



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

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

Investigador Principal: Fátima Gameiro

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

julho 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução	4
1. Definição e Justificação do Problema	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados	9
3.3. Instrumentos	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística	10
3.6. Considerações Éticas	10
3.7. Participantes	11
4. Resultados	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	16
4.3. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	18
4.4. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.	20
Considerações finais	22
Recomendações	24
Referências	28
Bibliografia Complementar	30
Anexo	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	16
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	19
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	20
Tabela 8. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	21

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

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

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

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

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

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

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

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

2. Objetivos

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

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

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

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

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

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

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

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

OE3.1 – Comparar os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

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

OE4.1 – Explorar a relação entre os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

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

3.2. Procedimentos e Recolha de Dados

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

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

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

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

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

3.3. Instrumentos

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

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

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

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados

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

Fonte. Elaboração própria (2025)

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo pessoas idosas com 65 ou mais anos, residentes no concelho de Cascais, com condição cognitiva para compreender os objetivos do estudo e de responder aos instrumentos aplicados, direta ou indiretamente. Foram excluídas pessoas que apresentassem 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 50 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Cascais. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 35$; 70%), em comparação com o sexo masculino ($n = 15$; 30%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 92 anos, apresentando uma média de 73,36 anos ($DP = 6,842$).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou em união de facto ($n = 26$; 52%), seguindo-se os viúvos ($n = 17$; 34%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 17$; 34%), logo se seguida, o ensino secundário ($n = 14$; 28%), o ensino superior ($n = 12$; 24%) e por último sem ensino básico ($n = 7$; 14%).

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes reside em **zona urbana** ($n = 17$; 81%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 47$; 94%), enquanto uma percentagem reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 2$; 4%) ou se encontra sem resposta habitacional/casa ($n = 1$; 2%).

Relativamente ao rendimento mensal, dos 80% que responderam a esta questão, 32% ($n = 16$) auferem rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros e 28% ($n = 14$) recebem mais de 1569 euros, evidenciando uma **situação económica heterogénea da população**.

No que se refere à percepção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,78 ($DP = 0,418$), indicando uma **percepção intermédia tendencialmente positiva**. Quanto à autonomia, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,86 ($DP = 0,351$), sugerindo que a maioria dos participantes se percebe como **funcionalmente independente**.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	15	30,0
	Feminino	35	70,0
Idade (anos)	Intervalo	65-92	—
	Média (DP)	73,36 (6,842)	—
Idade (por grupo)	65-74	29	58,0
	75-84	18	36,0
	85-100	3	6,0
Estado Civil	Solteiro/a	2	4,0
	Casado(a)/União de Facto	26	52,0
	Divorciado/a	5	10,0
	Viúvo/a	17	34,0
Escolaridade	Sem Ensino Básico	7	14,0
	Com Ensino Básico	17	34,0
	Com Ensino Secundário	14	28,0
	Com Ensino Superior	12	24,0
Zona de Residência	Rural	4	19,0

	Urbano	17	81,0
	Omisso	29	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	47	94,0
	ERPI	2	4,0
	Sem resposta habitacional	1	2,0
Rendimento Mensal	- 500 euros	3	6,0
	de 501 a 870 euros	16	32,0
	de 871 a 1045 euros	2	4,0
	de 1046 a 1568 euros	5	10,0
	+ de 1569 euros	14	28,0
	Prefiro não responder	10	20,0
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,78 (0,418)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,86 (0,351)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 47; 94%). Desses, 44,7% vivem com parceiros/as (n = 21) e 31,9% vivem sozinhos (n = 15), predominando a residência em apartamento (n = 29; 61,7%). Somente um participante se encontra em situação de ausência de resposta habitacional (2%), evidenciando cobertura habitacional quase 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 = 40; 85,1%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao serviço de limpeza (n = 2; 4,3%), refeições e limpeza (n = 2; 4,3%) e refeições, limpeza e roupa (n = 2; 4,3%).

Quanto à **integração em respostas sociais de proximidade**, 34% participam em atividades como centros de convívio, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 11; 23,4%).

Uma **percentagem reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 2; 4%). Destes, 50% (n = 1) participa em atividades culturais e 50% (n = 1) em outra(s) atividades.

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	15	31,9
		Com parceiro/a	21	44,7
		Com Filho/a	5	10,6
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	4	8,5
		Com Outro(s)	2	4,3
		Omisso	3	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	29	61,7
		Vivenda isolada	4	8,5
		Vivenda com vizinhos	14	29,8
		Omisso	3	—
	SAD	Não	40	85,1
		Sim	7	14,9
		Omisso	3	—
	SAD- Tipo	Refeições	1	2,1

		Limpeza	2	4,3
		Nenhuma	39	83,0
		Refeições e Limpeza	2	4,3
		Refeições, Limpeza e Roupas	2	4,3
		Refeições, Limpeza, Roupas e Outra(s)	1	2,1
		Omisso	3	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Convívio	5	10,6
		Universidade Sênior	5	10,6
		Outra(s)	6	12,8
		Nenhuma	30	63,8
		Universidade Sênior e Outro(s)	1	2,1
		Omisso	3	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	6	12,8
		3 a 5 vezes por semana	11	23,4
		6 a 7 vezes por semana	2	4,3
		Nenhuma	28	59,6
		Omisso	3	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	1	50,0
		Outra(s)	1	50,0
		Omisso	48	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	1	50,0
		3 a 5 vezes por semana	1	50,0
		Omisso	48	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	1	100
		Omisso	49	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	1	100
		Omisso	49	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Embora a amostra inclua participantes residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (n = 2; 4,0%) e sem resposta habitacional/casa (n = 1; 2,0%), a sua representatividade é muito reduzida (n = 3; 6,0%), quando comparada com os participantes residentes na comunidade (n = 47; 94,0%). **Esta distribuição desigual inviabiliza a realização de análises comparativas estatisticamente robustas entre os três grupos**, uma vez que as reduzidas dimensões dos grupos, institucionalizado e sem resposta habitacional, compromete a estabilidade das estimativas e a validade dos resultados obtidos. Assim, os dados referentes aos participantes institucionalizados e sem resposta habitacional foram analisados e apresentados exclusivamente de forma descritiva, não sendo efetuadas comparações inferenciais entre contextos residenciais. Consequentemente, quaisquer diferenças observadas devem ser interpretadas com prudência, não permitindo generalizações acerca da população idosa residente em ERPI.

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 1,82 (DP = 0,70), com valores compreendidos entre 1 e 3,6, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,69 (DP = 0,56), com um intervalo entre 1 e 3,36, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 27,72 (DP = 9,27), com valores mínimos de 16 e máximos de 55. 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	1,82	1,69	27,72
Erro Desvio	0,70	0,56	9,27
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,60	3,36	55,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função de nenhuma das variáveis analisadas, nomeadamente do sexo ($t(48) = -0,323$; $p = 0,748$), idade ($F(2, 47) = 0,038$; $p = 0,963$), escolaridade ($F(3, 46) = 0,603$; $p = 0,617$), estado civil ($F(3, 46) = 1,795$; $p = 0,161$), rendimento mensal ($F(5, 44) = 0,312$; $p = 0,903$), estado de saúde percebido ($t(12,121) = 1,345$; $p = 0,203$) e autonomia ($t(48) = -0,350$; $p = 0,728$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva permite identificar algumas tendências. Relativamente ao sexo, as mulheres apresentaram níveis médios de solidão ligeiramente superiores aos dos homens ($M = 28,00$; DP = 8,90 vs. $M = 27,07$; DP = 10,37), embora as diferenças entre os grupos sejam reduzidas.

No que respeita à idade, observaram-se valores médios muito semelhantes entre os diferentes grupos etários, variando entre $M = 27,28$ (DP = 9,52) nos participantes com idades entre os 75 e os 84 anos e $M = 28,03$ (DP =

8,94) no grupo dos 65 aos 74 anos. Os participantes com 85 ou mais anos apresentaram uma média praticamente idêntica ($M = 27,33$; $DP = 14,57$), sugerindo uma distribuição homogênea da percepção de solidão ao longo das diferentes faixas etárias.

Relativamente à escolaridade, os participantes com ensino superior apresentaram os níveis médios de solidão mais elevados ($M = 30,08$; $DP = 9,97$), seguidos dos participantes sem ensino básico ($M = 28,57$; $DP = 8,90$) e dos que possuíam ensino secundário ($M = 28,00$; $DP = 7,99$). Os participantes com ensino básico registaram os valores médios mais reduzidos ($M = 25,47$; $DP = 10,16$). Contudo, as diferenças observadas não evidenciam um padrão consistente entre os diferentes níveis de escolaridade.

Quanto ao estado civil, os participantes solteiros apresentaram o valor médio mais elevado de solidão ($M = 40,00$; $DP = 0,00$), seguindo-se os divorciados ($M = 31,60$; $DP = 15,50$), os viúvos ($M = 27,53$; $DP = 8,43$) e os casados ou em união de facto ($M = 26,15$; $DP = 8,18$). Estes resultados devem, contudo, ser interpretados com prudência, atendendo ao reduzido número de participantes solteiros ($n = 2$), o que limita a robustez desta comparação.

Relativamente ao rendimento mensal, verificou-se uma distribuição relativamente homogênea dos níveis de solidão. As médias mais elevadas foram observadas entre os participantes com rendimentos entre os 1046 e os 1568 euros ($M = 30,00$; $DP = 13,73$) e aqueles com rendimentos inferiores a 500 euros ($M = 29,67$; $DP = 8,96$), enquanto os participantes com rendimentos entre os 871 e os 1045 euros apresentaram a média mais reduzida ($M = 21,50$; $DP = 0,71$). Contudo, alguns grupos (em particular, os com valores mais elevados) apresentam um número muito reduzido de participantes, pelo que estes resultados devem ser interpretados com cautela.

No que respeita ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionavam como doentes apresentaram níveis médios de solidão superiores ($M = 32,00$; $DP = 12,88$) aos dos participantes que se consideravam saudáveis ($M = 26,51$; $DP = 7,77$), embora esta diferença não tenha atingido significância estatística.

Por último, relativamente à autonomia, os participantes com autonomia elevada apresentaram uma média ligeiramente superior de solidão ($M = 27,91$; $DP = 9,14$) quando comparados com aqueles que apresentavam fraca autonomia ($M = 26,57$; $DP = 10,74$). Todavia, esta diferença foi reduzida e não estatisticamente significativa.

Em síntese, os **resultados sugerem que a percepção de solidão se distribui de forma relativamente homogênea entre os diferentes grupos sociodemográficos analisados**, não se identificando fatores individuais que, nesta amostra, permitam explicar diferenças significativas nos níveis de solidão. Embora a análise descritiva revele algumas tendências, nomeadamente níveis médios superiores entre participantes doentes, solteiros e com ensino superior, estas devem ser interpretadas com prudência devido à reduzida dimensão de alguns subgrupos e à ausência de significância estatística. Estes **resultados sugerem que, nesta amostra, a experiência de solidão poderá depender mais de fatores relacionais, familiares e contextuais do que das características sociodemográficas analisadas isoladamente**.

4.2. Percepção de Violência

A. Níveis de Percepção de Violência

A Tabela 5 apresenta os resultados relativos à percepção de violência, considerando as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e o índice total de violência. Todas as dimensões foram avaliadas numa escala de 1 a 4, em que valores mais elevados indicam uma maior percepção de violência. O índice total considera um ponto de corte definido em valores superiores a 8, a partir do qual se identifica a existência de risco de violência contra a pessoa idosa.

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,36 (DP = 0,45), com valores compreendidos entre 1 e 3,13, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,72; DP = 0,54), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,6, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,30 (DP = 0,44), 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 1,56 (DP = 0,59), com valores que variam entre 1 e 3,25, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,93 (DP = 1,40), com valores mínimos de 4 e máximos de 10,23. 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	1,36	1,72	1,30	1,56	5,93
Erro Desvio	0,45	0,54	0,44	0,59	1,40
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	3,13	3,60	3,00	3,25	10,23

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 de nenhuma das variáveis avaliadas, nomeadamente do sexo ($t(48) = 0,178$; $p = 0,860$), **idade** ($F(2, 47) = 2,190$; $p = 0,123$), **escolaridade** ($F(3, 46) = 2,592$; $p = 0,064$), **estado civil** ($F(3, 46) = 0,134$; $p = 0,939$), **rendimento mensal** ($F(5, 44) = 0,449$; $p = 0,811$), **estado de saúde percebido** ($t(48) = 0,802$; $p = 0,427$) ou **autonomia** ($t(48) = -0,249$; $p = 0,805$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva permite identificar algumas tendências. Relativamente ao sexo, observaram-se valores médios muito semelhantes entre os dois grupos, variando entre $M = 5,91$ ($DP = 1,27$) nas mulheres e $M = 5,99$ ($DP = 1,71$) nos homens.

No que respeita à idade, os valores médios mais elevados foram registados no grupo de participantes com idades entre os 75 e os 84 anos ($M = 6,47$; $DP = 1,67$). Os participantes com 85 ou mais anos e os entre os 65 e 74 anos apresentaram valores inferiores e praticamente idênticos ($M = 5,64$; $DP = 1,85$ vs $M = 5,63$; $DP = 1,18$), sugerindo uma distribuição homogénea da perceção de risco de violência ao longo das diferentes faixas etárias.

Relativamente à escolaridade, os participantes sem ensino básico apresentaram os níveis médios mais elevados ($M = 7,20$; $DP = 1,58$), seguidos dos participantes com ensino superior ($M = 5,86$; $DP = 0,99$) e dos que possuíam ensino básico ($M = 5,79$; $DP = 1,69$). Os participantes com ensino secundário registaram os valores médios mais reduzidos ($M = 5,53$; $DP = 0,91$). Contudo, as diferenças observadas não evidenciam um padrão consistente entre os diferentes níveis de escolaridade.

Quanto ao estado civil, os participantes divorciados apresentaram o valor médio mais elevado ($M = 6,16$; $DP = 2,32$), seguindo-se os viúvos ($M = 6,05$; $DP = 1,08$), os solteiros ($M = 5,83$; $DP = 0,92$) e os casados ou em união de facto ($M = 5,82$; $DP = 1,47$). Estes resultados devem, contudo, ser interpretados com prudência, atendendo ao reduzido número de participantes solteiros ($n = 2$), o que limita a robustez desta comparação.

Relativamente ao rendimento mensal, as médias mais elevadas foram observadas entre os participantes com rendimentos mais baixos (menos de 500 euros: $M = 6,23$; $DP = 2,17$ e entre 501 e 870 euros: $M = 6,14$; $DP = 1,78$), enquanto os participantes com rendimentos entre os 871 e os 1045 euros apresentaram a média mais reduzida ($M = 4,73$; $DP = 0,39$). Contudo, alguns grupos apresentam um número muito reduzido de participantes, pelo que estes resultados devem ser interpretados com cautela.

No que respeita ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionavam como doentes apresentaram níveis médios de risco de violência superiores ($M = 6,23$; $DP = 1,79$) aos dos participantes que se consideravam saudáveis ($M = 5,85$; $DP = 1,28$), embora esta diferença não tenha atingido significância estatística.

Por último, relativamente à autonomia, os participantes com autonomia elevada apresentaram uma média ligeiramente superior ($M = 5,95$; $DP = 1,40$) quando comparados com aqueles que apresentavam fraca autonomia ($M = 5,81$; $DP = 1,50$). Todavia, esta diferença foi reduzida e não estatisticamente significativa.

Em síntese, os **resultados sugerem que a perceção do risco de violência se distribui de forma relativamente homogénea entre os diferentes grupos sociodemográficos analisados**, não se identificando fatores de caracterização que permitam explicar diferenças estatisticamente significativas nesta amostra. Embora a análise descritiva revele algumas tendências, nomeadamente níveis médios mais elevados entre participantes com menor escolaridade, rendimentos mais baixos, idades entre os 75 e os 84 anos e que se percecionam como doentes, estas diferenças não atingiram significância estatística e devem ser interpretadas com prudência, atendendo à reduzida dimensão de alguns subgrupos.

Importa ainda salientar que a **escolaridade foi a variável que mais se aproximou do limiar de significância estatística** ($p = 0,064$), observando-se níveis médios mais elevados de perceção de violência entre os participantes sem ensino básico. Este resultado poderá sugerir uma influência da literacia, dos recursos sociais e das condições de vida na perceção de vulnerabilidade, hipótese que deverá ser aprofundada em estudos futuros com amostras de maior dimensão.

Globalmente, estes **resultados apontam para a possibilidade de a percepção do risco de violência depender mais de fatores relacionais, familiares e contextuais do que das características sociodemográficas analisadas isoladamente**, reforçando a importância de abordagens integradas na identificação e prevenção de situações de vulnerabilidade entre a população idosa.

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

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

A. Percepção de solidão

Para analisar as diferenças na percepção de solidão em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias (Centro de Convívio, Universidade Sénior, Outros e Nenhuma), realizou-se uma ANOVA unifatorial considerando as dimensões de solidão emocional, solidão social e o índice global de solidão, avaliados pela UCLA.

Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos na solidão emocional ($F(3,43) = 0,904$; $p = 0,447$), **solidão social** ($F(3,43) = 1,543$; $p = 0,217$) e **solidão total** ($F(3,43) = 1,314$; $p = 0,282$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva permite identificar algumas variações entre os grupos. Na dimensão da solidão emocional, os participantes do Centro de Convívio ($M = 2,12$; $DP = 0,86$) e da Universidade Sénior ($M = 2,10$; $DP = 0,47$) apresentaram os valores médios mais elevados, enquanto os participantes integrados na categoria "Outros" ($M = 1,73$; $DP = 0,63$) e os que não participavam em respostas sociais comunitárias ($M = 1,71$; $DP = 0,71$) registaram os valores mais reduzidos.

Relativamente à solidão social, os participantes da Universidade Sénior apresentaram a média mais elevada ($M = 2,12$; $DP = 0,34$), seguidos dos participantes do Centro de Convívio ($M = 1,76$; $DP = 0,69$), dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,62$; $DP = 0,58$) e da categoria "Outros" ($M = 1,53$; $DP = 0,49$).

No índice global de solidão observaram-se igualmente diferenças descritivas entre os grupos. Os participantes da Universidade Sénior apresentaram os níveis médios mais elevados de solidão ($M = 33,83$; $DP = 5,49$), seguidos dos participantes do Centro de Convívio ($M = 30,00$; $DP = 11,47$). Os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 26,37$; $DP = 9,50$) e da categoria "Outros" ($M = 25,50$; $DP = 8,38$) registaram os valores médios mais reduzidos (Ver Tabela 6).

Em síntese, os **resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão emocional, social ou global em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias. Embora a análise descritiva revele alguma variabilidade entre os grupos**, nomeadamente valores médios mais elevados entre os participantes da Universidade Sénior e do Centro de Convívio na solidão global, **estas diferenças não permitem concluir que a participação em diferentes respostas sociais esteja associada à percepção de solidão nesta amostra**. Assim, os resultados devem ser interpretados com prudência, atendendo à reduzida dimensão da amostra e à possível heterogeneidade dos grupos analisados.

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

Dimensão	CC	US	O	N
Solidão Emocional	2,12 (0,86)	2,10 (0,47)	1,73 (0,63)	1,71 (0,71)
Solidão Social	1,76 (0,69)	2,12 (0,34)	1,53 (0,49)	1,62 (0,58)
Solidão Total	30,00 (11,47)	33,83 (5,49)	25,50 (8,38)	26,37 (9,50)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência

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

Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos na desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(3,43) = 1,180$; $p = 0,329$), **isolamento social** ($F(3,43) = 0,716$; $p = 0,548$), **dependência funcional** ($F(3,43) = 0,871$; $p = 0,464$), **insegurança financeira** ($F(3,43) = 0,395$; $p = 0,757$) e **índice global de violência** ($F(3,43) = 0,567$; $p = 0,639$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva evidencia algumas diferenças entre os grupos. Na dimensão da desconfiança/insegurança nas relações próximas, os participantes do Centro de Convívio apresentaram o valor médio mais elevado ($M = 1,65$; $DP = 0,84$), seguindo-se os participantes da categoria "Outros" ($M = 1,46$; $DP = 0,56$), os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,32$; $DP = 0,39$) e os da Universidade Sénior ($M = 1,17$; $DP = 0,25$).

Relativamente ao isolamento social, a Universidade Sénior apresentou a média mais elevada ($M = 1,97$; $DP = 0,34$), seguida da categoria "Outros" ($M = 1,83$; $DP = 0,46$), do Centro de Convívio ($M = 1,76$; $DP = 0,52$) e dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,65$; $DP = 0,57$).

Na dimensão da dependência funcional, os participantes do Centro de Convívio registaram os valores médios mais elevados ($M = 1,50$; $DP = 0,31$), seguindo-se a Universidade Sénior ($M = 1,38$; $DP = 0,34$), os participantes sem integração ($M = 1,30$; $DP = 0,50$) e a categoria "Outros", que apresentou a média mais reduzida ($M = 1,08$; $DP = 0,20$).

Quanto à insegurança financeira, observaram-se os valores médios mais elevados no Centro de Convívio e na categoria "Outros" ($M = 1,75$; $DP = 0,83$ e $M = 1,75$; $DP = 0,65$, respetivamente), enquanto a Universidade Sénior ($M = 1,54$; $DP = 0,33$) e os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,52$; $DP = 0,61$) apresentaram médias ligeiramente inferiores.

Relativamente ao índice global de violência, o Centro de Convívio apresentou o valor médio mais elevado ($M = 6,66$; $DP = 1,49$), seguido da categoria "Outros" ($M = 6,13$; $DP = 1,36$), da Universidade Sénior ($M = 6,05$; $DP = 0,52$) e dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 5,78$; $DP = 1,57$) (Ver Tabela 7).

Em síntese, os **resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas na percepção do risco de violência em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias**. Embora a análise descritiva revele pequenas variações entre os grupos nas diferentes dimensões avaliadas, estas não permitem concluir que a participação em respostas sociais comunitárias esteja associada à percepção de violência nesta

amostra. Assim, os resultados devem ser interpretados com prudência, atendendo à reduzida dimensão da amostra e à heterogeneidade dos grupos analisados.

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

Dimensão	CC	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,65 (0,84)	1,17 (0,25)	1,46 (0,56)	1,32 (0,39)
Isolamento Social	1,76 (0,52)	1,97 (0,34)	1,83 (0,46)	1,65 (0,57)
Dependência Funcional	1,50 (0,31)	1,38 (0,34)	1,08 (0,20)	1,30 (0,50)
Insegurança Financeira	1,75 (0,83)	1,54 (0,33)	1,75 (0,65)	1,52 (0,61)
Violência Total	6,66 (1,49)	6,05 (0,52)	6,13 (1,36)	5,78 (1,57)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

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

As pessoas idosas integradas em atividades de apoio comunitárias apresentaram níveis médios mais elevados de solidão percebida ($M = 29,76$; $DP = 8,79$) e de percepção do risco de violência ($M = 6,26$; $DP = 1,14$), quando comparadas com aquelas que não realizam atividades de apoio, que evidenciaram níveis médios mais baixos de solidão ($M = 26,37$; $DP = 9,50$) e de risco de violência ($M = 5,78$; $DP = 1,57$).

Quanto à relação entre a percepção de solidão e a percepção do 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 comunitário observou-se uma correlação positiva, mas fraca e não estatisticamente significativa entre solidão e percepção do risco de violência ($r = 0,109$; $p = 0,677$), indicando que, nesta amostra, a solidão não se encontra associada à percepção do risco de vitimação.

Por outro lado, no grupo de pessoas idosas não integradas em respostas sociais comunitárias, a correlação entre solidão e percepção do risco de violência revelou-se positiva, muito forte e estatisticamente significativa ($r = 0,835$; $p < 0,001$). Este resultado sugere que, neste grupo, níveis mais elevados de solidão estão associados a uma maior percepção do risco de vitimação por violência (ver Tabela 8).

Em síntese, **embora os participantes integrados em respostas sociais comunitárias apresentem níveis médios ligeiramente superiores de solidão e de percepção do risco de violência, apenas entre as pessoas idosas não integradas se observou uma associação forte e estatisticamente significativa entre estas duas variáveis. Este resultado sugere que, na ausência de participação em respostas sociais comunitárias, a experiência de solidão poderá estar mais estreitamente relacionada com a percepção de vulnerabilidade à violência.**

Por outro lado, a **inexistência de uma associação significativa entre solidão e percepção do risco de violência no grupo integrado poderá indicar que a participação em respostas sociais comunitárias introduz outros fatores de proteção**, como o reforço das redes de apoio, o contacto social regular ou o acompanhamento

institucional, que atenuam a relação entre estas duas variáveis. Ainda assim, estas interpretações devem ser efetuadas com cautela, atendendo à dimensão da amostra e ao carácter transversal do estudo.

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	29,76	8,79	0,109	0,677
	Violência	6,26	1,14		
Não Integrados em RS	Solidão	26,37	9,50	0,835	0,000
	Violência	5,78	1,57		

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 Cascais, os resultados indicam que, globalmente, **os níveis médios de solidão emocional, social e total se situam abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante**, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão patológica. A análise em função das características sociodemográficas não revelou diferenças em nenhuma das variáveis em análise, sugerindo que a percepção de solidão é homogénea entre os diferentes grupos. Não obstante, a análise descritiva relevou algumas tendências: as pessoas solteiras, com ensino superior e com pior percepção de saúde reportam níveis superiores de solidão. Mesmo com prudência, estes resultados permitem sinalizar **grupos prioritários** para monitorização, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **solteiras, com estudos superiores e com pior percepção do estado de saúde**.

Quanto à percepção de **violência**, **os níveis médios situam-se, globalmente, abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de isolamento social a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentam médias inferiores. Apesar disso, alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A percepção de violência também não difere de modo significativo em nenhuma das variáveis sociodemográficas em estudo, observando-se níveis de percepção de violência homogéneos entre os grupos. A análise descritiva dos resultados permitiu identificar a escolaridade como a variável que mais se aproximou da significância estatística, sendo esta a tendência de resultados mais robusta e na qual os níveis mais elevados de percepção de violência são reportados pelas pessoas sem ensino básico. Embora a percepção de violência não seja generalizada, este resultado permite identificar um **eventual grupo mais vulnerável**, nomeadamente **pessoas sem ensino básico**, destacando a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a estas situações de maior risco.

Quanto à influência da **integração em respostas sociais comunitárias de pessoas não institucionalizadas**, os resultados não demonstraram diferenças estatisticamente significativas para os níveis de solidão entre os que participam e aqueles que não participam em respostas sociais estruturadas, porém, na dimensão Índice de solidão total os valores mais elevados foram registados nos participantes da Universidade Sénior e do Centro de Convívio. De forma idêntica, a percepção de violência não difere significativamente em função da tipologia da resposta social frequentada, não permitindo concluir que a participação em respostas sociais comunitárias esteja associada à percepção de violência nesta amostra.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência**, a análise revelou padrões distintos em pessoas idosas não institucionalizadas, com e sem integração em respostas sociais comunitárias: enquanto nos participantes integrados a correlação positiva, mas não é significativa, nos não integrados a correlação é positiva, muito forte e significativa. Estes resultados indicam que para quem frequenta respostas sociais a solidão não se encontra associada à percepção do risco de vitimação, mas em contraste, níveis mais elevados de solidão estão associados a uma maior percepção do risco de violência nas pessoas idosas não integradas em respostas sociais, sugerindo que **na ausência de participação em respostas sociais comunitárias, a experiência de soli-**

dão poderá estar mais diretamente relacionada com a percepção de vulnerabilidade à violência, evidenciando-se assim a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ no concelho de Cascais permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à perceção do risco de violência na população idosa local. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos vulneráveis, com destaque para as pessoas solteiras, com ensino superior, com pior perceção do estado de saúde e sem o ensino básico concluído, justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, embora os dados resultem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica. Esta intervenção deve envolver não apenas os próprios indivíduos, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais. A necessidade de atuação em rede é reforçada pela fragilidade e isolamento no domicílio dos participantes, dos quais 31,9% vivem sozinhos e a maioria (85,1%) não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

Estes indicadores demonstram que residir na comunidade (94,0%), maioritariamente em meio urbano (81,0%) e em apartamento (61,7%), não anula o risco. As vulnerabilidades acentuam-se pelo facto de a maioria das pessoas idosas (63,8%) não frequentar qualquer resposta social, contexto em que a solidão se associa de forma muito forte e significativa à perceção de risco de violência. Assim, a não integração comunitária, a fragilidade na saúde e a baixa escolaridade surgem como os principais fatores de risco em Cascais, exigindo a implementação de estratégias municipais focadas no apoio ao domicílio, na integração em respostas sociais e no reforço da literacia sobre direitos.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de intervenção e acompanhamento psicossocial delineadas especificamente para os subgrupos que revelaram maior vulnerabilidade. Para os indivíduos com qualificações académicas mais elevadas que experienciam solidão, sugere-se a promoção de dinâmicas de participação ativa, como mentoria, voluntariado sénior diferenciado ou grupos de reflexão, que respondam às suas expectativas intelectuais e sociais. Simultaneamente, indica-se a criação de apoio psicossocial e acompanhamento de saúde mental integrados nos cuidados primários para as pessoas idosas que avaliam negativamente a sua saúde.

Quanto à perceção de violência, recomenda-se a capacitação para a segurança relacional e a prevenção do isolamento social. É prioritário implementar ações de literacia de direitos e segurança adaptadas às pessoas sem o ensino básico concluído, grupo que reporta maior perceção de risco. Pretende-se, assim, dotá-las de ferramentas acessíveis para identificar e sinalizar abusos ou coação, promovendo o seu empoderamento, autonomia e o conhecimento dos canais de apoio do concelho.

De forma integrada, a associação positiva, muito forte e significativa entre solidão e perceção de violência verifica-se exclusivamente nas pessoas idosas não integradas em respostas sociais, tornando a solidão um marcador crítico de vulnerabilidade sem monitorização regular. Em contraste, na população integrada, a solidão não agrava a perceção de risco. Justifica-se, desta forma, a implementação de estratégias que promovam a adesão às respostas comunitárias, garantindo que o combate à solidão reforce diretamente a segurança no domicílio.

Recomendações dirigidas às famílias

No âmbito da solidão, considera-se fundamental sensibilizar os agregados familiares para um apoio afetivo ativo, dado que 44,7% das pessoas idosas vivem com parceiro/a e 19,1% coabitam com familiares. Verifica-se

que a partilha do mesmo espaço habitacional não é, por si só, garantia de proteção contra a solidão emocional. Como estratégia, sugere-se a promoção de dinâmicas intergeracionais e a criação de rotinas de contacto e proximidade junto dos 31,9% de pessoas idosas que vivem sozinhas em Cascais, prevenindo o sentimento de abandono afetivo e o isolamento prolongado.

Quanto à perceção de violência, face ao facto de 85,1% dos participantes não usufruírem de SAD, recomenda-se o reforço de programas municipais de descanso do cuidador e de mediação familiar para prevenir a exaustão dos cuidadores informais. Paralelamente, devem promover-se ações informativas sobre a salvaguarda da autodeterminação e dos recursos económicos da pessoa idosa, prevenindo situações de negligência ou abuso patrimonial.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se a implementação de planos de apoio e acompanhamento familiar coordenados por equipas multidisciplinares locais. As famílias devem ser capacitadas para identificarem a solidão como um sinal precursor de maior insegurança interpessoal. Considera-se essencial criar canais de comunicação abertos dentro do núcleo familiar, assegurando um ambiente doméstico protetor que atenua a vulnerabilidade da pessoa idosa que reside na comunidade.

Recomendações dirigidas à comunidade

No domínio da solidão, recomenda-se a expansão, descentralização e diversificação das respostas comunitárias no concelho, como Centros de Convívio e Universidades Seniores. Dado que 63,8% dos participantes não frequentam qualquer estrutura social, sugere-se a criação de programas para atrair estas pessoas idosas isoladas. Adicionalmente, para os participantes que já frequentam a Universidade Sénior ou Centros de Convívio e que apresentaram índice de solidão total mais elevado, propõe-se a qualificação da oferta existente, integrando momentos de escuta ativa e apoio psicológico nas rotinas destas estruturas.

Relativamente à violência, propõe-se a criação de redes de vigilância solidária adaptadas ao meio habitacional urbano de Cascais (61,7% em apartamentos). Esta abordagem visa capacitar os agentes de proximidade (condomínios, comércio local, farmácias, juntas de freguesia e forças de segurança) para a sinalização precoce de situações de isolamento, degradação habitacional ou vulnerabilidade acrescida.

De forma articulada, recomenda-se que o município promova uma estratégia integrada de proteção e bem-estar através do desenvolvimento de um Plano Municipal de mitigação do isolamento e risco da pessoa idosa, integrando as respostas sociais, a saúde e o policiamento de proximidade. O objetivo é transformar os espaços comunitários em polos de segurança e acolhimento, garantindo que a integração social atue como um fator protetor contra o isolamento e o medo da violência.

Recomendações dirigidas aos profissionais

Ao nível da solidão, recomenda-se a formação contínua e intersectorial das equipas multidisciplinares em prescrição Social. Os profissionais de saúde e de ação social devem ser capacitados para identificar a solidão subjetiva (especialmente em pessoas idosas solteiras, viúvos ou com pior saúde) e encaminhá-las formalmente para respostas comunitárias, culturais ou desportivas adequadas ao seu perfil.

Relativamente à violência, sugere-se a capacitação dos profissionais para a utilização de instrumentos céleres de triagem e avaliação do risco de abuso. Face à elevada percentagem de pessoas idosas sem apoio formal no domicílio e à existência de 32,0% de participantes com rendimentos baixos, as equipas de saúde e de ação social devem adotar protocolos para sinalização e intervenção em casos de vulnerabilidade socioeconómica e relacional acrescida.

Na articulação entre ambos os fenómenos, recomenda-se a consolidação do modelo de Gestão de Caso para acompanhar situações complexas de isolamento no domicílio. Através do trabalho articulado em rede, autarquia, saúde, IPSS e forças de segurança, os profissionais devem executar planos individuais de acompanhamento que evitem que a solidão e a falta de rede comunitária evoluam para cenários graves de vitimação, de insegurança e de perda de autonomia.

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

Tabela 9. Principais recomendações para o concelho de Cascais.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Maior vulnerabilidade em subgrupos específicos: pessoas solteiras, com ensino superior e com pior perceção de saúde. Elevado isolamento doméstico (31,9% vivem sós) e baixa participação comunitária.	Reduzir a solidão nos subgrupos comunitários de maior risco e promover uma participação social com propósito ajustada a perfis diferenciados.	Criar dinâmicas de participação ativa (mentoria, voluntariado sénior) para pessoas idosas qualificadas; implementar apoio psicossocial e de saúde mental integrados nos cuidados de saúde primários para quem avalia mal a sua saúde.
	Violência	Perceção global baixa, mas acentuada na baixa escolaridade (sem ensino básico) e com rendimentos reduzidos (32,0% entre 501€–870€).	Elevar a literacia de direitos e de segurança pessoal, promovendo o empoderamento, a autonomia e a prevenção de vitimação.	Implementar ações de literacia de direitos e segurança das pessoas idosas adaptadas e descentralizadas; dotar as pessoas idosas de ferramentas acessíveis para identificar e sinalizar abusos, negligência ou coação patrimonial.
	Solidão e Violência	Associação positiva, muito forte e estatisticamente significativa entre solidão e perceção de risco de violência exclusivamente no grupo não integrado em respostas sociais (63,8%).	Promover a inclusão comunitária como fator de proteção e de segurança no domicílio.	Promover campanhas de atração e integração proativa em respostas sociais e comunitárias, garantindo que o combate à solidão atue como um fator protetor no domicílio.
Famílias	Solidão	Elevada taxa de coabitação (44,7% com parceiro/a e 19,1% com familiares), comprovando que a partilha habitacional não elimina a solidão emocional.	Sensibilizar as famílias para a promoção do apoio afetivo ativo e para a prevenção do abandono relacional.	Promover dinâmicas intergeracionais e rotinas de contacto regular junto dos 31,9% de pessoas idosas que vivem sozinhas; sensibilizar para a distinção entre coabitação/apoio logístico e suporte afetivo efetivo.
	Violência	Reduzida cobertura de suporte formal no domicílio (85,1% não usufruem de SAD), gerando risco de sobrecarga nos cuidadores informais.	Prevenir o desgaste do cuidador e proteger a autonomia e os bens da pessoa idosa.	Reforçar programas municipais de descanso do cuidador informal e mediação familiar; promover ações informativas sobre a preservação da autodeterminação e proteção patrimonial da pessoa idosa.
	Solidão e Violência	A solidão e a insegurança relacional manifestam-se no domicílio sem acompanhamento técnico.	Capacitar as famílias para detetar vulnerabilidades acrescidas e atuar como espaço de proteção afetiva e física.	Criar planos de apoio e acompanhamento familiar coordenados por equipas multidisciplinares; realizar sessões de orientação para identificar sinais precoces de insegurança relacional no domicílio.
Comunidade	Solidão	A maioria dos participantes (63,8%) não frequenta qualquer resposta social.	Ampliar a captação das pessoas idosas isoladas e qualificar a	Desenvolver programas de busca ativa para atrair os 63,8% não integrados; quali-

		Nos frequentadores de Universidades Seniores/Centros de Convívio, registam-se ainda focos de solidão elevada.	oferta das estruturas comunitárias existentes no concelho.	ficar a oferta existente em Centros de Convívio e Universidades Seniores, integrando momentos formais de escuta ativa e apoio psicológico.
	Violência	Predomínio de residência urbana (81,0%) e em apartamento (61,7%), o que favorece o anonimato e a menor visibilidade do isolamento.	Aproveitar a malha urbana para criar uma rede ativa de proximidade, vigilância solidária e sinalização precoce.	Criar redes de vigilância solidária adaptadas a condomínios e bairros urbanos, capacitando comerciantes, vizinhos, farmácias e forças de segurança para a sinalização de vulnerabilidades.
	Solidão e Violência	A não integração comunitária associa-se diretamente ao aumento do sentimento de insegurança e risco de violência.	Criar uma estratégia municipal concertada de segurança comunitária e prevenção do isolamento.	Desenvolver um Plano Municipal de minimização do isolamento e do risco nas pessoas idosas, articulando a autarquia, a saúde, as IPSS e o policiamento de proximidade para transformar a comunidade num polo de segurança.
Profissionais	Solidão	Dificuldade na identificação da solidão subjetiva em pessoas idosas a residir na comunidade, em especial subgrupos mais qualificados ou em isolamento doméstico.	Fortalecer os mecanismos de sinalização precoce e institucionalizar rotinas de encaminhamento social e comunitário.	Promover formação contínua sobre saúde mental e solidão; implementar a metodologia de Prescrição Social, encaminhando formalmente pessoas idosas isoladas para respostas comunitárias, culturais e desportivas.
	Violência	Elevada percentagem de pessoas idosas sem apoio formal (85,1% sem SAD) e com rendimentos baixos (32,0% com 501€–870€), dificultando a deteção de abusos.	Capacitar as equipas para a triagem rápida de risco e intervenção na vulnerabilidade socioeconómica.	Formar profissionais de saúde e ação social na utilização de instrumentos céleres de triagem de risco de abuso/negligência; definir protocolos interinstitucionais claros para intervenção social e jurídica.
	Solidão e Violência	Necessidade de intervenção integrada perante casos em que o isolamento severo potencia o risco de vitimação e perda de autonomia.	Consolidar modelos de acompanhamento individualizado e articulação intersectorial contínua.	Adotar o modelo de Gestão de Caso para situações complexas de isolamento no domicílio; realizar reuniões sistemáticas de trabalho em rede (Autarquia, Saúde, IPSS e Forças de Segurança) para discussão de casos críticos.

Fonte: Elaboração própria (2026).

Referências

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

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

Bibliografia Complementar

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

- Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, J. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568>
- Ibáñez-del Valle, V., Corchón, S., Zaharia, G., & Cauli, O. (2022). Social and emotional loneliness in older community dwelling-Individuals: The role of socio-demographics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16622. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416622>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2024). Envelhecimento e saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104728. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728>
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (art. 8.º). Diário da República n.º 152/2019, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-125381607>
- Martins, A., Silva, P., & Ferreira, R. (2023). Níveis de solidão na população idosa em Portugal: Um estudo nacional. *Revista Portuguesa de Gerontologia*, 15(2), 45–60.
- Monteiro, I., Almeida, R., & Portugal, P. (2024). Health (dis)equalities and social isolation and loneliness in the older people: A qualitative study. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 5. <https://doi.org/10.61415/riage.237>
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *World report on ageing and health*. Genebra. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2022). Tackling abuse of older people: Five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356024>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global reach, dynamic causes, and active responses. *The Lancet*, 387(10020), 796–805. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00468-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00468-2)
- Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um construto complexo. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 32, 53-66. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/399>
- Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC Geriatrics*, 25, 244 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4>
- Redondo, A., Gil, A. P., & Ferreira, J. (2016). Dinâmicas organizacionais e violência institucional: O quotidiano das ERPI. *Fórum Sociológico*, (28), 35–44.
- Rosen, T., Makaroun, L. K., Conwell, Y., & Betz, M. (2019). Violence in older adults: Scope, impact, challenges, strategies for prevention. *Health Affairs*, 38(10), 1630–1637. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00577>
- Rudatis, C. (2020). *Violence against older women in Italy: Understanding the scope and possible interventions* [Tese de Doutoramento, Università di Genova].
- Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., Canbary, Z., Heidarian, P., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Humanities & Social Sciences Communications*, 12(1), 985. <https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referencia*, 12(2), 9-16.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. SNS, Lisboa.
- Serviço Nacional de Saúde 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/RVC5N7-098>
- 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)