



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE OLIVEIRA DE AZEMÉIS

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

Investigador Principal: Fátima Gameiro

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

abril 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.....	13
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.....	19
Tabela 9. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	21
Tabela 10. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	22
Tabela 11. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	22
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Oliveira de Azeméis	28

Introdução

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

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

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

O presente relatório insere-se no âmbito do projeto RIVIS 65+ - financiado pelo Programa Seed Funding (Referência COFAC/ILIND/Lusoglobe/1/2025) - e tem como objetivo caracterizar a situação de solidão e o risco de violência na população com 65 ou mais anos residente no concelho de Oliveira de Azeméis. 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 Oliveira de Azeméis. 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 Oliveira de Aze-
méis, 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 im-
pedissem 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, permi-
tindo 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 compa-
rados. 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 independen-
tes foram efetuadas através de análise de variância unifatorial (ANOVA). Sempre que a ANOVA revelou dife-
renças estatisticamente significativas, procederam-se a comparações múltiplas *post hoc* pelo teste de Bonfer-
roni, 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 con-
duzidas utilizando o software SPSS versão 27.

3.6. Considerações Éticas

O estudo respeitou integralmente os princípios éticos da investigação com seres humanos, garantindo a dig-
nidade, 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 101 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Oliveira de Azeméis. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 75$; 74,3%), em comparação com o sexo masculino ($n = 26$; 25,7%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 101 anos, apresentando uma média de 78,22 anos ($DP = 7,47$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 49$; 48,5%), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n = 34$; 33,7%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui somente o ensino básico ($n = 59$; 58,4%), ou não possui sequer o ensino básico ($n = 33$; 32,7%), 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** ($n = 78$; 77,2%) e os restantes em zona urbana ($n = 23$; 22,8%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 76$; 75,2%), enquanto uma percentagem mais reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 24$; 23,8%) ou não possui resposta habitacional/casa ($n = 1$; 1,0%).

Relativamente ao rendimento mensal, observa-se que 32,7% dos participantes ($n = 33$) auferem menos de 500 euros mensais e igual proporção ($n = 33$; 32,7%) apresenta rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros. Estes dados evidenciam uma situação económica globalmente fragilizada, com uma parte significativa da amostra a situar-se em escalões de baixo rendimento, potencialmente associados a maior **vulnerabilidade social e financeira**.

No que se refere à percepção do **estado de saúde**, avaliada numa escala dicotómica de 1 (doente) a 2 (saúdável), os participantes apresentaram uma média de 1,44 ($DP = 0,50$), indicando uma **percepção intermédia, com ligeira tendência para a avaliação negativa** do seu estado de saúde. Relativamente à **autonomia**, igualmente avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,50 ($DP = 0,50$), valor que corresponde ao ponto intermédio da escala. Este resultado sugere uma **distribuição aproximadamente equilibrada entre participantes que se percebem como dependentes e aqueles que se consideram independentes** em termos funcionais.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	26	25,7
	Feminino	75	74,3
Idade (anos)	Intervalo	65-101	—
	Média (DP)	78,22 (7,47)	—
Idade (por grupo)	65-74	39	38,6
	75-84	36	35,6
	85 +	26	25,7
Estado Civil	Solteiro/a	8	7,9
	Casado(a)/União de Facto	34	33,7
	Divorciado/a	10	9,9

	Viúvo/a	49	48,5
Escolaridade	Sem Ensino Básico	33	32,7
	Com Ensino Básico	59	58,4
	Com Ensino Secundário	7	6,9
	Com Ensino Superior	2	2,0
Zona de Residência	Rural	78	77,2
	Urbano	23	22,8
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	76	75,2
	ERPI	24	23,8
	Sem Resposta Habitacional	1	1,0
Rendimento Mensal	- 500 euros	33	32,7
	de 501 a 870 euros	33	32,7
	de 871 a 1045 euros	4	4,0
	de 1046 a 1568 euros	10	9,9
	+ de 1569 euros	2	2,0
	Prefiro não responder	19	18,8
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,44 (0,50)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,50 (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 = 76; 75,2%). Desses, 43,4% vivem sozinhos (n = 33), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 48; 63,2%).

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 68; 89,5%). Entre os que beneficiam deste serviço, a resposta mais frequente corresponde ao fornecimento de refeições (n = 5; 6,6%).

Apesar de a maioria não usufruir de SAD, **78,9% encontram-se integrados em respostas sociais de proximidade**, como centros de dia e centros de convívio, ou participam noutras atividades comunitárias. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 39; 51,3%).

Uma **percentagem mais reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 24; 23,8%). Entre estes participantes, 66,7% (n = 16) referem participar em atividades culturais, 16,7% (n = 4) em atividades de lazer, 8,3% (n = 2) em atividades desportivas e 8,3% (n = 2) indicam não frequentar qualquer atividade.

No que respeita à frequência de participação, a maioria dos residentes institucionalizados refere envolver-se em atividades 6 a 7 vezes por semana (n = 11; 45,8%), sugerindo uma elevada regularidade na dinamização ocupacional em contexto institucional.

Apenas um participante (1,0%) se encontra em situação de **ausência de resposta habitacional**, referindo, contudo, o acompanhamento por um técnico gestor de caso. Este dado evidencia uma cobertura habitacional praticamente total na amostra, ainda que subsista uma situação pontual de maior vulnerabilidade social.

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

Tabela 3. Caracterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	Categoria	Sub-Categoria	n	%
Casa Própria-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	33	43,4
		Com parceiro/a	22	28,9
		Com Filho/a	11	14,5
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	7	9,2
		Com Outro(s)	3	3,9
		Omisso	25	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	9	11,8
		Vivenda isolada	19	25,0
		Vivenda com vizinhos	48	63,2
		Omisso	25	—
	SAD	Não	68	89,5
		Sim	8	10,5
		Omisso	25	—
	SAD- Tipo	Refeições	5	6,6
		Roupa	2	2,6
		Outro(s)	1	1,3
		Nenhuma	66	86,8
		Refeições e Limpeza	1	1,3
		Refeições e Roupa	1	1,3
		Omisso	25	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	18	23,7
		Centro de Convívio	34	44,7
		Outra(s)	7	9,2
		Nenhuma	16	21,1
		Centro de Convívio e Universidade Sénior	1	1,3
		Omisso	25	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	9	11,8
		3 a 5 vezes por semana	39	51,3
		6 a 7 vezes por semana	14	18,4
		Nenhuma	14	18,4
		Omisso	25	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	16	66,7
		Atividades desportivas	2	8,3
		Atividades de lazer	4	16,7
		Nenhuma	2	8,3
		Omisso	77	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	4	16,7
		3 a 5 vezes por semana	7	29,2
		6 a 7 vezes por semana	11	45,8
		Nenhuma	2	8,3
		Omisso	77	—
Sem Res-posta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	1	100
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	1	100

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

4. Resultados

4.1. Percepção de Solidão

A. Níveis de percepção de solidão

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

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 1,84 (DP = 0,75), com valores compreendidos entre 1 e 3,60, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala** (2), ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,75 (DP = 0,67), com um intervalo entre 1 e 3,73 evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 28,47 (DP = 10,61), com valores mínimos de 16 e máximos de 59. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total superiores ao ponto de corte (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Percepção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,84	1,75	28,47
Erro Desvio	0,75	0,67	10,61
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,60	3,73	59,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

De modo geral, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função do sexo** ($t(99) = -0,859$; $p = 0,392$), **idade** ($F(2,98) = 0,248$; $p = 0,781$), **escolaridade** ($F(3,97) = 2,387$; $p = 0,074$), **rendimento mensal** ($F(5,95) = 1,037$; $p = 0,401$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI; ($t(98) = -0,996$; $p = 0,322$), **estado de saúde percebido** ($t(99) = 1,630$; $p = 0,106$) e **autonomia** ($t(99) = 1,679$; $p = 0,096$).

Contudo, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil** ($F(3,97) = 3,537$; $p = 0,018$). Considerando o ponto de corte patológico definido para valores iguais ou superiores a 32, os indivíduos divorciados apresentaram valores médios indicativos de solidão patológica ($M = 35,30$; DP = 11,47), seguidos dos solteiros, ligeiramente acima do limiar patológico ($M = 32,50$; DP = 11,31). Os viúvos ($M = 29,06$; DP = 10,08) e os casados ou em união de facto ($M = 24,65$; DP = 9,83) apresentaram médias inferiores ao ponto de corte. A análise post hoc revelou que as diferenças estatisticamente significativas se verificam

apenas entre o grupo dos casados/união de facto e o grupo dos divorciados ($p = 0,028$), não se observando diferenças significativas entre os restantes grupos, apesar das variações nas médias.

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas na maioria das variáveis analisadas, a observação das médias revela algumas tendências que importa assinalar.

Verifica-se que as mulheres apresentam níveis médios de solidão superiores ($M = 29,00$; $DP = 10,67$) comparativamente aos homens ($M = 26,92$; $DP = 10,50$). Relativamente à idade, não se verifica um padrão linear, registando-se valores médios de 29,36 ($DP = 11,49$) no grupo dos 65–74 anos, 27,64 ($DP = 9,88$) no grupo dos 75–84 anos e 28,27 ($DP = 10,53$) nos participantes com 85 ou mais anos. No que respeita à escolaridade, os indivíduos sem ensino básico apresentam valores médios mais elevados ($M = 32,18$; $DP = 11,34$), acima do ponto de corte para solidão patológica, enquanto os restantes grupos apresentam valores inferiores: ensino básico ($M = 26,20$; $DP = 9,89$), ensino secundário ($M = 30,00$; $DP = 10,75$) e ensino superior ($M = 28,50$; $DP = 3,54$).

Quanto ao rendimento mensal, verifica-se uma tendência para valores mais elevados nos escalões mais baixos, nomeadamente <500€ ($M = 30,33$; $DP = 11,91$) e 501–870€ ($M = 29,67$; $DP = 11,05$), comparativamente a escalões intermédios e superiores, como 1046–1568€ ($M = 25,10$; $DP = 7,29$) e >1569€ ($M = 24,00$; $DP = 0,00$). No que diz respeito ao local de residência, os participantes em ERPI apresentam níveis médios superiores de solidão ($M = 30,42$; $DP = 8,73$) face aos que residem em casa própria ou de familiares ($M = 27,93$; $DP = 11,17$). Adicionalmente, os indivíduos que se percebem como doentes evidenciam valores médios mais elevados ($M = 29,96$; $DP = 10,55$) do que os que se consideram saudáveis ($M = 26,52$; $DP = 10,49$). Por fim, os participantes com menor autonomia apresentam níveis médios de solidão superiores ($M = 30,24$; $DP = 11,53$) em comparação com aqueles com maior autonomia ($M = 26,73$; $DP = 9,42$).

Embora estas diferenças não atinjam significância estatística, os padrões observados sugerem a possível influência de fatores sociodemográficos, económicos e funcionais na experiência de solidão.

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 1,31 ($DP = 0,39$), com valores compreendidos entre 1 e 2,5, indicando **níveis globalmente baixos de perceção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas ($M = 1,64$; $DP = 0,51$), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,2, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,45 ($DP = 0,46$), com um intervalo entre 1 e 2,5, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,47 ($DP = 0,49$), com valores que variam entre 1 e 3,5, evidenciando uma **perceção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,87 (DP = 1,29), com valores mínimos de 4 e máximos de 11,5. Considerando o ponto de corte estabelecido (> 8), o **valor médio situa-se abaixo do limiar indicativo de risco de violência**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justificam atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5. Percepção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,31	1,64	1,45	1,47	5,87
Erro Desvio	0,39	0,51	0,46	0,49	1,29
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,50	3,20	2,50	3,50	11,50

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Pese embora esta possibilidade, **na presente amostra não se observaram diferenças estatisticamente significativas quanto à percepção de violência em nenhuma das variáveis avaliadas**: Sexo ($t(99) = -0,241$; $p = 0,810$); idade ($F(2,98) = 0,436$; $p = 0,648$), escolaridade ($F(3,97) = 0,532$; $p = 0,662$), estado civil ($F(3,97) = 2,394$; $p = 0,073$), rendimento mensal ($F(5,95) = 0,811$; $p = 0,545$), local de residência (casa própria ou de familiares/ERPI; ($t(98) = -0,561$; $p = 0,576$), estado de saúde percebido ($t(99) = 1,032$; $p = 0,305$) ou autonomia ($t(99) = 1,150$; $p = 0,253$).

Ainda assim, a análise descritiva das médias revela tendências interessantes e que vale a pena considerar, ainda que estas não registem significância estatística.

No que respeita ao sexo, verifica-se uma proximidade entre os valores médios, ainda que ligeiramente superiores nas mulheres ($M = 5,89$; $DP = 1,34$) face aos homens ($M = 5,82$; $DP = 1,17$). Relativamente à idade, os valores mantêm-se globalmente estáveis entre os grupos etários, com médias de 5,84 ($DP = 1,35$) no grupo dos 65–74 anos, 5,76 ($DP = 1,30$) nos 75–84 anos e um ligeiro aumento para 6,07 ($DP = 1,22$) nos participantes com 85 ou mais anos e que registam uma maior percepção de risco de violência.

No que concerne à escolaridade, observa-se alguma variabilidade entre grupos, destacando-se valores mais elevados nos indivíduos com ensino secundário ($M = 6,25$; $DP = 1,74$) e sem ensino básico ($M = 6,02$; $DP = 1,62$), comparativamente aos participantes com ensino básico ($M = 5,75$; $DP = 1,03$) e ensino superior ($M = 5,65$; $DP = 0,88$). No estado civil, embora sem significância estatística ($p = 0,073$), registam-se diferenças mais expressivas entre grupos, com os indivíduos divorciados a apresentarem o valor médio mais elevado ($M = 6,78$; $DP = 1,80$), seguidos dos solteiros ($M = 6,15$; $DP = 0,78$), enquanto os casados ou em união de facto apresentam os valores mais baixos ($M = 5,60$; $DP = 1,23$), e os viúvos valores intermédios ($M = 5,83$; $DP = 1,22$).

Relativamente ao rendimento mensal, observa-se uma tendência para valores médios mais elevados nos escalões de menor rendimento, nomeadamente inferiores a 500€ ($M = 6,10$; $DP = 1,64$), com uma diminuição progressiva nos escalões superiores, atingindo o valor mais baixo no grupo com rendimentos superiores a

1.569€ ($M = 4,85$; $DP = 0,07$). No que diz respeito ao local de residência, os participantes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas apresentam valores médios ligeiramente superiores ($M = 6,01$; $DP = 1,08$) face aos que residem em casa própria ou de familiares ($M = 5,84$; $DP = 1,36$).

Adicionalmente, os indivíduos que se percebem como doentes apresentam níveis médios de perceção de violência superiores ($M = 5,99$; $DP = 1,38$) comparativamente aos que se consideram saudáveis ($M = 5,72$; $DP = 1,16$). De forma semelhante, os participantes com menor nível de autonomia evidenciam valores médios mais elevados ($M = 6,02$; $DP = 1,28$) face aos que apresentam maior autonomia ($M = 5,73$; $DP = 1,30$).

Em conjunto, embora estas diferenças não apresentem significância estatística, os padrões observados sugerem a possível influência de fatores sociodemográficos, económicos e funcionais na perceção da violência, devendo a sua interpretação ser cautelosa e enquadrada no carácter exploratório da análise.

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

A análise comparativa da perceção de solidão entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas **não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões avaliadas**: solidão emocional ($t(98) = 0,719$; $p = 0,474$), solidão social ($t(98) = -1,819$; $p = 0,072$) e solidão total ($t(98) = -0,996$; $p = 0,322$).

Não obstante a ausência de significância estatística, a análise descritiva das médias (ver Tabela 6) evidencia algumas diferenças relevantes entre os grupos. No que respeita à solidão emocional, os indivíduos a residir em casa própria ou de familiares apresentam valores médios ligeiramente superiores ($M = 1,88$; $DP = 0,77$) comparativamente aos residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) ($M = 1,75$; $DP = 0,69$). Em contrapartida, na dimensão de solidão social, observa-se um padrão inverso, com os indivíduos institucionalizados a apresentarem valores médios mais elevados ($M = 1,97$; $DP = 0,52$) face aos não institucionalizados ($M = 1,69$; $DP = 0,70$).

Relativamente à solidão total, os participantes em ERPI evidenciam valores médios superiores ($M = 30,42$; $DP = 8,73$) quando comparados com os que residem em casa própria ou de familiares ($M = 27,93$; $DP = 11,17$), sugerindo uma maior perceção global de solidão entre os indivíduos institucionalizados, ainda que sem significância estatística. Importa salientar que o ponto de corte definido para a identificação de solidão com expressão patológica corresponde a valores iguais ou superiores a 32. Neste enquadramento, embora nenhum dos grupos apresente, em termos médios, valores acima deste limiar, os indivíduos institucionalizados situam-se mais próximos desse ponto crítico, o que poderá indiciar uma maior vulnerabilidade relativa.

Em síntese, embora os resultados não permitam afirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, os dados descritivos apontam para uma tendência de maior solidão social e global entre os indivíduos institucionalizados, enquanto os não institucionalizados parecem experienciar níveis ligeiramente superiores de solidão emocional, o que poderá refletir diferentes formas de vivência da solidão em função do contexto habitacional.

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

	Solidão Emocional		Solidão Social		Solidão Total	
	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI
Média	1,88	1,75	1,69	1,97	27,93	30,42
Erro Desvio	0,77	0,69	0,70	0,52	11,17	8,73

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas ($t(98) = -0,685$; $p = 0,495$), isolamento social ($t(98) = -1,312$; $p = 0,193$) e no índice total de violência ($t(98) = -0,561$; $p = 0,576$). Em contrapartida, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de dependência funcional** ($t(46,368) = -3,241$; $p = 0,002$) **e insegurança financeira** ($t(98) = 3,159$; $p = 0,002$).

A análise descritiva dos dados apresentados na Tabela 7 permite aprofundar a compreensão destes resultados. Embora a maioria das diferenças não atinja significância estatística, observa-se uma tendência para valores médios superiores entre os indivíduos institucionalizados em várias dimensões, nomeadamente na desconfiança/insegurança nas relações próximas ($M = 1,36$; $DP = 0,41$ vs. $M = 1,30$; $DP = 0,39$), no isolamento social ($M = 1,77$; $DP = 0,53$ vs. $M = 1,61$; $DP = 0,50$) e na dependência funcional ($M = 1,69$; $DP = 0,38$ vs. $M = 1,38$; $DP = 0,46$), sendo nesta última dimensão a diferença estatisticamente significativa.

Por outro lado, na dimensão de insegurança financeira, verifica-se um padrão inverso, com os indivíduos não institucionalizados a apresentarem valores médios superiores ($M = 1,55$; $DP = 0,52$) em comparação com os residentes em ERPI ($M = 1,20$; $DP = 0,29$), diferença que se revelou estatisticamente significativa. Este resultado poderá refletir uma maior estabilidade financeira associada ao contexto institucional, onde despesas essenciais tendem a estar mais asseguradas.

Relativamente ao índice global de violência, os participantes institucionalizados apresentam valores médios ligeiramente superiores ($M = 6,01$; $DP = 1,08$) face aos que residem em casa própria ou de familiares ($M = 5,84$; $DP = 1,36$), ainda que esta diferença não seja estatisticamente significativa.

Em síntese, os resultados sugerem que, embora a percepção global de violência não difira significativamente entre os grupos, existem dimensões específicas – como a dependência funcional e a insegurança financeira – onde se observam diferenças relevantes, apontando para distintos perfis de vulnerabilidade associados ao contexto habitacional.

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/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI
Média	1,30	1,36	1,61	1,77	1,38	1,69	1,55	1,20	5,84	6,01
Erro Desvio	0,39	0,41	0,50	0,53	0,46	0,38	0,52	0,29	1,36	1,08

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

Na relação da solidão entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de solidão emocional ($F(3,72) = 2,083$; $p = 0,110$), solidão social ($F(3,72) = 1,863$; $p = 0,144$) e solidão total ($F(3,72) = 1,962$; $p = 0,127$).

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

Na dimensão de **solidão emocional**, os valores mais elevados registam-se no grupo integrado em outras respostas/atividades (O) ($M = 2,26$; $DP = 0,75$) e no Centro de Dia (CD) ($M = 2,11$; $DP = 0,87$), enquanto os valores mais baixos se observam nos participantes integrados em Centro de Convívio (CC) ($M = 1,67$; $DP = 0,61$) e nos que não participam em nenhuma resposta/atividade (N) ($M = 1,90$; $DP = 0,88$).

Relativamente à **solidão social**, o grupo integrado em outras respostas/atividades (O) apresenta novamente o valor médio mais elevado ($M = 2,14$; $DP = 0,71$), seguido dos participantes sem integração (N) ($M = 1,80$; $DP = 0,81$) e dos que frequentam Centro de Dia (CD) ($M = 1,74$; $DP = 0,75$), enquanto os valores mais baixos se verificam no Centro de Convívio (CC) ($M = 1,52$; $DP = 0,59$).

No que respeita à **solidão total**, o grupo integrado em outras respostas/atividades (O) apresenta o valor médio mais elevado ($M = 34,86$; $DP = 11,13$), ultrapassando o ponto de corte definido para solidão com expressão patológica (≥ 32). Os restantes grupos apresentam valores inferiores, nomeadamente os participantes em Centro de Dia (CD) ($M = 29,67$; $DP = 12,40$), sem integração (N) ($M = 29,25$; $DP = 12,85$) e em Centro de Convívio (CC) ($M = 25,06$; $DP = 9,10$), sendo este último o grupo com menor percepção de solidão global.

Em síntese, embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas, os resultados descritivos sugerem níveis mais elevados de solidão, particularmente global, nos participantes integrados em outras respostas/atividades, bem como valores relativamente elevados nos frequentadores de Centro de Dia. Por outro lado, a participação em Centro de Convívio parece associar-se a níveis mais baixos de solidão, sobretudo na dimensão global. Estes resultados apontam para a importância da natureza e qualidade das respostas sociais na experiência de solidão, ainda que a sua interpretação deva ser cautelosa face à ausência de significância estatística.

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

Dimensão	CD	CC	O	N
Solidão Emocional	2,11 (0,87)	1,67 (0,61)	2,26 (0,75)	1,90 (0,88)
Solidão Social	1,74 (0,75)	1,52 (0,59)	2,14 (0,71)	1,80 (0,81)
Solidão Total	29,67 (12,40)	25,06 (9,10)	34,86 (11,13)	29,25 (12,85)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência

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

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(3,72) = 0,030$; $p = 0,993$), isolamento social ($F(3,72) = 0,258$; $p = 0,855$), insegurança financeira ($F(3,72) = 1,006$; $p = 0,395$) e violência total ($F(3,72) = 1,440$; $p = 0,238$).

Em contrapartida, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas na dimensão de dependência funcional** ($F(3,72) = 7,604$; $p < 0,001$). As comparações múltiplas (teste de Bonferroni) revelaram diferenças significativas entre os participantes integrados em Centro de Dia e os que frequentam Centro de Convívio ($p = 0,000$), bem como entre os participantes em Centro de Dia e aqueles sem qualquer integração em respostas sociais ($p = 0,009$), sendo os valores mais elevados observados no grupo de Centro de Dia.

A análise descritiva dos dados apresentados na Tabela 9 permite aprofundar a interpretação destes resultados. Embora a maioria das dimensões não apresente diferenças estatisticamente significativas, observa-se uma elevada homogeneidade nos valores médios de desconfiança/insegurança nas relações próximas entre os diferentes grupos (variando entre $M = 1,29$ e $M = 1,32$). De forma semelhante, na dimensão de isolamento social, os valores mantêm-se próximos entre grupos, com ligeiro destaque para o grupo “Outros” ($M = 1,77$; $DP = 0,71$), ainda que sem expressão estatística.

Na dimensão de dependência funcional, verificam-se diferenças mais acentuadas, com o grupo de Centro de Dia a apresentar o valor médio mais elevado ($M = 1,78$; $DP = 0,33$), contrastando com o Centro de Convívio ($M = 1,22$; $DP = 0,38$) e com os participantes sem integração ($M = 1,31$; $DP = 0,46$), o que corrobora os resultados inferenciais obtidos.

Relativamente à insegurança financeira, observa-se uma tendência para valores mais elevados nos participantes integrados em “Outros” ($M = 1,75$; $DP = 0,82$) e em Centro de Dia ($M = 1,67$; $DP = 0,59$), enquanto os valores mais baixos se registam nos participantes sem integração ($M = 1,44$; $DP = 0,46$), embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Por fim, no índice global de violência, os valores mais elevados observam-se nos participantes em Centro de Dia ($M = 6,34$; $DP = 1,35$) e no grupo “Outros” ($M = 6,16$; $DP = 2,43$), enquanto os valores mais baixos se verificam nos participantes em Centro de Convívio ($M = 5,60$; $DP = 1,18$) e sem integração ($M = 5,67$; $DP = 1,06$), ainda que sem diferenças estatisticamente significativas.

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

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

Dimensão	CD	CC	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,30 (0,45)	1,29 (0,33)	1,29 (0,54)	1,32 (0,40)
Isolamento Social	1,60 (0,54)	1,59 (0,49)	1,77 (0,71)	1,60 (0,40)
Dependência Funcional	1,78 (0,33)	1,22 (0,38)	1,36 (0,57)	1,31 (0,46)
Insegurança Financeira	1,67 (0,59)	1,50 (0,43)	1,75 (0,82)	1,44 (0,46)
Violência Total	6,34 (1,35)	5,60 (1,18)	6,16 (2,43)	5,67 (1,06)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Foram incluídos nesta análise apenas os participantes residentes em casa própria ou de familiares e em ERPI, uma vez que apenas um participante se encontra em situação de ausência de resposta habitacional.

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 ($r = 0,641$; $p = 0,000$), indicando que níveis mais elevados de solidão se relacionam com uma maior percepção de vulnerabilidade face à violência. No grupo institucionalizado, a correlação foi muito forte e positiva ($r = 0,875$; $p = 0,000$), 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 mais elevada ($M = 30,42$; $DP = 8,73$), ainda que abaixo do ponto de corte da escala (>32), enquanto os idosos residentes em casa própria ou com familiares apresentam uma média de 27,93 ($DP = 11,17$). Em relação à percepção de violência, os valores são mais próximos entre os grupos ($M = 6,01$ para ERPI vs. $M = 5,84$ para casa própria/familiares; $DP = 1,08$ vs. $1,36$), embora os residentes em ERPI apresentem uma média ligeiramente superior.

Este padrão indica 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.

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

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Casa Própria/ Famíliares	Solidão	27,93	11,17	0,641	0.000
	Violência	5,84	1,36		
ERPI	Solidão	30,42	8,73	0,875	0.000
	Violência	6,01	1,08		

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise de correlação de Pearson entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência entre pessoas idosas não institucionalizadas revelou padrões distintos consoante a integração, ou não, em respostas sociais comunitárias (Tabela 11).

No **grupo integrado em atividades de apoio comunitário, a correlação foi positiva, forte** e estatisticamente significativa ($r = 0,648$; $p = 0,000$), indicando que, mesmo em contextos de participação comunitária, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de violência.

No **grupo não integrado, a correlação foi igualmente positiva e forte** ($r = 0,706$; $p = 0,002$), 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 reforça esta interpretação: **os participantes não integrados** apresentam **valores médios ligeiramente mais elevados de solidão** ($M = 29,25$; $DP = 12,85$) em comparação com os integrados em respostas sociais comunitárias (solidão $M = 27,58$; $DP = 10,77$). Já no que se refere à violência verifica-se o inverso, com **os participantes integrados a registarem uma percepção de violência mais elevada** ($M = 5,89$; $DP = 1,43$) relativamente aos não integrados ($M = 5,67$; $DP = 1,06$). Apesar das médias de violência ligeiramente superiores nos integrados, a magnitude da correlação é menor neste grupo ($r = 0,648$) do que no grupo não integrado ($r = 0,706$), sugerindo que a integração social pode exercer um efeito moderador, atenuando a intensidade da associação entre solidão e percepção de risco de violência (ver tabela 11).

Uma leitura complementar destes resultados permite levantar a **hipótese de que a solidão poderá funcionar como um indicador mais facilmente verbalizado de vulnerabilidade**, enquanto a experiência ou percepção de violência tende a ser silenciada ou minimizada por sentimentos de vergonha, medo, lealdade familiar ou estigmatização. A maior correlação observada entre os não integrados poderá ainda indicar menor mediação institucional ou menos oportunidades de externalização segura destas experiências, reforçando a importância de estratégias que promovam redes de apoio e reduzam o isolamento social.

Em síntese, os resultados sugerem que **a participação em respostas sociais comunitárias está associada a níveis médios ligeiramente mais baixos de solidão**, mas com uma relação menos intensa entre solidão e percepção de violência. Por outro lado, a **ausência de integração potencia a ligação entre solidão e vulnerabilidade percebida, evidenciando a relevância de intervenção social** orientada para suporte e participação comunitária, de modo a moderar os efeitos da solidão na percepção de violência.

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	27,58	10,77	0,648	0,000
	Violência	5,89	1,43		
Não Integrados em RS	Solidão	29,25	12,85	0,706	0,002
	Violência	5,67	1,06		

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 Oliveira de Azeméis, os resultados indicam que, globalmente, os **níveis médios de solidão** emocional, social e total **se situam abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante**, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão elevada. A análise em função de características sociodemográficas revelou que sexo, idade, escolaridade, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde percebido e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Apenas se verificaram diferenças associadas ao estado civil: pessoas divorciadas ou solteiras apresentam níveis médios de solidão superiores ao ponto de corte, sendo por isso indicadores de solidão patológica. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **divorciadas ou solteiras**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados podem permitir sinalizar estes grupos como prioritários de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

Quanto à perceção de **violência**, **os níveis médios situam-se, globalmente, abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de isolamento social a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentam médias inferiores. Apesar disso, no índice total de perceção de violência 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 em nenhuma das variáveis sociodemográficas analisadas**, porém os padrões observados sugerem uma possível influência de fatores sociodemográficos, económicos e funcionais na perceção de violência: são as mulheres, indivíduos com 85 ou mais anos, divorciadas e solteiras, residentes em ERPI, com ensino secundário ou sem ensino básico, que auferem rendimentos mais baixos, e que se percebem como doentes e com menos autonomia, os que apresentam níveis superiores de perceção de violência. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados podem alertar para a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a eventuais situações de maior risco.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/famíliares e em ERPI revelou que, de forma geral, este não influencia significativamente os níveis de solidão, no entanto os resultados descritivos demonstraram que as pessoas idosas a residir em ERPI tendem a reportar maior solidão social e global, enquanto as não institucionalizadas tendem a sentir mais solidão emocional. Quanto à perceção global de violência, surgem diferenças em dimensões específicas: **dependência funcional é significativamente maior entre os institucionalizados (ERPI)**, refletindo maior necessidade de apoio nas atividades da vida diária, enquanto a **insegurança financeira é mais elevada nos idosos não institucionalizados**, possivelmente devido ao menor acesso a apoios institucionais. 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 esta variável não influencia significativamente os níveis de solidão, contudo uma vez mais, os dados descritivos identificam algumas tendências: os participantes integrados em outras respostas apresentam níveis mais elevados de solidão, especialmente na dimensão global, sendo que os participantes integrados em Centro de Convívio apresentam níveis mais baixos de solidão, designadamente na dimensão global. A perceção de violência total não difere significativamente entre os grupos, mas surgem diferenças numa dimensão específica: **a dependência funcional é mais elevada nos participantes integrados Centro de Dia** em comparação com os integrados em Centro de Convívio e sem participação. Este resultado destaca a relevância de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e perceção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com os idosos residentes em ERPI a apresentar níveis ligeiramente mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os residentes em casa própria/familiares. Esta associação entre solidão e perceção de violência é positiva, forte e significativa em todos os contextos, embora mais intensa em idosos institucionalizados, sugerindo que **a institucionalização potencia simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de perceção de risco**. Entre os não institucionalizados a integração em respostas sociais comunitárias modula esta relação, com os participantes integrados a apresentarem correlação positiva, forte e significativa, sendo a natureza da correlação idêntica nos não integrados. Estes resultados indicam que **a integração comunitária reduz a solidão e potencia a consciência do risco**, enquanto **a ausência de participação social pode favorecer a normalização da solidão ou menor perceção de vulnerabilidade**, evidenciando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa de Oliveira de Azeméis. Embora os níveis médios se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos, a existência de subgrupos vulneráveis e a correlação positiva e forte entre solidão e risco de vitimação justificam a formulação de recomendações dirigidas e integradas.

Importa salientar que a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva e sistémica, envolvendo famílias, comunidade e profissionais de proximidade. Embora a solidão e a percepção de violência não sejam generalizadas, manifestam-se de forma crítica em subgrupos específicos. A solidão atinge níveis patológicos especificamente entre divorciados e solteiros. Paralelamente, a percepção de violência é superior em mulheres, indivíduos com 85 ou mais anos, com baixos rendimentos e menor autonomia funcional. As pessoas idosas residentes em ERPI apresentam maior solidão social e risco de vitimação e os residentes na comunidade enfrentam maior insegurança financeira, destacando-se os Centros de Convívio como fatores protetores essenciais. Os resultados sustentam, assim, uma estratégia municipal de gestão transversal, focada em programas de base comunitária que previnam a solidão e assegurem a vigilância contínua de situações de risco psicossocial.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se o reforço da participação em respostas sociais comunitárias estruturadas particularmente dirigido a divorciados e solteiros, os únicos subgrupos com níveis de solidão patológica identificados, assim como fomentar a adesão a Centros de Convívio, dado serem o fator protetor mais eficaz contra a solidão global no concelho. Sugere-se a abertura comunitária das ERPI, no sentido de diversificarem as atividades institucionais para o exterior e o investimento na humanização do Serviço de Apoio Domiciliário. Integrar o uso de tecnologias digitais e realidade virtual ou aumentada, ferramentas que podem potenciar a estimulação cognitiva e reduzir o isolamento através de interações sociais inovadoras.

Relativamente à percepção do risco de violência, recomenda-se a realização de ações de literacia sobre direitos e gestão financeira, com foco em mulheres e outras pessoas idosas com rendimentos baixos, visando prevenir a violência económica e capacitar para o uso de canais de denúncia. Simultaneamente, é crucial implementar programas de manutenção física e adaptação do domicílio, em particular para pessoas com +85 anos. Recomenda-se ainda a realização de avaliações regulares de risco no domicílio, garantindo o reconhecimento precoce de sinais de abuso e o acesso preventivo a recursos de apoio, combatendo assim a insegurança financeira e a vulnerabilidade associada à perda de funcionalidade.

Na interseção entre a solidão e a violência, justifica-se a implementação de programas integrados de apoio psicossocial que combinem o acompanhamento individualizado com a monitorização sistemática de situações de risco. Esta abordagem deve focar-se no reforço da autonomia e da resiliência, promovendo a consciencialização do risco através da integração em respostas sociais. A participação comunitária em Oliveira de Azeméis revelou-se ser um mecanismo de proteção ativa essencial para evitar a normalização da solidão e da vulnerabilidade como fenómenos inevitáveis do envelhecimento. Ao capacitar as pessoas idosas como agentes ativos na sua própria proteção e ao fomentar uma rede de vigilância afetiva, quebram-se os ciclos de isolamento e mitigam-se os riscos de vitimação.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se a implementação de programas de formação para as famílias, focados em competências de comunicação, mediação de conflitos intergeracionais e apoio emocional. É fundamental sensibilizar o núcleo familiar para a natureza subjetiva da solidão, promovendo uma vinculação afetiva de qualidade e o combate à normalização do isolamento. As famílias devem atuar como facilitadoras na integração social da pessoa idosa, com especial atenção para divorciados ou solteiros (grupo de maior risco patológico). Sugere-se também o recurso à literacia digital como ferramenta estratégica para reduzir distâncias e fortalecer as redes de suporte.

No que respeita 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 de serviços de apoio disponíveis. Sendo o isolamento social a dimensão com maior expressão na perceção de risco no concelho, é essencial que as famílias promovam a integração ativa da pessoa idosa na comunidade.

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 transformar o ambiente familiar e comunitário num ecossistema de segurança ativa e integrada.

Recomendações dirigidas à comunidade

Ao nível comunitário, recomenda-se o desenvolvimento de iniciativas acessíveis, inclusivas e de proximidade, desenhadas de acordo com as expectativas e motivações das pessoas idosas. Estas devem promover a participação social através do fortalecimento dos Centros de Convívio, identificados neste estudo como o fator protetor mais eficaz no concelho, e de respostas dinâmicas das Universidades Seniores (como aulas, atividades artísticas e físicas, workshops e voluntariado), enquanto espaços privilegiados de prevenção da solidão. Neste âmbito, é crucial garantir que a oferta chegue prioritariamente a divorciados e solteiros, subgrupos identificados com maior risco de solidão patológica. Simultaneamente, o município deve investir na humanização do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e em programas de voluntariado de proximidade.

No domínio da violência, recomenda-se a criação e consolidação de redes de vigilância comunitária, mecanismos de sinalização precoce e serviços de apoio de proximidade, capazes de responder atempadamente a situações de risco. Face à maior vulnerabilidade detetada em mulheres, pessoas com 85 ou mais anos e com rendimentos baixos, propõe-se a implementação de polos de monitorização ativa como, o comércio local e farmácias, a par da dinamização de redes de vizinhança. É fundamental garantir que a integração em programas comunitários funcione como um mecanismo de proteção, reduzindo não só o isolamento, mas também a exposição a riscos de violência económica e insegurança financeira, fatores que os dados correlacionam diretamente com a perda de autonomia no contexto residencial.

De forma integrada, recomenda-se que o poder local promova estratégias que articulem solidão e violência, através da cooperação entre serviços sociais, de saúde e forças de segurança, favorecendo respostas coordenadas e sustentáveis. Sugere-se a abertura das ERPI à comunidade, transformando-as em centros de recursos que combatam a solidão social dos residentes e sirvam de suporte aos cuidadores familiares. Esta estratégia visa converter Oliveira de Azeméis num ecossistema de vigilância afetiva, onde a promoção da autonomia física e a adaptação do domicílio sejam indissociáveis de uma monitorização constante de riscos, garantindo que a saída do isolamento seja o principal pilar de uma segurança ativa e sustentável.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se o investimento na formação contínua dos profissionais sobre envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social, reforçando as competências de avaliação e acompanhamento psicossocial. Esta capacitação deve focar-se no diagnóstico da solidão emocional, particularmente incidente em quem reside no domicílio, alertando as equipas para os perfis de divorciados, solteiros e pessoas com 85 ou mais anos, por serem os grupos com níveis de solidão patológica mais expressivos. Para garantir a eficácia diagnóstica, é fundamental implementar o uso sistemático de escalas validadas nas respostas sociais e cuidados de saúde primários, possibilitando uma intervenção precoce e estruturada, focada especificamente nestes grupos de risco.

Relativamente à violência, é fundamental capacitar os profissionais para a identificação, sinalização e intervenção em situações de risco, assegurando o domínio dos protocolos legais e das redes de apoio vigentes. Esta monitorização deve ser sistemática junto de pessoas idosas com rendimentos baixos e baixa escolaridade, perfis que apresentam uma maior perceção de insegurança. Os profissionais devem vigiar a insegurança financeira das pessoas idosas no domicílio, prevenindo que a precariedade e a doença os tornem vulneráveis a maus-tratos ou negligência.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se o desenvolvimento de protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional, centrados na pessoa idosa, que promovam respostas integradas, éticas e sustentadas no tempo. Propõe-se a adoção de um modelo de gestão de caso onde a deteção de solidão patológica – particularmente em perfis de maior risco como solteiros ou divorciados – acione automaticamente uma monitorização de risco de vitimação. Adicionalmente, sugere-se a criação de uma equipa multidisciplinar que cruze e analise dados de saúde e isolamento, assegurando que o diagnóstico do projeto RiViS 65+ em Oliveira de Azeméis se converta numa estratégia municipal de proteção real e efetiva.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Oliveira de Azeméis

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis de solidão patológica identificados especificamente em subgrupos de divorciados e solteiros.	Reduzir o isolamento emocional e social através do reforço das redes de suporte e da segmentação das respostas de proximidade.	Dinamização de grupos de interesse para pessoas idosas que vivem sós; sessões de Realidade Virtual para estimulação cognitiva; workshops de literacia digital intergeracional; e implementação de tempos de conversação afetiva no SAD.
	Violência	Maior perceção de violência associada a mulheres, indivíduos com 85 ou mais anos, divorciadas e solteiras, residentes em ERPI ou com baixos rendimentos, baixa escolaridade e autoperceção de doença/dependência.	Prevenir riscos e reforçar a proteção dos grupos mais vulneráveis.	Realizar avaliações regulares de vulnerabilidades psicossociais e de risco; intervir na promoção da autonomia física e na adaptação do domicílio; capacitar para a gestão financeira e prevenção de abuso económico; reforçar a literacia em direitos e o acesso a mecanismos de proteção; criar redes de vigilância comunitária; monitorização técnica de casos críticos.
	Solidão e Violência	Associação positiva e significativa entre solidão e perceção de risco de violência, em todos os contextos (ERPI e domicílio).	Implementar protocolos conjuntos de intervenção que cruzem dados de isolamento e risco de violência.	Implementar um modelo de gestão de caso através de programas integrados de apoio psicossocial que cruzem dados de isolamento e risco de violência; assegurar o acompanhamento individualizado e a monitorização sistemática de situações de risco em perfis de maior vulnerabilidade; ativar redes de

				vizinhança afetiva com equipes multidisciplinares e envolvimento comunitário na sinalização precoce; e reforçar competências pessoais e resiliência, promovendo a autonomia e capacitando a pessoa idosa como agente ativo na sua própria proteção.
Famílias	Solidão	A ausência ou fragilidade do suporte familiar é um preditor crítico de solidão patológica, agravada em contextos de envelhecimento isolado, particularmente em pessoas idosas divorciadas ou solteiras.	Reforçar os vínculos familiares e as redes de suporte para prevenir a solidão isolada.	Desenvolver programas de formação em competências de cuidado e literacia emocional; sensibilizar as famílias para a relevância da interação regular; apoiar processos de mediação de conflitos intergeracionais para fortalecer laços; dinamizar atividades que promovam a proximidade entre a pessoa idosa e o seu núcleo; e criar grupos de apoio para familiares de pessoas idosas que vivem sozinhas, facilitando estratégias de acompanhamento e comunicação sistemática.
	Violência	O papel central das famílias na detecção precoce de risco é determinante, sendo a proximidade familiar o principal fator de proteção ou, inversamente, de ocultação de situações de abuso e negligência.	Prevenir abuso, negligência e violência e capacitar a família como rede primária de vigilância e proteção ativa.	Sensibilizar para os sinais precoces de risco e promover a prevenção da violência através de programas de formação sobre sinais de alerta e mecanismos de denúncia; divulgar canais de denúncia e serviços de apoio especializados; assegurar o acompanhamento e apoio ao cuidador para prevenir a exaustão; e promover a literacia jurídica e financeira das famílias para a proteção efetiva dos direitos e do património da pessoa idosa.
	Solidão e Violência	Intervir de forma concertada na pessoa idosa permite romper ciclos de violência, capacitando-a para a sua própria proteção.	Implementar um modelo de intervenção integrada e centrada na pessoa idosa que rompa a normalização da violência e promova a sua autoproteção.	Implementar suporte familiar estruturado com acompanhamento técnico conjunto; reforçar redes de apoio formais/informais; promover a corresponsabilização no cuidado; e criar um ecossistema de segurança ativa e integrada no ambiente comunitário.
Comunidade	Solidão	Centros de Convívio são o principal fator protetor. O risco de solidão patológica é maior em divorciados e solteiros, com idosos em ERPI a registarem maior solidão social e os não institucionalizados maior solidão emocional.	Promover a participação social e o sentimento de pertença através de respostas de proximidade inclusivas e humanizadas.	Dinamizar iniciativas comunitárias acessíveis e inclusivas, reforçando os Centros de Convívio e Universidades Seniores com foco prioritário em divorciados, solteiros e pessoas com 85+ anos; investir na humanização do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e em programas de voluntariado de proximidade; e promover a abertura das ERPI à comunidade, transformando-as em centros de recursos para combater a solidão social.
	Violência	Insegurança financeira superior no domicílio por falta de apoios. Vulnerabilidade crítica em mulheres, 85+ anos e baixos rendimentos.	Reforçar vigilância e sinalização.	Criar redes de vigilância comunitária e de vizinhança atenta; implementar polos de monitorização ativa no comércio local e farmácias para sinalização precoce de riscos; estabelecer mecanismos de denúncia e serviços de apoio de proximidade; e promover a sensibilização para a segurança financeira, protegendo pessoas idosas com baixos rendimentos.
	Solidão e Violência	Problemas multidimensionais exigem respostas articuladas	Garantir intervenção integrada	Promover programas comunitários integrados e reforçar a articulação interinstitucional entre serviços sociais, saúde e forças de segurança; transformar as ERPI em centros de recursos abertos à comunidade; e promover a adaptação do domicílio em articulação com uma monitorização constante de riscos biopsicossociais.
Profissionais	Solidão	Necessidade de maior capacitação técnica.	Capacitar os profissionais para uma intervenção humanizada e multidimensional, focada na redução do	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social; desenvolver protocolos de humanização para o SAD; e criar grupos de partilha de boas práticas.

			isolamento e na promoção do bem-estar emocional dos utentes.	
	Violência	Complexidade dos fenómenos de abuso e negligência, dificulta a deteção precoce em grupos de risco.	Aumentar eficácia da resposta profissional e foco na antecipação do risco.	Capacitar para avaliação, sinalização e intervenção em situações de violência Realizar workshops sobre violência económica; criar fluxogramas de sinalização precoce; e estabelecer equipas de monitorização ativa.
	Solidão e Violência	Necessidade de respostas multidisciplinares e de intervenções articuladas.	Promover a cooperação estratégica interinstitucional e uma intervenção integrada, centrada na pessoa e na prevenção de riscos.	Desenvolver protocolos de intervenção multidisciplinar centrados na pessoa idosa; criar uma plataforma local de partilha de informação (Saúde, Segurança e Social); implementar o modelo de Gestão de Caso para situações de risco; e realizar fóruns de articulação interinstitucional para monitorização do ecossistema de proteção.

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)
- 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)