

RiViS65+

Solidão e Risco de Violência na População Idosa do Concelho de Guimarães

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 Poiares

outubro 2026

UNIVERSIDADE LUSÓFONA

LUSO GLOBE LUSÓFONA CENTRE ON GLOBAL CHALLENGES

SEED FUNDING

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 **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. 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 Guimarães 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 Guimarães. 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 socioeconómicas 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 percecionam 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 perceção 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 perceção da solidão nas pessoas idosas e analisar a influência das características sociodemográficas.

OE1.1 – Avaliar os níveis de perceção de solidão (emocional e social) numa amostra de pessoas idosas.
OE1.2 – Analisar as diferenças na perceção 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 perceção do risco de violência nas pessoas idosas e analisar a influência das características sociodemográficas.

OE2.1 – Avaliar as dimensões da perceção do risco de violência (desconfiança/insegurança, isolamento social, dependência funcional e insegurança financeira) numa amostra de pessoas idosas.
OE2.2 – Analisar as diferenças na perceção 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 perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.

OE3.1 – Comparar 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.

OG4 – Analisar a relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.

OE4.1 – Explorar a 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.

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 perceções de solidão e de risco de violência na população idosa do concelho de Guimarães. A investigação integrou uma abordagem participativa e de proximidade, articulada com redes locais, com vista a facilitar o acesso à população-alvo e a promover a participação das pessoas idosas no processo de recolha de dados.

3.2. Procedimentos e Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas estruturadas, maioritariamente conduzidas por profissionais da área da intervenção social do concelho, previamente sensibilizados para os objetivos do estudo. Nos casos em que os participantes demonstraram motivação e capacidade, foi permitida a autoadministração dos instrumentos.

As entrevistas decorreram em diferentes contextos do quotidiano das pessoas idosas, nomeadamente:

- domicílio;
- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI);
- respostas sociais comunitárias, como centros de dia e projetos comunitários.

Os instrumentos foram aplicados em suporte de papel ou digital, recorrendo à plataforma Google Forms, de acordo com as preferências e condições de acesso dos participantes. Esta estratégia permitiu aumentar a cobertura da amostra e assegurar a inclusão de pessoas com diferentes níveis de literacia digital.

A divulgação do estudo e a mobilização dos participantes foram asseguradas através da criação de uma rede de parcerias locais de proximidade, envolvendo municípios, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Organizações Não Governamentais (ONG) e projetos sociais.

3.3. Instrumentos

Foram utilizados instrumentos padronizados e validados, aplicados diretamente junto da população idosa, com o objetivo de avaliar: (i) características sociodemográficas, nomeadamente idade, sexo, estado civil, escolaridade, rendimento mensal e local de residência; (ii) condições de saúde, autonomia e contexto de vida; (iii) perceções de solidão; e (iv) perceções de exposição ao risco de violência.

A utilização de instrumentos validados permitiu uma avaliação direta, rigorosa e fiável das experiências e perceções 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 Guimarães, 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 34 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Guimarães. Verifica-se um predomínio do sexo feminino (n = 23; 67,6%), em comparação com o sexo masculino (n = 11; 32,4%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 92 anos, apresentando uma média de 73,53 anos (DP =6,91).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ou em união de facto (n = 16; 47,1%), seguindo-se os viúvos (n = 12; 35,3%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à **escolaridade**, a maioria dos participantes possui o ensino básico (n = 21; 61,9%), enquanto 20,6% (n = 7) não possui este nível de escolaridade. Estes resultados evidenciam uma predominância de **níveis de escolarização mais baixos na amostra**, com a maioria dos participantes a apresentar, no máximo, o ensino básico.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vivem em **zona urbana** (n = 19; 55,9%) e **todos residem em habitação própria ou de familiares** (n = 34; 100%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder (n = 8; 23,5%). Entre os que responderam, verifica-se que 26,5% (n = 9) auferem menos de 500 euros mensais, enquanto 20,6% (n = 7) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros. Estes resultados apontam para uma concentração relevante de participantes nos escalões de rendimento mais baixos, sugerindo uma **situação económica potencialmente vulnerável.**

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 1,71 (DP = 0,462), indicando uma **perceção globalmente positiva** do seu estado de saúde, tendencialmente próxima do polo "saudável". Quanto à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,79 (DP = 0,41), sugerindo uma **perceção predominantemente favorável da sua autonomia funcional**, próxima do polo "independente".

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

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	11	32,4
	Feminino	23	67,6
Idade (anos)	Intervalo	65-92	—
	Média (DP)	73,53 (6,907)	—
Idade (por grupo)	65-74	22	64,7
	75-84	8	23,5
	85-100	4	11,8
Estado Civil	Solteiro/a	3	8,8
	Casado(a)/União de Facto	16	47,1
	Divorciado/a	3	8,8
	Viúvo/a	12	35,3
Escolaridade	Sem Ensino Básico	7	20,6
	Com Ensino Básico	21	61,8

	Com Ensino Secundário	3	8,8
	Com Ensino Superior	3	8,8
Zona de Residência	Rural	15	44,1
	Urbano	19	55,9
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	34	100
	ERPI	—	—
Rendimento Mensal	- 500 euros	9	26,5
	de 501 a 870 euros	7	20,6
	de 871 a 1045 euros	3	8,8
	de 1046 a 1568 euros	4	11,8
	+ de 1569 euros	3	8,8
	Prefiro não responder	8	23,5
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,71 (0,462)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,79 (0,410)	—

Nota. n- frequência; % percentagem
Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, todos os participantes residem em habitação própria ou de familiares (n = 34; 100%). Desses, 41,2% vivem sozinhos (n = 14), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 18; 52,9%). Não se registaram participantes integrados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), nem situações de ausência de resposta habitacional, evidenciando uma cobertura habitacional integral na amostra.

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário** (SAD) (n = 26; 76,5%). Entre os que beneficiam deste serviço, a resposta mais frequente corresponde ao fornecimento de refeições (n = 3; 8,8%).

Quanto à **integração em respostas sociais de proximidade**, 67,6**%** participam em atividades como centros de dia e centros de convívio, ou participam noutras atividades comunitárias. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 16; 47,1%).

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

Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	**Categoria**	**Sub-Categoria**	**n**	**%**
Casa Própria-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	14	41,2
		Com parceiro/a	15	44,1
		Com Filho/a	3	8,8
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	1	2,9
		Com Outro(s)	1	2,9
	Tipo de Habitação	Apartamento	4	11,8
		Vivenda isolada	12	35,3
		Vivenda com vizinhos	18	52,9
	SAD	Não	26	76,5
		Sim	8	23,5
	SAD- Tipo	Refeições	3	8,8
		Limpeza	1	2,9
		Nenhuma	28	82,4
		Refeições e Roupa	1	2,9
		Refeições e Outra(s)	1	2,9
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	11	32,4
		Centro de Convívio	8	23,5

		Outra(s)	4	11,8
		Nenhuma	11	32,4
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	5	14,7
		3 a 5 vezes por semana	16	47,1
		6 a 7 vezes por semana	7	20,6
		Nenhuma	6	17,6
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	—	—
		Atividades desportivas	—	—
		Atividades de lazer	—	—
		Nenhuma	—	—
		Omisso	—	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	—	—
		3 a 5 vezes por semana	—	—
		6 a 7 vezes por semana	—	—
		Nenhuma	—	—
		Omisso	—	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem
Fonte. Elaboração própria (2026)

4. Resultados

4.1. Perceção de Solidão

A. Níveis de perceção de solidão

A Tabela 4 apresenta os resultados relativos à perceção 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 perceção 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 1,92 (DP = 0,93), com valores compreendidos entre 1,00 e 3,80, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada foi de 1,76 (DP = 0,65), com um intervalo entre 1,00 e 3,45, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 28,94 (DP = 10,99), com valores mínimos de 16,00 e máximos de 56,00. 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**.** Perceção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,92	1,76	28,94
Erro Desvio	0,93	0,65	10,99
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,80	3,45	56,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise da perceção da solidão em função das características sociodemográficas e das condições de vida permitiu examinar diferenças nos níveis médios de solidão entre os grupos considerados.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na perceção de solidão em função do sexo (t(32) = 0,450; p = 0,656), **idade** (F(2, 31) = 0,629; p = 0,540), **escolaridade** (F(3, 30) = 0,236; p = 0,870), **rendimento mensal** (F(5, 28) = 0,761; p = 0,586), **estado de saúde percebido** (t(32) = - 0,694; p = 0,493) **ou autonomia** (t(32) = 0,473; p = 0,639).

Embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, os homens apresentaram uma média de solidão ligeiramente superior à das mulheres (M = 30,18; DP = 11,81 e M = 28,35; DP = 10,80, respetivamente). Também entre os grupos etários as médias foram relativamente próximas, variando entre 23,75, no grupo dos 85–103 anos, e 31,38, no grupo dos 75–84 anos. Importa, contudo, ter em conta que o grupo etário mais velho inclui apenas quatro participantes.

Relativamente à escolaridade, as médias variaram entre 26,00, no grupo com ensino secundário, e 31,33, no grupo com ensino superior, não se tendo observado diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de escolaridade. Quanto ao rendimento mensal, a média mais elevada foi registada entre os participantes com

rendimentos até 500 euros (M = 32,33; DP = 12,34), seguida dos que auferem entre 501 e 870 euros (M = 31,29; DP = 14,37). A média mais baixa ocorreu no grupo com rendimentos entre 871 e 1045 euros (M = 19,67; DP = 3,51). Estas diferenças descritivas não foram, contudo, estatisticamente significativas.

No que respeita ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionaram como saudáveis apresentaram uma média de solidão ligeiramente superior à dos que se percecionaram como doentes (M = 29,79; DP = 11,29 e M = 26,90; DP = 10,50, respetivamente), não se tendo verificado uma diferença estatisticamente significativa. De igual modo, os participantes classificados com sem/fraca autonomia apresentaram uma média ligeiramente superior à dos participantes com autonomia elevada (M = 30,71; DP = 11,51 e M = 28,48; DP = 11,03, respetivamente), mas esta diferença também não foi estatisticamente significativa.

Em contraste, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil** (F(3, 30) = 2,968; p = 0,048). Os participantes divorciados apresentaram a média mais elevada (M = 41,67; DP = 13,01), seguidos dos solteiros (M = 33,00; DP = 11,79), dos viúvos (M = 30,83; DP = 13,07) e dos casados ou em união de facto (M = 24,38; DP = 6,21). Considerando o ponto de corte indicado para valores iguais ou superiores a 32, as médias dos grupos de divorciados e solteiros situam-se acima desse limiar, enquanto as médias dos restantes grupos se encontram abaixo.

Apesar da significância estatística do resultado global da ANOVA, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre pares específicos de grupos. Assim, não é possível determinar quais as categorias de estado civil que explicam as diferenças globais observadas. Esta interpretação deve ainda considerar a reduzida dimensão dos grupos de solteiros e divorciados (n = 3 em cada grupo).

Em síntese, apenas o estado civil apresentou diferenças estatisticamente significativas na perceção da solidão. **Embora as médias mais elevadas tenham sido observadas entre os participantes divorciados e solteiros, a dimensão reduzida destes grupos e a ausência de diferenças significativas nas comparações entre pares recomendam prudência na interpretação dos resultados**.

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 1,33 (DP = 0,45), com valores compreendidos entre 1,00 e 3,00, indicando **níveis globalmente baixos de perceção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,61; DP = 0,72), com valores mínimos de 1,00 e máximos de 4,00, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada foi de 1,50 (DP = 0,64), com um intervalo entre 1,00 e 3,25, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,60 (DP = 0,48), com valores que variam entre 1,00 e 2,75, evidenciando uma **perceção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de perceção de violência**, a média da amostra foi de 6,04 (DP = 1,90), com valores mínimos de 4,20 e máximos de 13,00. Considerando o ponto de corte estabelecido (> 8), o **valor médio situa-se abaixo do limiar indicativo de risco de violência**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justificam atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5**.** Perceção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,33	1,61	1,50	1,60	6,04
Erro Desvio	0,45	0,72	0,64	0,48	1,90
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,20
Máximo	3,00	4,00	3,25	2,75	13,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise da perceção do risco de violência em função das características sociodemográficas e das condições de vida não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis consideradas.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na perceção de violência em função do sexo ($t(32) = 0{,}343$; $p = 0{,}734$), **idade** ($F(2, 31) = 0{,}357$; $p = 0{,}703$), **escolaridade** ($F(3, 30) = 0{,}986$; $p = 0{,}413$), **estado civil** ($F(3, 30) = 1{,}542$; $p = 0{,}224$), **rendimento mensal** ($F(5, 28) = 0{,}642$; $p = 0{,}669$), **estado de saúde percebido** ($t(32) = -0{,}486$; $p = 0{,}631$) ou **autonomia** ($t(32) = 0{,}523$; $p = 0{,}605$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva das médias revelou algumas tendências relevantes. Relativamente ao sexo, os homens apresentaram uma média de perceção do risco de violência ligeiramente superior à das mulheres (M = 6,20; DP = 1,84 e M = 5,96; DP = 1,97, respetivamente).

No que respeita à idade, a média mais elevada foi observada entre os participantes dos 75–84 anos (M = 6,35; DP = 2,97), seguindo-se o grupo dos 65–74 anos (M = 6,05; DP = 1,60). O grupo dos 85–103 anos apresentou a média mais baixa (M = 5,34; DP = 0,69).

Quanto à escolaridade, a média mais elevada registou-se entre os participantes com ensino básico (M = 6,37; DP = 2,22), seguida dos participantes com ensino superior (M = 6,25; DP = 0,30). Os participantes sem ensino básico apresentaram uma média de 5,61 (DP = 1,32), enquanto o grupo com ensino secundário registou a média mais baixa (M = 4,50; DP = 0,00).

Em relação ao estado civil, os participantes divorciados apresentaram a média mais elevada (M = 7,28; DP = 1,90), seguidos dos solteiros (M = 6,78; DP = 2,35), dos viúvos (M = 6,46; DP = 2,41) e dos casados ou em união de facto (M = 5,35; DP = 1,19). Apesar destas variações descritivas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Relativamente ao rendimento mensal, a média mais elevada foi observada entre os participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros (M = 6,64; DP = 3,34), seguida dos que auferem até 500 euros (M = 6,38; DP = 1,46). Os participantes que preferiram não responder apresentaram uma média de 6,15 (DP = 1,27), enquanto a média mais baixa se registou no grupo com rendimentos entre 871 e 1045 euros (M = 4,58; DP = 0,38).

No que respeita ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionaram como saudáveis apresentaram uma média ligeiramente superior à dos que se percecionaram como doentes (M = 6,14; DP = 2,02 e M = 5,79; DP = 1,66, respetivamente), sem que a diferença fosse estatisticamente significativa. De igual modo, os participantes com sem/fraca autonomia apresentaram uma média ligeiramente superior à dos participantes com autonomia elevada (M = 6,38; DP = 1,46 e M = 5,95; DP = 2,02, respetivamente), não se tendo observado uma diferença estatisticamente significativa.

Em síntese, os **resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas na perceção do risco de violência em função das características sociodemográficas e das condições de vida analisadas**. As variações observadas entre as médias devem, por isso, ser entendidas como descritivas, não permitindo concluir que os grupos diferem entre si. **A interpretação dos resultados deve ainda considerar a reduzida dimensão de alguns subgrupos, particularmente nas categorias de idade, escolaridade, estado civil e rendimento mensal**.

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.

A análise comparativa dos níveis de solidão percecionada e da perceção do risco de vitimação por violência, em função da integração em respostas sociais comunitárias, permite descrever diferenças entre os participantes que frequentam diferentes respostas e aqueles que não se encontram integrados em nenhuma das respostas consideradas. Os resultados devem, contudo, ser interpretados como comparações entre grupos, não permitindo, por si só, concluir que a integração numa resposta social causa uma redução ou um aumento da solidão ou do risco de violência.

A. Perceção de solidão

Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à solidão social (F(3,30) = 1,496; p = 0,236). Também não se observaram diferenças estatisticamente significativas na **solidão total** (F(3,30) = 2,739; p = 0,061), embora este resultado se aproxime do limiar convencional de significância estatística. Assim, não se deve concluir que existem diferenças entre os grupos nestas duas dimensões.

Em contrapartida, **foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na dimensão da solidão emocional** (F(3,30) = 4,102; p = 0,015). A comparação post-hoc reportada indica uma diferença significativa entre os participantes que frequentam um Centro de Dia e aqueles que não participam em qualquer atividade (p = 0,024). Descritivamente, **o grupo que frequenta Centro de Dia apresentou a média mais elevada de solidão emocional** (M = 2,62; DP = 1,03), enquanto a média mais baixa foi observada no grupo "Outros" (M = 1,40; DP = 0,57). Os participantes sem integração em qualquer resposta apresentaram uma média de 1,53 (DP = 0,57), e os que frequentam Centro de Convívio uma média de 1,78 (DP = 0,88) (Ver tabela 6).

Quanto à solidão social, as médias variaram entre 1,55 (DP = 0,54), no grupo sem integração em respostas, e 2,08 (DP = 0,70), no grupo que frequenta Centro de Dia. Na solidão total, a média mais elevada foi igualmente observada entre os participantes que frequentam Centro de Dia (M = 36,00; DP = 12,39), seguindo-se os participantes integrados em Centro de Convívio (M = 27,50; DP = 11,87). As médias dos grupos "Outros" e "Nenhuma" foram, respetivamente, 24,25 (DP = 4,57) e 24,64 (DP = 7,38). Estas diferenças descritivas não atingiram significância estatística para a solidão total.

Em síntese, **a única diferença estatisticamente significativa identificada nesta análise ocorreu na solidão emocional, entre os participantes que frequentam Centro de Dia e os que não participam em qualquer atividade**. O facto de o grupo de Centro de Dia apresentar médias descritivamente mais elevadas nas três dimensões não permite, por si só, concluir que a frequência desta resposta esteja associada a níveis mais elevados de solidão, nem estabelecer uma relação causal. A **interpretação deverá considerar também a dimensão dos grupos e as características dos participantes que integram cada resposta social**.

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

Dimensão	CD	CC	O	N
Solidão Emocional	2,62 (1,03)	1,78 (0,88)	1,40 (0,57)	1,53 (0,57)
Solidão Social	2,08 (0,70)	1,69 (0,75)	1,57 (0,42)	1,55 (0,54)
Solidão Total	36,00 (12,39)	27,50 (11,87)	24,25 (4,57)	24,64 (7,38)

Nota. CD- Centro de Dia; CC- Centro de Convívio; O- Outros; N- Nenhuma
Valores apresentados referem-se à Média (Desvio-Padrão)
Fonte. Elaboração própria (2026)

B. 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.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(3,30) = 0,873$; $p = 0,466$), **ao isolamento social** ($F(3,30) = 2,492$; $p = 0,079$), **à insegurança financeira** ($F(3,30) = 2,191$; $p = 0,110$) **ou ao índice total de violência** ($F(3,30) = 2,819$; $p = 0,056$). Embora o resultado relativo ao índice total se aproxime do limiar convencional de significância estatística, não permite concluir que existam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Em termos descritivos, o grupo que frequenta Centro de Dia apresentou as médias mais elevadas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas ($M = 1,50$; $DP = 0,58$), isolamento social ($M = 2,05$; $DP = 0,89$), dependência funcional ($M = 1,93$; $DP = 0,82$) e no índice total de violência ($M = 7,26$; $DP = 2,37$). Na dimensão da insegurança financeira, a média mais elevada foi observada entre os participantes sem integração em respostas sociais ($M = 1,66$; $DP = 0,52$), seguida dos participantes que frequentam Centro de Dia ($M = 1,77$; $DP = 0,44$). Importa notar que, apesar de o valor apresentado para Centro de Dia ser superior ao de "Nenhuma", esta dimensão não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Na dimensão da dependência funcional, observaram-se diferenças estatisticamente significativas no teste global ($F(3,30) = 3,480$; $p = 0,028$). Descritivamente, a média mais elevada foi registada entre os participantes que frequentam Centro de Dia ($M = 1,93$; $DP = 0,82$), seguindo-se os participantes integrados em Centro de Convívio ($M = 1,41$; $DP = 0,30$), os que não frequentam qualquer resposta ($M = 1,32$; $DP = 0,51$) e os incluídos na categoria "Outros" ($M = 1,00$; $DP = 0,00$). Contudo, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre pares específicos de grupos, pelo que não é possível determinar quais as categorias que explicam a diferença global observada.

Em síntese**, a única dimensão que apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos foi a dependência funcional**. Embora o grupo que frequenta Centro de Dia apresente médias descritivamente mais elevadas em várias dimensões e no índice total, estas diferenças não foram estatisticamente significativas, exceto na dimensão de dependência funcional. Os **resultados devem ser interpretados com prudência,**

considerando a dimensão dos grupos e o facto de a comparação não permitir estabelecer relações causais entre a participação em respostas sociais e a perceção do risco de violência.

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

Dimensão	CD	CC	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,50 (0,58)	1,34 (0,49)	1,22 (0,16)	1,20 (0,33)
Isolamento Social	2,05 (0,89)	1,45 (0,55)	1,50 (0,74)	1,31 (0,45)
Dependência Funcional	1,93 (0,82)	1,41 (0,30)	1,00 (0,00)	1,32 (0,51)
Insegurança Financeira	1,77 (0,44)	1,50 (0,44)	1,13 (0,25)	1,66 (0,52)
Violência Total	7,26 (2,37)	5,70 (1,48)	4,84 (0,78)	5,49 (1,41)

Nota. CD- Centro de Dia; CC- Centro de Convívio; O- Outros; N- Nenhuma
Valores apresentados referem-se à Média (Desvio-Padrão)
Fonte. Elaboração própria (2026)

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 elevados de solidão percecionada (M = 31,00; DP = 11,94) e de perceção do risco de violência (M = 6,30; DP = 2,08), quando comparadas com aquelas que não realizam atividades de apoio, que evidenciaram níveis médios mais baixos de solidão (M = 24,64; DP = 7,38) e de risco de violência (M = 5,49; DP = 1,41).

Quanto à relação entre perceção de solidão e de risco de vitimação por violência, os resultados evidenciam padrões distintos consoante a integração 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 = 0,863; p = 0,000), indicando que, em contextos de participação comunitária, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior perceção de risco de vitimação.

Por outro lado, no **grupo de pessoas idosas não integradas** em atividades de apoio comunitárias, a correlação entre solidão e perceção do risco de violência **também foi positiva, mas de magnitude moderada e não estatisticamente significativa** (r = 0,493; p = 0,124). Este resultado sugere que, neste grupo, a solidão percecionada não se associa de forma consistente à perceção do risco de vitimação por violência (Ver Tabela 8).

Em conjunto, os resultados indicam que, na amostra, a **integração em respostas sociais comunitárias esteja associada a níveis médios mais elevados de solidão e de perceção do risco de violência**, sugerindo que estes contextos podem aumentar a consciência do risco ou favorecer uma maior capacidade de reconhecimento da vulnerabilidade.

Em contraste, nas **pessoas idosas não integradas em respostas sociais comunitárias, a ausência de uma associação significativa entre solidão e perceção do risco de violência pode refletir processos de normalização da solidão, menor perceção do risco ou invisibilidade das situações de vulnerabilidade**, aspetos que devem ser considerados na interpretação dos resultados e aprofundados na discussão.

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.

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	31,00	11,94	0,863	0,000
	Violência	6,30	2,08		
Não Integrados em RS	Solidão	24,64	7,38	0,493	0,124
	Violência	5,49	1,41		

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 Guimarães, os resultados indicam que, globalmente, os níveis médios de **solidão** emocional, social e total se situam **abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante**, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão elevada. A análise em função de características sociodemográficas revelou que sexo, idade, escolaridade, rendimento mensal, estado de saúde percebido e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas ao estado civil: pessoas divorciadas ou solteiras apresentam níveis médios de solidão superiores ao ponto de corte patológico. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, este resultado permite sinalizar as pessoas idosas divorciadas ou solteiras como **grupos prioritários** de monitorização e 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 em nenhuma das variáveis sociodemográficas analisadas – sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, estado de saúde percebido e autonomia – não obstante, os resultados descritivos revelaram algumas tendências: os homens, aqueles que se consideram mais saudáveis e os menos autónomos são os que apresentam níveis de perceção de violência mais elevados. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados podem tornar possível a sinalização de **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente pessoas do sexo masculino, com melhor perceção de saúde e menor autonomia, destacando a eventual necessidade de estratégias de prevenção e monitorização direcionadas a estas situações.

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 (Centro de Dia, Centro de Convívio, “Outros” e “nenhuma”) associa-se a níveis mais elevados de solidão emocional nos participantes integrados em Centro de Dia, contudo, dada a reduzida dimensão dos subgrupos em análise, este resultado não permite concluir que a frequência desta resposta esteja associada a níveis mais elevados de solidão, nem estabelecer uma relação causal. A perceção de violência difere significativamente entre os grupos numa única dimensão específica: a **dependência funcional é mais elevada nos participantes integrados em Centro de Dia,** porém, uma vez mais, este resultado deve ser interpretado com prudência, atendendo à dimensão dos grupos e o facto de a comparação não permitir estabelecer relações causais entre a participação em respostas sociais e a perceção do risco de violência.

Relativamente à **relação entre solidão e perceção de violência** em pessoas idosas não institucionalizadas, observou-se uma relação positiva, forte e significativa no grupo integrado em respostas sociais comunitárias, enquanto nos não integrados a correlação não é significativa. Estes resultados sugerem que os contextos de

respostas sociais podem aumentar a consciência do risco ou favorecer uma maior capacidade de reconhecimento da vulnerabilidade. Em contraste, a ausência de participação social pode promover a normalização da solidão ou a menor perceção de vulnerabilidade, evidenciando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ no concelho de Guimarães permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à perceção do risco de violência na população idosa local. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a identificação de tendências e subgrupos de maior vulnerabilidade, designadamente as pessoas idosas divorciadas ou solteiras (cujas médias ultrapassam o ponto de corte patológico), os homens, os indivíduos com menor autonomia funcional e aqueles com rendimentos mensais mais baixos (26,5% auferem menos de 500€), justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica, envolvendo não apenas as próprias pessoas idosas, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Esta necessidade é reforçada pelo contraste observado em Guimarães: por um lado, uma vulnerabilidade marcada no domicílio e no suporte formal, refletida na proporção de pessoas idosas a viver sozinhas (41,2%), nos baixos rendimentos e na reduzida cobertura de Apoio Domiciliário (76,5% sem SAD); por outro, uma expressiva integração em respostas comunitárias (67,6% frequentam Centro de Dia, Centro de Convívio ou outras atividades), que constitui um recurso estratégico fundamental para ações de prevenção, capacitação e sinalização precoce.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

No domínio da solidão, recomenda-se o reforço da participação em respostas sociais e comunitárias estruturadas, com foco prioritário em pessoas idosas divorciadas, solteiras e com menor perceção de saúde ou maior isolamento relacional. Devem promover-se programas de acompanhamento psicossocial, escuta ativa, atividades de grupo regulares e iniciativas intergeracionais. Como estratégia complementar para o domicílio, sugere-se a utilização de recursos digitais e tecnologias inovadoras (ex.: literacia digital, realidade virtual/aumentada ou telessaúde) para reduzir o isolamento e estimular a interação interpessoal.

Relativamente à perceção de violência, propõe-se a realização de avaliações regulares de vulnerabilidade associadas à dependência e à insegurança financeira, bem como ações simples de capacitação para a gestão financeira, autoproteção, literacia em direitos e segurança pessoal/doméstica. Estas iniciativas devem dar especial atenção aos homens e às pessoas com menor autonomia funcional, facilitando o acesso transparente aos canais formais de pedido de ajuda.

Numa perspetiva integrada, recomenda-se a implementação de programas integrados de apoio psicossocial e acompanhamento individualizado que capacitem a pessoa idosa a reconhecer a preservação da sua autonomia funcional (média = 1,79), a resiliência, a perceção de saúde e a qualidade de vida relacional como pilares de autoproteção e bem-estar emocional.

Recomendações dirigidas às famílias

No âmbito da solidão, propõe-se o desenvolvimento de programas de formação dirigidos às famílias, focados em competências de cuidado, comunicação e apoio emocional regular. É fundamental sensibilizar para a prestação de afeto de qualidade às pessoas idosas que vivem sós (41,2%) ou viúvos (35,3%), assim como promover a mediação de conflitos intergeracionais e desmistificar a ideia de que a coabitação (44,1% vivem com parceiro/a) anula a solidão subjetiva.

No domínio da perceção da violência, recomenda-se capacitar os agregados familiares para a identificação precoce de sinais de risco, negligência ou abuso, prevenindo a exaustão do cuidador e a tensão económica em

agregados com orçamentos vulneráveis. Deve promover-se o diálogo aberto sobre direitos, autodeterminação e recursos formais de apoio e denúncia.

De forma integrada, sugere-se a implementação de programas de suporte familiar estruturado e acompanhamento conjunto com técnicos locais, facultando ferramentas como a identificação de sinais de alerta no domicílio, para sinalização precoce de isolamento social, agravamento da saúde ou perda de autonomia, promovendo a corresponsabilização na proteção da pessoa idosa.

Recomendações dirigidas à comunidade

Relativamente à solidão, propõe-se rentabilizar e diversificar a expressiva participação das pessoas idosas em respostas comunitárias (67,6%), promovendo iniciativas acessíveis, inclusivas e alinhadas com as expetativas das pessoas idosas. Sugere-se o fortalecimento de Centros de Convívio, projetos comunitários e respostas das Universidades Seniores (ex.: oficinas de artes, atividade física, visitas culturais, voluntariado), criando também estratégias ativas para atrair e integrar os 32,4% de pessoas idosas atualmente sem vinculação social.

No domínio da perceção de violência, recomenda-se a consolidação e dinamização de redes formais e informais de vigilância solidária adaptadas aos contextos urbanos e rurais de Guimarães, envolvendo Juntas de Freguesia, vizinhos, comércio local e forças de segurança (GNR/PSP) para a deteção e sinalização de situações de risco ou isolamento.

Numa perspetiva integrada, sugere-se afirmar a Rede Social Local, as autarquias e os parceiros comunitários como polos descentralizados de proximidade, promovendo programas coordenados pelo poder local que articulem serviços sociais, de saúde e de segurança na prevenção integrada da solidão e da violência.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No âmbito da solidão, recomenda-se o investimento na formação contínua dos profissionais de ação social, saúde e agentes comunitários sobre envelhecimento, saúde mental, solidão e vulnerabilidade social, reforçando as competências de diagnóstico precoce, rastreio e acompanhamento psicossocial nas visitas domiciliárias e no atendimento técnico.

No domínio da perceção de violência, propõe-se capacitar os profissionais para a identificação, sinalização e avaliação célere de risco de violência e abuso, assegurando o domínio dos protocolos legais, redes de proteção e respostas de urgência, em especial perante a reduzida percentagem de pessoas idosas com apoio formal domiciliário (76,5% sem SAD).

De forma integrada, recomenda-se o desenvolvimento de protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional entre a Câmara Municipal de Guimarães, os Cuidados de Saúde Primários e as IPSS/ONGs locais, adotando o modelo de Gestão de Caso em situações complexas de forma a garantir respostas integradas.

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

Tabela 9. Principais recomendações para o concelho de Guimarães

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	**Solidão**	Níveis de solidão elevados em divorciados e solteiros; 41,2% vivem sós e 35,3% são viúvos; pessoas idosas com pior perceção de saúde.	Reduzir o isolamento relacional e promover o acolhimento afetivo e a interatividade.	Criar estratégias de acompanhamento psicossocial e iniciativas intergeracionais; introduzir soluções digitais/tecnológicas inovadoras no domicílio como apoio complementar.
	Violência	Tendência para maior perceção de risco em homens e indivíduos com menor autonomia funcional e reduzida segurança financeira.	Aumentar a literacia sobre direitos, autoproteção, segurança e capacitação financeira.	Realizar avaliações regulares de vulnerabilidade e sessões de capacitação para gestão financeira, autoproteção e segurança em parceria com as Forças de Segurança (GNR/PSP).
	Solidão e Violência	Correlação positiva entre solidão e perceção de risco nas pessoas integradas em respostas comunitárias.	Articular a autonomia funcional, a resiliência e a saúde mental como fatores de autoproteção.	Implementar programas integrados de apoio psicossocial individualizado, com monitorização sistemática de risco e estímulo cognitivo/funcional nos Centros de Convívio.
Famílias	**Solidão**	41,2% vivem sós e 35,3% são viúvos (44,1% vivem com parceiro/a, mas a coabitação nem sempre previne a solidão).	Fortalecer as competências de cuidado, suporte afetivo e comunicação familiar.	Desenvolver programas de formação familiar em competências de cuidado e mediação intergeracional, sensibilizando para o contacto regular com pessoas idosas a residir sós.
	Violência	Risco de tensões ou sobrecarga financeira e de cuidados em agregados com orçamentos baixos (47,1% auferem até 870€/mês).	Prevenir a exaustão do cuidador, evitar abusos/negligência e proteger a autodeterminação.	Sensibilizar as famílias para a deteção de sinais de risco e prestar apoio ao cuidador informal (descanso, orientação legal e apoio psicológico).
	Solidão e Violência	Ausência de apoio formal no domicílio (76,5% sem SAD) e risco de isolamento relacional.	Fomentar a corresponsabilização e a deteção precoce de vulnerabilidades familiares.	Disponibilizar uma lista de sinais de alerta no domicílio para identificação precoce de isolamento ou perda de autonomia em articulação com a Ação Social.
Comunidade	**Solidão**	67,6% de participação comunitária, mas 32,4% de pessoas idosas sem qualquer integração social.	Diversificar a oferta inclusiva de proximidade e integrar as pessoas idosas isoladas.	Reforçar Universidades Seniores, Centros de Convívio e IPSS com oficinas temáticas, cultura, atividade física e voluntariado; atrair ativamente as pessoas idosas não integradas.
	Violência	Presença em meio urbano (55,9%) e rural (44,1%), com 52,9% em vivendas com vizinhos próximos.	Fortalecer a vigilância solidária de proximidade e sinalização preventiva.	Criar redes formais/informais de vigilância comunitária (Juntas de Freguesia, comércio local, vizinhos, GNR/PSP) para sinalizar alterações de rotina e riscos.
	Solidão e Violência	Associação entre a participação em respostas sociais e a maior consciencialização de direitos e riscos.	Promover a cooperação interinstitucional sob a liderança e articulação do poder local.	Consolidar a Rede Social Local e os Centros de Convívio como polos descentralizados que integram serviços sociais, de saúde e de segurança na proteção da pessoa idosa.
Profissionais	**Solidão**	Necessidade de diagnóstico atempado da solidão em subgrupos vulneráveis (divorciados e solteiros).	Investir na formação contínua em saúde mental, envelhecimento e rastreio da solidão.	Promover formação técnica contínua para profissionais de saúde e ação social sobre saúde mental no envelhecimento e instrumentos de avaliação da solidão.
	Violência	Elevada percentagem de pessoas idosas sem SAD (76,5%) e riscos de desproteção invisível no domicílio.	Capacitar equipas para sinalização, intervenção legal e avaliação de risco de violência.	Formar profissionais nos procedimentos legais, éticos e de triagem célere de risco de abuso/negligência no domicílio.

	Solidão e Violência	Coexistência de isolamento no domicílio (41,2% sós) e reduzida cobertura de apoio formal.	Garantir a articulação multidisciplinar e o acompanhamento partilhado de casos complexos.	Estabelecer protocolos de intervenção conjunta interinstitucional entre Câmara Municipal de Guimarães, Cuidados de Saúde Primários e IPSS (modelo de Gestão de Caso).

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

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

Hawkley, 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

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 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)