



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

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

Investigador Principal: Fátima Gameiro

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

março 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos.....	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística.....	10
3.6. Considerações Éticas	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	15
4.3. Comparação entre 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.	16
4.4. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	18
Considerações finais	19
Recomendações	21
Referências.....	26
Anexo	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	15
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	17
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	17
Tabela 8. 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.	18
Tabela 9. Principais recomendações para o concelho do Montijo.	24

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 do Montijo. 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 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 – 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 do Montijo. 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 do Montijo, com condição cognitiva para compreender os objetivos do estudo e de responder aos instrumentos aplicados, direta ou indiretamente. Foram excluídas pessoas com limitações cognitivas identificadas que impedissem a participação autónoma ou a compreensão das questões.

3.5. Análise Estatística

Os dados recolhidos foram analisados com recurso a métodos estatísticos descritivos e inferenciais, permitindo caracterizar os níveis de solidão e de perceção do risco de violência, identificar grupos mais vulneráveis e explorar relações entre variáveis.

Foram calculadas médias e desvios-padrão para todas as dimensões dos instrumentos aplicados (escala UCLA para solidão e EARVI para perceção de violência), assim como para os índices totais de cada constructo. Para variáveis categóricas e sociodemográficas, foram obtidas frequências e percentagens, permitindo caracterizar a amostra em termos de sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento, situação habitacional e integração em respostas sociais comunitárias.

Para a análise inferencial, foram utilizados diferentes procedimentos consoante o número de grupos comparados. As comparações entre dois grupos independentes foram realizadas recorrendo ao teste t de Student, para amostras independentes. Por outro lado, as comparações envolvendo mais de dois grupos independentes foram efetuadas através de análise de variância unifatorial (ANOVA). Sempre que a ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas, procederam-se a comparações múltiplas *post hoc* pelo teste de Bonferroni, de modo a identificar os pares de grupos em que essas diferenças eram relevantes.

A relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de violência foi avaliada com correlação de Pearson, permitindo estimar a força e a direção da associação entre estas variáveis, tanto em contexto institucional como não institucional, e considerando a integração em respostas sociais comunitárias.

Para todas as análises, o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Todas as análises estatísticas foram conduzidas utilizando o software SPSS versão 27.

3.6. Considerações Éticas

O estudo respeitou integralmente os princípios éticos da investigação com seres humanos, garantindo a dignidade, os direitos e o bem-estar dos participantes. Foi obtido o consentimento informado, assegurada a con-

fidencialidade dos dados e garantida a sua utilização exclusiva para fins científicos e de planeamento de intervenção social, em conformidade com a legislação nacional e europeia em vigor. Em todo o processo de recolha dos dados procurou-se minimizar riscos para os participantes e preservar o seu direito à privacidade.

3.7. Participantes

A amostra foi constituída por 151 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho do Montijo. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 122$; 80,8%), em comparação com o sexo masculino ($n = 29$; 19,2%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 90 anos, apresentando uma média de 74,39 anos ($DP = 6,112$), o que indica uma **população envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 64$; 42,4%), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n = 60$; 39,7%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui no máximo o ensino básico ($n = 90$; 59,6%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vivem em **zona urbana** ($n = 105$; 70,0%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 150$; 99,3%), enquanto apenas uma pessoa (0,7%) se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 63$; 41,7%). Entre os que responderam, verifica-se que 22,5% ($n = 34$) auferem menos de 500 euros mensais, enquanto 18,5% ($n = 28$) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, evidenciando uma **situação económica globalmente fragilizada**.

No que se refere à percepção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,77 ($DP = 0,419$), indicando uma **percepção globalmente positiva**. Quanto à autonomia, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,77 ($DP = 0,419$), sugerindo que a maioria dos participantes se percebe como **funcionalmente independente**.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	29	19,2
	Feminino	122	80,8
Idade (anos)	Intervalo	65-90	—
	Média (DP)	74,39 (6,112)	—
Idade (por grupo)	65-74	82	54,3
	75-84	58	38,4
	85-100	11	7,3
Estado Civil	Solteiro/a	3	2,0
	Casado(a)/União de Facto	60	39,7
	Divorciado/a	24	15,9
	Viúvo/a	64	42,4
Escolaridade	Sem Ensino Básico	20	13,2
	Com Ensino Básico	90	59,6
	Com Ensino Secundário	21	13,9
	Com Ensino Superior	20	13,2
Zona de Residência	Rural	45	30,0

	Urbano	105	70,0
	Omisso	1	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	150	99,3
	ERPI	1	0,7
Rendimento Mensal	- 500 euros	34	22,5
	de 501 a 870 euros	28	18,5
	de 871 a 1045 euros	10	6,6
	de 1046 a 1568 euros	6	4,0
	+ de 1569 euros	10	6,6
	Prefiro não responder	63	41,7
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,77 (0,419)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,77 (0.419)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 150; 99,3%). Desses, 48,7% vivem sozinhos (n = 73), predominando a residência em apartamento (n = 71; 47,3%) e em vivenda com vizinhos (n = 69; 46,0%). Nenhum participante se encontra em situação de ausência de resposta habitacional, evidenciando cobertura habitacional total na amostra.

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 142; 94,7%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem a outros serviços (n = 5; 3,3%), bem como a refeições (n = 2; 1,3%).

Apesar da maioria não usufruir de SAD, 84,67% **encontram-se integrados em respostas sociais de proximidade**, como Centros de Dia e Centros de Convívio, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 68; 45,3%).

A Tabela 3 apresenta a síntese da situação habitacional e social dos participantes do projeto RiViS residentes no concelho do Montijo.

Tabela 3. Caracterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	Categoria	Sub-Categoria	n	%
Casa Própria-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	73	48,7
		Com parceiro/a	58	38,7
		Com Filho/a	12	8,0
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	4	2,7
		Com Outro(s)	3	2,0
		Omisso	1	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	71	47,3
		Vivenda isolada	10	6,7
		Vivenda com vizinhos	69	46,0
		Omisso	1	—
	SAD	Não	142	94,7
		Sim	8	5,3
		Omisso	1	—
	SAD- Tipo	Refeições	2	1,3
		Limpeza	1	0,7
		Outro(s)	5	3,3
		Nenhuma	142	94,7
		Omisso	1	—

	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	1	0,7
		Centro de Convívio	1	0,7
		Universidade Sénior	83	55,3
		Outra(s)	39	26,0
		Nenhuma	23	15,3
		Centro de Dia e Outro(s)	1	0,7
		Centro de Convívio e Outro(s)	1	0,7
		Universidade Sénior e Outro(s)	1	0,7
		Omisso	1	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	47	31,3
		3 a 5 vezes por semana	68	45,3
		6 a 7 vezes por semana	8	5,3
		Nenhuma	27	18,0
		Omisso	1	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades de lazer	1	100
		Omisso	150	—
	Frequência de atividades	3 a 5 vezes por semana	1	100
		Omisso	150	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

4. Resultados

4.1. Percepção de Solidão

A. Níveis de percepção de solidão

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

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 1,93 (DP = 0,80), com valores compreendidos entre 1 e 4, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala** (2,5), ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada foi de 1,81 (DP = 0,71), 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 29,58 (DP = 11,33), com valores mínimos de 16 e máximos de 58. 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	1,93	1,81	29,58
Erro Desvio	0,80	0,71	11,33
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	4,00	3,73	58,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função do sexo ($t(149) = -0,322$; $p = 0,748$), **idade** ($F(2,148) = 0,205$; $p = 0,815$), **escolaridade** ($F(3,147) = 0,319$; $p = 0,812$), **estado civil** ($F(3,147) = 1,152$; $p = 0,330$), **rendimento mensal** ($F(5, 145) = 1,032$; $p = 0,401$) e **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI; $t(149) = 1,204$; $p = 0,230$).

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do estado de saúde percebido** ($t(149) = 2,419$; $p = 0,017$) e do **nível de autonomia** ($t(149) = 3,235$; $p = 0,001$). Considerando o ponto de corte patológico definido para valores iguais ou superiores a 32, as pessoas que se percebem como **doentes** apresentaram níveis mais elevados de solidão ($M = 33,65$; DP = 12,07) comparativamente às que se percebem como saudáveis ($M = 28,39$; DP = 10,87), situando-se, inclusive, **acima do ponto de corte**. No

caso da autonomia percebida, esta diferença é ainda maior, com as **peças com menor autonomia** a registarem **valores de solidão clinicamente relevantes** ($M = 34,94$; $DP = 11,79$), sobretudo quando comparados com aqueles com maior autonomia ($M = 28,02$; $DP = 10,74$).

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 1,35 ($DP = 0,43$), com valores compreendidos entre 1 e 3,5, indicando **níveis globalmente baixos de perceção de violência**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas ($M = 1,80$; $DP = 0,62$), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,80, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,23 ($DP = 0,35$), com um intervalo entre 1 e 2,25, indicando **níveis tendencialmente baixos** de risco.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,35 ($DP = 0,45$), com valores que variam entre 1 e 3,25 evidenciando uma **perceção globalmente reduzida** desta dimensão, ainda que com alguns casos acima do ponto médio da escala (2,5).

No **índice total de perceção de violência**, a média da amostra foi de 5,74 ($DP = 1,38$), com valores mínimos de 4 e máximos de 10,18. Considerando o ponto de corte estabelecido (> 8), o **valor médio situa-se abaixo do limiar indicativo de risco de violência**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justificam atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5. Perceção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,35	1,80	1,23	1,35	5,74
Erro Desvio	0,43	0,62	0,35	0,45	1,38
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	3,50	3,80	2,25	3,25	10,18

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função do sexo ($t(149) = 1,529$; $p = 0,128$), idade ($F(2, 148) = 0,184$; $p = 0,832$), escolaridade ($F(3, 147) = 0,056$; $p = 0,983$), estado civil ($F(3,147) = 0,195$; $p = 0,900$), rendimento mensal ($F(5, 145) = 1,700$; $p = 0,138$), local de residência (casa própria ou de familiares/ERPI; $t(149) = -0,228$; $p = 0,820$) ou estado de saúde percebido ($t(149) = 1,635$; $p = 0,104$).

Por outro lado, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do estado de autonomia percebido ($t(149) = 3,134$; $p = 0,002$). Os participantes com menor independência na realização das atividades de vida diária apresentam uma percepção de maior risco de violência ($M = 6,37$; $DP = 1,55$) relativamente àqueles que se consideram independentes ($M = 5,55$; $DP = 1,27$), ainda que com valores abaixo do ponto de corte.

4.3. 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 Sénior, Outros ou Nenhuma) permite clarificar o papel do contexto comunitário na mitigação da solidão e do risco de violência, fornecendo informação relevante para políticas públicas e estratégias de intervenção.

A. Percepção de solidão

A análise de variância unifatorial (ANOVA) não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dimensões de solidão emocional ($F(4,145) = 1,546$; $p = 0,192$), solidão social ($F(4,145) = 1,063$; $p = 0,377$) e solidão total ($F(4,145) = 1,236$; $p = 0,298$), sugerindo que, **nesta amostra, a integração em respostas sociais comunitárias não se encontra associada a diferenças significativas nos níveis de solidão percebida.**

Ainda assim, a análise descritiva dos valores médios (Tabela 6) permite identificar algumas tendências. No índice de solidão total, os participantes do **Centro de Dia** ($M = 32,00$; $DP = 15,56$) e da categoria **“Outros”** ($M = 32,23$; $DP = 12,82$) apresentam valores médios muito próximos – e, no caso da categoria **“Outros”**, ligeiramente superiores – ao ponto de corte indicativo de maior vulnerabilidade (>32). Este dado sugere que, **embora as diferenças entre grupos não sejam estatisticamente significativas, estes dois grupos poderão concentrar níveis de solidão global mais elevados em termos de risco.**

Por contraste, o Centro de Convívio apresenta o valor médio mais baixo de solidão total ($M = 18,00$; $DP = 2,83$), situando-se bastante abaixo do ponto de corte, enquanto a Universidade Sénior ($M = 28,64$; $DP = 10,18$) e o grupo sem participação ($M = 29,87$; $DP = 12,29$) apresentam valores intermédios.

Deste modo, apesar da ausência de significância estatística, a proximidade ao ponto de corte observada no Centro de Dia e na categoria **“Outros”** poderá justificar **atenção específica em termos de monitorização e intervenção preventiva**, sobretudo considerando o potencial impacto da solidão na saúde e bem-estar da população idosa.

Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percebida entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Solidão Emocional	2,40 (1,41)	1,10 (0,14)	1,88 (0,74)	2,14 (0,85)	1,85 (0,86)
Solidão Social	1,82 (0,77)	1,14 (0,19)	1,75 (0,64)	1,96 (0,81)	1,87 (0,77)
Solidão Total	32,00 (15,56)	18,00 (2,83)	28,64 (10,18)	32,23 (12,82)	29,87 (12,29)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. 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 não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(4,145) = 1,272$; $p = 0,284$), isolamento social ($F(4,145) = 0,528$; $p = 0,716$), dependência funcional ($F(4,145) = 1,464$; $p = 0,216$) e no índice total de violência ($F(4,145) = 1,426$; $p = 0,228$), sugerindo que a tipologia de participação social não se associa a variações significativas nestas dimensões do risco de violência.

Em contraste, observaram-se **diferenças estatisticamente significativas na dimensão de insegurança financeira** ($F(4,145) = 2,680$; $p = 0,034$). A análise descritiva (Tabela 7) indica que o Centro de Dia apresentou o valor médio mais elevado ($M = 1,88$; $DP = 1,24$), seguido do grupo sem participação social ($M = 1,53$; $DP = 0,49$), enquanto os valores mais baixos foram registados nas categorias “Outros” ($M = 1,22$; $DP = 0,37$), Centro de Convívio ($M = 1,25$; $DP = 0,35$) e Universidade Sénior ($M = 1,34$; $DP = 0,43$). Contudo, as comparações múltiplas com correção de Bonferroni não permitiram identificar diferenças estatisticamente significativas entre pares específicos, sugerindo que a significância observada na ANOVA reflete uma diferença global entre grupos, sem contrastes isolados claramente diferenciados.

De forma global, os resultados indicam que a **participação em respostas sociais comunitárias não influencia significativamente o risco total de violência**, nem as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social e dependência funcional. **Apenas a insegurança financeira apresentou variação global entre grupos**, ainda que sem diferenças específicas confirmadas entre pares.

Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percebida entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,81 (1,15)	1,50 (0,18)	1,31 (0,38)	1,34 (0,38)	1,47 (0,59)
Isolamento Social	1,60 (0,57)	2,10 (0,42)	1,75 (0,59)	1,87 (0,72)	1,89 (0,63)
Dependência Funcional	1,63 (0,18)	1,25 (0,35)	1,20 (0,33)	1,21 (0,36)	1,35 (0,42)
Insegurança Financeira	1,88 (1,24)	1,25 (0,35)	1,34 (0,43)	1,22 (0,37)	1,53 (0,49)
Violência Total	6,91 (3,13)	6,10 (1,31)	5,60 (1,30)	5,64 (1,39)	6,24 (1,48)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A. 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.

No que respeita à **relação entre percepção de solidão e percepção do risco de vitimação por violência**, observou-se uma **associação positiva, forte e estatisticamente significativa no grupo de pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias** ($r = 0,665$; $p < 0,001$), indicando que níveis mais elevados de solidão se associam a maior percepção de risco de violência.

No grupo não integrado, embora se tenha verificado uma correlação positiva ($r = 0,411$), esta não revelou significância estatística ($p = 0,052$).

Adicionalmente, importa referir que os participantes integradas em respostas sociais apresentaram valores médios ligeiramente inferiores de solidão ($M = 29,63$; $DP = 11,17$) e de percepção do risco de violência ($M = 5,64$; $DP = 1,35$) quando comparados com os não integrados (Solidão: $M = 29,87$; $DP = 12,29$; Violência: $M = 6,24$; $DP = 1,48$). Contudo, estas diferenças são pouco expressivas em termos descritivos (Ver tabela 8).

Estes resultados sugerem que **a experiência subjetiva de solidão desempenha um papel particularmente relevante na percepção de vulnerabilidade à violência, sobretudo entre as pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias.**

Tabela 8. 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	29,63	11,17	0,665	0,000
	Violência	5,64	1,35		
Não Integrados em RS	Solidão	29,87	12,29	0,411	0,052
	Violência	6,24	1,48		

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 percepções 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 do Montijo, 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 e local de residência não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas à percepção de saúde e nível de autonomia: pessoas que se percebem como doentes reportam maior solidão do que aqueles que se percebem saudáveis e as pessoas com menor autonomia também manifestam um nível de solidão mais elevado do que as pessoas que se consideram autónomas. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a idosos **com pior percepção do estado de saúde e com menor grau de autonomia**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar estes grupos como prioritários de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

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

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias**, os resultados demonstraram que o nível de solidão percebida por pessoas não institucionalizadas com e sem integração nestas respostas é idêntico. No entanto, os participantes que frequentam o **Centro de Dia e Outros são os que apresentam níveis de solidão mais elevados**, justificando uma **monitorização e intervenção de cariz preventivo**. A percepção de violência total também não difere entre os que frequentam e não frequentam respostas sociais comunitárias, mas surgem diferenças na dimensão **insegurança financeira que é mais elevada no Centro de Dia**. Estes resultados remetem para a relevância de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência**, observou-se que os participantes integrados em respostas sociais comunitárias apresentam correlação moderada a forte, indicando que **níveis mais elevados de solidão se associam a maior percepção de risco de violência**, enquanto nos não integrados a correlação também é positiva, mas não significativa. Estes resultados indicam que a ausência de participação social pode

favorecer a normalização da solidão ou menor percepção 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 do município do Montijo. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos particularmente vulneráveis justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva ecológica e sistémica, envolvendo não apenas as próprias pessoas idosas, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Esta necessidade de intervenção em rede é reforçada pelo elevado número de pessoas idosas a viver sozinhas (48,7%), um fator de risco estrutural que isola o indivíduo perante potenciais crises. Estes dados ganham especial relevância ao demonstrar que a integração em respostas sociais (84,67%) não é, por si só, um fator de proteção. A vulnerabilidade persiste e acentua-se em perfis específicos: pessoas idosas com pior autoperceção de saúde e menor grau de autonomia manifestam níveis de solidão e risco de violência significativamente mais elevados. Assim, a saúde percebida e a dependência funcional surgem como os principais preditores de risco, exigindo que as estratégias de acompanhamento priorizem a reabilitação da autonomia e o suporte emocional como elementos fundamentais da proteção e segurança da pessoa idosa.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se o reforço e a qualificação da participação em respostas sociais comunitárias estruturadas, priorizando-se as pessoas idosas com pior percepção do estado de saúde e menor grau de autonomia, grupos identificados como de maior vulnerabilidade. É fundamental promover programas de acompanhamento emocional e atividades em grupo regulares que privilegiem a criação de vínculos significativos, combatendo a solidão acompanhada e fomentando a qualidade de vida relacional através de iniciativas intergeracionais. Simultaneamente, devem ser desenvolvidas ações que reforcem a autoperceção de saúde e a valorização das capacidades, de forma a minimizar o impacto da dependência funcional no bem-estar subjetivo. A utilização de recursos inovadores e tecnologias de suporte, como ferramentas digitais, realidade aumentada ou virtual, pode constituir uma estratégia complementar relevante para estimular a interação social e cognitiva, adaptando as respostas tradicionais às novas exigências e perfis da população envelhecida.

Relativamente à percepção de violência, as recomendações devem centrar-se prioritariamente na gestão da dependência funcional, uma vez que os resultados demonstram que a perda de autonomia é um fator determinante para uma maior vulnerabilidade e percepção de risco. É fundamental implementar estratégias de monitorização e intervenção direcionadas especificamente às pessoas idosas mais dependentes, garantindo que a prestação de cuidados não se torne um foco de risco, mas sim de proteção. As intervenções devem focar-se na capacitação para o autocuidado e no apoio técnico à dependência, de modo a reduzir a percepção de insegurança que acompanha a perda de autonomia.

A interseção destes fenómenos revela que a solidão e a percepção de violência tendem a coexistir, exigindo intervenções integradas que abordem ambas as vulnerabilidades simultaneamente. Nas pessoas idosas integradas em respostas sociais, a forte correlação indica que a solidão atua como um preditor de insegurança, enquanto nos não integrados a ausência desta associação sugere que o isolamento pode favorecer a normalização da solidão ou a invisibilidade face aos sistemas de proteção. Perante este cenário, justifica-se a implementação de programas de apoio psicossocial que combinem o acompanhamento individualizado com o re-

forço da autonomia e da resiliência das pessoas idosas. É fundamental que os programas comunitários funcionem como redes de vigilância ativa, garantindo que a redução da solidão contribua diretamente para aumentar a percepção de segurança e diminuir a exposição ao risco de violência, promovendo um envelhecimento seguro e integrado.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se que as famílias sejam capacitadas como mediadoras do bem-estar emocional, especialmente quando a pessoa idosa apresenta pior percepção de saúde ou menor autonomia. É essencial promover uma presença de qualidade, sensibilizando os cuidadores para distinguir o apoio logístico do cuidado afetivo. Como estratégia prática, sugere-se a implementação de dinâmicas como a árvore das memórias partilhadas, que reforça o papel da pessoa idosa como detentora do saber familiar. Ao focar-se nas competências e na história de vida, esta abordagem combate a solidão emocional e fortalece os vínculos geracionais, ajudando a mitigar o impacto negativo que a percepção de doença e a perda de autonomia exercem sobre o equilíbrio psicossocial.

No que respeita à percepção de violência, as recomendações para as famílias devem focar-se na gestão positiva da dependência funcional, prevenindo que a perda de autonomia se torne um fator de risco. É fundamental capacitar os familiares para o reconhecimento de sinais precoces de abuso ou negligência, promovendo uma cultura de cuidado baseada no respeito pela autodeterminação da pessoa idosa. Dado que a dependência é o principal preditor de risco no estudo, sugere-se a criação de redes de apoio ao cuidador que minimizem o desgaste emocional, evitando que a sobrecarga culmine em práticas violentas ou de isolamento forçado. Sugere-se também a literacia familiar sobre a gestão do património da pessoa idosa, garantindo a sua segurança financeira e prevenindo situações de exploração.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se a implementação de programas de suporte familiar estruturado e acompanhamento técnico, que reforcem a corresponsabilização no cuidado através de redes formais e informais. É fundamental que as famílias atuem como uma rede de vigilância ativa, reconhecendo que a solidão emocional é, frequentemente, o primeiro sinal de vulnerabilidade ao risco, especialmente em pessoas idosas com menor autonomia. Para tal, torna-se essencial implementar planos de contingência familiar e reuniões de mediação facilitadas por técnicos, permitindo definir protocolos de monitorização e uma divisão equitativa de responsabilidades. Estas estratégias, ao criarem canais de comunicação regulares, permitem a deteção precoce de alterações no bem-estar. Ao combater a solidão através de um suporte afetivo e logístico equilibrado e do estímulo à participação social externa, a família previne a cristalização de dinâmicas opressivas ou de negligência, garantindo um ambiente de proteção, dignidade e segurança.

Recomendações dirigidas à comunidade

No domínio da solidão, recomenda-se que o município do Montijo invista na qualificação das respostas sociais, em particular os centros de dia e outros, apoiando a sua transição para centros de dinamização relacional. É fundamental promover iniciativas com a comunidade, como o "café de proximidade" em parceria com o comércio local, e fortalecer universidades seniores e centros de convívio através de atividades (artísticas, físicas e culturais) desenhadas com base nas motivações das pessoas idosas. Estas ações devem promover a autonomia e a autopercepção de saúde, complementadas por redes de voluntariado e vizinhança que garantam a monitorização informal e a integração das pessoas idosas mais dependentes.

No domínio da violência, recomenda-se a criação e consolidação de redes de vigilância comunitária e de mecanismos de sinalização precoce, capazes de alcançar pessoas idosas que não frequentam respostas sociais formais. Dado que o isolamento social é o maior preditor de risco, é fundamental implementar uma rede de

"sentinelas comunitárias" envolvendo o "vizinho atento". Esta iniciativa consiste na formação de agentes locais estratégicos, como comerciantes, carteiros e vizinhos, que identifiquem sinais de alerta e os reportem às entidades competentes. Ao consolidar serviços de apoio interativos e próximos da população, o município transforma a comunidade num espaço de proteção corresponsável, combatendo a invisibilidade dos grupos mais vulneráveis e garantindo que a dependência funcional deixe de ser um fator de risco para se tornar numa prioridade de acompanhamento social.

De forma integrada, domínio da solidão e violência, recomenda-se que o município do Montijo promova uma estratégia integrada de cooperação interinstitucional (social, saúde e segurança). Esta abordagem deve qualificar as respostas sociais, transformando-as em centros de dinamização relacional que reforcem a autonomia e a autoperceção de saúde. Paralelamente, importa implementar redes de proximidade como o "café de proximidade" e as "sentinelas comunitárias" (vizinhos e comércio), fundamentais para detetar precocemente riscos em pessoas idosas que não frequentam respostas formais. Ao consolidar esta malha de suporte informal e interativa, o município combate a invisibilidade social e garante que a solidão e a dependência funcional deixem de ser vulnerabilidades para se tornarem prioridades de acompanhamento e integração no tecido vivo da cidade.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se o investimento na formação contínua dos profissionais sobre envelhecimento e saúde mental, capacitando-os para distinguir o isolamento social e da solidão emocional. É fundamental que os técnicos reconheçam a solidão como um determinante de saúde que acelera o declínio funcional e cognitivo, adotando a "prescrição social" para encaminhar as pessoas idosas para recursos comunitários que estimulem o sentimento de pertença. As intervenções devem focar-se no empoderamento e na autonomia, garantindo que o apoio respeite a biografia e as motivações da pessoa idosa, incentivando-a a ser protagonista no seu próprio processo de integração social.

Relativamente à violência, é essencial capacitar os profissionais para a identificação, sinalização e intervenção, assegurando o domínio dos protocolos legais e das redes de apoio. Recomenda-se a implementação de protocolos intersetoriais que permitam detetar sinais de alerta e indicadores de negligência, tanto em contexto domiciliário como institucional. Dado que o risco aumenta com a dependência funcional, é fundamental promover uma gestão de caso partilhada entre saúde, segurança e ação social, reforçada por *workshops* regulares que alinhem critérios éticos de atuação perante casos reais no concelho. Esta monitorização proativa deve focar-se na segurança da pessoa idosa e no apoio às equipas, garantindo que a proteção da dignidade prevaleça sobre a burocratização e minimize o receio de retaliação ou institucionalização.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se o desenvolvimento de protocolos de intervenção multidisciplinar e interinstitucional centrados na pessoa idosa, integrando o rastreio sistemático de ambos os domínios na avaliação. Este sistema partilhado entre instituições permitirá cruzar dados de isolamento e dependência funcional, dotando os profissionais de uma ferramenta visual e analítica para priorizar recursos. Esta monitorização continua, permitirá intervir estrategicamente junto dos grupos que apresentam elevados índices de risco em ambos os eixos, assegurando medidas de proteção efectiva e continua.

A Tabela 9 sintetiza as recomendações, destacando fragilidades identificadas e objetivos de intervenção.

Tabela 9. Principais recomendações para o conselho do Montijo.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis de solidão superiores em pessoas idosas com pior percepção de saúde e menor grau de autonomia.	Combater a solidão em pessoas idosas com baixa autonomia através de redes de suporte e cuidados de proximidade.	Promoção da integração em respostas sociais estruturadas, como Centros de Dia e Universidades Seniores; desenvolvimento de programas de apoio emocional, individual e de grupo, focados na partilha de experiências e em grupos de apoio psicológico; participação em atividades de grupo e projetos de literacia para a autonomia; criação de oficinas de competências diárias, treino funcional e workshops focados na funcionalidade física e cognitiva; implementação de soluções digitais (como realidade aumentada ou virtual) que sirvam de ferramentas de estimulação cognitiva e complemento à interação social.
	Violência	Maior percepção de risco de violência em pessoas idosas com dependência.	Prevenir e monitorizar situações de risco e aumentar proteção pessoal através de uma rede de vigilância ativa e suporte relacional.	Realizar avaliação regular de vulnerabilidades psicossociais com foco na intervenção direta sobre a autonomia e o bem-estar da pessoa idosa; reforçar a literacia sobre direitos e o reconhecimento de riscos, através de sessões de literacia jurídica especializadas; realização de auditorias de segurança doméstica, visando a adaptação do espaço e a redução do risco de quedas; criação de uma linha de proximidade "estou aqui", garantindo um canal direto de comunicação que reforce o sentimento de segurança e acompanhamento contínuo da pessoa idosa no seu domicílio.
	Solidão e Violência	A solidão e a percepção de violência apresentam uma correlação positiva estatisticamente significativa no grupo de pessoas integradas em respostas sociais, indicando que níveis mais elevados de solidão se associam a maior percepção de risco de violência.	Intervir de forma integrada sobre fatores psicossociais de risco visando reduzir a correlação entre a solidão emocional e a percepção de violência.	Criar programas integrados de apoio psicossocial, estimulação cognitiva e funcional, promovendo a preservação da autonomia através de um acompanhamento individualizado; realização de avaliações regulares e multidimensionais, com um enfoque rigoroso na monitorização da dependência funcional e da insegurança financeira; realização de fóruns comunitários e institucionais, criando espaços de debate sobre a segurança e os direitos das pessoas idosas; criação de redes de vigilância ativa, como linhas de proximidade, que funcionam como mecanismos de alerta e suporte constante.
Famílias	Solidão	Importância do suporte familiar, sobretudo pessoas idosas com pior percepção de saúde e menor autonomia.	Reforçar vínculos familiares e capacidade de apoio.	Desenvolver programas de formação em competências de cuidado; sensibilizar para a relevância da interação familiar regular; implementação de workshops como a "árvore das memórias partilhadas", onde a construção conjunta de arquivos de histórias e fotos reforça o papel da pessoa idosa como detentor do saber familiar, combatendo eficazmente a solidão emocional e fortalecendo os vínculos geracionais.
	Violência	Papel central das famílias na deteção precoce de risco.	Prevenir abuso, negligência e violência.	Sensibilizar para sinais precoces de risco; promover a prevenção da violência; divulgar canais de denúncia e serviços de apoio. Propõe-se a criação de escola de cuidadores, focada na gestão de conflitos e cuidados práticos, aliada a planos de contingência familiar e mediação técnica.
	Solidão e Violência	Necessidade de intervenção	Reforçar suporte formal e informal.	Implementar programas de suporte familiar estruturado; promover acompanhamento conjunto

		concertada com a pessoa idosa.		com profissionais reuniões de mediação familiar; fortalecer redes formais e informais de apoio ao cuidador.
Comunidade	Solidão	A evidência demonstra que a participação social organizada em Centro de Dia e outros apresentam níveis mais elevados de solidão.	Melhorar e promover respostas comunitárias como fator protetor.	Desenvolver iniciativas comunitárias inclusivas e de proximidade, como o café de proximidade; reforçar Centros de Dia, projetos comunitários e universidades seniores; fomentar o voluntariado e as relações de vizinhança.
	Violência	A percepção de violência não difere entre pessoas idosas que frequentemente ou não respostas sociais, mas a insegurança financeira é mais elevada nas pessoas integradas em Centro de Dia.	Reforçar vigilância e sinalização.	Criar redes de vigilância comunitária; desenvolver mecanismos de sinalização precoce; ações de sensibilização interna focadas na prevenção da violência institucional; promover serviços de apoio de proximidade; implementação da rede de sentinelas comunitárias; criar campanha de sensibilização o vizinho atento; desenvolver ações de formação para comerciantes, carteiros e vizinhos sobre sinais de alerta.
	Solidão e Violência	Nas pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias, observa-se uma correlação moderada a forte, indicando que níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de violência.	Garantir intervenção integrada.	Promover e desenvolver programas comunitários integrados protetores e promotores de vigilância sobre os riscos; reforçar articulação interinstitucional; fomentar cooperação entre serviços sociais, de saúde e segurança.
Profissionais	Solidão	Necessidade de maior capacitação técnica.	Promover identificação e intervenção.	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social; proporcionar formação técnica para a aplicação de instrumentos validados, como as escalas de solidão.
	Violência	Complexidade dos fenómenos de abuso e negligência.	Aumentar eficácia da resposta profissional e o foco na antecipação do risco.	Capacitar as equipas para avaliação, sinalização e intervenção em situações de violência; criação de protocolos de atuação rápida e multidisciplinar para casos detetados tanto em Centro de Dia como no domicílio; a realização de workshops multidisciplinares regulares.
	Solidão e Violência	Necessidade de respostas multidisciplinares.	Promover intervenção integrada e centrada na pessoa.	Desenvolver protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional centrados na pessoa idosa que garanta um acompanhamento contínuo e personalizado e que facilite a gestão de casos complexos.

Referências

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

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

Bibliografia Complementar

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

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

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

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)