assim, o padrão identificado traduz uma **vulnerabilidade multidimensional**, decorrente da conjugação de fatores sociodemográficos, económicos, funcionais e relacionais.

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

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

A. Perceção de solidão em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

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

No que respeita à **solidão emocional**, verificaram-se diferenças significativas ($t(94) = -5,183$; $p = 0,000$), sendo os **residentes em ERPI aqueles que apresentaram níveis médios superiores** ($M = 2,87$; $DP = 0,93$), comparativamente aos que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 1,80$; $DP = 0,78$).

Relativamente à **solidão social**, as diferenças foram igualmente significativas ($t(94) = -6,793$; $p = 0,000$), observando-se valores médios **mais elevados nas pessoas institucionalizadas** ($M = 2,80$; $DP = 0,79$) face às não institucionalizadas ($M = 1,69$; $DP = 0,59$).

Quanto ao **índice total de solidão**, verificou-se também uma diferença estatisticamente significativa ($t(94) = -6,446$; $p = 0,000$). Os residentes em ERPI apresentaram uma média substancialmente superior ($M = 45,16$; $DP = 13,09$), enquanto os participantes que residem em casa própria ou com familiares registaram uma média

substancialmente inferior ($M = 27,65$; $DP = 9,92$). Importa salientar que a média observada nas **peças institucionizadas** se situa claramente **acima do ponto de corte indicativo de solidão patológica** (≥ 32), ao contrário do grupo não institucionalizado, cujo valor médio permanece abaixo desse limiar (ver Tabela 6).

Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percebida entre peças idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

	Solidão Emocional		Solidão Social		Solidão Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,80	2,87	1,69	2,80	27,65	45,16
Erro Desvio	0,78	0,93	0,59	0,79	9,92	13,09

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Perceção de violência em peças institucionalizadas e não institucionalizadas

A análise comparativa da perceção de violência entre peças idosas institucionalizadas e não institucionalizadas revelou **diferenças estatisticamente significativas na maioria das dimensões avaliadas**, com exceção da insegurança financeira ($t(21,300) = -1,032$; $p = 0,314$).

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(19,690) = -3,019$; $p = 0,007$), sendo os residentes em **ERPI** aqueles que apresentaram níveis médios superiores ($M = 1,61$; $DP = 0,60$), comparativamente aos que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 1,19$; $DP = 0,26$).

Relativamente ao **isolamento social**, observaram-se igualmente diferenças significativas ($t(21,314) = -4,969$; $p = 0,000$), com valores médios mais elevados nas **peças institucionalizadas** ($M = 2,52$; $DP = 0,76$) face às não institucionalizadas ($M = 1,61$; $DP = 0,46$).

No que concerne à **dependência funcional**, as diferenças foram também estatisticamente significativas ($t(21,423) = -5,881$; $p = 0,000$), apresentando os residentes em **ERPI** níveis médios superiores ($M = 2,33$; $DP = 0,71$) quando comparados com os participantes que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 1,32$; $DP = 0,44$).

Quanto ao **índice total de violência**, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(19,400) = -4,389$; $p = 0,000$). Os residentes em ERPI apresentaram níveis médios substancialmente superiores ($M = 7,94$; $DP = 2,42$) comparativamente aos que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 5,46$; $DP = 0,95$). Importa salientar que o valor médio do **grupo institucionalizado** se situa muito próximo do ponto de corte definido para risco de violência (≥ 8), posicionando este grupo **no limiar do risco** (ver Tabela 7).

No geral, os resultados indicam que **o contexto institucional está associado a níveis mais elevados de perceção de violência**, particularmente nas dimensões relacionais e funcionais (desconfiança, isolamento e dependência), embora não se observe diferença significativa na dimensão económica.

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/ Famíliares	ERPI	Casa Própria/ Famíliares	ERPI	Casa Própria/ Famíliares	ERPI	Casa Própria/ Famíliares	ERPI	Casa Própria/ Famíliares	ERPI
Média	1,19	1,61	1,61	2,52	1,32	2,33	1,34	1,49	5,46	7,94
Erro Desvio	0,26	0,60	0,46	0,76	0,44	0,71	0,36	0,60	0,95	2,42

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A. Percepção de solidão

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

Na **solidão emocional**, os níveis **mais elevados** foram observados na **categoria “Outros”** ($M = 2,67$; $DP = 0,12$) e nos participantes **sem qualquer tipo de participação** em respostas sociais e comunitárias (“Nenhuma”, $M = 1,92$; $DP = 0,87$). Os valores mais baixos surgiram nos participantes da Universidade Sênior ($M = 1,24$; $DP = 0,60$) e do Centro de Dia ($M = 1,79$; $DP = 0,62$). A análise de variância unifatorial (ANOVA) revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(3,73) = 3,858$; $p = 0,013$), sendo que o teste post hoc de Bonferroni indicou diferença significativa apenas entre Universidade Sênior e “Outros” ($p = 0,023$), com os participantes da primeira a apresentarem níveis inferiores de solidão emocional.

Na **solidão social**, os valores médios **mais elevados** foram registados na **categoria “Outros”** ($M = 2,12$; $DP = 0,05$) e nos participantes **não integrados** em qualquer resposta/ atividade ($M = 1,85$; $DP = 0,63$). Os níveis mais baixos surgiram na Universidade Sênior ($M = 1,44$; $DP = 0,50$) e no Centro de Dia ($M = 1,55$; $DP = 0,53$). A ANOVA indicou diferenças significativas ($F(3,73) = 2,755$; $p = 0,048$), embora as comparações múltiplas de Bonferroni não tenham identificado diferenças estatisticamente significativas entre pares específicos.

Quanto ao **índice total de solidão**, os valores médios **mais altos** foram observados na **categoria “Outros”** ($M = 36,67$; $DP = 1,15$), seguida dos **participantes sem integração** ($M = 29,97$; $DP = 10,89$). Os níveis mais baixos surgiram na Universidade Sênior ($M = 22,00$; $DP = 8,32$) e no Centro de Dia ($M = 26,00$; $DP = 8,37$). A análise ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas ($F(3,73) = 3,160$; $p = 0,030$), embora sem diferenças significativas entre pares específicos.

De forma geral, os resultados sugerem que a **participação em respostas sociais e comunitárias estruturadas**, como a Universidade Sênior e o Centro de Dia, **se associa a níveis mais baixos de solidão** – emocional, social e total – quando comparada com formas menos estruturadas de participação (“Outros”) ou ausência de participação. Embora diferenças globais tenham sido observadas na solidão social e total, estas não se traduzem em contrastes estatisticamente significativos entre pares de grupos após correção pelo método de Bonferroni.

Estes resultados reforçam a **importância da participação social organizada e contínua como fator protetor da solidão** na população idosa, em todas as suas dimensões. Ao contrário, a participação limitada ou informal parece insuficiente para reduzir efetivamente a percepção de solidão.

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

Dimensão	CD	US	O	N
Solidão Emocional	1,79 (0,62)	1,24 (0,60)	2,67 (0,12)	1,92 (0,87)
Solidão Social	1,55 (0,53)	1,44 (0,50)	2,12 (0,05)	1,85 (0,63)
Solidão Total	26,00 (8,37)	22,00 (8,32)	36,67 (1,15)	29,97 (10,89)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência

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

Os resultados indicam a **existência de diferenças em todas as dimensões avaliadas, com exceção da insegurança financeira** ($F(3,73) = 0,335$; $p = 0,800$).

No que se refere às dimensões da desconfiança/insegurança nas relações próximas e isolamento social verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(3,73) = 3,052$; $p = 0,034$; $F(3,73) = 2,858$; $p = 0,043$), mas sem contraste significativo entre pares específicos após correção de Bonferroni.

Já na dependência funcional, A ANOVA revelou diferenças significativas ($F(3,73) = 14,192$; $p = 0,000$), com os participantes do Centro de Dia a apresentaram médias mais elevadas ($M = 1,67$; $DP = 0,41$) em comparação com Universidade Sênior ($M = 1,07$; $DP = 0,23$), “Outros” ($M = 1,08$; $DP = 0,14$) e “Nenhuma” ($M = 1,15$; $DP = 0,34$). O teste post hoc de Bonferroni confirmou diferenças significativas entre o Centro de Dia e todos os outros grupos ($p \leq 0,05$) (ver Tabela 9).

Na violência total, pese embora a existência de diferenças significativas entre os grupos ($F(3,73) = 3,101$; $p = 0,032$), o teste de comparações múltiplas, apenas confirmou diferença entre o Centro de Dia e a Universidade Sênior ($p = 0,025$).

De forma global, os resultados indicam que a **tipologia de participação social não exerce influência homogênea sobre todas as dimensões do risco de violência**. Embora tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas globais ao nível da desconfiança/insegurança nas relações próximas e isolamento social, as comparações múltiplas de Bonferroni não identificaram contrastes significativos entre grupos específicos, sugerindo que estas diferenças se distribuem de forma difusa. Em contraste, a dependência funcional apresenta diferenças claras e consistentes: os participantes do Centro de Dia registaram médias significativamente superiores em relação a todos os outros grupos. No índice total de violência, apenas se verificou diferença significativa entre o Centro de Dia e a Universidade Sênior. Estes resultados sugerem que o **envolvimento em atividades sociais estruturadas pode ter efeitos diferenciados sobre as dimensões do risco de violência**, com destaque para a dependência funcional e a percepção global de violência entre os participantes do Centro de Dia, enquanto outras dimensões permanecem relativamente homogêneas entre os grupos.

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

Dimensão	CD	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,11 (0,21)	1,10 (0,16)	1,13 (0,22)	1,28 (0,30)
Isolamento Social	1,64 (0,45)	1,29 (0,26)	2,00 (0,35)	1,66 (0,48)
Dependência Funcional	1,67 (0,41)	1,07 (0,23)	1,08 (0,14)	1,15 (0,34)
Insegurança Financeira	1,38 (0,44)	1,36 (0,32)	1,42 (0,29)	1,29 (0,32)
Violência Total	5,79 (0,95)	4,83 (0,72)	5,63 (0,74)	5,38 (0,95)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A análise de correlação indicou que, em ambos os contextos, a **solidão percebida associa-se de forma significativa à percepção do risco de vitimação por violência**. No grupo de pessoas idosas **não institucionalizadas**, esta associação apresentou uma **correlação forte e positiva** ($r = 0,654$; $p = 0,000$), indicando que níveis mais elevados de solidão se relacionam com uma maior percepção de vulnerabilidade face à violência. No **grupo institucionalizado**, a **correlação foi ainda mais forte e positiva** ($r = 0,777$; $p = 0,000$), sugerindo que, em contexto institucional, a solidão apresenta uma relação mais estreita com a percepção do risco de violência – quanto mais solitários se percebem os idosos institucionalizados, maior é a sua percepção de vulnerabilidade a situações de violência.

Analisando os valores médios (ver Tabela 10), verifica-se que os residentes em **ERPI** apresentam uma média de **solidão** significativamente mais elevada ($M = 45,16$; $DP = 13,09$), **acima do ponto de corte da escala (>32)**, indicando solidão patológica. Em contraste, os idosos residentes em **casa própria ou com familiares** apresentam uma média de $27,65$ ($DP = 9,92$), revelando níveis moderados de solidão. Em relação à **percepção de violência**, os residentes em **ERPI** registam igualmente valores mais elevados ($M = 7,94$; $DP = 2,42$), situando-se próximo do **limiar do ponto de corte (8)**, enquanto os não institucionalizados apresentam médias inferiores ($M = 5,46$; $DP = 0,95$).

Este padrão evidencia que a relação entre solidão e percepção de violência é mais acentuada em contexto institucional, refletindo uma vulnerabilidade psicossocial mais elevada e uma maior sensibilidade à percepção de risco de violência. Assim, **embora a solidão esteja associada à percepção do risco de violência independentemente do contexto residencial, a institucionalização potencia simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de violência, bem como uma associação mais intensa entre ambas**.

Estes resultados reforçam a relevância da solidão como indicador de vulnerabilidade ao risco de violência entre pessoas idosas e sublinham a necessidade de **estratégias de intervenção direcionadas à redução do isolamento social** e ao **fortalecimento de redes de apoio**, especialmente em contextos institucionais.

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Casa Própria/ Famíliares	Solidão	27,65	9,92	0,654	0,000
	Violência	5,46	0,95		
ERPI	Solidão	45,16	13,09	0,777	0,000
	Violência	7,94	2,42		

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

No grupo de **participantes integrados** em respostas sociais, observou-se uma **correlação positiva, forte** e estatisticamente significativa ($r = 0,583$; $p = 0,000$), indicando que níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de violência.

No **grupo não integrado**, a correlação foi igualmente **positiva**, mas **muito forte** ($r = 0,800$; $p = 0,000$), sugerindo que, entre os idosos que não participam em respostas sociais comunitárias, a solidão se associa de forma mais intensa à percepção do risco de vitimação, possivelmente refletindo maior vulnerabilidade ou menor suporte social.

A análise descritiva dos valores médios apresenta um padrão interessante: os participantes integrados em respostas sociais comunitárias apresentam níveis inferiores de solidão ($M = 25,71$; $DP = 8,70$) quando comparados com os não integrados (solidão $M = 29,97$; $DP = 10,89$). No que respeita à percepção de risco de violência, as diferenças são reduzidas, registando-se valores ligeiramente superiores no grupo integrado ($M = 5,53$; $DP = 0,96$) face ao grupo não integrado ($M = 5,38$; $DP = 0,95$). (ver tabela 11).

Em conjunto, estes resultados indicam que, embora a **integração em respostas sociais comunitárias esteja associada a níveis médios mais baixos de solidão**, a **relação** entre solidão e percepção de risco de violência é **menos intensa** neste grupo. Este padrão é consistente com a hipótese de que a **participação em respostas sociais possa exercer uma função atenuadora na ligação entre sentimentos de solidão e vulnerabilidade percebida**, ainda que tal efeito não tenha sido diretamente testado através de uma análise de moderação.

Adicionalmente, uma leitura interpretativa sugere que a solidão poderá constituir um indicador mais facilmente verbalizado de mal-estar ou fragilidade, particularmente quando a percepção de violência é atravessada por sentimentos de vergonha, medo ou lealdade familiar. A **maior magnitude da correlação no grupo não integrado poderá refletir menor suporte relacional e institucional**, reforçando a **relevância de estratégias de intervenção centradas na promoção de redes de apoio e na redução do isolamento social**.

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	25,71	8,70	0,583	0,000
	Violência	5,53	0,96		
Não Integrados em RS	Solidão	29,97	10,89	0,800	0,000
	Violência	5,38	0,95		

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 Salvaterra de Magos Salvaterra de Magos, os resultados indicam que, globalmente, os níveis médios de **solidão** emocional, social e total se situam **abaixo do limiar clinicamente relevante**. Porém importa sublinhar que **o valor do índice total de solidão está próximo do limiar de solidão patológica** indicando a existência de casos isolados de solidão intensa. A análise em função de características sociodemográficas revelou que o sexo e o rendimento mensal não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas à idade, escolaridade, estado civil, local de residência, perceção de saúde e autonomia percebida: pessoas mais idosas, sem escolaridade, viúvas, a residir em ERPI, com pior perceção de saúde e também de autonomia apresentam níveis médios de solidão superiores ao ponto de corte, revelando níveis de solidão patológica. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a **pessoas mais idosas (85-99 anos), sem escolaridade, viúvas, com residência em ERPI, com pior perceção do estado de saúde e com fraca ou sem autonomia**. Os resultados reforçam a urgência de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

Quanto à perceção de **violência**, os níveis médios situam-se, globalmente, **abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de isolamento social a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentam médias inferiores. Apesar disso, alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte, indicando **situações de risco que justificam atenção e monitorização**. A perceção de violência não difere significativamente quanto a sexo, mas associa-se à idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde e autonomia: as pessoas mais idosas, sem escolaridade, viúvas, com rendimento mensal mais baixo, a residir em ERPI, que se percebem como doentes e com baixa ou sem autonomia, percebem níveis mais elevados de violência, destacando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e intervenção. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados permitem identificar **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente **pessoas idosas mais velhas (85-99 anos), sem escolaridade, viúvas, com maior vulnerabilidade económica, com residência em ERPI, com pior perceção do estado de saúde e maior dependência**, destacando a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a estas situações de maior risco.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/familiares e em ERPI revelou que este influencia significativamente os níveis de solidão, surgindo diferenças em todas as dimensões avaliadas: a solidão social, solidão emocional e índice total de solidão **é mais elevada nas pessoas institucionalizadas (ERPI), sendo o valor médio do índice total de solidão indicativo de solidão patológica**. O contexto residencial também influencia a perceção de violência, registando-se diferenças na maioria das dimensões avaliadas: **a desconfiança/indiferença nas relações próximas, isolamento social, e dependência funcional é significativamente mais elevada entre as pessoas institucionalizadas (ERPI)**. Estes achados 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 respostas sociais “Outros” e sem qualquer tipo de integração associa-se a níveis mais elevados em todas as dimensões da solidão: **social, emocional e índice total** – sendo as pessoas que frequentam a Universidade Sénior e Centro de Dia as que revelam níveis mais baixos, evidenciando um efeito protetor da participação social organizada. A percepção de violência diferiu significativamente entre os grupos em dimensões específicas: a **dependência funcional e o índice de violência total é mais elevada nas pessoas integradas em Centro de Dia** em comparação com as pessoas idosas sem participação. Estes resultados destacam a relevância de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão e percepção de violência na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com os residentes em ERPI a apresentar níveis de solidão patológica e risco de vitimação próximo do limiar do ponto de corte, comparativamente aos residentes em casa própria/familiares. Esta associação entre solidão e percepção de violência é positiva, forte e significativa em todos os contextos, embora seja ainda mais forte nas pessoas institucionalizados, sugerindo que **a institucionalização potencia simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de risco**. Entre os não institucionalizados, a integração em respostas sociais comunitárias modula esta relação, com os participantes integrados a apresentarem correlação positiva e forte, enquanto nos não integrados a correlação é positiva e muito forte. Estes resultados evidenciam a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa de Salvaterra de Magos. Embora os níveis médios se situem, globalmente, abaixo dos limiares de risco clínico, a proximidade do índice total de solidão ao valor de corte patológico revela a existência de casos de isolamento intenso que exigem uma intervenção urgente, dirigida, preventiva e integrada.

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva ecológica e sistémica, envolvendo não apenas as pessoas idosas, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Esta necessidade de uma resposta integrada é validada pela realidade demográfica de Salvaterra de Magos, cujo padrão identificado traduz uma vulnerabilidade multidimensional. Esta é caracterizada por uma população maioritariamente envelhecida (média de 77,55 anos) e com baixos níveis de escolaridade, onde 35,4% não possuem o ensino básico e 43,8% detêm apenas este nível de ensino, e por uma elevada taxa de viuvez (39,6%), fatores que limitam a autoproteção e o acesso a recursos. Nestes perfis, a ligação entre a pior percepção de saúde, a dependência funcional e o isolamento geográfico ou institucional criam condições propícias à violência invisível e ao vazio emocional. Assim, a intervenção municipal deve focar-se na preservação da autonomia funcional e no reforço da vinculação afetiva, garantindo que o diagnóstico clínico-social se traduza em protocolos de atuação célere e coordenada entre as redes de saúde, ação social e justiça.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

No domínio da solidão recomenda-se o reforço da participação em respostas sociais comunitárias estruturadas, com foco prioritário em pessoas mais idosas (85-99 anos), sem escolaridade, viúvas e residentes em ERPI, que apresentem pior percepção de saúde e de autonomia. Sugere-se o desenvolvimento de programas de acompanhamento e grupos de apoio psicológico focados na partilha de experiências e no combate ao isolamento patológico dos grupos identificados de maior vulnerabilidade; reforçar a integração em respostas de participação organizada, como a Universidade Sénior, de forma a garantir atividades pedagogicamente adaptadas a pessoas idosas com menor ou sem escolaridade; implementar programas de estimulação da autonomia percebida, através da criação de oficinas de competências diárias e treino funcional; utilização de recursos inovadores, como tecnologias digitais, realidade aumentada ou virtual, pode constituir uma estratégia complementar para reduzir o isolamento e estimular a interação social. Estas iniciativas, associadas a atividades de grupo regulares e projetos intergeracionais, permitem o fortalecimento de vínculos significativos e melhorar a percepção de saúde e a qualidade de vida relacional não só dos grupos identificados como prioritários, como também das pessoas idosas em geral, atuando numa perspetiva preventiva.

Relativamente à percepção de risco de violência, considerando que este é superior em pessoas idosas de idade avançada (85-99 anos), sem escolaridade, viúvos, com vulnerabilidade económica, residentes em ERPI ou com baixa autonomia, recomenda-se a realização de diagnósticos regulares de vulnerabilidade, com foco rigoroso na dependência funcional e na insegurança financeira, indicadores identificados como os principais preditores de risco em Salvaterra de Magos. Promoção de programas de reconhecimento de sinais de negligência e abuso. Estas ações devem ser adaptadas a pessoas sem escolaridade, utilizando linguagem acessível para garantir a compreensão dos direitos e dos canais de apoio. Criação de fóruns de segurança e grupos de partilha (quer em ERPI, quer na comunidade). Estes espaços devem servir como locais seguros para discutir sentimentos de insegurança e reforçar a autodeterminação. Sugere-se também a implementação de ações de capacitação financeira e promoção da autonomia pessoal.

Na interseção entre solidão e violência, recomenda-se a implementação de programas integrados de apoio psicossocial, com acompanhamento individualizado, monitorização sistemática de situações de risco e reforço da autonomia, da resiliência e das competências pessoais. Estas recomendações focam-se na redução da vulnerabilidade através do empoderamento e da participação social, privilegiando a integração de pessoas mais velhas (85-99 anos), viúvas e residentes em ERPI, através de atividades pedagogicamente adaptadas a quem não tem escolaridade; realizar avaliações regulares focadas na dependência funcional e na insegurança financeira, associando-as a programas de literacia para o reconhecimento de sinais de abuso e negligência; criar fóruns comunitários e institucionais para debater a insegurança e utilizar tecnologias digitais/realidade virtual como ferramentas de mitigação do isolamento em pessoas idosas com mobilidade reduzida; potenciar o desenvolvimento de projetos intergeracionais que reforcem a qualidade de vida relacional.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão recomenda-se a sensibilização das famílias para o fenómeno da solidão institucional. No caso de pessoas idosas residentes em ERPI, sugere-se o desenvolvimento de programas que capacitem as famílias para que atuem como mediadoras do bem-estar emocional, assegurando que o tempo de convivência se traduza interações positivas. É essencial promover a presença de qualidade, educando os cuidadores para a distinção entre o apoio logístico (cuidados básicos e medicação) e o cuidado afetivo. Como estratégia prática, indica-se a implementação de workshops como a “árvore das memórias partilhadas”, onde a construção conjunta de arquivos de histórias e fotos reforça o papel da pessoa idosa como detentora do saber familiar, combatendo eficazmente a solidão emocional e fortalecendo os vínculos geracionais.

Relativamente à violência, é fundamental sensibilizar as famílias para a identificação precoce de sinais de risco, prevenção de situações de abuso, negligência e outro(s) tipo(s) de violência, e para a existência de canais formais de denúncia e serviços de apoio disponíveis. Propõe-se a criação de grupos de apoio ao cuidador de pessoas idosas dependentes, oferecendo ferramentas de gestão de stress e literacia sobre cuidados técnicos, prevenindo o *burnout* que frequentemente precede a violência.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se a implementação de programas de suporte familiar estruturado, com acompanhamento conjunto entre famílias e profissionais, reforçando as redes formais e informais de apoio e a corresponsabilização no cuidado e proteção da pessoa idosa de forma a garantir que a institucionalização não signifique o corte de vínculos, mas sim uma transição protegida

Recomendações dirigidas à comunidade

No que concerne à solidão, no contexto comunitário, recomenda-se o desenvolvimento de iniciativas acessíveis, inclusivas e de proximidade, desenhadas em função das expectativas e motivações da população idosa. O objetivo é fomentar a participação social através do fortalecimento de centros de convívio, projetos locais e das respostas das universidades seniores (aulas, atividades artísticas e físicas, workshops temáticos, visitas culturais e voluntariado), assumindo-as como espaços privilegiados de prevenção da solidão. Sugere-se, ainda, que o município invista na qualificação das respostas comunitárias para que estas funcionem como centros de vigilância efetiva e afetiva. Complementarmente, propõe-se a criação da rede "Salvaterra Solidária", destinada a identificar pessoas idosas em situação de isolamento que não frequentam Centros de Dia – identificados como o grupo de maior risco entre a população não-institucionalizada.

No domínio da prevenção da violência, recomenda-se a criação e consolidação de redes de vigilância comunitária, assentes em mecanismos de sinalização precoce e serviços de apoio integrados. Estas respostas devem ser de proximidade, garantindo a capacidade de identificar e atuar atempadamente perante situações de risco. Considerando a correlação entre a baixa escolaridade e a vulnerabilidade, sugere-se o lançamento de

uma campanha de comunicação visual sobre o “bom trato”, privilegiando informação através da imagem. Adicionalmente, propõe-se a implementação da rede "sentinelas de proximidade", que envolva os vizinhos, o comércio local, os carteiros e as Juntas de Freguesia. Ao converter a vigilância informal num mecanismo eficaz de proteção, o município assegura uma resposta célere a situações de isolamento extremo ou perda súbita de autonomia, garantindo maior segurança à população idosa.

De forma integrada, o poder local deve promover programas que articulem as dimensões da solidão e da violência através da cooperação interinstitucional. A ligação estreita entre os serviços sociais, de saúde e de segurança é fundamental para garantir respostas coordenadas, eficazes e sustentáveis. Propõe-se uma abordagem municipal baseada na inclusão ativa e na vigilância comunitária, com o objetivo de converter a vigilância informal num mecanismo institucionalizado. Esta transição transformará a comunidade num ecossistema de segurança capaz de oferecer respostas céleres a situações de risco. Nesta interseção entre a solidão e a violência, recomenda-se o investimento em programas de estimulação cognitiva e funcional, uma vez que a perda de independência é um indicador direto de vulnerabilidade em ambas as dimensões. O objetivo destas intervenções é capacitar a pessoa idosa, permitindo que esta transforme a consciência do risco em mecanismos ativos de autoproteção.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio do combate à solidão, recomenda-se o investimento na formação contínua dos profissionais de ERPI e Centros de Dia. Esta capacitação deve focar-se em saúde mental, mediação relacional e vulnerabilidade social, visando o reforço das competências de avaliação e acompanhamento psicossocial. A intervenção deve centrar-se numa abordagem relacional, focada em colmatar o "vazio emocional" da pessoa idosa através de uma relação de suporte efetiva. É fundamental capacitar as equipas na aplicação de instrumentos validados, como a Escala de Solidão de UCLA. Este rastreio sistemático permite detetar precocemente o isolamento.

No domínio da violência, é essencial capacitar os profissionais para a identificação, sinalização e intervenção, assegurando o domínio dos protocolos legais e das redes de apoio existentes. As estratégias de diagnóstico devem focar-se prioritariamente em pessoas idosas com má perceção de saúde, um dos fatores identificados como o principal preditor de vitimação. Sugere-se dotar as equipas de competências para a atuação rápida em casos detetados tanto no domicílio como em ERPI, prevenindo abusos frequentemente associados à dependência funcional. Realizar workshops regulares entre os setores da Saúde, Ação Social e Justiça para alinhar critérios de intervenção, garantindo respostas coordenadas, éticas e eficazes no concelho. Direcionar as intervenções aos perfis de maior risco: idosos de idade avançada, sem escolaridade, em situação de viuvez, com carência económica ou institucionalizados.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se o desenvolvimento de um modelo de gestão centrado na pessoa idosa, assente na criação de uma equipa interinstitucional que efetue a análise de risco. Esta equipa deverá promover o rastreio sistemático e integrado da solidão e da violência em todos os diagnósticos clínico-sociais, garantindo respostas éticas e coordenadas. A eficácia deste modelo poderá ser potenciada pela criação de uma Plataforma de Gestão Integrada do Risco no Município, que permitirá o cruzamento de indicadores e a monitorização contínua de casos complexos, transformando o diagnóstico do RiViS 65+ numa estratégia municipal de proteção e promoção da autonomia funcional e vinculação afetiva.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o conselho de Salvaterra de Magos

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis mais elevados de solidão em pessoas mais idosas (85-99 anos), sem escolaridade (35,4%), viúvas (39,6%), em ERPI, com fraca ou sem autonomia.	Reduzir o isolamento social e preservar a autonomia.	Promoção da integração em respostas sociais estruturadas, como Centros de Dia e Universidades Seniores; desenvolvimento de programas de apoio emocional, individual e de grupo, focados na partilha de experiências e em grupos de apoio psicológico; participação em atividades de grupo e projetos de literacia para a autonomia; criação de oficinas de competências diárias, treino funcional e workshops focados na funcionalidade física e cognitiva; implementação de soluções digitais (como realidade aumentada ou virtual) que sirvam de ferramentas de estimulação cognitiva e complemento à interação social.
	Violência	Maior perceção de risco de violência em pessoas mais idosas (85-99 anos) sem escolaridade, viúvas, com maior vulnerabilidade económica, com residência em ERPI, com pior perceção do estado de saúde e maior dependência.	Prevenir e monitorizar situações de risco e aumentar proteção pessoal através de uma rede de vigilância ativa e suporte relacional.	Realizar avaliação regular de vulnerabilidades psicossociais com foco na intervenção direta sobre a autonomia e o bem-estar da pessoa idosa; reforçar a literacia sobre direitos e o reconhecimento de riscos, através de sessões de literacia jurídica especializadas; programas de reconhecimento de sinais de negligência e abuso; criação de fóruns de segurança e grupos de partilha quer em ERPI, quer na comunidade.
	Solidão e Violência	A solidão e a perceção de violência apresentam uma correlação positiva e muito forte, especialmente em contextos de institucionalização e isolamento social.	Intervir de forma integrada sobre fatores psicossociais de risco.	Implementar programas integrados de apoio psicossocial que visem a estimulação cognitiva e funcional e que preservem a autonomia funcional com acompanhamento individualizado; atividades pedagogicamente adaptadas a quem não tem escolaridade; avaliações regulares focadas na dependência funcional e na insegurança financeira; realizar fóruns comunitários e institucionais para debater a insegurança e utilizar tecnologias digitais.
Famílias	Solidão	Importância do suporte familiar, sobretudo em contextos de ERPI.	Reforçar vínculos familiares e capacidade de apoio.	Desenvolver programas de formação em competências de cuidado; sensibilizar para a relevância da interação familiar regular; implementação de workshops como a "árvore das memórias partilhadas", onde a construção conjunta de arquivos de histórias e fotos reforça o papel da pessoa idosa como detentor do saber familiar, combatendo eficazmente a solidão emocional e fortalecendo os vínculos geracionais.
	Violência	Papel central das famílias na deteção precoce de risco.	Prevenir abuso, negligência e violência.	Sensibilizar para sinais precoces de risco; promover a prevenção da violência; divulgar canais de denúncia e serviços de apoio. Propõe-se a criação de escola de cuidadores, focada na gestão de conflitos e cuidados práticos, aliada a planos de contingência familiar e mediação técnica.
	Solidão e Violência	Necessidade de intervenção concertada com a pessoa idosa.	Reforçar suporte formal e informal.	Implementar programas de suporte familiar estruturado; promover acompanhamento conjunto com profissionais reuniões de mediação familiar; fortalecer redes formais e informais de apoio.
Comunidade	Solidão	A evidência demonstra que a participação social organizada	Promover respostas comunitárias como fator protetor.	Desenvolver iniciativas comunitárias inclusivas e de proximidade, como o café de proximidade; reforçar centros de convívio, projetos comunitários e

		(Universidade Sénior e Centro de Dia) é o principal fator protetor contra a solidão.		universidades seniores e fomentar o voluntariado e as relações de vizinhança.
	Violência	A violência total é mais elevada nas pessoas integradas em Centro de Dia.	Reforçar vigilância e sinalização.	Criar redes de vigilância comunitária; desenvolver mecanismos de sinalização precoce; aplicação de questionários adaptados para pessoas com baixa escolaridade; ações de sensibilização interna focadas na prevenção da violência institucional; promover serviços de apoio de proximidade; implementação da rede de sentinelas comunitárias; criar campanha de sensibilização o vizinho atento; desenvolver ações de formação para comerciantes, carteiros e vizinhos sobre sinais de alerta.
	Solidão e Violência	Problemas multidimensionais exigem respostas articuladas.	Garantir intervenção integrada.	Promover e desenvolver programas comunitários integrados protetores e promotores de vigilância sobre os riscos; reforçar articulação interinstitucional; fomentar cooperação entre serviços sociais, de saúde e segurança.
Profissionais	Solidão	Necessidade de maior capacitação técnica.	Promover identificação e intervenção.	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social; proporcionar formação técnica para a aplicação de instrumentos validados, como as escalas de solidão.
	Violência	Complexidade dos fenómenos de abuso e negligência.	Aumentar eficácia da resposta profissional e foco na antecipação do risco.	Capacitar para avaliação, sinalização e intervenção em situações de violência; criação de protocolos de atuação rápida e multidisciplinar para casos detetados tanto em ERPI como no domicílio; a realização de workshops multidisciplinares regulares.
	Solidão e Violência	Necessidade de respostas multidisciplinares.	Promover intervenção integrada e centrada na pessoa.	Desenvolver protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional centrados na pessoa idosa e a criação de uma Plataforma de Gestão Integrada do Risco no Município que garanta um acompanhamento contínuo e personalizado em detrimento de intervenções pontuais e que facilite a gestão de casos complexos.

Referências

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

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

Bibliografia Complementar

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

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

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

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)