



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

**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**

maio 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística.....	10
3.6. Considerações Éticas	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	15
4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	17
4.4. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	19
4.5. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	21
Considerações finais	23
Recomendações	25
Referências.....	29
Anexo	34

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 institucionalizadas e não institucionalizadas.	18
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	19
Tabela 8. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	19
Tabela 9. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	20
Tabela 10. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	21
Tabela 11. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	22
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Góis	27

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 Góis. Ao reforçar o conhecimento sobre a realidade local e valorizar a participação das pessoas idosas e das entidades de proximidade, o estudo procura fornecer evidência empírica relevante para a identificação de fatores de risco e de proteção, apoiar a definição de estratégias de intervenção ajustadas ao território e contribuir para a conceção de respostas sociais, comunitárias e psicossociais mais eficazes e sustentadas.

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

Nas últimas décadas, as sociedades têm experienciado profundas transformações na sua estrutura demográfica, sendo o envelhecimento populacional um dos fenómenos mais significativos, sobretudo nos países desenvolvidos. Embora o envelhecimento em si não constitua um problema social (Nazareth, 2007; Valente Rosa, 2012), acarreta mudanças estruturais que afetam o equilíbrio intergeracional e colocam desafios aos modelos económicos e sociais de desenvolvimento existentes (Ferreira, 2020).

O aumento da esperança média de vida, associado à redução das taxas de natalidade, às alterações nos padrões migratórios e à transformação das estruturas familiares, tem impacto direto nas condições de vida das pessoas idosas, podendo potenciar situações de vulnerabilidade social e psicológica. Neste contexto, a solidão e a violência emergem como dois fenómenos particularmente críticos, com implicações significativas para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida desta população.

Em Portugal, os resultados dos Censos 2021 (INE, 2022) indicam que as pessoas idosas representam 23,4% da população, valor que poderá atingir cerca de 3 milhões em 2080 (INE, 2020). Este cenário torna-se particularmente relevante quando se consideram as suas implicações sociais e o consequente aumento dos riscos a que a população idosa está exposta.

A literatura tem demonstrado que o envelhecimento conduz a diversas alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicossociais (Cornelis et al., 2019; Preston & Biddell, 2021; Torres et al., 2022; Veríssimo et al., 2022), resultando numa perda gradual de algumas das capacidades sensoriais e cognitivas. Estas alterações estão associadas a maior vulnerabilidade, aumento da incidência de processos psicopatológicos e situações de dependência, fatores que podem potenciar a solidão, a exposição à violência e a redução da qualidade de vida, reforçando a necessidade de intervenções sociais e de políticas públicas direcionadas à proteção e ao bem-estar das pessoas idosas.

1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco

A violência contra pessoas idosas constitui uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública, podendo contribuir para o aumento da solidão e para a diminuição da qualidade de vida desta população. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), os principais tipos de violência contra as pessoas idosas incluem abuso físico, psicológico, sexual e financeiro, bem como negligência e auto-negligência, evidenciando a multiplicidade de formas de vulnerabilidade a que esta população está exposta.

Em Portugal, dados recentes da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2024), evidenciam um aumento de 9,4% nos casos de violência contra pessoas idosas entre 2022 e 2023, totalizando 1.671 casos sinalizados. Uma parte significativa destes crimes ocorre no contexto familiar e no próprio domicílio da vítima, sendo os agressores frequentemente familiares próximos, nomeadamente filhos ou filhas (APAV, 2024). As vítimas são maioritariamente mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos (Anes et al., 2019).

Segundo Gil et al. (2015), em Portugal, a invisibilidade da violência contra as pessoas idosas revela-se particularmente crítica em contextos institucionais, como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Nestes ambientes, a assimetria de poder e a dependência funcional dos utentes constituem barreiras significativas

à denúncia (Cichowsky et al., 2016; Gil et al., 2015), aumentando a vulnerabilidade a eventuais situações de violência.

A literatura identifica diversos fatores preditores da violência contra pessoas idosas a residir na comunidade, destacando-se condições socioeconômicas desfavoráveis, fragilidade física, dependência emocional e isolamento social (Araújo-Monteiro et al., 2024). Estudos sobre representações sociais da violência (Chagas et al., 2024) salientam ainda que muitas pessoas idosas percebem o abandono e a negligência como formas de agressão, com impacto profundo na sua saúde mental e bem-estar. A negligência por parte de familiares e cuidadores é frequentemente apontada como um dos principais fatores de risco para a violência, muitas vezes subestimada ou invisibilizada pela sociedade. Os autores salientam ainda a necessidade de maior supervisão das instituições de cuidados e do reforço das redes de apoio comunitário como estratégias preventivas eficazes para reduzir a exposição das pessoas idosas a situações de risco.

Sukyung e Mahapatra (2024) investigaram a relação entre violência doméstica, saúde mental e resiliência na população idosa nos Estados Unidos durante a pandemia de COVID-19, concluindo que o isolamento forçado não só agravou o risco de abuso como reduziu as oportunidades de denúncia e o acesso a serviços de proteção. Verificaram ainda que a ausência de contacto social intensificou os efeitos psicológicos da violência, comprometendo a resiliência emocional das vítimas idosas. De forma complementar, Yilmaz et al. (2022) analisaram a satisfação com a vida de pessoas idosas vítimas de abuso, concluindo que fatores como o apoio social e o acesso a serviços de proteção podem mitigar os impactos negativos da violência. Os autores defendem que programas de apoio psicológico, intervenções comunitárias e o reforço de políticas públicas de proteção das pessoas idosas são fundamentais para reduzir a (re)ocorrência do abuso e melhorar a qualidade de vida. Sublinham ainda a importância de ações preventivas e educativas dirigidas tanto às pessoas idosas como à sociedade em geral.

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

A solidão é um fenómeno complexo, subjetivo e multidimensional, cuja percepção varia entre os indivíduos e engloba múltiplas dimensões com relações causais entre si. Trata-se de uma experiência subjetiva em que a pessoa sente que não tem com quem estar originando sentimentos de isolamento e abandono (Feitosa, 2013).

Segundo Quakinin e Barreira (2015), a solidão pode ser classificada como situacional (relacionada com fatores ambientais e interpessoais) ou desenvolvimental (resultante de separações, perdas e/ou situações de dependência). Apesar destas classificações, existe consenso de que a solidão constitui um fator de risco relevante para o sofrimento psicológico, podendo impactar significativamente a saúde mental e a qualidade de vida das pessoas idosas (Feitosa, 2013).

Crewdson (2016) salienta que, na velhice, a solidão pode aumentar os níveis de depressão, ansiedade e acelerar o declínio cognitivo, comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas. Estudos indicam igualmente que idosos solitários apresentam maior risco de doenças cardiovasculares e um declínio funcional mais acelerado (Yilmaz et al., 2022).

A solidão não resulta apenas da ausência de interação social, estando sobretudo associada à falta de relações significativas e de apoio emocional, o que evidencia a necessidade de estratégias comunitárias e políticas públicas inclusivas. A redução da participação social pode também aumentar a exposição ao abuso e aos maus-tratos (OMS, 2012). Neste sentido, Xia et al. (2023) demonstraram que o apoio familiar está associado a uma melhor qualidade do sono em pessoas idosas, ao reduzir simultaneamente o medo do crime e a solidão.

Estudos ibéricos e nacionais (Agostinho et al., 2024; Damas et al., 2023) apontam para o peso das dinâmicas de institucionalização, isolamento rural e fraca literacia digital como agravantes da desconexão social entre os mais velhos.

Em Portugal, um estudo recente (Agostinho et al., 2024) identificou uma prevalência de solidão de 33,8%, sendo esta mais frequente entre mulheres, residentes em zonas rurais, pessoas que vivem sozinhas e indivíduos com baixos níveis de escolaridade. Entre os fatores de risco identificados destacam-se a falta de apoio social, conflitos familiares, viuvez, viver sozinho, reforma e dificuldades financeiras. Por outro lado, fatores protetores incluem redes de apoio formais e informais, autonomia e recursos económicos (Parreira, 2022).

2. Objetivos

Através da criação de uma rede de parcerias locais, envolvendo autarquias, IPSS, ONG e projetos sociais, foi promovida a divulgação do estudo, a mobilização para a participação e a realização de entrevistas diretas às pessoas idosas, tendo sido definidos os seguintes objetivos gerais (OG) e específicos (OE):

OG1 – Conhecer a percepção da solidão nas pessoas idosas e analisar a influência das características sociodemográficas.

OE1.1 – Avaliar os níveis de percepção de solidão (emocional e social) numa amostra de pessoas idosas.

OE1.2 – Analisar as diferenças na percepção da solidão em função das características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde e autonomia).

OG2 – Conhecer a percepção do risco de violência nas pessoas idosas e analisar a influência das características sociodemográficas.

OE2.1 – Avaliar as dimensões da percepção do risco de violência (desconfiança/insegurança, isolamento social, dependência funcional e insegurança financeira) numa amostra de pessoas idosas.

OE2.2 – Analisar as diferenças na percepção do risco de violência em função das características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde e autonomia).

OG3 – Comparar a percepção da solidão e a percepção do risco de violência nas pessoas idosas.

OE3.1 – Comparar os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

OE3.2 – Comparar os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

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

OE4.1 – Compreender a relação entre os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

OE4.2 – Explorar a relação entre os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

O presente estudo assume um desenho observacional, transversal e de natureza quantitativa, tendo como objetivo caracterizar as percepções de solidão e de risco de violência na população idosa do concelho de Góis. A investigação integrou uma abordagem participativa e de proximidade, articulada com redes locais, com vista a facilitar o acesso à população-alvo e a promover a participação das pessoas idosas no processo de recolha de dados.

3.2. Procedimentos e Recolha de Dados

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

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

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

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

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

3.3. Instrumentos

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

A utilização de instrumentos validados permitiu uma avaliação direta, rigorosa e fiável das experiências e percepções das pessoas idosas, ultrapassando limitações associadas a abordagens baseadas exclusivamente em dados clínicos ou em relatos de terceiros, como cuidadores, familiares ou profissionais.

Os instrumentos aplicados encontram-se sintetizados na Tabela 1, sendo que a descrição detalhada dos domínios, dimensões, itens e sub-itens de cada instrumento se encontra apresentada em anexo (Tabela 1A).

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados

Domínio	Instrumento	Dimensões	Nº de Itens
Dados sociodemográficos	Questionário sociodemográfico	Caracterização pessoal, habitacional e social Condições de saúde e autonomia	18
Solidão	UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1978; adap. Pocinho et al., 2010)	Solidão emocional; Solidão social	16
Violência	EARVI (Lima et al., 2018; adap. Lima, 2019)	Desconfiança/insegurança; Isolamento social; Dependência funcional; Insegurança financeira	21

Fonte. Elaboração própria (2025)

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo pessoas idosas com 65 ou mais anos, residentes no concelho de Góis, 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 **91 pessoas** com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Góis. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 57$; 62,6%), em comparação com o sexo masculino ($n = 34$; 37,4%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 100 anos, apresentando uma média de 76,86 anos ($DP = 8,64$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou em união de facto ($n = 40$; 44,0%), seguindo-se os viúvos ($n = 33$; 36,3%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 56$; 61,5%) e sem ensino básico ($n = 21$, 23,1%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de população mais envelhecida.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vive em **zona urbana** ($n = 55$; 61,1%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 66$; 72,5%), enquanto uma percentagem reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 25$; 27,5%).

Relativamente ao **rendimento mensal**, verifica-se que uma parte significativa dos participantes apresenta rendimentos compreendidos **entre 501 e 870 euros** ($n = 30$; 33,0%). Observa-se ainda que 20,9% ($n = 19$) optaram por não responder a esta questão. Por sua vez, 15,4% ($n = 14$) apresentam rendimentos entre 871 e 1045 euros, enquanto 14,3% ($n = 13$) auferem menos de 500 euros mensais e 14,3% ($n = 13$) situam-se no intervalo entre 1046 e 1568 euros. Finalmente, apenas 2,2% ($n = 2$) referem rendimentos superiores a 1569 euros.

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 1,67 ($DP = 0,47$), indicando uma **perceção intermédia**, ainda que tendencialmente mais próxima de um estado de saúde positivo. Quanto à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,63 ($DP = 0,49$), sugerindo uma perceção de autonomia moderada, com **tendência para a independência funcional**.

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

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Masculino	34	37,4
	Feminino	57	62,6
Idade (anos)	Intervalo	65-100	—
	Média (DP)	76,86 (8,64)	—
Idade (por grupo)	65-74	43	47,3
	75-84	32	35,2
	85-100	16	17,6
Estado Civil	Solteiro/a	4	4,4
	Casado(a)/União de Facto	40	44,0
	Divorciado/a	14	15,4
	Viúvo/a	33	36,3
Escolaridade	Sem Ensino Básico	21	23,1
	Com Ensino Básico	56	61,5

	Com Ensino Secundário	9	9,9
	Com Ensino Superior	5	5,5
Zona de Residência	Rural	35	38,9
	Urbano	55	61,1
	Omisso	1	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	66	72,5
	ERPI	25	27,5
Rendimento Mensal	- 500 euros	13	14,3
	de 501 a 870 euros	30	33,0
	de 871 a 1045 euros	14	15,4
	de 1046 a 1568 euros	13	14,3
	+ de 1569 euros	2	2,2
	Prefiro não responder	19	20,9
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,67 (0,47)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,63 (0,49)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 66; 72,5%). Desses, a maioria 45,5% vive com parceiro/a (n = 30), e 40,9% vivem sozinhos (n = 27), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 56; 84,8%). Nenhum participante se encontra em situação de ausência de resposta habitacional, evidenciando cobertura habitacional total na amostra.

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 58; 87,9%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de outro(s) serviços (n = 5; 7,6%), bem como à combinação de refeições e outro(s) serviços (n = 4; 6,1 %).

Quanto à **integração em respostas sociais de proximidade, apenas 39,4%** participam em atividades como centros de dia e centros de convívio, ou noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente uma a duas vezes por semana (n = 11; 16,7%).

Uma **percentagem mais reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 25; 27,5%). Destes, 56,0% (n = 14) participam em atividades de lazer, 28,0% (n = 7) em atividades culturais, 12,0% (n = 3) em atividades desportivas e 4,0% (n = 1) em nenhuma atividade.

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	27	40,9
		Com parceiro/a	30	45,5
		Com Filho/a	6	9,1
		Com Outro(s)	3	4,5
		Omisso	25	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	3	4,5
		Vivenda isolada	7	10,6
		Vivenda com vizinhos	56	84,8
		Omisso	25	—

	SAD	Não	58	87,9
		Sim	8	12,1
		Omisso	25	—
	SAD- Tipo	Refeições	1	1,5
		Outro(s)	5	7,6
		Nenhuma	54	81,8
		Refeições e Outra(s)	4	6,1
		Refeições, Limpeza e Roupa	2	3,0
		Omisso	25	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	6	9,1
		Centro de Convívio	4	6,1
		Universidade Sénior	1	1,5
		Outra(s)	15	22,7
		Nenhuma	40	60,6
		Omisso	25	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	11	16,7
		3 a 5 vezes por semana	10	15,2
		6 a 7 vezes por semana	5	7,6
		Nenhuma	40	60,6
		Omisso	25	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	7	28,0
		Atividades desportivas	3	12,0
		Atividades de lazer	14	56,0
		Nenhuma	1	4,0
		Omisso	66	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	1	4,0
		3 a 5 vezes por semana	23	92,0
		6 a 7 vezes por semana	1	4,0
		Omisso	66	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

4. Resultados

4.1. Percepção de Solidão

A. Níveis de percepção de solidão

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

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 1,91 (DP = 0,84), 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 é de 1,69 (DP = 0,57), com um intervalo entre 1 e 3,55, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 28,18 (DP = 9,96), com valores mínimos de 16 e máximos de 59. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total superiores ao ponto de corte (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Percepção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,91	1,69	28,18
Erro Desvio	0,84	0,57	9,96
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	4,00	3,55	59,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

De forma global, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função do sexo** ($t(85,87) = -1,836$; $p = 0,070$), **idade** ($F(2,88) = 0,612$; $p = 0,545$), **escolaridade** ($F(3,87) = 1,342$; $p = 0,266$), **estado civil** ($F(3,87) = 1,319$; $p = 0,274$), **rendimento mensal** ($F(5,85) = 2,130$; $p = 0,070$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ($t(89) = -0,909$; $p = 0,366$) e **autonomia** ($t(52,685) = 0,697$; $p = 0,489$). Ainda assim, importa salientar que o rendimento mensal ($p = 0,070$) e o sexo ($p = 0,070$) apresentam valores próximos do limiar de significância, sugerindo tendências que poderão assumir relevância em amostras de maior dimensão.

As diferenças estatisticamente significativas foram apenas observadas em função do estado de saúde percebido ($t(44,467) = 2,404$; $p = 0,020$), com os indivíduos que se percebem como **doentes** a apresentarem níveis médios de solidão mais elevados ($M = 32,03$; $DP = 11,70$), situando-se no limiar de solidão patológica ($\geq$

32), quando comparados com os que se consideram saudáveis ($M = 26,29$; $DP = 8,47$), cujos valores se mantêm abaixo deste ponto de corte.

Apesar da ausência de significância estatística na maioria das variáveis, a análise descritiva das médias revela tendências relevantes. Ao nível do sexo, as mulheres apresentam níveis médios de solidão superiores ($M = 29,53$; $DP = 10,89$) aos homens ($M = 25,91$; $DP = 7,81$). Relativamente à idade, observa-se uma ligeira tendência de aumento da solidão com o avançar da idade, com médias de 27,63 ($DP = 8,21$) no grupo dos 65–74 anos, 27,66 ($DP = 12,96$) entre os 75–84 anos e 30,69 ($DP = 7,17$) nos participantes com 85 ou mais anos.

No que respeita à escolaridade, verifica-se uma maior perceção de solidão entre os participantes com níveis de escolaridade mais baixos (sem ensino básico: $M = 31,86$; $DP = 13,02$; ensino básico: $M = 27,34$; $DP = 8,57$), em comparação com os que possuem ensino secundário ($M = 25,56$; $DP = 11,60$) ou superior ($M = 26,80$; $DP = 2,68$), ainda que sem diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente ao estado civil, observa-se que os indivíduos solteiros apresentam valores médios indicativos de solidão patológica ($M = 32,50$; $DP = 10,15$), considerando o ponto de corte definido (≥ 32). Seguem-se os viúvos ($M = 30,36$; $DP = 11,56$) e os divorciados ($M = 27,14$; $DP = 9,15$), enquanto os participantes casados ou em união de facto apresentam os níveis mais baixos de solidão ($M = 26,30$; $DP = 8,58$).

Quanto ao rendimento mensal, embora sem diferenças estatisticamente significativas, observa-se uma tendência para níveis mais elevados de solidão nos escalões intermédios-baixos, nomeadamente entre os 501 e 870 euros ($M = 31,17$; $DP = 11,54$) e nos participantes que preferiram não responder ($M = 29,95$; $DP = 7,79$). Em contraste, os indivíduos com rendimentos entre 1046 e 1568 euros apresentam valores médios mais baixos ($M = 21,23$; $DP = 5,09$). Importa, contudo, salientar que o escalão de rendimento mais elevado ($>1569\text{€}$) apresenta um valor intermédio ($M = 27,00$; $DP = 0,00$), não confirmando um padrão linear entre aumento de rendimento e diminuição da solidão. Estes resultados sugerem que a relação entre rendimento e solidão poderá ser não linear e influenciada por outros fatores contextuais, devendo a sua interpretação ser realizada com cautela, especialmente tendo em conta a reduzida dimensão de alguns grupos.

No que diz respeito ao local de residência, os participantes institucionalizados em ERPI apresentam níveis médios de solidão ligeiramente superiores ($M = 29,72$; $DP = 10,12$) face aos que residem em casa própria ou com familiares ($M = 27,59$; $DP = 9,91$), embora sem significância estatística. Por fim, ao nível da autonomia, os indivíduos com menor autonomia evidenciam valores médios mais elevados de solidão ($M = 29,21$; $DP = 12,09$) comparativamente aos participantes com maior autonomia ($M = 27,56$; $DP = 8,51$).

Em síntese, **os resultados evidenciam que o estado de saúde percebido constitui o principal fator diferenciador na perceção de solidão**. Relativamente às restantes variáveis, ainda que a maioria das diferenças não atinja significância estatística, os padrões descritivos sugerem maior vulnerabilidade entre as mulheres, indivíduos mais velhos, com menor escolaridade, solteiros ou viúvos, com rendimentos intermédios mais baixos e com menor autonomia, devendo estes perfis ser considerados na definição de estratégias de intervenção.

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 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 1,20 (DP = 0,26), com valores compreendidos entre 1 e 2,38, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,64; DP = 0,52), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,20, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registrada é de 1,45 (DP = 0,49), com um intervalo entre 1 e 3, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,40 (DP = 0,38), com valores que variam entre 1 e 2,50, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,69 (DP = 1,18), com valores mínimos de 4,20 e máximos de 10,83. 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	1,20	1,64	1,45	1,40	5,69
Erro Desvio	0,26	0,52	0,49	0,38	1,18
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,20
Máximo	2,38	3,20	3,00	2,50	10,83

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função do sexo ($t(89) = -1,33$; $p = 0,186$), **idade** ($F(2,88) = 1,807$; $p = 0,170$), **estado civil** ($F(3,87) = 1,549$; $p = 0,208$), **rendimento mensal** ($F(5,85) = 0,541$; $p = 0,745$), e **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ($t(89) = -1,844$; $p = 0,068$). Ainda assim, o local de residência apresenta um valor próximo do limiar de significância, sugerindo uma possível tendência para níveis mais elevados de percepção de violência entre os participantes institucionalizados.

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade** ($F(3,87) = 2,720$; $p = 0,049$), **estado de saúde percebido** ($t(38,136) = 3,361$; $p = 0,002$) e **autonomia** ($t(45,133) = 2,316$; $p = 0,025$).

No que respeita à escolaridade, embora o efeito global seja estatisticamente significativo, as comparações múltiplas não identificaram diferenças significativas entre pares de grupos específicos, ainda que se observe uma tendência para níveis mais elevados de percepção de violência entre os participantes sem ensino básico

($M = 6,31$; $DP = 1,58$), comparativamente aos restantes níveis de escolaridade (com $M \leq 5,5$ em todos os grupos).

Relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes que se consideram doentes apresentam níveis significativamente mais elevados de perceção de violência ($M = 6,34$; $DP = 1,49$) face aos que se percebem como saudáveis ($M = 5,36$; $DP = 0,83$), evidenciando uma maior vulnerabilidade associada à condição de saúde.

De forma semelhante, ao nível da autonomia, os indivíduos com menor autonomia evidenciam níveis médios de perceção de violência significativamente superiores ($M = 6,10$; $DP = 1,52$) quando comparados com aqueles que apresentam maior autonomia ($M = 5,44$; $DP = 0,84$), reforçando o papel da dependência funcional enquanto fator de risco.

Apesar da ausência de significância estatística nas restantes variáveis, a análise descritiva permite identificar algumas tendências relevantes. As mulheres apresentam valores médios ligeiramente superiores aos homens ($M = 5,81$; $DP = 1,27$ vs. $M = 5,47$; $DP = 0,98$), e observa-se um aumento progressivo da perceção de violência com a idade, com valores médios de 5,47 ($DP = 0,94$) no grupo dos 65–74 anos, 5,78 ($DP = 1,46$) entre os 75–84 anos e 6,09 ($DP = 1,06$) nos participantes com 85 ou mais anos.

No que respeita ao estado civil, os viúvos apresentam os valores médios mais elevados ($M = 5,99$; $DP = 1,38$), seguidos dos solteiros ($M = 5,90$; $DP = 1,14$), enquanto os participantes casados ou em união de facto registam os valores mais baixos ($M = 5,41$; $DP = 0,94$). Quanto ao rendimento mensal, não se observa um padrão claro de associação com a perceção de violência, verificando-se variações pouco expressivas entre os diferentes escalões.

Relativamente ao local de residência, os participantes institucionalizados em ERPI apresentam níveis médios de perceção de violência superiores ($M = 6,05$; $DP = 1,22$) face aos que residem em casa própria ou com familiares ($M = 5,55$; $DP = 1,14$), ainda que esta diferença não atinja significância estatística.

Em síntese, os **resultados evidenciam que o estado de saúde percebido e a autonomia constituem os principais fatores diferenciadores na perceção de violência, destacando-se níveis mais elevados entre indivíduos doentes e com menor autonomia**. A escolaridade apresenta também um efeito global significativo, embora sem diferenças claras entre grupos específicos. As restantes variáveis não evidenciam diferenças estatisticamente significativas, mas os **padrões descritivos sugerem maior vulnerabilidade entre indivíduos mais velhos, com menor escolaridade, viúvos ou solteiros e residentes em contexto institucional**, devendo estes perfis ser considerados na definição de estratégias de prevenção e intervenção.

4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

A comparação entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas permite clarificar o papel do contexto institucional na mitigação destes fenómenos de risco, contribuindo para a formulação de políticas públicas informadas e sustentáveis.

A. Perceção de solidão em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Os resultados evidenciam a **ausência de diferenças estatisticamente significativas** entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas **nas três dimensões da solidão**: solidão emocional ($t(89) = -1,441$; $p = 0,153$), solidão social ($t(89) = -0,487$; $p = 0,627$) e solidão total ($t(89) = -0,909$; $p = 0,366$).

A análise descritiva dos dados (Tabela 6) permite, ainda assim, identificar algumas diferenças ao nível das médias. No que respeita à solidão emocional, os participantes institucionalizados apresentam valores ligeiramente superiores ($M = 2,11$; $DP = 0,84$) quando comparados com os que residem em casa própria ou com familiares ($M = 1,83$; $DP = 0,83$).

Relativamente à solidão social, os valores médios são muito semelhantes entre os grupos, com ligeira superioridade nas pessoas institucionalizadas ($M = 1,74$; $DP = 0,58$) face às não institucionalizadas ($M = 1,68$; $DP = 0,57$), evidenciando reduzida variabilidade entre contextos.

Quanto ao índice total de solidão, observa-se igualmente uma média superior entre os residentes em ERPI ($M = 29,72$; $DP = 10,12$) em comparação com os participantes que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 27,59$; $DP = 9,91$). Contudo, importa salientar que, em termos médios, nenhum dos grupos ultrapassa o ponto de corte indicativo de solidão patológica (≥ 32).

Em síntese, embora os participantes institucionalizados apresentem, de forma consistente, valores médios ligeiramente mais elevados em todas as dimensões da solidão, estas diferenças não são estatisticamente significativas. Os resultados sugerem, assim, que o **contexto habitacional, por si só, não explica variações significativas nos níveis de solidão nesta amostra**, devendo a sua interpretação ser realizada com cautela.

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

	Solidão Emocional		Solidão Social		Solidão Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,83	2,11	1,68	1,74	27,59	29,72
Erro Desvio	0,83	0,84	0,57	0,58	9,91	10,12

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Perceção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

A análise comparativa da perceção de violência entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas revelou que **não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas** ($t(89) = -0,381$; $p = 0,704$), **isolamento social** ($t(89) = -1,099$; $p = 0,275$), **insegurança financeira** ($t(89) = -0,443$; $p = 0,659$) e **violência total** ($t(89) = -1,844$; $p = 0,068$).

Verificaram-se **apenas diferenças estatisticamente significativas na dimensão de dependência funcional** ($t(89) = -2,736$; $p = 0,008$).

A análise descritiva dos dados (Tabela 7) mostra que os participantes institucionalizados apresentam valores médios superiores na desconfiança/insegurança nas relações próximas ($M = 1,22$; $DP = 0,31$ vs. $M = 1,19$; $DP = 0,25$), no isolamento social ($M = 1,74$; $DP = 0,55$ vs. $M = 1,60$; $DP = 0,50$), na dependência funcional ($M = 1,67$; $DP = 0,44$ vs. $M = 1,36$; $DP = 0,49$) e na violência total ($M = 6,05$; $DP = 1,22$ vs. $M = 5,55$; $DP = 1,14$).

Na insegurança financeira, os valores médios são semelhantes entre os grupos (ERPI: $M = 1,43$; $DP = 0,45$; casa própria/familiares: $M = 1,39$; $DP = 0,35$).

Em síntese, apenas a **dependência funcional apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo superior nos participantes institucionalizados**.

Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percebida entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

	Desconfiança/ Insegurança nas Relações Próximas		Isolamento Social		Dependência Funcional		Insegurança Financeira		Violência Total	
	Casa Própria/ Famíliares	ERPI	Casa Própria/ Famíliares	ERPI	Casa Própria/ Famíliares	ERPI	Casa Própria/ Famíliares	ERPI	Casa Própria/ Famíliares	ERPI
Média	1,19	1,22	1,60	1,74	1,36	1,67	1,39	1,43	5,55	6,05
Erro Desvio	0,25	0,31	0,50	0,55	0,49	0,44	0,35	0,45	1,14	1,22

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise comparativa entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias (Centro de Dia, Centro de Convívio, Universidade Sênior, Outros ou Nenhuma) permite clarificar o papel do contexto comunitário na mitigação da solidão e do risco de violência, fornecendo informação relevante para políticas públicas e estratégias de intervenção.

A. Percepção de solidão

No que respeita à **solidão emocional**, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(4,61) = 3,079$; $p = 0,022$). Os valores médios mais elevados surgem no Centro de Dia ($M = 2,83$; $DP = 1,06$), seguido pelo Centro de Convívio ($M = 2,10$; $DP = 0,93$) e Universidade Sênior ($M = 2,00$). Os valores mais baixos registaram-se na categoria “Outros” ($M = 1,60$; $DP = 0,77$) e nos não integrados em qualquer tipo de respostas sociais de proximidade ($M = 1,74$; $DP = 0,73$).

Relativamente à **solidão social**, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(4,61) = 2,803$; $p = 0,033$). Os valores médios mais elevados foram observados novamente entre os participantes do Centro de Dia ($M = 2,30$; $DP = 0,82$), enquanto os valores mais baixos surgem na Universidade Sênior ($M = 1,09$) e no Centro de Convívio ($M = 1,55$; $DP = 0,31$).

No que respeita à **solidão total**, observaram-se igualmente diferenças estatisticamente significativas ($F(4,61) = 2,77$; $p = 0,035$). Os valores médios mais elevados verificam-se no Centro de Dia ($M = 39,50$; $DP = 14,05$), com valores acima do ponto de corte, e na categoria “Outros” ($M = 27,40$; $DP = 10,45$), enquanto os valores mais baixos surgem na Universidade Sênior ($M = 22,00$), no Centro de Convívio ($M = 27,50$; $DP = 7,19$) e na ausência de participação ($M = 26,03$; $DP = 8,38$) (Ver Tabela 8).

Em síntese, os resultados indicam a **existência de diferenças estatisticamente significativas entre tipos de participação social nas três dimensões da solidão** avaliadas. Globalmente, observa-se que os **participantes da Universidade Sênior apresentam os níveis mais baixos de solidão**, enquanto os integrados em **Centro de Dia** tendem a registar **valores mais elevados em todas as dimensões**, sugerindo que a **natureza e estrutura das respostas sociais se associam a diferentes perfis de solidão na população idosa**.

Tabela 8. 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	2,83 (1,06)	2,10 (0,93)	2,00 (—)	1,60 (0,77)	1,74 (0,73)
Solidão Social	2,30 (0,82)	1,55 (0,31)	1,09 (—)	1,76 (0,64)	1,58 (0,47)
Solidão Total	39,50 (14,05)	27,50 (7,19)	22,00 (—)	27,40 (10,45)	26,03 (8,38)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Perceção de violência

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

Os resultados não indicam diferenças estatísticas nas dimensões da desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(4,61) = 2,484$; $p = 0,053$), **isolamento social** ($F(4,61) = 1,269$; $p = 0,292$) e **insegurança financeira** ($F(4,61) = 1,635$; $p = 0,177$). Em termos descritivos, observa-se, no entanto, alguma variação entre tipologias, com valores tendencialmente mais elevados entre os participantes integrados em Centro de Dia – com valores médios a variar entre 1,44 (DP = 0,48) na dimensão de desconfiança/insegurança nas relações próximas e 2,03 (DP = 0,77) na dimensão de isolamento social – e mais baixos entre os participantes da Universidade Sénior – com valores médios de 1,00 na desconfiança/insegurança nas relações próximas e 1,40 no isolamento social.

Por outro lado, indicam diferenças nas dimensões da **dependência funcional** ($F(4,61) = 13,665$; $p = 0,000$) e **violência total** ($F(4,61) = 7,457$; $p = 0,000$). Na dependência funcional, destaca-se de forma clara o Centro de Dia, com o valor médio mais elevado ($M = 2,42$; $DP = 0,52$), contrastando com os restantes grupos, que apresentam valores substancialmente inferiores e relativamente próximos entre si ($\approx 1,13$ – $1,27$). Este resultado evidencia uma diferenciação marcada desta dimensão em função da tipologia de participação social.

No que respeita ao índice total de violência, observa-se igualmente um padrão diferenciado, com o Centro de Dia a apresentar o valor mais elevado ($M = 7,55$; $DP = 1,85$), seguido do grupo dos não integrados e dos restantes grupos, que apresentam valores globalmente mais baixos e menos dispersos ($\approx 4,93$ – $5,42$). Este padrão sugere a existência de diferenças relevantes na perceção global de violência associadas à forma de participação social (ver tabela 9).

Em síntese, os resultados indicam que a tipologia de participação social não se associa a diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social e insegurança financeira, embora se observe uma tendência de variação entre grupos. Em contraste, **a dependência funcional e o índice global de violência evidenciam diferenças claras e estatisticamente significativas**, com o **Centro de Dia** a destacar-se consistentemente como o grupo com valores mais elevados nestas dimensões, sugerindo um **perfil de maior vulnerabilidade funcional e global** neste contexto.

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,44 (0,48)	1,00 (0,00)	1,00 (—)	1,18 (0,19)	1,18 (0,21)
Isolamento Social	2,03 (0,77)	1,55 (0,53)	1,40 (—)	1,57 (0,59)	1,56 (0,40)
Dependência Funcional	2,42 (0,52)	1,13 (0,14)	1,25 (—)	1,27 (0,43)	1,27 (0,33)
Insegurança Financeira	1,67 (0,44)	1,25 (0,20)	1,50 (—)	1,27 (0,27)	1,41 (0,37)
Violência Total	7,55 (1,85)	4,93 (0,56)	5,15 (—)	5,28 (1,04)	5,42 (0,77)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A análise da **relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência** revelou **correlações positivas** e estatisticamente significativas **nos contextos residenciais Casa própria/familiares e ERPI**.

Entre as pessoas idosas a residir em **casa própria ou com familiares**, observou-se uma correlação positiva e muito forte ($r = 0,757$; $p = 0,000$) entre a solidão ($M = 27,59$; $DP = 9,91$) e a percepção de violência ($M = 5,55$; $DP = 1,14$). Este resultado indica que níveis mais elevados de solidão estão associados a maior percepção de risco de violência neste grupo.

No caso das pessoas idosas residentes em **ERPI**, verificou-se igualmente uma correlação positiva, muito forte ($r = 0,846$; $p = 0,011$) entre solidão ($M = 29,72$; $DP = 10,12$) e percepção de violência ($M = 6,05$; $DP = 1,22$). Também neste grupo, os níveis mais elevados de solidão associam-se a uma maior percepção de risco de vitimação (Ver Tabela 10).

De forma global, **os resultados sugerem que, independentemente do contexto residencial**, a solidão constitui um fator associado à uma maior percepção de risco de violência, sendo essa **associação mais forte nas pessoas idosas institucionalizadas**. Estes dados reforçam a importância de intervenções dirigidas à redução da solidão como estratégia de mitigação da percepção de vulnerabilidade à violência na população idosa.

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Casa Própria/ Familiares	Solidão	27,59	9,91	0,757	0,000
	Violência	5,55	1,14		
ERPI	Solidão	29,72	10,12	0,846	0,000
	Violência	6,05	1,22		

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise 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 ($M = 30,00$; $DP = 11,67$) e de percepção do risco de violência ($M = 5,75$; $DP = 1,54$), quando comparadas com aquelas **não integradas**, que evidenciaram níveis médios inferiores de solidão ($M = 26,03$; $DP = 8,38$), e de percepção do risco de violência ($M = 5,42$; $DP = 0,77$).

Quanto à relação entre percepção 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, muito forte e estatisticamente significativa entre solidão e percepção do risco de violência ($r = 0,842$; $p = 0,000$), indicando que neste grupo, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de vitimação.

Por outro lado, no grupo de pessoas idosas não integradas em atividades de apoio comunitárias, a correlação entre solidão e percepção do risco de violência também foi positiva e estatisticamente significativa, embora de menor magnitude ($r = 0,620$; $p = 0,000$). Este resultado indica que, também neste grupo, o aumento da solidão se associa a uma maior percepção de risco de vitimação, embora de forma menos intensa (Ver Tabela 11).

Em conjunto, os resultados indicam que a **solidão constitui um fator fortemente associado à percepção do risco de violência, independentemente da integração, ou não, em respostas sociais comunitárias**. Contudo, observa-se uma associação mais forte entre as variáveis no grupo integrado, sugerindo que a relação entre solidão e percepção de vulnerabilidade pode variar em intensidade consoante o contexto de participação social.

Este padrão pode indicar que, nos indivíduos integrados em respostas sociais comunitárias, a experiência de solidão assume um significado mais saliente na forma como é interpretado o risco de violência, possivelmente por existir maior consciência social, contacto regular com pares e maior capacidade de verbalização das experiências subjetivas. Nestes contextos, a solidão pode tornar-se mais facilmente identificável e cognitivamente associada a situações de vulnerabilidade.

Por outro lado, no grupo não integrado, embora a associação permaneça significativa, a menor magnitude da correlação pode sugerir que outros fatores contextuais ou individuais desempenham um papel mais diversificado na percepção do risco de violência, diluindo parcialmente o peso explicativo da solidão.

Tabela 11. Relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	30,00	11,67	0,842	0,000
	Violência	5,75	1,54		
Não Integrados em RS	Solidão	26,03	8,38	0,620	0,000
	Violência	5,42	0,77		

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 Góis, 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, estado civil, rendimento mensal, local de residência e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas à perceção de saúde: participantes que se percebem como doentes reportam níveis de solidão que se situam no limiar do patológico. Este resultado identifica um **grupo prioritário para intervenção**, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a **pessoas idosas com pior perceção do estado de saúde**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar este grupo como prioritário de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

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

Quanto à influência do contexto residencial, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/famíliares e em ERPI revelou que, de forma geral, este não influencia significativamente os níveis de solidão ou de perceção global de violência. No entanto, surgem diferenças numa dimensão específica: **a dependência funcional é significativamente maior entre os institucionalizados (ERPI)**, refletindo maior necessidade de apoio nas atividades da vida diária. Este resultado reforça a importância de considerar o contexto residencial na definição de estratégias de intervenção e políticas públicas.

No que se refere à influência da integração em respostas sociais comunitárias, os resultados demonstraram que entre pessoas não institucionalizadas, a participação em respostas sociais estruturadas associa-se a diferentes perfis de solidão; os **participantes da Universidade Sénior reportam níveis mais baixos de solidão**,

sendo os integrados em Centro de Dia, os que relatam níveis mais elevados de solidão. A percepção de violência total não difere significativamente entre os grupos, mas surgem diferenças em dimensões específicas: **dependência funcional e o índice de violência total são mais elevados no Centro de Dia**, em comparação com as pessoas idosas integradas noutras respostas sociais. Estes resultados destacam a **relevância de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.**

Relativamente à relação entre solidão e percepção de violência, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com os idosos residentes em ERPI a apresentar níveis ligeiramente mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os residentes em casa própria/familiares. Esta **associação entre solidão e percepção de violência é positiva e significativa em todos os contextos, embora mais intensa em idosos institucionalizados**, sugerindo que a institucionalização potencia simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de risco. Entre os não institucionalizados, a integração em respostas sociais comunitárias modula esta relação, com os participantes integrados a apresentarem correlação positiva muito forte, enquanto nos não integrados a correlação é positiva, mas de menor magnitude. Estes resultados indicam que **solidão constitui um fator fortemente associado à percepção do risco de violência**, independentemente da integração, ou não, em respostas sociais comunitárias, evidenciando a **importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.**

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do município de Góis. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos particularmente vulneráveis justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica. Esta necessidade é reforçada pelo perfil demográfico identificado em Góis: uma amostra de 91 pessoas com média de 76,86 anos, maioritariamente feminina (62,6%) e com baixos níveis de escolaridade (84,6% com ou sem ensino básico). O equilíbrio crítico entre a percepção de saúde e a autonomia revela que aqueles que se sentem doentes ou dependentes constituem o grupo de maior risco, tanto para a solidão como para a violência. Adicionalmente, o facto de a institucionalização (ERPI) potenciar a relação entre solidão e risco de vitimação sugere que as respostas tradicionais necessitam de uma vigilância redobrada e de estratégias que promovam a autonomia funcional. Neste sentido, e de modo a garantir uma resposta integrada e sistémica, as recomendações estruturam-se em quatro eixos de intervenção complementares. Estas propostas visam capacitar não só as pessoas idosas, mas toda a rede de suporte - famílias, comunidade e profissionais - focando-se na promoção da autonomia e na vigilância ativa dos riscos identificados em Góis.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

No domínio da solidão, recomenda-se o reforço do acompanhamento psicossocial individualizado para quem se percebe como doente, uma vez que este grupo apresenta níveis de solidão no limiar patológico. É fundamental incentivar a transição de atividades meramente recreativas para programas de aprendizagem ao longo da vida, como a Universidade Sénior, que em Góis demonstrou ser a resposta social com menores índices de solidão.

Relativamente à percepção de risco de violência, recomenda-se a promoção de sessões de literacia sobre direitos, focadas especialmente naquelas que apresentam maior dependência funcional e menor escolaridade. Estas ações devem dotar a pessoa idosa de ferramentas para reconhecer o isolamento social como uma forma de violência e para aceder a canais de proteção, contrariando a tendência de que a dependência justifica o silenciamento.

Na interseção entre solidão e violência, propõe-se o incentivo à manutenção da autonomia física. Tendo em conta que a dependência é o principal preditor de risco em Góis, recomenda-se que as pessoas idosas sejam incentivadas a participar em atividades que promovam o envelhecimento ativo, com foco no estímulo da funcionalidade diária. A manutenção da independência funcional atua como um escudo protetor, reduzindo tanto a percepção de solidão como a vulnerabilidade a abusos.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se a sensibilização das famílias para o impacto da saúde percebida no bem-estar emocional da pessoa idosa. As famílias devem ser alertadas de que o sentimento de solidão em Góis não depende do estado civil ou da condição de viver só, mas sim de como a pessoa idosa se sente fisicamente. Assim, propõe-se que o suporte familiar se foque na validação emocional e no incentivo à participação social externa.

No que respeita à violência, é crucial capacitar as famílias para a prevenção da negligência e do abuso associado à dependência funcional. Sendo esta o principal preditor de risco, recomenda-se que as famílias recebam formação sobre cuidados de saúde no domicílio e gestão do *stress*, evitando que a sobrecarga do cuidador se transforme em comportamentos violentos ou isolamento forçado da pessoa idosa.

Na articulação entre solidão e violência, propõe-se a promoção de programas que combatam o isolamento doméstico. Esta necessidade é comprovada pelos resultados da amostra, que indicam que 40,9% dos indivíduos vivem sozinhos e 45,5% residem com o parceiro. As famílias devem, assim, atuar como facilitadoras da integração em respostas comunitárias uma vez que em Góis, a integração social influencia positivamente a relação entre estes dois fenómenos, funcionando como uma rede de vigilância afetiva que protege a pessoa idosa de abusos financeiros ou emocionais.

Recomendações dirigidas à comunidade

No que concerne à solidão, recomenda-se a revitalização dos Centros de Dia de Góis, dotando-os de atividades que combatam a solidão emocional elevada detetada nestes utentes. Sugere-se a criação de redes de vizinhança ativa, aproveitando que 84,8% vivem em vivendas com vizinhos próximos, para identificar precocemente as pessoas idosas que, por via da doença, se afastaram da vida comunitária.

No domínio da violência, face à maior vulnerabilidade detetada nas pessoas idosas institucionalizados em ERPI, recomenda-se que estas estruturas se abram à comunidade através criando projetos de voluntariado e visitas regulares. É fundamental que a comunidade de Góis não veja a ERPI como um espaço fechado, mas como um polo que requiere monitorização externa para minimizar o risco de vitimação associado à dependência. De forma integrada, propõe-se que o município desenvolva estratégias que articulem as respostas sociais, nomeadamente o SAD (atualmente com baixa taxa de utilização, com uma adesão de apenas 12,1%), com os serviços de saúde locais. É recomendável a criação de itinerários de vigilância ativa que cruzem dados de dependência com indicadores de saúde debilitada. Esta abordagem permitiria que a rede comunitária atuasse de forma preventiva, diminuindo o risco de a solidão evoluir para situações de violência efetiva.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se o investimento na formação de equipas de saúde e de ação social para a aplicação sistemática de instrumentos de rastreio, com especial enfoque nas pessoas idosas com patologias crónicas. É fundamental que os profissionais reconheçam que a integração em Centros de Dia, no contexto de Góis, não garante, por si só, a diminuição da solidão. Esta realidade exige intervenções multidimensionais e integradas que superem o convívio social e se foquem na qualidade das dinâmicas relacionais.

No que concerne à violência, recomenda-se o reforço da monitorização sistemática da dependência funcional como o principal indicador de alerta. Os profissionais das ERPI e dos Centros de Dia devem receber formação específica para a deteção precoce de sinais de violência interpessoal e de negligência. Esta capacitação é essencial para garantir uma vigilância ética sobre as pessoas idosas com maiores níveis de dependência, identificados pelo estudo como o grupo de maior vulnerabilidade e risco, garantindo que a intervenção técnica não se limita à prestação de cuidados básicos, mas sim à proteção ativa da dignidade e segurança da pessoa idosa.

Na articulação entre solidão e violência, sugere-se a implementação de um modelo de gestor de caso para as pessoas idosas que se percecionam como doentes e dependentes. Este modelo deve garantir que qualquer sinal de isolamento social (dimensão de violência com maior expressão na amostra) desencadeie uma intervenção multidisciplinar. Propõe-se que os profissionais de Góis foquem a sua atuação no empoderamento

funcional da pessoa idosa, reduzindo a assimetria de poder entre a pessoa idosa dependente e o cuidador/instituição, protegendo e salvaguardando assim a integridade e a dignidade desta população.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Góis

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	A solidão em Góis é determinada pela auto-perceção negativa de saúde e pelo tipo de resposta social, registando-se níveis patológicos nos utentes de Centro de Dia, independentemente da densidade da sua rede de contactos	Prevenir a solidão clinicamente relevante, com foco prioritário no grupo com pior perceção de saúde e nos utentes de Centro de Dia.	Promover o acompanhamento psicossocial individualizado para pessoas idosas com saúde precária; incentivar a transição para respostas de aprendizagem ativa (Universidade Sénior); criar grupos de partilha para pessoas idosas com doenças crónicas; implementar programas de estimulação cognitiva e emocional em Centros de Dia para inverter os níveis de solidão detetados.
	Violência	Níveis de risco associados à maior dependência funcional, doenças percebidas e baixos níveis de escolaridade (23,1% sem ensino básico).	Reduzir o risco de vitimação através do reforço da autonomia funcional e da literacia sobre direitos.	Realizar sessões de literacia adaptadas a baixos níveis de escolaridade; implementar programas de autonomia em casa (fisioterapia preventiva); capacitar para o reconhecimento do isolamento social como forma de violência; facilitar o acesso a canais de denúncia em contextos rurais e isolados.
	Solidão e Violência	Correlação positiva e significativa entre ambos, sendo esta associação mais intensa em pessoas idosas institucionalizadas (ERPI).	Intervir precocemente nos fatores de risco que potenciam o ciclo solidão-vulnerabilidade, especialmente em contexto institucional.	Incentivar programas de "portas abertas" nas ERPI para reduzir o isolamento; promover oficinas de empoderamento e autoproteção; dinamizar atividades que cruzem a manutenção da saúde física com o fortalecimento de redes de apoio social.
Famílias	Solidão	A solidão em Góis é subjetiva e ligada à saúde, não dependendo apenas do estado civil ou de viver sozinho (40,9% vivem sós).	Sensibilizar as famílias para a dimensão emocional da saúde da pessoa idosa, combatendo o isolamento subjetivo.	Promover a literacia familiar sobre o impacto da doença na saúde mental; incentivar a manutenção de rotinas de contacto que validem o estado emocional da pessoa idosa; dinamizar atividades de lazer partilhadas que retirem o foco exclusivo na prestação de cuidados físicos.
	Violência	Papel central das famílias na deteção precoce de risco; a dependência funcional é o maior preditor de risco	Prevenir a negligência e o abuso através da capacitação do cuidador e da vigilância ética.	Criar Grupos de Apoio ao Cuidador Informal para gestão de <i>stress</i> e conflitos; sensibilizar para a prevenção da violência económica e psicológica; divulgar serviços de descanso do cuidador e mecanismos formais de apoio à dependência.
	Solidão e Violência	A integração comunitária apoiada pela família atua como fator regulador do risco.	Fortalecer o papel da família como ponte para a comunidade e garante da autodeterminação da pessoa idosa.	Promover a mediação familiar para assegurar que a pessoa idosa mantém o poder de decisão sobre o seu dia-a-dia; garantir a transparência na gestão dos orçamentos domésticos baixos; e incentivar as famílias a integrarem ativamente a pessoa idosa em respostas e redes comunitárias de proximidade
Comunidade	Solidão	Elevada percentagem de pessoa idosas em vendas com vizinhos (84,8%), mas com baixa participação em respostas sociais (60,6% não participa).	Potenciar respostas comunitárias como fator protetor.	Criar a rede "vizinho amigo" para monitorização de pessoa idosas que vivem sós (40,9%); diversificar as atividades dos Centros de Convívio para atrair os não-participantes; implementar itinerários móveis de cultura e lazer nas zonas mais isoladas do concelho.
	Violência	Isolamento social é a dimensão de violência com maior expressão; idosos dependentes em	Reforçar os mecanismos de vigilância e sinalização precoce, garantindo a monitorização sistemática dos grupos	Capacitar o comércio local e serviços (farmácias/café) para sinalizar alterações de comportamento ou sinais de isolamento; converter Centros de Dia em polos de vigilância ativa; promover campanhas locais contra o abandono e o idadismo.

		Centros de Dia revelam maior índice de risco.	de risco integrados em respostas sociais	
	Solidão e Violência	A institucionalização e a dependência funcional em Góis potenciam a vulnerabilidade multidimensional.	Promover uma intervenção integrada que articule as respostas das instituições com o suporte no domicílio, garantindo uma rede de segurança comunitária contínua.	Desenvolver protocolos de cooperação entre a Saúde (Centro de Saúde), Segurança (GNR/Programa Idosos em Segurança) e Ação Social; promover eventos intergeracionais comunitários que tragam pessoas idosas das ERPI para o espaço público; criar um sistema municipal de alerta precoce para pessoas idosas isoladas.
Profissionais	Solidão	A solidão em Góis associa-se à perceção de saúde e não ao isolamento físico, evidenciando que estas são dimensões distintas que exigem diagnósticos diferenciados	Capacitar as equipas para a identificação e diagnóstico precoce da solidão subjetiva, focando na sua intersecção com o declínio da saúde física e da autonomia funcional.	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social para todos os técnicos da rede social municipal; implementar formação específica em escalas de avaliação (ex: UCLA), integrando-as na rotina dos cuidados de saúde primários e das avaliações das IPSS; capacitar equipas de SAD e Centros de Dia para detetar a solidão emocional oculta.
	Violência	A dependência funcional identifica-se como o principal preditor de vitimação, funcionando como um alerta crítico para fenómenos de abuso e negligência, com particular incidência em contexto institucional.	Reforçar a eficácia da proteção da pessoa idosa através da monitorização sistemática da dependência funcional e do estado de saúde	Capacitar para avaliação, sinalização e intervenção em situações de violência; implementar grelhas de avaliação de risco de violência em todas as admissões em ERPI e Centros de Dia; formação em mediação de conflitos e prevenção de maus-tratos para auxiliares e técnicos; criar protocolos de intervenção rápida para pessoas idosas com saúde muito precária.
	Solidão e Violência	A coexistência de solidão patológica e risco de violência em idosos (média 77 anos) demonstra que as vulnerabilidades são sobrepostas, tornando as respostas fragmentadas insuficientes para a realidade de Góis.	Promover uma gestão de caso integrada e multidisciplinar, assegurando que o plano de intervenção seja centrado na pessoa e responda à multidimensionalidade do risco (saúde, solidão e violência).	Desenvolver protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional centrados na pessoa idosa; criar uma equipa multidisciplinar para acompanhamento de casos complexos no domicílio; desenvolver planos de cuidados individuais que priorizem a autonomia funcional como forma de prevenção de risco; monitorizar sistematicamente a intersecção entre baixos rendimentos e dependência severa.

Referências

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

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

Bibliografia Complementar

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

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

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

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)