



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

**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**

junho 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.	17
4.4. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	19
Considerações finais	21
Recomendações	23
Referências.....	25
Anexo	32

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	16
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	18
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	19
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.	20
Tabela 9. Principais recomendações para o concelho de Almeirim	25

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 Almeirim. 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 de Almeirim. 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;
- 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 Almeirim, 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 54 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Almeirim. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 39$; 72,2%), em comparação com o sexo masculino ($n = 15$; 27,8%). As idades dos participantes variam entre os 66 e os 94 anos, apresentando uma média de 77,81 anos ($DP = 7,75$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 24$; 44,4%), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n = 16$; 29,6%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 25$; 46,3%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, todos os participantes vivem em **zona rural** ($n = 3$; 75%). **Todos residem em habitação própria ou de familiares** ($n = 54$; 100%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 17$; 31,5%). Entre os que responderam, verifica-se que 22,2% ($n = 12$) auferem rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, enquanto 18,5% ($n = 10$) apresentam rendimentos iguais ou superiores a 1569 euros mensais.

No que se refere à perceção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saúdável), os participantes apresentaram uma média de 1,63 ($DP = 0,49$), indicando uma **perceção intermédia tendencialmente positiva**. Quanto à autonomia, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,74 ($DP = 0,44$), 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 de Almeirim.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	15	27,8
	Feminino	39	72,2
Idade (anos)	Intervalo	66-94	—
	Média (DP)	77,81 (7,75)	—
Idade (por grupo)	65-74	19	35,2
	75-84	25	46,3
	85-100	10	18,5
Estado Civil	Solteiro/a	5	9,3
	Casado(a)/União de Facto	16	29,6
	Divorciado/a	9	16,7
	Viúvo/a	24	44,4
Escolaridade	Sem Ensino Básico	13	24,1
	Com Ensino Básico	25	46,3
	Com Ensino Secundário	7	13,0
	Com Ensino Superior	9	16,7
Zona de Residência	Rural	3	75,0
	Urbano	1	25,0

	Omisso	50	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	54	100
	ERPI	0	0,0
Rendimento Mensal	- 500 euros	7	13,0
	de 501 a 870 euros	12	22,2
	de 871 a 1045 euros	4	7,4
	de 1046 a 1568 euros	4	7,4
	+ de 1569 euros	10	18,5
	Prefiro não responder	17	31,5
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,63 (0,49)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,74 (0,44)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, todos os participantes residem em habitação própria ou de familiares (n = 54; 100%). Desses, 42,6% vivem sozinhos (n = 23), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 38; 70,4%). Nenhum participante se encontra a residir em ERPI ou 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 = 39; 72,2%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de limpeza (n = 7; 13%).

Quanto à integração em respostas sociais de proximidade, 94,4% participa em atividades 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 = 40; 74,1%).

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	23	42,6
		Com parceiro/a	8	14,8
		Com Filho/a	14	25,9
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	6	11,1
		Com Outro(s)	3	5,6
	Tipo de Habitação	Apartamento	7	13,0
		Vivenda isolada	9	16,7
		Vivenda com vizinhos	38	70,4
	SAD	Não	39	72,2
		Sim	15	27,8
	SAD- Tipo	Refeições	1	1,9
		Limpeza	7	13,0
		Outro(s)	2	3,7
		Nenhuma	39	72,2
		Refeições e Limpeza	1	1,9
		Limpeza e Roupas	1	1,9
		Refeições, Limpeza e Roupas	3	5,6
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	17	31,5
		Centro de Convívio	6	11,1
		Universidade Sénior	26	48,1

		Outra(s)	2	3,7
		Nenhuma	3	5,6
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	7	13,0
		3 a 5 vezes por semana	40	74,1
		6 a 7 vezes por semana	4	7,4
		Nenhuma	3	5,6

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 1,94 (DP = 0,75), com valores compreendidos entre 1 e 3,6, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala (2,5)**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,76 (DP = 0,54), com um intervalo entre 1 e 3,09, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 29,06 (DP = 8,89), com valores mínimos de 16 e máximos de 50. 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	1,94	1,76	29,06
Erro Desvio	0,75	0,54	8,89
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,60	3,09	50,00

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 ($t(19,715) = 0,620$; $p = 0,542$), **idade** ($F(2, 51) = 1,56$; $p = 0,220$), **escolaridade** ($F(3, 50) = 0,257$; $p = 0,856$), **rendimento mensal** ($F(5, 48) = 0,288$; $p = 0,917$), **estado de saúde percebido** ($t(52) = 1,108$; $p = 0,273$) e **autonomia** ($t(52) = 1,715$; $p = 0,092$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. Os homens apresentaram níveis médios de solidão superiores aos das mulheres ($M = 30,47$; $DP = 11,17$ vs. $M = 28,51$; $DP = 7,95$). Em termos etários, observou-se uma progressão dos níveis de solidão com a idade, ainda que sem diferenças estatisticamente significativas. Os valores mais elevados verificaram-se entre os participantes com 85 ou mais anos ($M = 33,30$; $DP = 8,69$), seguindo-se os participantes com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos ($M = 28,68$; $DP = 7,77$), enquanto os indivíduos entre os 65 e os 74 anos registaram os níveis mais baixos de solidão ($M = 27,32$; $DP = 10,05$).

Relativamente à escolaridade, os níveis médios mais elevados de solidão foram observados entre os participantes sem ensino básico ($M = 30,46$; $DP = 5,85$), seguidos daqueles com ensino secundário ($M = 30,29$; $DP = 9,01$) e com ensino básico ($M = 28,52$; $DP = 10,54$). Os participantes com ensino superior apresentaram a média mais baixa ($M = 27,56$; $DP = 8,38$).

Quanto ao rendimento mensal, verificou-se uma distribuição relativamente homogênea dos níveis de solidão entre os diferentes escalões. Os valores mais elevados foram observados nos participantes com rendimentos entre 1046 e 1568 euros ($M = 31,75$; $DP = 17,27$), seguidos dos que preferiram não responder ($M = 30,12$; $DP = 9,05$). Os valores mais baixos foram registados nos participantes com rendimentos com menos de 500 euros ($M = 27,14$; $DP = 11,33$) e entre 871 e 1045 euros ($M = 26,75$; $DP = 1,50$), não se observando, contudo, um padrão consistente que permita associar os níveis de solidão à condição económica.

Já ao nível do estado de saúde, os valores mais elevados de solidão registaram-se entre os participantes que se percebiam como doentes ($M = 30,80$; $DP = 8,58$) em comparação com os que se consideram saudáveis ($M = 28,03$; $DP = 9,03$). A mesma tendência se regista ao nível da autonomia, com os participantes sem/ fraca autonomia a registarem níveis acima do limiar de solidão clinicamente relevante ($M = 32,50$; $DP = 9,35$) em comparação com os saudáveis ($M = 27,85$; $DP = 8,52$), que se situam abaixo do ponto de corte.

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil** ($F(3, 50) = 4,822$; $p = 0,005$), com os participantes divorciados a apresentarem os níveis médios mais elevados de solidão ($M = 36,11$; $DP = 12,94$), ultrapassando o ponto de corte indicativo de solidão patológica (≥ 32). Seguiram-se os participantes viúvos ($M = 29,95$; $DP = 6,40$) e os solteiros ($M = 29,40$; $DP = 8,68$), enquanto os casados ou em união de facto apresentaram os níveis mais baixos ($M = 23,63$; $DP = 6,67$). As comparações múltiplas revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes casados/união de facto e os divorciados ($p = 0,003$), sugerindo um efeito protetor associado à presença de uma relação conjugal estável.

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 1,30 ($DP = 0,35$), 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 ($M = 1,69$; $DP = 0,46$), com valores mínimos de 1 e máximos de 3, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,43 ($DP = 0,47$), com um intervalo entre 1 e 2,75, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram igualmente uma média de 1,43 ($DP = 0,45$), com valores que variam entre 1 e 3, evidenciando uma **perceção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,85 (DP = 1,16), com valores mínimos de 4 e máximos de 8,65. 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	1,30	1,69	1,43	1,43	5,85
Erro Desvio	0,35	0,46	0,47	0,45	1,16
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,50	3,00	2,75	3,00	8,65

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 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 ($t(18,71) = 0,881$; $p = 0,389$), **idade** ($F(2, 51) = 1,880$; $p = 0,163$), **escolaridade** ($F(3, 50) = 0,068$; $p = 0,977$), **estado civil** ($F(3, 50) = 1,03$; $p = 0,388$) e **rendimento mensal** ($F(5, 48) = 1,554$; $p = 0,191$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. Os homens apresentaram níveis médios ligeiramente superiores de percepção de violência ($M = 6,12$; $DP = 1,52$) comparativamente às mulheres ($M = 5,74$; $DP = 0,99$). Em termos etários, os valores mais elevados foram observados no grupo com 85 ou mais anos ($M = 6,24$; $DP = 1,01$), seguido do grupo entre os 75 e os 84 anos ($M = 5,99$; $DP = 1,20$), enquanto os participantes entre os 65 e os 74 anos apresentaram os valores mais reduzidos ($M = 5,46$; $DP = 1,12$). Embora a diferença não tenha atingido significância estatística, os valores médios sugerem uma tendência para níveis mais elevados de percepção de violência nos grupos etários mais avançados.

Relativamente à escolaridade, os participantes com ensino básico apresentaram os valores médios mais elevados de percepção de violência ($M = 5,91$; $DP = 1,41$), seguidos dos participantes sem ensino básico ($M = 5,85$; $DP = 0,68$) e com ensino secundário ($M = 5,83$; $DP = 0,87$). Os participantes com ensino superior apresentaram o valor mais reduzido ($M = 5,70$; $DP = 1,27$).

Quanto ao estado civil, os níveis médios mais elevados de percepção de violência foram observados nos participantes divorciados ($M = 6,26$; $DP = 1,70$) e solteiros ($M = 6,20$; $DP = 0,88$), seguindo-se os viúvos ($M = 5,86$; $DP = 0,77$). Os participantes casados ou em união de facto apresentaram os valores mais baixos ($M = 5,50$; $DP = 1,34$), sugerindo um possível efeito protetor associado à presença de suporte conjugal, embora as diferenças não tenham atingido significância estatística.

Relativamente ao rendimento mensal, verificou-se uma distribuição relativamente homogénea dos valores de percepção de violência. Os níveis mais elevados foram observados entre os participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros ($M = 6,36$; $DP = 0,93$), enquanto os valores mais baixos surgiram no grupo com rendi-

mentos inferiores a 500 euros ($M = 5,14$; $DP = 1,05$). Contudo, a ausência de um padrão consistente e a inexistência de diferenças estatisticamente significativas sugerem que o rendimento não constitui um fator determinante da percepção de violência nesta amostra.

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do estado de saúde percebido** ($t(52) = 2,368$; $p = 0,022$) **e da autonomia** ($t(52) = 2,440$; $p = 0,018$). As pessoas que se percebem como doentes apresentam níveis mais elevados de percepção de violência ($M = 6,32$; $DP = 1,21$) comparativamente às que se percebem como saudáveis ($M = 5,57$; $DP = 1,04$). De forma semelhante, os participantes com maior dependência apresentam percepções de violência superiores ($M = 6,47$; $DP = 1,30$) relativamente aqueles que se consideram independentes ($M = 5,63$; $DP = 1,04$).

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

No que respeita à percepção de solidão, **observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais nas dimensões da solidão social** ($F(4, 49) = 3,811$; $p = 0,009$) **e solidão total** ($F(4, 49) = 3,473$; $p = 0,014$). Já na dimensão da solidão emocional estas diferenças não foram significativas ($F(4, 49) = 1,682$; $p = 0,169$).

Embora a solidão emocional não tenha diferido significativamente entre os grupos, a análise descritiva evidencia valores médios mais elevados entre os participantes sem qualquer integração em respostas sociais comunitárias ($M = 2,67$; $DP = 0,90$), seguidos dos participantes integrados em Centro de Convívio ($M = 2,20$; $DP = 0,81$) e Centro de Dia ($M = 2,07$; $DP = 0,75$). Os participantes da Universidade Sénior apresentaram a média mais reduzida ($M = 1,72$; $DP = 0,70$), seguidos dos integrados na categoria "Outros" ($M = 1,80$; $DP = 0,28$).

Na dimensão da **solidão social**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os participantes sem qualquer participação em respostas sociais comunitárias apresentaram os valores médios mais elevados ($M = 2,52$; $DP = 0,84$), enquanto os participantes da Universidade Sénior registaram a média mais baixa ($M = 1,55$; $DP = 0,50$). As comparações múltiplas pelo método de Bonferroni revelaram diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos ($p = 0,020$), indicando níveis inferiores de solidão social entre os participantes da Universidade Sénior. Os participantes integrados em Centro de Convívio ($M = 2,03$; $DP = 0,25$), Centro de Dia ($M = 1,88$; $DP = 0,46$) e na categoria "Outros" ($M = 1,64$; $DP = 0,39$) apresentaram valores intermédios.

Também no **índice total de solidão** foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as tipologias de participação comunitária. O grupo sem integração em respostas sociais apresentou a média mais elevada ($M = 41,00$; $DP = 13,08$), claramente acima do ponto de corte indicativo de solidão clinicamente relevante (≥ 32). Seguiram-se os participantes integrados em Centro de Convívio ($M = 33,33$; $DP = 2,34$) e Centro de Dia ($M = 31,00$; $DP = 8,02$), enquanto a Universidade Sénior apresentou os valores mais baixos ($M = 25,58$;

DP = 8,62), seguida da categoria "Outros" (M = 27,00; DP = 2,83). As comparações múltiplas evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre a Universidade Sénior e o grupo sem participação em respostas sociais ($p = 0,032$), indicando níveis significativamente inferiores de solidão global entre os participantes da Universidade Sénior.

Em síntese, os **resultados sugerem que a participação em respostas sociais comunitárias não se associa a diferenças na dimensão emocional da solidão, mas está relacionada com diferenças significativas na solidão social e global**. Em particular, os participantes da Universidade Sénior apresentam níveis significativamente mais baixos de solidão social e total quando comparados com aqueles que não participam em qualquer resposta social comunitária. Por outro lado, o **grupo sem integração evidencia os níveis mais elevados de solidão, ultrapassando inclusivamente o ponto de corte de solidão clinicamente relevante no índice total**. Estes resultados reforçam a **importância da participação social organizada**, sobretudo em contextos de aprendizagem e envelhecimento ativo, como potencial fator de proteção face à solidão na população idosa (ver Tabela 6).

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Solidão Emocional	2,07 (0,75)	2,20 (0,81)	1,72 (0,70)	1,80 (0,28)	2,67 (0,90)
Solidão Social	1,88 (0,46)	2,03 (0,25)	1,55 (0,50)	1,64 (0,39)	2,52 (0,84)
Solidão Total	31,00 (8,02)	33,33 (2,34)	25,58 (8,62)	27,00 (2,83)	41,00 (13,08)

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. Perceção de violência

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

Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(4,49) = 1,979$; $p = 0,113$), **isolamento social** ($F(4,49) = 1,455$; $p = 0,230$), **insegurança financeira** ($F(4,49) = 0,204$; $p = 0,935$) e **violência total** ($F(4,49) = 1,782$; $p = 0,147$).

Apesar da ausência de significância estatística nestas dimensões, a análise descritiva mostra alguma variabilidade entre grupos. Na desconfiança/insegurança nas relações próximas, os valores médios oscilaram entre M = 1,19 (DP = 0,32) na Universidade Sénior e M = 1,48 (DP = 0,42) no Centro de Dia. No isolamento social, os valores variaram entre M = 1,57 (DP = 0,49) na Universidade Sénior e M = 2,13 (DP = 0,12) nos participantes sem qualquer integração em respostas sociais. Relativamente à violência total, as médias foram mais elevadas no grupo sem participação em respostas sociais (M = 6,55; DP = 0,74) e mais baixas na Universidade Sénior (M = 5,43; DP = 1,24), embora sem diferenças estatisticamente significativas.

A única dimensão em que se verificaram diferenças estatisticamente significativas foi a dependência funcional ($F(4,49) = 2,940$; $p = 0,030$). Os participantes do Centro de Convívio apresentaram o valor médio mais elevado (M = 1,92; DP = 0,56), seguidos dos participantes sem integração (M = 1,58; DP = 0,52), da categoria "Outros" (M = 1,50; DP = 0,71) e do Centro de Dia (M = 1,49; DP = 0,42), enquanto a Universidade Sénior

registou o valor mais baixo ($M = 1,26$; $DP = 0,41$). As comparações múltiplas pelo método de Bonferroni indicaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo integrado em Centro de Convívio e Universidade Sénior ($p = 0,019$), com níveis mais elevados de dependência funcional no primeiro grupo (ver Tabela 7).

Em síntese, os **resultados sugerem que a tipologia de participação social não se associa de forma significativa à perceção global de violência nem às dimensões de desconfiança/insegurança, isolamento social e insegurança financeira**. Contudo, a **dependência funcional** apresenta diferenças relevantes entre grupos, destacando-se **níveis mais elevados entre os participantes do Centro de Convívio e mais baixos entre os participantes da Universidade Sénior**, o que poderá refletir perfis distintos de funcionalidade e participação social na população idosa.

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,48 (0,42)	1,23 (0,20)	1,19 (0,32)	1,44 (0,09)	1,33 (0,14)
Isolamento Social	1,80 (0,44)	1,67 (0,39)	1,57 (0,49)	1,70 (0,14)	2,13 (0,12)
Dependência Funcional	1,49 (0,42)	1,92 (0,56)	1,26 (0,41)	1,50 (0,71)	1,58 (0,52)
Insegurança Financeira	1,47 (0,50)	1,29 (0,25)	1,41 (0,48)	1,50 (0,35)	1,50 (0,25)
Violência Total	6,23 (1,06)	6,10 (0,86)	5,43 (1,24)	6,14 (1,01)	6,55 (0,74)

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 perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.

A. Relação 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.

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

As pessoas idosas integradas em atividades de apoio comunitárias apresentaram níveis médios mais baixos de solidão percecionada ($M = 28,35$; $DP = 8,24$) e de perceção do risco de violência ($M = 5,81$; $DP = 1,17$), quando comparadas com aquelas que não estavam integradas em qualquer tipo de atividade social comunitária. Estas últimas evidenciaram níveis médios mais elevados de solidão ($M = 41,00$; $DP = 13,08$), ultrapassando o ponto de corte indicativo de solidão clinicamente relevante (≥ 32), bem como uma perceção superior do risco de violência ($M = 6,55$; $DP = 0,74$).

Quanto à relação entre perceção de solidão e de risco de vitimação por violência, os resultados evidenciam padrões distintos consoante a integração, ou não, em respostas sociais comunitárias. **No grupo de pessoas idosas integradas em atividades de apoio, observou-se uma correlação positiva, forte e estatisticamente significativa entre solidão e perceção do risco de violência** ($r = 0,548$; $p = 0,000$), indicando que, mesmo em contextos de participação comunitária, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior perceção de risco de vitimação.

No grupo de pessoas idosas não integradas em respostas sociais comunitárias, a correlação observada foi muito elevada ($r = 0,989$), mas não atingiu significância estatística ($p = 0,095$). Deste modo, apesar da magnitude do coeficiente, os resultados não permitem confirmar a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a percepção de solidão e risco de vitimação por violência neste grupo, devendo esta interpretação ser efetuada com prudência, atendendo ao reduzido número de participantes (ver Tabela 8).

Em conjunto, os resultados sugerem que a integração em respostas sociais comunitárias se associa a níveis médios mais baixos de solidão e de percepção do risco de violência. Além disso, entre as pessoas idosas integradas, verificou-se uma associação significativa entre estas duas variáveis, sugerindo que o aumento da solidão é acompanhado por uma maior percepção de vulnerabilidade à violência. No grupo sem participação comunitária, embora se tenham observado níveis médios mais elevados de solidão e de percepção de violência, a reduzida dimensão da amostra não permite retirar conclusões consistentes quanto à relação entre estas variáveis, recomendando-se uma interpretação cautelosa destes resultados.

Tabela 8. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	28,35	8,24	0,548	0,000
	Violência	5,81	1,17		
Não Integrados em RS	Solidão	41,00	13,08	0,989	0,095
	Violência	6,55	0,74		

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 Almeirim, 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 de solidão que se situam em níveis patológicos. A análise em função de características sociodemográficas revelou que o sexo, idade, escolaridade, rendimento mensal, estado de saúde percebido e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas ao estado civil: as pessoas divorciadas apresentam níveis médios de solidão superiores ao ponto de corte patológico. Estes resultados identificam um **grupo prioritário** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **divorciadas**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar este grupo como prioritário de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

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

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias em pessoas idosas não institucionalizadas**, os resultados demonstraram que a participação em respostas sociais estruturadas como a Universidade Sénior associa-se a níveis mais baixos de solidão, particularmente nas dimensões social e total, evidenciando um efeito protetor da participação social organizada. Em contraste, o **grupo sem integração revelou os níveis mais elevados no índice total de solidão, ultrapassando inclusivamente o ponto de corte de solidão clinicamente relevante**. A perceção de violência total não difere significativamente entre os grupos, mas surgem diferenças numa dimensão específica: **a dependência funcional é mais elevada no Centro de Convívio, em comparação com as pessoas idosas que frequentam a Universidade Sénior**. Estes resultados destacam a relevância de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e perceção de violência**, a análise dos resultados revelou padrões distintos em pessoas idosas não institucionalizadas, com e sem integração em respostas sociais comunitárias: os

participantes integrados apresentaram níveis mais baixos de solidão e percepção de violência, tendo os participantes sem integração apresentado os níveis mais elevados, situando-se o da solidão no patamar do patológico. Entre os integrados em respostas sociais, a correlação entre a solidão e percepção de violência é positiva, forte e significativa, enquanto nos não integrados a correlação não é significativa. Estes resultados indicam que **a integração comunitária reduz a solidão e a percepção do risco de violência e sugerem que o aumento da solidão é acompanhado por uma maior percepção de vulnerabilidade à violência**, enquanto **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+ no concelho de Almeirim permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à perceção do risco de violência na população idosa local. Embora a totalidade da amostra resida no domicílio e apresente níveis de integração comunitária significativamente elevados, a existência de subgrupos em situação de vulnerabilidade latente justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, embora os dados resultem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica. Esta intervenção deve envolver não apenas os próprios indivíduos, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais de proximidade. A necessidade de atuação em rede é justificada pelo isolamento na esfera privada, potenciado pelo facto de 42,6% da amostra viver completamente sozinha no domicílio e de 72,2% não usufruir de qualquer Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), dependendo essencialmente das redes informais ou da sua própria autonomia.

Em Almeirim, o risco não advém do isolamento institucional (0% em ERPI) ou do afastamento social, pois 94,4% das pessoas idosas frequentam respostas de proximidade e participam com regularidade (74,1% fá-lo de 3 a 5 vezes por semana). O desafio relaciona-se com o isolamento no domicílio nos períodos sem atividades. As estratégias da autarquia devem, por isso, considerar esta forte adesão comunitária para a transformar num veículo de proteção domiciliária, apoiando a autonomia funcional e criando redes para quem vive só.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

No domínio da solidão, recomenda-se a intervenção focada e prioritária junto das pessoas idosas divorciadas, uma vez que os resultados demonstraram que este é o único grupo sociodemográfico cujos níveis médios de solidão ultrapassam o ponto de corte patológico. Adicionalmente, importa desenhar programas que garantam o acompanhamento nos períodos complementares às atividades comunitárias, direcionados aos grupos mais expostos ao isolamento residencial, tais como os que vivem sozinhos (42,6%) e os viúvos (44,4%), estimulando competências e incentivando a manutenção de papéis sociais ativos fora do contexto institucional.

Quanto à perceção de violência, as recomendações devem focar-se na proteção e empoderamento das pessoas idosas com pior autoperceção do estado de saúde e maior dependência funcional, dado que os resultados demonstraram que são estas as variáveis que influenciam significativamente e elevam a perceção de violência. Complementarmente, atendendo ao perfil demográfico da amostra, devem promover-se ações de literacia jurídica e financeira direcionadas à gestão de património e prevenção de abusos familiares para a população maioritariamente feminina (72,2%) e com menores rendimentos (em que 13% auferem menos de 500€ e 22,2% auferem entre 501€ e 870€).

Na interseção entre ambos os fenómenos, atendendo a que a maioria frequenta respostas sociais de forma regular, a relação entre a solidão e a perceção de risco deve ser abordada tirando partido desta dinâmica. Recomenda-se a implementação de programas psicossociais que utilizem os momentos de socialização ativa (Universidade Sénior ou dinâmicas no Centro de Dia) para trabalhar competências de resiliência, autoeficácia e identificação de sinais de vulnerabilidade, transformando a convivência comunitária num escudo protetor contra o risco de vitimação no domicílio.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se que as famílias assumam uma responsabilidade acrescida na supervisão afetiva e relacional das pessoas idosas, particularmente no caso dos divorciados e dos que vivem sozinhos

(42,6%). Sendo a viuvez o estado civil predominante (44,4%), as famílias devem ser sensibilizadas para preencher os vazios relacionais diários através de dinâmicas de comunicação sistemática e integração da pessoa idosa nas tomadas de decisão familiares, combatendo a desvinculação social.

Quanto à perceção de violência, as recomendações focam-se na prevenção do desgaste do apoio informal e na garantia da transparência na gestão de recursos. Atendendo aos baixos rendimentos e à saúde intermédia da amostra (média de 1,63 numa escala de 1 a 2), as famílias com pessoas idosas dependentes devem receber acompanhamento técnico especializado. O objetivo é prevenir tensões na gestão do orçamento ou dos cuidados domiciliários, evitando que o declínio funcional resulte em negligência ou violência psicológica.

Na articulação entre solidão e violência, é essencial que as famílias colaborem ativamente com as entidades comunitárias que a pessoa idosa frequenta. Recomenda-se a criação de canais de comunicação recíproca entre os familiares e os responsáveis pelas respostas sociais (Universidade Sénior/Centros de Dia), capacitando as famílias para identificarem alterações súbitas de comportamento.

Recomendações dirigidas à comunidade

No domínio da solidão, recomenda-se que o Município de Almeirim capitalize a excelente taxa de adesão às respostas sociais para expandir o impacto do combate à solidão. Contudo, uma vez que o grupo sem integração revelou os níveis mais elevados e clinicamente relevantes de solidão, a prioridade deve ser o desenvolvimento de estratégias comunitárias de procura ativa e sinalização das pessoas idosas que estão totalmente isolados (5,6%). Em paralelo, propõe-se a criação de um programa de mentoria na Universidade Sénior (que já integra 48,1% da amostra), onde as pessoas idosas com maior escolaridade possam apoiar e acompanhar os seus pares que vivem sozinhos.

No domínio da violência, considera-se prioritário estruturar uma rede comunitária de segurança informal que tire partido do facto de 70,4% dos participantes viverem em vivendas com vizinhos próximos. Propõe-se a capacitação dos vizinhos, do comércio local (como cafés e mercearias de proximidade) e das Juntas de Freguesia para atuarem como detetores de proximidade, sinalizando alterações na rotina diária de pessoas idosas vulneráveis por perda súbita de autonomia.

De forma articulada, uma vez que 74,1% das pessoas idosas frequentam instituições e praticam atividades 3 a 5 vezes por semana, recomenda-se a otimização das estruturas existentes como polos de proteção integrada. Propõe-se a implementação de um Programa Municipal de Cidadania e Proteção Sénior, que agregue de forma permanente nos Centros de Dia, de Convívio e Universidades Seniores equipas multidisciplinares de base. Este programa assegurará respostas contínuas de mediação de conflitos, consultoria jurídica e financeira simplificada e apoio psicológico, salvaguardando uma população vulnerável pela sua baixa escolaridade (46,3% possui apenas o ensino básico e 24,1% não o concluiu).

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se que os profissionais recebam formação específica para detetar solidão em indivíduos com participação social ativa. Importa ajustar os Planos de Desenvolvimento Individual ou as estratégias de animação para garantir que a frequência nas instituições não seja apenas uma ocupação de tempos livres, mas sim um espaço de efetiva vinculação.

No domínio da violência, perante a constatação de que a maioria das pessoas idosas não usufrui de SAD (72,2%), torna-se fundamental que as equipas de saúde familiar, cuidados continuados e técnicos de ação social assumam uma postura proativa de acompanhamento no domicílio. Propõe-se a integração sistemática de indicadores de risco psicossocial nos protocolos de visitas domiciliárias. Esta vigilância ativa permitirá

mapear precocemente dinâmicas relacionais disfuncionais, garantindo que contextos de aparente estabilidade e autonomia não mascarem situações latentes de abuso, exclusão ou negligência.

Na articulação entre a solidão e a violência, recomenda-se a criação de uma Plataforma Local de Governação Integrada, que articule de forma permanente as IPSS, Centros de Dia, Universidade Sénior e os serviços de saúde sob o modelo de gestão de caso. Os profissionais devem partilhar sinalizações focadas no cruzamento de variáveis críticas (ex: pessoas idosas sem integração comunitária, pessoas divorciadas, indivíduos com dependência funcional ou frágil estado de saúde). Este acompanhamento integrado permitirá acionar respostas céleres de apoio domiciliário (reforçando os 27,8% que atualmente têm SAD) antes que o isolamento se converta em vitimação grave.

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

Tabela 9. Principais recomendações para o concelho de Almeirim

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	100% residem na comunidade (0% em ERPI), mas 42,6% vivem sós. População muito envelhecida (média de 77,81 anos) e marcada pela viuvez (44,4%). O grupo dos divorciados (16,7%) apresenta níveis de solidão patológica.	Diminuir o sentimento de solidão domiciliária e o isolamento relacional com foco prioritário no grupo dos divorciados.	Desenhar dinâmicas de apoio psicossocial específicas para divorciados e focadas na elaboração do luto (viuvez); promover competências de autoeficácia para a gestão do quotidiano no domicílio.
	Violência	Predomínio do sexo feminino (72,2%) e vulnerabilidade socioeconómica (13,0% auferem - 500€ e 22,2% entre 501€ e 870€), associados a baixos níveis de escolaridade básica (46,3% com Ensino Básico e 24,1% Sem Ensino Básico). A perceção de violência é significativamente superior em pessoas idosas com pior estado de saúde e menor autonomia.	Prevenir a vitimação, abusos financeiros e garantir a defesa de direitos em pessoas idosas com menor literacia e maior dependência. funcional/frágil estado de saúde.	Promover ações informativas sobre direitos e segurança financeira em formatos acessíveis; capacitar para o autocuidado apoiado de modo a prolongar a autonomia funcional e mitigar o risco associado à dependência.
	Solidão e Violência	Elevada taxa de integração social (94,4%) contrasta com isolamento habitacional severo (42,6% vivem sós). A solidão atua como fator de vulnerabilidade invisível no domicílio.	Utilizar os espaços de socialização ativa como polos de capacitação integrada contra riscos psicossociais.	Implementar nas respostas comunitárias programas que cruzem a promoção do bem-estar psicológico com estratégias de autoproteção e identificação de abusos.
Famílias	Solidão	Elevada percentagem de pessoas idosas a residir sós (42,6%) em contexto maioritariamente rural, potenciando fraca retaguarda de apoio contínuo.	Corresponsabilizar o núcleo familiar no suporte relacional diário, combatendo o isolamento.	Sensibilizar as famílias para a manutenção de contactos sistemáticos (presenciais/telefónicos) e inclusão ativa da pessoa idosa (viúva/divorciada) nas dinâmicas familiares alargadas.
	Violência	População com saúde intermédia (média de 1,63) e dependência latente, sem grande cobertura formal no domicílio (72,2% sem SAD), apesar de 16,7% residir em vivendas isoladas e sem apoio contínuo.	Prevenir a negligência e a sobrecarga familiar na transição para a dependência funcional.	Desenhar sessões de mediação familiar para a gestão partilhada de cuidados e recursos financeiros; dinamizar ações sobre os direitos e dignidade da pessoa idosa vulnerável.
	Solidão e Violência	A conjugação de isolamento habitacional (42,6%), viuvez (44,4%) e polarização económica exige suporte especializado à rede informal.	Fortalecer as competências da família como primeira linha de defesa contra o isolamento e dinâmicas abusivas.	Criar programas de capacitação e apoio psicológico para famílias cuidadoras; instituir canais diretos de comunicação entre famílias e as entidades

				comunitárias (Universidade Sénior/Centros de Dia).
Comunidade	Solidão	Elevada taxa de integração em respostas sociais (94,4%), com forte predomínio na Universidade Sénior (48,1%), Centros de Dia (31,5%) e Centros de Convívio (11,1%). O grupo sem integração (5,6%) apresenta níveis patológicos de solidão.	Rentabilizar a forte mobilização comunitária existente para apoiar as pessoas idosas mais isoladas e resgatar as pessoas idosas sem qualquer integração.	Desenvolver estratégias de busca ativa para as pessoas idosas não integradas (5,6%); criar projetos de voluntariado e mentoria entre pares na Universidade Sénior, desafiando as pessoas idosas autónomas a acompanhar vizinhos que vivem sós.
	Violência	70,4% dos participantes habitam em vivendas com vizinhos próximos em meio rural/semirural, propício a dinâmicas de entreajuda.	Ativar as relações de vizinhança e o comércio local como redes de proteção e vigilância informal contra abusos.	Implementar um Programa Municipal de Redes de Proximidade e Vigilância Comunitária, capacitando as juntas de freguesia, o comércio local e os cidadãos para a deteção precoce e sinalização de riscos ou isolamento.
	Solidão e Violência	74,1% das pessoas idosas participam em atividades de 3 a 5 vezes por semana, tornando a comunidade o espaço central da sua rotina.	Converter as respostas sociais locais em polos de proteção integrada e monitorização ativa.	Diversificar os conteúdos das respostas públicas; implementar um Programa Municipal de Cidadania e Proteção Sénior que integre de forma permanente nas estruturas comunitárias equipas de base para triagem, mediação e aconselhamento jurídico/psicossocial.
Profissionais	Solidão	A elevada taxa de integração em respostas sociais estruturadas (94,4%) oculta vulnerabilidades na esfera privada, onde a ausência de suporte contínuo potencia quadros de solidão patológica no domicílio (onde 42,6% moram sós).	Dotar os profissionais de competências diagnósticas transversais para a identificação precoce de riscos psicossociais e vulnerabilidades invisíveis na população idosa.	Formação técnica na aplicação de escalas de solidão; desenhar Planos de Desenvolvimento Individual focados na capacitação da pessoa idosa.
	Violência	Escassez de apoio formal domiciliário (72,2% sem SAD), deixando a maioria das pessoas idosas que vivem sós sem supervisão técnica.	Instituir rotinas proativas de triagem e avaliação de risco no contexto habitacional das pessoas idosas não abrangidas por serviços formais.	Capacitar profissionais de saúde familiar e assistentes sociais para aplicar grelhas de avaliação de risco em visitas domiciliárias pontuais, cruzando com a média de autonomia (1,74), prevenindo violência financeira ou negligência.
	Solidão e Violência	A vivência exclusiva no domicílio e em contexto de isolamento na esfera privada requer uma abordagem integrada e unificada por parte das instituições.	Promover um modelo de governação integrada e partilhada entre os parceiros locais, otimizando os fluxos de informação para uma resposta articulada e multisectorial.	Desenvolver protocolos interinstitucionais que unifiquem a Universidade Sénior, IPSS e Centros de Saúde, permitindo intervenções cirúrgicas e o reforço do SAD (atualmente em apenas 27,8%) nos perfis críticos e isolados.

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)