



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE CÂMARA DE LOBOS

**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**

julho 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	20
Recomendações	21
Referências.....	27
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.....	17
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	18
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.	19

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 Câmara de Lobos. 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 percebida 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 percebida 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 Câmara de Lobos. 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 Câmara de Lobos, 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 51 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Câmara de Lobos. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 46$; 90,2%), em comparação com o sexo masculino ($n = 5$; 9,8%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 95 anos, apresentando uma média de 75,75 anos ($DP = 6,47$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 32$; 62,7%), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n = 12$; 23,5%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 38$; 74,5%) e não possui ensino básico ($n = 12$; 23,5%), 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** ($n = 20$; 69%). Todos **residem em habitação própria ou de familiares** ($n = 51$; 100%).

Relativamente ao rendimento mensal, verifica-se que 54,9% ($n = 28$) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros e 19,6% auferem menos de 500 euros mensais ($n = 10$), sendo que 21,6% ($n = 11$) preferiu não responder, evidenciando uma **situação económica globalmente fragilizada**.

No que se refere à perceção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,75 ($DP = 0,44$), indicando uma **perceção intermédia tendencialmente positiva**. Quanto à autonomia, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,84 ($DP = 0,37$), 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 Câmara de Lobos.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	5	9,8
	Feminino	46	90,2
Idade (anos)	Intervalo	65-95	—
	Média (DP)	75,75 (6,47)	—
Idade (por grupo)	65-74	27	52,9
	75-84	20	39,2
	85-100	4	7,8
Estado Civil	Solteiro/a	3	5,9
	Casado(a)/União de Facto	12	23,5
	Divorciado/a	4	7,8
	Viúvo/a	32	62,7
Escolaridade	Sem Ensino Básico	12	23,5
	Com Ensino Básico	38	74,5
	Com Ensino Secundário	1	2,0
	Com Ensino Superior	—	—

Zona de Residência	Rural	9	31,0
	Urbano	20	69,0
	Omisso	22	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	51	100,0
Rendimento Mensal	- 500 euros	10	19,6
	de 501 a 870 euros	28	54,9
	de 871 a 1045 euros	2	3,9
	Prefiro não responder	11	21,6
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,75 (0,44)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,84 (0,37)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, todos os participantes residem em habitação própria ou de familiares (n = 51; 100%). Desses, 33,3% vivem sozinhos (n = 17) e 33,3% (n = 17) com filho/a(s), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 33; 64,7%). Nenhum participante se encontra **integrado em respostas sociais de proximidade** nem 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 = 48; 94,1%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem a outro(s) serviços (n = 2; 3,9%).

Quanto à integração em respostas sociais de proximidade, 68,6% 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 uma a duas vezes por semana (n = 19; 37,3%).

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	17	33,3
		Com parceiro/a	14	27,5
		Com Filho/a	17	33,3
		Com Outro(s)	3	5,9
	Tipo de Habitação	Apartamento	11	21,6
		Vivenda isolada	7	13,7
		Vivenda com vizinhos	33	64,7
	SAD	Não	48	94,1
		Sim	3	5,9
	SAD- Tipo	Refeições	1	2,0
		Limpeza	1	2,0
		Outro(s)	2	3,9
		Nenhuma	47	92,2
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	1	2,0
		Centro de Convívio	30	58,8
		Universidade Sénior	1	2,0
		Outra(s)	3	5,9
		Nenhuma	15	29,4
		Centro de Convívio e Outro(s)	1	2,0
		1 a 2 vezes por semana	19	37,3

	Frequência em entidades/atividades	3 a 5 vezes por semana	16	31,4
		Nenhuma	16	31,4

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 = 0,67), 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 1,75 (DP = 0,48), com um intervalo entre 1 e 3, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 28,86 (DP = 7,62), com valores mínimos de 16 e máximos de 53. 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	1,75	28,86
Erro Desvio	0,67	0,48	7,62
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	4,00	3,00	53,00

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 das condições de vida permitiu identificar tendências de vulnerabilidade entre os participantes. Contudo, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função de nenhuma das variáveis avaliadas**, nomeadamente sexo ($t(49) = -0,264$; $p = 0,793$), idade ($F(2, 48) = 1,913$; $p = 0,159$), escolaridade ($F(2, 48) = 0,664$; $p = 0,519$), estado civil ($F(3, 47) = 0,759$; $p = 0,523$), rendimento mensal ($F(3, 47) = 0,715$; $p = 0,548$), estado de saúde percebido ($t(49) = 1,664$; $p = 0,103$) e autonomia ($t(49) = -0,045$; $p = 0,964$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. As mulheres apresentaram níveis médios de solidão ligeiramente superiores aos dos homens ($M = 28,96$; DP = 7,96 vs. $M = 28,00$; DP = 3,54). Em termos etários, os níveis médios mais elevados observaram-se no grupo dos 65 aos 74 anos ($M = 30,19$; DP = 8,22), seguindo-se os participantes entre os 75 e os 84 anos ($M = 28,35$; DP = 6,69), enquanto o grupo com 85 ou mais anos apresentou os valores mais baixos ($M = 22,50$; DP = 5,20).

Relativamente à escolaridade, verificou-se uma tendência para níveis mais elevados de solidão entre os participantes sem ensino básico ($M = 30,00$; DP = 9,73), comparativamente aos que possuíam ensino básico ($M =$

28,71; DP = 6,94) e ensino secundário (M = 21,00), embora este último grupo seja constituído por apenas um participante, o que limita a interpretação dos resultados.

No que se refere ao estado civil, os participantes viúvos apresentaram os níveis médios mais elevados de solidão (M = 29,88; DP = 7,61), seguidos dos casados ou em união de facto (M = 28,33; DP = 7,14), os divorciados (M = 25,50; DP = 4,43) e os solteiros (M = 24,67; DP = 13,32). Relativamente ao rendimento mensal, os valores médios mais elevados foram observados entre os participantes que preferiram não responder (M = 29,82; DP = 7,91) e aqueles com rendimentos entre 501 e 870 euros (M = 29,50; DP = 6,43), enquanto os participantes com rendimentos entre 871 e 1045 euros apresentaram a média mais baixa (M = 22,50; DP = 9,19), ainda que este grupo seja constituído por apenas dois participantes.

Quanto ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionavam como doentes apresentaram níveis médios de solidão superiores (M = 31,85; DP = 9,33) aos que se consideravam saudáveis (M = 27,84; DP = 6,78). Por sua vez, não se observaram diferenças relevantes em função da autonomia, verificando-se valores médios muito semelhantes entre os participantes com sem/fraca autonomia (M = 28,75; DP = 6,09) e aqueles com autonomia elevada (M = 28,88; DP = 7,93).

Em síntese, **embora nenhuma das características sociodemográficas e condições de vida analisadas tenha evidenciado uma associação estatisticamente significativa com a percepção de solidão, a análise descritiva sugere uma tendência para níveis mais elevados entre mulheres, participantes sem escolaridade básica, viúvos e pessoas que se percecionam como doentes.** Estas tendências devem, contudo, ser interpretadas com prudência, atendendo à reduzida dimensão de alguns grupos e à ausência de significância estatística.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

A Tabela 5 apresenta os resultados relativos à percepção 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 percepção 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 = 0,31), com valores compreendidos entre 1 e 2,75, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,67; DP = 0,42), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,2, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,36 (DP = 0,42), com um intervalo entre 1 e 2,25, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,48 (DP = 0,49), com valores que variam entre 1 e 3, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,87 (DP = 1,21), com valores mínimos de 4,13 e máximos de 11,2. 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	1,35	1,67	1,36	1,48	5,87
Erro Desvio	0,31	0,42	0,42	0,49	1,21
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,13
Máximo	2,75	3,20	2,25	3,00	11,20

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 permite identificar grupos mais vulneráveis e fornecer informação útil para a definição de estratégias de intervenção ajustadas às suas necessidades. Contudo, na presente amostra, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função de nenhuma das variáveis avaliadas**, nomeadamente sexo ($t(49) = -0,064$; $p = 0,949$), idade ($F(2, 48) = 0,004$; $p = 0,996$), escolaridade ($F(2, 48) = 1,992$; $p = 0,148$), estado civil ($F(3, 47) = 0,365$; $p = 0,778$), rendimento mensal ($F(3, 47) = 0,178$; $p = 0,911$), estado de saúde percebido ($t(49) = 1,837$; $p = 0,072$) e autonomia ($t(38,902) = 1,374$; $p = 0,177$).

Ainda assim, os dados descritivos permitiram identificar algumas tendências relevantes. sobretudo ao nível da escolaridade, com os participantes sem ensino básico a registarem os valores mais elevados ($M = 6,40$; $DP = 1,83$) e os com ensino básico os valores mais baixos ($M = 5,68$; $DP = 0,91$). Também ao nível do estado civil, os participantes divorciados ($M = 6,09$; $DP = 1,41$) e viúvos ($M = 5,97$; $DP = 1,34$) apresentaram médias superiores às dos casados ou em união de facto ($M = 5,57$; $DP = 0,64$).

Quanto ao rendimento os valores mais elevados verificaram-se no grupo com rendimento entre 871 e 1045 euros ($M = 6,34$; $DP = 1,43$) e os mais baixos no grupo entre 501 e 870 euros ($M = 5,78$; $DP = 1,02$). Já relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes que se consideravam doentes apresentaram níveis médios de percepção da violência superiores ($M = 6,39$; $DP = 1,71$) aos dos que se percecionavam como saudáveis ($M = 5,69$; $DP = 0,95$). De igual modo, os participantes sem ou com fraca autonomia evidenciaram valores médios superiores ($M = 6,15$; $DP = 0,39$) relativamente aos que referiram autonomia elevada ($M = 5,82$; $DP = 1,30$).

Para as restantes variáveis as diferenças de médias entre os grupos foram praticamente inexistentes. Os homens ($M = 5,84$) e as mulheres ($M = 5,87$) apresentaram valores médios muito semelhantes, verificando-se igualmente uma reduzida variação entre os diferentes grupos etários, cujos valores médios variaram entre 5,84 (85 e mais anos) e 5,88 (65 a 74 anos).

Em síntese, **apesar de nenhuma das características sociodemográficas ou condições de vida analisadas se ter associado de forma estatisticamente significativa à percepção da violência, a análise descritiva sugere uma tendência para níveis mais elevados entre participantes com menor escolaridade, divorciados ou viúvos, com pior estado de saúde percebido e menor autonomia**. Estas tendências deverão, contudo, ser interpretadas com cautela, atendendo à ausência de significância estatística e à reduzida dimensão de alguns subgrupos da amostra.

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, considerando as dimensões de solidão emocional, social e total avaliadas pela escala UCLA, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias**. Os resultados da ANOVA unifatorial indicam ausência de diferenças significativas na solidão emocional ($F(4, 46) = 0,788$; $p = 0,539$), na solidão social ($F(4, 46) = 1,436$; $p = 0,237$) e na solidão total ($F(4, 46) = 1,011$; $p = 0,412$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva permite identificar padrões diferenciados entre os grupos (ver Tabela 6). Na solidão emocional, os valores mais elevados foram observados nos participantes da Universidade Sénior ($M = 2,60$) e do Centro de Dia ($M = 2,40$), enquanto os valores mais baixos surgiram na categoria “Outros” ($M = 1,47$; $DP = 0,12$). Os grupos sem participação em respostas sociais comunitárias e os que frequentavam o Centro de Convívio apresentaram valores intermédios.

Relativamente à solidão social, destacam-se valores mais elevados no Centro de Dia ($M = 2,27$), contrastando com os valores mais baixos observados na categoria “Outros” ($M = 1,36$; $DP = 0,36$) e na Universidade Sénior ($M = 1,55$).

No índice total de solidão, os valores médios mais elevados foram observados novamente no Centro de Dia ($M = 37,00$), enquanto os valores mais baixos surgiram em “Outros” ($M = 22,33$; $DP = 4,04$).

Em síntese, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão emocional, social ou total em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias. **Embora a análise descritiva revele algumas variações entre os grupos**, com níveis médios de solidão tendencialmente mais elevados entre os participantes do Centro de Dia e mais reduzidos na categoria “Outros”, **estas diferenças não permitem concluir a existência de um efeito da participação social na percepção de solidão nesta amostra**. Assim, os resultados devem ser interpretados com cautela, atendendo à reduzida dimensão de alguns subgrupos, que limita o poder estatístico das análises e a generalização das conclusões.

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 (—)	1,90 (0,56)	2,60 (—)	1,47 (0,12)	2,01 (0,91)
Solidão Social	2,27 (—)	1,84 (0,40)	1,55 (—)	1,36 (0,36)	1,61 (0,61)
Solidão Total	37,00 (—)	29,71 (5,65)	30,00 (—)	22,33 (4,04)	27,80 (10,95)

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 evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das dimensões analisadas: desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(4, 46) = 0,188$; $p = 0,943$), isolamento social ($F(4, 46) = 0,650$; $p = 0,630$), dependência funcional ($F(4, 46) = 0,921$; $p = 0,460$), insegurança financeira ($F(4, 46) = 0,725$; $p = 0,579$) e índice total de violência ($F(4, 46) = 0,393$; $p = 0,812$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva evidencia algumas diferenças nos valores médios entre os grupos (Tabela 7). Na dimensão da desconfiança/insegurança nas relações próximas, os valores mais elevados foram observados entre os participantes da Universidade Sénior e do grupo sem participação em respostas sociais ($M = 1,38$), enquanto o Centro de Dia apresentou o valor mais baixo ($M = 1,12$). Relativamente ao isolamento social, os valores médios mais elevados verificaram-se no Centro de Dia ($M = 2,00$), seguindo-se a Universidade Sénior ($M = 1,80$), por contraponto com a categoria "Outros" que apresentou a média mais reduzida ($M = 1,33$; $DP = 0,12$).

No que respeita à dependência funcional, o Centro de Convívio registou a média mais elevada ($M = 1,44$; $DP = 0,45$), contrastando com os valores mais baixos observados no Centro de Dia e na Universidade Sénior ($M = 1,00$). Em relação à insegurança financeira, o valor médio mais elevado foi observado no Centro de Dia ($M = 1,75$), seguindo-se o Centro de Convívio ($M = 1,55$; $DP = 0,46$), enquanto a Universidade Sénior apresentou o valor mais baixo ($M = 1,00$).

Quanto ao índice total de violência, os valores mais elevados foram registados no Centro de Convívio ($M = 6,02$; $DP = 0,99$) e os mais baixos na Universidade Sénior ($M = 5,18$), ainda que sem evidência de diferenças estatisticamente significativas (Ver Tabela 7).

Em síntese, não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção da violência em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias, quer nas diferentes dimensões avaliadas, quer no índice global de violência. **Embora a análise descritiva revele algumas variações entre os grupos, estas não permitem concluir pela existência de um efeito da participação social na percepção do risco de violência nesta amostra.** Assim, os resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a reduzida dimensão de alguns subgrupos, nomeadamente dos participantes integrados no Centro de Dia e na Universidade Sénior, limita o poder estatístico das análises, a robustez das comparações efetuadas e a generalização das conclusões.

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	1,12 (—)	1,35 (0,25)	1,38 (—)	1,29 (0,26)	1,38 (0,45)
Isolamento Social	2,00 (—)	1,68 (0,33)	1,80 (—)	1,33 (0,12)	1,69 (0,60)
Dependência Funcional	1,00 (—)	1,44 (0,45)	1,00 (—)	1,25 (0,25)	1,27 (0,36)
Insegurança Financeira	1,75 (—)	1,55 (0,46)	1,00 (—)	1,50 (0,50)	1,35 (0,55)
Violência Total	5,88 (—)	6,02 (0,99)	5,18 (—)	5,38 (0,63)	5,69 (1,70)

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.

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

As pessoas idosas integradas em atividades de apoio comunitárias apresentaram níveis médios mais elevados de solidão percebida ($M = 29,31$; $DP = 5,86$) e de percepção do risco de violência ($M = 5,94$; $DP = 0,95$), comparativamente com aquelas que não realizam atividades de apoio, que evidenciaram níveis médios mais baixos de solidão ($M = 27,80$; $DP = 10,95$) e de percepção do risco de violência ($M = 5,69$; $DP = 1,70$), embora com maior variabilidade dos resultados.

Quanto à relação entre percepção de solidão e de risco de vitimação por violência, observaram-se associações positivas e estatisticamente significativas em ambos os grupos, ainda que com magnitudes distintas. Entre os participantes integrados em respostas sociais comunitárias, verificou-se uma correlação positiva, fraca a moderada ($r = 0,330$; $p = 0,049$), indicando que níveis mais elevados de solidão tendem a associar-se, ainda que de forma pouco intensa, a uma maior percepção do risco de violência.

Por sua vez, entre as pessoas idosas não integradas em respostas sociais comunitárias, a associação revelou-se positiva, forte e estatisticamente significativa ($r = 0,736$; $p = 0,002$), evidenciando uma relação mais consistente entre a solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência (ver Tabela 8).

Em síntese, os **resultados sugerem que, independentemente da participação em respostas sociais comunitárias, níveis mais elevados de solidão tendem a associar-se a uma maior percepção do risco de violência**. Contudo, esta **associação revelou-se substancialmente mais forte entre as pessoas idosas não integradas em respostas sociais**, podendo refletir uma maior sobreposição entre sentimentos de isolamento e percepção de vulnerabilidade na ausência de redes formais de apoio. Por outro lado, embora os participantes integrados apresentem valores médios ligeiramente superiores de solidão e de percepção do risco de violência, esta relação é menos intensa, podendo refletir uma maior consciencialização e reconhecimento da vulnerabilidade decorrente da participação em contextos comunitários, hipótese que deverá ser explorada na discussão dos resultados.

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	29,31	5,86	0,330	0,049
	Violência	5,94	0,95		
Não Integrados em RS	Solidão	27,80	10,95	0,736	0,002
	Violência	5,69	1,70		

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 de Câmara de Lobos, 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 patológica. A análise em função de características sociodemográficas revelou a inexistência de diferenças significativas em nenhuma destas variáveis. Não obstante, os resultados descritivos sugerem uma tendência para níveis mais elevados de solidão entre mulheres, participantes sem escolaridade básica, viúvos e pessoas que se percebem como doentes. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar estes **grupos como prioritários**, merecedores de atenção e monitorização, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a 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 na dimensão índice total, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A percepção de violência também não difere significativamente em função das características sociodemográficas, mas a análise descritiva é indicadora de uma tendência para níveis mais elevados nos **participantes com menor escolaridade, divorciados ou viúvos, com pior estado de saúde percebido e menor nível de autonomia**. Embora a percepção de violência não seja generalizada, a tendência dos resultados permite identificar estes **grupos como sendo mais vulneráveis**, destacando a necessidade de estratégias de monitorização e prevenção.

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias**, os resultados demonstraram que entre pessoas idosas não institucionalizadas, a participação em respostas sociais estruturadas não exerce influência nos níveis de solidão ou de violência, contudo, importa ressaltar que estes resultados devem ser interpretados com cautela, dada a reduzida dimensão de alguns subgrupos, nomeadamente dos participantes integrados no Centro de Dia e na Universidade Sénior, limitando assim o poder estatístico das análises estatísticas.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas não institucionalizadas, com os participantes integrados em respostas sociais comunitárias a apresentar níveis mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os participantes que não frequentam este tipo de respostas. Em ambos os grupos, a correlação é positiva e estatisticamente significativa, sendo que enquanto entre os participantes integrados esta relação é fraca a moderada, nos participantes não integrados ela é forte, sugerindo que **independentemente da participação em respostas sociais comunitárias, níveis mais elevados de solidão tendem a associar-se a uma maior percepção do risco de violência**. Porém, ao ser mais forte entre as pessoas idosas não integradas em respostas sociais, esta relação pode sugerir uma maior presença de sentimentos de isolamento e percepção de vulnerabilidade na ausência de redes formais de apoio,

evidenciando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosas.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ no concelho de Câmara de Lobos permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa local. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a variabilidade nos índices totais e a existência de subgrupos vulneráveis, com destaque para as mulheres, viúvas, pessoas sem instrução básica e aquelas com pior percepção de saúde, justificam 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 reforçada pela fragilidade dos participantes, dos quais 33,3% vivem sozinhos e a maioria (94,1%) não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

Estes indicadores demonstram que residir em vivenda com vizinhança próxima (64,7%) não anula o risco. Pelo contrário, as dificuldades acentuam-se nos participantes integrados em respostas comunitárias, como Centros de Convívio, que registaram níveis mais elevados de solidão e risco de vitimação face aos não integrados. Assim, o género feminino, a viuvez, a baixa escolaridade e a precariedade económica, emergem como os principais fatores de vulnerabilidade em Câmara de Lobos. Este cenário exige estratégias locais que priorizem o acompanhamento domiciliário, a literacia jurídica/económica acessível e a reconfiguração das dinâmicas das respostas de proximidade.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de intervenção e acompanhamento psicossocial desenhadas especificamente para a população idosa do sexo feminino, grupo expressivamente maioritário na amostra (90,2%) e que apresenta uma tendência descritiva para níveis mais elevados de solidão, acentuada pela condição de viuvez (62,7%). É fundamental promover programas de proximidade que estimulem vínculos significativos e redes de suporte, contrariando a solidão social e emocional através de projetos de mentoria de pares e grupos de partilha comunitários no feminino. Simultaneamente, revela-se prioritário reconfigurar o modelo de atividades dos Centros de Convívio (frequentados por 58,8% da amostra), dado que as pessoas idosas integradas manifestaram valores superiores de solidão. Sugere-se a introdução de dinâmicas que apelem à autodeterminação, ao envolvimento ativo e à validação subjetiva, combatendo a passividade nestas respostas sociais.

Quanto à percepção de violência, recomenda-se a capacitação para a segurança relacional e financeira, focando no isolamento social, a dimensão com maior expressão na amostra. É fundamental implementar ações locais de literacia jurídica, financeira e digital adaptadas à realidade da amostra, em que a maioria possui baixos níveis de escolarização (23,5% sem ensino básico e 74,5% apenas com o ensino básico), dotando as pessoas idosas de ferramentas simples para identificar abusos, burlas ou coação psicológica. Estas intervenções devem focar-se no empoderamento individual e no conhecimento prático dos direitos, reduzindo a vulnerabilidade no domicílio e promovendo a autonomia funcional.

De forma integrada, verifica-se que a associação entre solidão e percepção de violência é positiva e significativamente forte nas pessoas idosas não integradas em respostas sociais, tornando a solidão um marcador sensível de vulnerabilidade na ausência de uma monitorização regular. Já a correlação positiva (embora moderada) nos integrados em respostas sociais, sugere que o contacto social aumenta a consciência

do risco. Justifica-se, assim, a implementação de programas psicossociais individualizados e o reforço das respostas comunitárias como espaços de capacitação emocional e resiliência, garantindo que o combate à solidão resulte num aumento efetivo da segurança percebida no domicílio.

Recomendações dirigidas às famílias

No âmbito da solidão, considera-se fundamental sensibilizar as famílias para que assumam um papel dinâmico de apoio afetivo, dado que 33,3% das pessoas idosas partilham casa com filhos e 27,5% com parceiro/a. Verifica-se que a partilha do mesmo espaço habitacional não é, por si só, garantia de proteção contra o isolamento social e emocional. Como estratégia prática, sugere-se a promoção de dinâmicas intergeracionais e o combate ao isolamento dos 33,3% de pessoas idosas que vivem sozinhos em Câmara de Lobos, incentivando os familiares a estabelecer rotinas de contacto e visitas regulares para atenuar o sentimento de abandono relacional e a vulnerabilidade associada à viuvez.

Quanto à perceção de violência, as recomendações para as famílias devem focar-se na prevenção do desgaste do cuidado informal e na gestão dos recursos económicos. Uma vez que 94,1% das pessoas idosas no domicílio não usufruem de SAD, e que a menor autonomia e o pior estado de saúde percebido surgem como perfis de maior risco descritivo para a violência, sugere-se a criação de canais de mediação que previnam a sobrecarga familiar. Recomenda-se a promoção de ações de literacia familiar sobre a salvaguarda e gestão dos rendimentos da pessoa idosa, garantindo o respeito pela sua autodeterminação e prevenindo dinâmicas de abuso financeiro, negligência ou violência psicológica.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se a implementação de planos de organização familiar acompanhados por equipas multidisciplinares locais. As famílias devem ser sensibilizadas para reconhecer que a solidão expressa pela pessoa idosa é, frequentemente, um indicador precursor de insegurança relacional e desconfiança face ao exterior. Considera-se essencial instituir espaços de comunicação aberta dentro do núcleo familiar garantindo um ambiente de segurança e de suporte afetivo que previna o risco de vitimação e que atenua a vulnerabilidade das pessoas idosas na comunidade de Câmara de Lobos.

Recomendações dirigidas à comunidade

No domínio da solidão, recomenda-se que o município de Câmara de Lobos invista na requalificação e no aumento da frequência das respostas sociais comunitárias. Embora 68,6% das pessoas idosas participem em atividades (com foco nos Centros de Convívio), esta dinâmica ocorre maioritariamente apenas 1 a 2 vezes por semana (37,3%), uma assiduidade pontual insuficiente para quebrar a solidão. Propõe-se expandir o calendário destas estruturas para modelos de intervenção diária e redes de apoio mútuo. Adicionalmente, devem ser criados programas de procura ativa para integrar os 29,4% de pessoas idosas que atualmente não frequentam qualquer resposta social.

Relativamente à violência, sugere-se a criação de mecanismos comunitários de monitorização proativa para reduzir o isolamento social. Atendendo a que 64,7% das pessoas idosas reside em vivendas com vizinhos próximos, sugere-se a estruturação de uma rede de cuidado e vigilância comunitária. Esta abordagem visa capacitar e articular os agentes do quotidiano, como redes de vizinhança, comércio local, farmácias, paróquias e juntas de freguesia, para identificar precocemente sinais de isolamento extremo, indícios de abuso financeiro ou quebras abruptas na saúde e autonomia, ativando canais diretos de proteção e apoio formal.

De forma articulada, recomenda-se que o município promova uma estratégia integrada de segurança e bem-estar para a população idosa. Uma vez que os dados demonstram que as pessoas idosas integradas em respostas comunitárias concentram paradoxalmente maiores níveis de solidão e perceção de risco de violência, as respostas comunitárias existentes devem funcionar como polos descentralizados de segurança e

proteção. Propõe-se a articulação destas entidades (Centros de Convívio, Centros de Dia) com os serviços de policiamento de proximidade, transformando os espaços de lazer em territórios protetores, onde a monitorização de riscos psicossociais e o aconselhamento simples sobre segurança/direitos sejam integrados na rotina natural das pessoas idosas.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se a capacitação contínua das equipas multidisciplinares para a identificação precoce do isolamento social e emocional, com especial atenção às assimetrias de género, dado o perfil marcadamente feminino destas populações, e às especificidades dos utentes inseridos em respostas comunitárias de proximidade. Os profissionais de saúde e de ação social devem ser dotados de ferramentas para a aplicação de metodologias centradas na pessoa e para a ativação de mecanismos de prescrição social. Esta abordagem permitirá ligar, de forma ágil, a sinalização de pessoas idosas em situação de isolamento unilateral a respostas locais personalizadas, promovendo um maior sentimento de pertença.

Relativamente à violência, sugere-se a capacitação dos profissionais para a deteção precoce de sinais de abuso psicológico, financeiro e de isolamento social. Face à escassa cobertura de apoio formal no domicílio, sugere-se que as equipas de saúde e de ação social que atuam na comunidade adotem protocolos rigorosos de triagem de risco durante as suas visitas ou consultas. Recomenda-se, ainda, a articulação concertada com comissões intersectoriais para a discussão de casos complexos de negligência ou risco de ocultos, desenhando planos conjuntos que previnam a perda de autonomia dos indivíduos em situação de maior vulnerabilidade, com especial enfoque nas pessoas idosas em idade mais avançada

Na articulação entre ambos os fenómenos, recomenda-se o desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico que cruzem os indicadores de solidão subjetiva, baixos rendimentos e ausência de suporte formal. Os profissionais em Câmara de Lobos devem priorizar o modelo de Gestão de Caso, dado que o acompanhamento técnico contínuo diminui o risco associado à solidão. Este trabalho em rede entre saúde, segurança social e autarquia viabilizará uma resposta direta ao perfil de maior vulnerabilidade (mulheres, viúvas, com baixos recursos, baixa escolaridade e sem SAD), agilizando recursos de proteção e cuidados comunitários.

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

Tabela 9. Principais recomendações para o concelho de Câmara de Lobos.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Predomínio do sexo feminino (90,2%) com tendência descritiva para maior solidão, agravada pela elevada viuvez (62,7%). Utesentes das respostas comunitárias (Centros de Convívio = 58,8%) com níveis médios de solidão superiores aos não integrados.	Reduzir o isolamento subjetivo das mulheres seniores e viúvas; ressignificar a intervenção e as dinâmicas nos Centros de Convívio locais	Criar programas comunitários psicossociais e mentoria de pares para mulheres; reconfigurar atividades focando na autodeterminação e envolvimento ativo.
	Violência	Isolamento social como a principal dimensão da perceção de risco de violência; índices de risco superiores associados a menor	Prevenir cenários de vitimação no domicílio e aumentar a proteção relacional, pessoal e financeira das franjas menos escolarizadas.	Realizar ações locais e descentralizadas de literacia jurídica e financeira adaptadas a baixos níveis de instrução; dotar as pessoas idosas de ferramentas de identificação de burlas e coação; capacitar com foco no

		escolaridade, ausência de cônjuge e pior estado de saúde percebido.		autocuidado apoiado na autonomia funcional existente.
	Solidão e Violência	Associação positiva e estatisticamente forte entre as pessoas idosas não integradas em respostas sociais, demonstrando que a ausência de monitorização formal torna a solidão um preditor crítico de vulnerabilidade.	Intervir de forma integrada nos fatores de risco psicossociais e habitacionais das pessoas idosas isoladas das redes comunitárias.	Implementar planos individuais de resiliência e apoio psicossocial domiciliário; monitorizar de forma continuada as situações de isolamento; reestruturar a perceção de desconfiança relacional através de suporte técnico.
Famílias	Solidão	Expressiva taxa de pessoas idosas a viver sozinhas no domicílio (33,3%) ou em coabitação de risco (33,3% com filhos e 27,5% com parceiro), evidenciando que a proximidade habitacional não anula a experiência subjetiva de solidão.	Fortalecer os laços familiares e combater o isolamento emocional, tanto na coabitação como em solidão isolada.	Sensibilizar as famílias para a diferença entre coabitação física e suporte emocional efetivo; instituir visitas e contactos estruturados para os 33,3% de pessoas idosas que vivem sozinhas.
	Violência	Desprovemento quase total de suporte formal (94,1% sem SAD), gerando sobrecarga no cuidado informal; recursos financeiros muito limitados, com 74,5% das pessoas idosas a receber menos de 870€ mensais.	Prevenir a sobrecarga do cuidador e minimizar riscos de violência financeira ou negligência por escassez de recursos.	Desenhar planos de organização e contratualização familiar para a partilha equilibrada dos cuidados diários; disponibilizar serviços de mediação técnica e apoio psicossocial para gerir focos de conflito intrafamiliar.
	Solidão e Violência	A cobertura habitacional total (100% em casa própria/familiar) contrasta com a ausência de SAD (94,1%), centralizando todo o risco de desgaste e vulnerabilidade no núcleo familiar próximo.	Capacitar as famílias para reconhecer a solidão como um indicador precursor de insegurança relacional e vulnerabilidade a abusos.	Desenhar planos de organização e contratualização familiar para a partilha equilibrada dos cuidados diários; disponibilizar serviços de mediação técnica e apoio psicossocial para gerir focos de conflito intrafamiliar que alimentem a desconfiança da pessoa idosa.
Comunidade	Solidão	Integração em atividades em 68,6% da amostra (destacando-se 58,8% em Centros de Convívio), contudo a frequência é escassa, limitando-se a 1 a 2 vezes por semana para 37,3%. Presença de 29,4% de pessoas idosas sem qualquer integração.	Transformar as respostas de proximidade em eixos contínuos de socialização e implementar estratégias ativas para resgatar o segmento de pessoas idosas totalmente excluídas.	Alargar a periodicidade, o calendário e a diversidade das dinâmicas comunitárias locais; estruturar redes de voluntariado comunitário para visitas e chamadas de proximidade; criar programas de busca ativa para integrar os 29,4% sem vínculo social.

	Violência	Forte expressão da dimensão de isolamento social na percepção de violência, apesar de 64,7% das pessoas idosas residir em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima.	Ativar as redes de apoio da vizinhança próxima como estrutura comunitária de proteção, vigilância solidária e sinalização.	Implementar a estratégia municipal radares sociais de proximidade, capacitando a comunidade local (vizinhos, comércio, paróquias e juntas) para identificar e sinalizar riscos de isolamento, abusos ou perda de autonomia.
	Solidão e Violência	A integração comunitária em respostas estruturadas não elimina a correlação positiva entre solidão e percepção de risco de violência, gerando maior autoconsciência do perigo social.	Articular e densificar os recursos comunitários para convertê-los em portos seguros de apoio psicológico, social e de segurança	Promover uma estratégia local concertada entre Ação Social, Centros de Saúde e Policiamento de Proximidade (Programa Apoio 65), descentralizando simultaneamente gabinetes itinerantes de aconselhamento e proteção jurídica junto dos espaços de convívio comunitário.
Profissionais	Solidão	Necessidade de triagem, diagnóstico e inovação metodológica face aos níveis críticos de solidão identificados nas pessoas idosas integradas nos Centros de Convívio.	Capacitar as equipas técnicas para a triagem atempada e para a intervenção focada no bem-estar subjetivo e de género.	Promover formação contínua em saúde mental no envelhecimento e aplicação de escalas validadas; instrumentalizar as equipas para desenhar Planos de Desenvolvimento Individual humanizados e centrados na pessoa; ativar dinâmicas de prescrição social.
	Violência	Elevada subnotificação de abusos, violência psicológica ou negligência, agravada pela escassa cobertura de apoio formal domiciliário (94,1% sem SAD).	Otimizar os protocolos de diagnóstico e identificação precoce de situações de vulnerabilidade ou abuso no contexto habitacional.	Capacitar profissionais de ação social e saúde familiar para detetar indicadores de abuso e negligência, estruturando redes interinstitucionais de intervenção rápida.
	Solidão e Violência	A forte correlação entre o isolamento e a percepção de violência exige respostas profissionais partilhadas, intersectoriais e de longa duração.	Estabelecer o modelo de Gestão de Caso multidisciplinar e em rede interinstitucional focado nos perfis críticos.	Desenvolver metodologias conjuntas focadas nos eixos de isolamento, baixos rendimentos e saúde percebida; operacionalizar a Gestão de Caso partilhada (Saúde, Segurança Social e Município) para garantir suporte contínuo ao perfil de maior vulnerabilidade (mulheres, viúvas, isoladas e sem SAD).

Fonte. Elaboração própria (2026)

Referências

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

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

Bibliografia Complementar

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

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