

RiViS65+

SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DO SOBRAL DE MONTE AGRAÇO

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

Investigador Principal: Fátima Gameiro

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

outubro 2026

UNIVERSIDADE LUSÓFONA

LUSO GLOBE LUSÓFONA CENTRE ON GLOBAL CHALLENGES

SEED FUNDING

ÍNDICE GERAL

Introdução **4**
1. Definição e Justificação do Problema **5**
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social 5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco 5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos 6
2. Objetivos **8**
3. Materiais e Métodos **9**
3.1. Desenho do Estudo 9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados 9
3.3. Instrumentos 9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão 10
3.5. Análise Estatística 10
3.6. Considerações Éticas 10
3.7. Participantes 11
4. Resultados **14**
4.1. Perceção de Solidão 14
4.2. Perceção de Violência 15
Considerações finais **18**
Recomendações **19**
Referências **22**
Anexo 27

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. Principais recomendações para o concelho do Sobral de Monte Agraço 20

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

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

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

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

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

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

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

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

2. Objetivos

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

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

OE1.1 – Avaliar os níveis de perceção de solidão (emocional e social) numa amostra de pessoas idosas.
OE1.2 – Analisar as diferenças na perceção da solidão em função das características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde e autonomia).

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

OE2.1 – Avaliar as dimensões da perceção do risco de violência (desconfiança/insegurança, isolamento social, dependência funcional e insegurança financeira) numa amostra de pessoas idosas.
OE2.2 – Analisar as diferenças na perceção do risco de violência em função das características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde e autonomia).

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 do Sobral de Monte Agraço. 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 do Sobral de Monte Agraço, 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 37 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho do Sobral de Monte Agraço. Verifica-se um predomínio do sexo feminino (n = 28; 75,7%), em comparação com o sexo masculino (n = 9; 24,3%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 85 anos, apresentando uma média de 72,24 anos (DP =5,06).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ou em união de facto (n = 21; 56,8%), seguindo-se os divorciados/as (n = 8; 21,6%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico (n = 29; 78,4%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vivem em **zona rural** (n = 29; 78,4%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** (n = 35; 94,6%), enquanto uma percentagem reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (n = 2; 5,4%).

Relativamente ao rendimento mensal, alguns dos participantes optou por não responder (n = 4; 10,8%). Entre os que responderam, verifica-se que 37,8% (n = 14) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, enquanto 29,7% (n = 11) aufeferm menos de 500 euros mensais, evidenciando uma **situação económica globalmente fragilizada**.

No que se refere à perceção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,84 (DP = 0,37), indicando uma **perceção tendencialmente positiva**. Quanto à autonomia, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,95 (DP = 0,23), sugerindo que a maioria dos participantes se perceciona **como funcionalmente independente.**

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

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	**Categoria**	**n**	**%**
Sexo	Masculino	9	24,3
	Feminino	28	75,7
Idade (anos)	Intervalo	65-85	—
	Média (DP)	72,24 (5,06)	—
Idade (por grupo)	65-74	24	64,9
	75-84	12	32,4
	85-100	1	2,7
Estado Civil	Solteiro/a	4	10,8
	Casado(a)/União de Facto	21	56,8
	Divorciado/a	8	21,6
	Viúvo/a	4	10,8
Escolaridade	Sem Ensino Básico	5	13,5
	Com Ensino Básico	29	78,4
	Com Ensino Secundário	2	5,4
	Com Ensino Superior	1	2,7
Zona de Residência	Rural	29	78,4

	Urbano	8	21,6
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	35	94,6
	ERPI	2	5,4
Rendimento Mensal	- 500 euros	11	29,7
	de 501 a 870 euros	14	37,8
	de 871 a 1045 euros	8	21,6
	Prefiro não responder	4	10,8
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,84 (0,37)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,95 (0,23)	—

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

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 35; 94,6%). Desses, 62,9% vivem com parceiro/a (n = 22), predominando a residência em apartamento (n = 14; 40,0%) e em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 13; 37,1%). 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 = 34; 97,1%). Do que beneficia deste serviço, a resposta corresponde ao fornecimento de refeições (n = 1; 100%).

A maioria não se **encontra integrado em respostas sociais de proximidade** (n = 32; 91,4%). Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente uma a duas vezes por semana (n = 2; 5,7%).

Uma **percentagem muito reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas** (ERPI) (n = 2; 5,4%). Todos, 100% (n = 2) participam em outras atividades.

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

Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	**Categoria**	**Sub-Categoria**	**n**	**%**
Casa Própria-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	13	37,1
		Com parceiro/a	22	62,9
		Omisso	2	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	14	40,0
		Vivenda isolada	13	37,1
		Vivenda com vizinhos	8	22,9
		Omisso	2	—
	SAD	Não	34	97,1
		Sim	1	2,9
		Omisso	2	—
	SAD- Tipo	Refeições	1	2,9
		Nenhuma	32	91,4
		Omisso	4	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Convívio	1	2,9
		Outra(s)	2	5,7
		Nenhuma	32	91,4
		Omisso	2	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	2	5,7
		3 a 5 vezes por semana	1	2,9
		Nenhuma	32	91,4

		Omisso	2	—
ERPI	Integração em atividades	Outras	2	100
		Omisso	35	—
	Frequência de atividades	6 a 7 vezes por semana	2	100
		Omisso	35	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

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

Embora a amostra inclua dois participantes residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) (n = 2; 5,4%), a maioria reside na comunidade (n = 35; 94,6%). Do mesmo modo, a maioria dos participantes não frequenta qualquer atividade (n = 32; 91,4%). Esta **distribuição fortemente desigual inviabiliza a realização de análises comparativas estatisticamente robustas entre os grupos, uma vez que a reduzida dimensão dos grupos de participantes institucionalizados e dos que frequentam atividades não permite obter estimativas suficientemente estáveis nem sustentar inferências estatísticas válidas**. Assim, os dados relativos aos participantes residentes em ERPI e aos que frequentam atividades foram considerados exclusivamente na análise descritiva, não tendo sido realizadas comparações inferenciais entre os diferentes contextos residenciais ou níveis de participação em atividades. Consequentemente, eventuais diferenças observadas devem ser interpretadas com particular prudência, não sendo possível generalizá-las à população idosa residente em ERPI ou à população idosa que frequenta atividades.

4. Resultados

4.1. Perceção de Solidão

A. Níveis de perceção de solidão

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

Relativamente **à solidão emocional**, a média observada foi de 1,48 (DP = 0,60), com valores compreendidos entre 1,00 e 2,60, 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 1,44 (DP = 0,58), com um intervalo entre 1,00 e 3,18, evidenciando **valores ligeiramente inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 23,24 (DP = 8,71), com valores mínimos de 16,00 e máximos de 46,00. Considerando o ponto de corte estabelecido (M > 32), o valor médio observado situa-se **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total superiores ao ponto de corte (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Perceção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,48	1,44	23,24
Erro Desvio	0,60	0,58	8,71
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	2,60	3,18	46,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Diferenças na perceção 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 diferenças entre alguns dos grupos considerados, embora estas diferenças não se tenham verificado de forma generalizada para todas as variáveis analisadas.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na perceção de solidão em função do sexo ($t(35) = 0{,}340$; $p = 0{,}736$), **idade** ($F(2, 34) = 0{,}021$; $p = 0{,}979$), **rendimento mensal** ($F(3, 33) = 0{,}822$; $p = 0{,}491$), **estado de saúde percebido** ($t(35) = 0{,}740$; $p = 0{,}464$) **ou autonomia** ($t(35) = 0{,}207$; $p = 0{,}837$).

Relativamente ao sexo, a média de solidão foi ligeiramente superior entre os homens (M = 24,11; DP = 8,88) comparativamente às mulheres (M = 22,96; DP = 8,80), não sendo, contudo, a diferença estatisticamente significativa. Também em função da idade não se observaram diferenças significativas, verificando-se médias muito próximas entre os grupos dos 65–74 anos (M = 23,25; DP = 9,14), dos 75–84 anos (M = 23,08; DP = 8,54) e dos 85–103 anos (M = 25,00). A reduzida dimensão do último grupo (n = 1) recomenda, contudo, particular prudência na interpretação deste valor.

No que respeita ao rendimento mensal, também não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas. A média de solidão variou entre 20,38 (DP = 5,53) no grupo com rendimento entre 871 e 1045 euros

e 28,25 (DP = 12,18) entre os participantes que preferiram não responder. Estes resultados devem ser entendidos como diferenças descritivas, não permitindo estabelecer uma associação estatisticamente significativa entre rendimento mensal e perceção de solidão.

Quanto ao estado de saúde percebido, as pessoas que se percecionaram como doentes apresentaram uma média de solidão superior (M = 25,67; DP = 8,69) à das pessoas que se percecionaram como saudáveis (M = 22,77; DP = 8,77). Contudo, esta diferença não foi estatisticamente significativa (p = .464). Relativamente à autonomia, observaram-se igualmente médias próximas entre os participantes com sem/fraca autonomia (M = 24,50; DP = 3,54) e aqueles com elevada autonomia (M = 23,17; DP = 8,93), não se verificando diferenças estatisticamente significativas (p = .837). Importa salientar que o grupo com sem/fraca autonomia é constituído apenas por dois participantes (n = 2).

Em contrapartida, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade** (F(3, 33) = 4,765; p = 0,007) **e do estado civil** (F(3, 33) = 6,497; p = 0,001).

Ao nível da escolaridade, **a média mais elevada foi observada entre as pessoas sem ensino básico** (M = 34,20; DP = 8,79), seguida das pessoas com ensino superior (M = 31,00; n = 1), ensino básico (M = 21,52; DP = 7,54) e ensino secundário (M = 17,00; DP = 1,41). Considerando o ponto de corte de 32 pontos para valores indicativos de solidão patológica, a média do grupo sem ensino básico situa-se acima deste limiar (M = 34,20). No entanto, a interpretação das diferenças entre os níveis de escolaridade deve ser realizada com particular cautela, dado que os grupos de ensino secundário (n = 2) e ensino superior (n = 1) apresentam dimensões muito reduzidas. De facto, não foram realizados testes post-hoc, uma vez que o grupo com ensino superior era constituído por apenas um participante.

Já em termos estado civil, a **média mais elevada foi registada entre os participantes solteiros** (M = 35,00; DP = 13,71), seguida dos divorciados (M = 27,88; DP = 7,62), viúvos (M = 21,00; DP = 4,69) e casados ou em união de facto (M = 19,67; DP = 5,83). Considerando o ponto de corte de 32 pontos, apenas o grupo dos solteiros apresentou uma média acima deste limiar. Os resultados dos testes de comparação múltipla disponíveis evidenciaram uma diferença estatisticamente significativa entre solteiros e casados/união de facto (p = .003).

Importa, contudo, interpretar estes resultados tendo em consideração a dimensão dos grupos. Os grupos de solteiros e viúvos são constituídos por quatro participantes cada (n = 4), pelo que as respetivas médias apresentam uma estabilidade limitada. Assim, embora a análise global indique diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil, os resultados devem ser interpretados com prudência, particularmente no que respeita à generalização para outras populações.

Em síntese, nesta amostra, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na perceção de solidão em função do sexo, idade, rendimento mensal, estado de saúde percebido ou autonomia. Em contrapartida, observaram-se diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade e do estado civil. Os **resultados descritivos apontam para níveis médios de solidão particularmente elevados entre as pessoas sem ensino básico e entre os participantes solteiros, embora a reduzida dimensão de alguns subgrupos limite a possibilidade de generalização destes resultados**.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

A Tabela 5 apresenta os resultados relativos à perceção de violência, considerando as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e

o índice total de violência. Todas as dimensões foram avaliadas numa escala de 1 a 4, em que valores mais elevados indicam uma maior perceção de violência. O índice total considera um ponto de corte definido em valores superiores a 8, a partir do qual se identifica a existência de risco de violência contra a pessoa idosa.

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,22 (DP = 0,26), com valores compreendidos entre 1,00 e 1,88, indicando **níveis globalmente baixos de perceção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,61; DP = 0,62), com valores mínimos de 1,00 e máximos de 3,20, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada foi de 1,09 (DP = 0,23), com um intervalo entre 1,00 e 2,00, indicando **níveis tendencialmente baixos**.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,14 (DP = 0,28), com valores que variam entre 1,00 e 2,25, evidenciando igualmente uma **perceção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de perceção de violência**, a média da amostra foi de 5,06 (DP = 1,05), com valores mínimos de 4,00 e máximos de 8,60. 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 alguns participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justificam atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5**.** Perceção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,22	1,61	1,09	1,14	5,06
Erro Desvio	0,26	0,62	0,23	0,28	1,05
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	1,88	3,20	2,00	2,25	8,60

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Diferenças na perceção 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 diferenças nos níveis médios de perceção de risco entre alguns dos grupos analisados.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na perceção do risco de violência em função do sexo ($t(35) = 1,671$; $p = 0,104$), **idade** ($F(2,34) = 0,328$; $p = 0,723$), **rendimento mensal** ($F(3,33) = 2,101$; $p = 0,119$), **estado de saúde percebido** ($t(35) = 0,850$; $p = 0,401$) ou **autonomia** ($t(35) = 0,367$; $p = 0,716$).

Relativamente ao sexo, os homens apresentaram uma média de perceção do risco de violência ligeiramente superior à das mulheres (M = 5,55; DP = 1,50 e M = 4,90; DP = 0,83, respetivamente), mas esta diferença não atingiu significância estatística.

Também não se verificaram diferenças significativas entre os grupos etários. As médias foram muito próximas entre os participantes com 65–74 anos (M = 5,05; DP = 1,09) e 75–84 anos (M = 5,00; DP = 1,02), enquanto o grupo dos 85–103 anos apresentou uma média de 5,90. Este último resultado deve, contudo, ser interpretado com particular cautela, uma vez que corresponde a apenas um participante (n = 1).

Quanto ao rendimento mensal, embora se observe uma média mais elevada entre os participantes que preferiram não responder (M = 6,21; DP = 2,07), seguida dos que auferem entre 871 e 1045 euros (M = 5,00; DP = 0,73) e entre 501 e 870 euros (M = 4,98; DP = 0,88), as diferenças entre os grupos não foram estatisticamente significativas (p = 0,119).

No que respeita ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionaram como doentes apresentaram uma média de perceção do risco de violência superior à dos participantes que se percecionaram como saudáveis (M = 5,39; DP = 0,72 e M = 4,99; DP = 1,09, respetivamente). Contudo, esta diferença não foi estatisticamente significativa (p = 0,401). Do mesmo modo, os participantes que se percecionam como tendo sem/fraca autonomia apresentaram uma média ligeiramente superior (M = 5,33; DP = 0,35) à dos participantes com autonomia elevada (M = 5,04; DP = 1,07), não se tendo, porém, observado uma diferença estatisticamente significativa (p = 0,716). Neste caso, a interpretação deve igualmente ser cautelosa devido ao reduzido número de participantes no grupo com sem/fraca autonomia (n = 2).

Em contraste, **observaram-se diferenças estatisticamente significativas na perceção do risco de violência em função da escolaridade** (F(3,33) = 5,655; p = 0,003). Os **participantes sem ensino básico apresentaram a média mais elevada** (M = 6,16; DP = 1,56), seguidos dos participantes com ensino superior (M = 7,18; n = 1), ensino básico (M = 4,86; DP = 0,76) e ensino secundário (M = 4,13; DP = 0,18). Apesar da significância global da ANOVA, estes resultados devem ser interpretados com cautela, sobretudo devido à reduzida dimensão dos grupos com ensino secundário (n = 2) e, particularmente, com ensino superior (n = 1). Não foram realizados testes post-hoc, uma vez que pelo menos um dos grupos apresentava menos de dois participantes, não sendo, por isso, possível determinar quais as diferenças entre pares de grupos que explicam o resultado global da ANOVA.

Também foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil (F(3,33) = 4,832; p = 0,007). Os **participantes solteiros apresentaram a média mais elevada de perceção do risco de violência** (M = 6,50; DP = 1,53), seguidos dos viúvos (M = 5,34; DP = 0,80), divorciados (M = 5,22; DP = 1,03) e casados/em união de facto (M = 4,67; DP = 0,74). A análise post-hoc identificou uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes solteiros e os casados/em união de facto (p = 0,005). Não sendo reportadas diferenças significativas entre os restantes pares de grupos, não se deve assumir que as diferenças observadas entre essas categorias sejam estatisticamente significativas.

Em síntese, os resultados evidenciam diferenças estatisticamente significativas na perceção do risco de violência em função da escolaridade e do estado civil, não tendo sido identificadas diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, idade, rendimento mensal, estado de saúde percebido ou autonomia. **A interpretação dos resultados relativos à escolaridade e ao estado civil deve, contudo, considerar a reduzida dimensão de alguns dos subgrupos**, particularmente no caso do ensino superior, do ensino secundário, da autonomia reduzida e dos participantes solteiros.

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 do Sobral de Monte Agraço, os resultados indicam que, globalmente, os níveis médios de **solidão** emocional, social e total se situam **abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante**, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão patológica. A análise em função de características sociodemográficas revelou que sexo, idade, rendimento mensal, estado de saúde percebido e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas à escolaridade e estado civil: pessoas idosas sem ensino básico ou solteiras apresentam níveis médios de solidão superiores ao ponto de corte patológico. Embora a reduzida dimensão de alguns subgrupos limite a possibilidade de generalização, estes resultados permitem identificar **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de monitorização, prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **sem escolaridade básica e solteiros.** reforçando a necessidade de estratégias locais de acompanhamento psicossocial direcionadas a situações de maior vulnerabilidade.

Quanto à perceção de **violência**, os níveis médios situam-se, globalmente, **abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de isolamento social a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentam médias inferiores. Apesar disso, alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A perceção de violência não difere significativamente quanto a sexo, idade, rendimento mensal, estado de saúde percebido e autonomia, mas em contraste difere quanto à escolaridade e estado civil: uma vez mais, são as pessoas sem ensino básico e solteiras as que percebem níveis mais elevados de violência, destacando a necessidade de estratégias específicas de monitorização, prevenção e intervenção. Embora a perceção de violência não seja generalizada e a reduzida dimensão de alguns dos subgrupos em análise aconselhe prudência na sua interpretação, os resultados permitem sinalizar **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente **pessoas sem ensino básico e solteiras**, 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 perceção do risco de violência na população idosa do município do Sobral de Monte Agraço. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos particularmente vulneráveis, com destaque para as pessoas idosas solteiras e sem o ensino básico, cujos valores ultrapassam o ponto de corte patológico, justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica, envolvendo não apenas as próprias pessoas idosas, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Esta necessidade é reforçada pela acumulação de fragilidades no domicílio e na ausência de suporte formal: 37,1% das pessoas idosas vivem sozinhas, 97,1% não usufruem de SAD e 91,4% não frequentam qualquer resposta comunitária. Esta escassa vinculação aos serviços formais num contexto maioritariamente rural (78,4%) evidencia a urgência de criar estratégias ativas de proximidade, descentralizadas e de vigilância preventiva no concelho.

Recomendações Dirigidas às Pessoas Idosas

No domínio da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de acompanhamento psicossocial e escuta ativa prioritariamente direcionadas às pessoas idosas solteiras e com menor escolaridade, promovendo a sua vinculação e participação em dinâmicas comunitárias informais para mitigar os níveis de solidão patológica identificados neste grupo.

Relativamente à perceção de violência, propõe-se a promoção de ações descentralizadas de capacitação para a autoproteção, literacia sobre direitos e comunicação de situações de risco, garantindo que as pessoas idosas com baixos níveis de escolaridade disponham de canais acessíveis e claros para pedir ajuda a partir do seu domicílio.

Numa perspetiva integrada, sugere-se capacitar a pessoa idosa para reconhecer a importância da manutenção da sua autonomia funcional (atualmente percecionada de forma muito positiva, com média de 1,95) e do bem-estar emocional como fatores chave de proteção ativa contra a vulnerabilidade física, económica e relacional no contexto rural.

Recomendações Dirigidas às Famílias

No domínio da solidão, recomenda-se sensibilizar os agregados familiares (62,9% das pessoas idosas vivem com parceiro/a) para a importância do suporte afetivo de qualidade, desmistificando a ideia de que a coabitação anula por si só a solidão subjetiva, e incentivar rotinas de contacto e proximidade junto dos 37,1% que vivem sós.

Ao nível da perceção de violência, propõe-se a implementação de estratégias de orientação e capacitação aos cuidadores informais e familiares, prevenindo a sobrecarga física e financeira em agregados com orçamentos fragilizados (frequentemente inferiores a 500€/mês) e assegurando um ambiente familiar protetor.

De forma integrada, recomenda-se alertar as famílias para sinais precoces de isolamento social e afastamento das redes comunitárias, estimulando a articulação atempada com a rede de vizinhança e serviços locais perante eventuais alterações de autonomia ou estado de saúde.

Recomendações Dirigidas à Comunidade

No domínio da solidão, considera-se fundamental combater a elevada taxa de não-integração em respostas comunitárias (91,4%), criando itinerários móveis e projetos de proximidade que levem o convívio, a estimulação e o suporte afetivo até às zonas rurais (78,4%) e às habitações isoladas ou dispersas.

Quanto à perceção de violência, sugere-se fortalecer e rentabilizar as redes informais de vizinhança e vigilância solidária (considerando que 37,1% residem em vivendas isoladas e 22,9% em vivendas com vizinhos), envolvendo Juntas de Freguesia, comércio de proximidade e forças de segurança locais para a identificação e sinalização de situações de isolamento ou risco de violência.

Numa perspetiva integrada, propõe-se a consolidação da Rede Social Local e das entidades parceiras como polos ativos de deteção precoce e vigilância psicossocial no concelho, garantindo uma cobertura territorial equitativa entre as zonas urbanas e rurais.

Recomendações Dirigidas aos Profissionais

No âmbito da solidão, recomenda-se capacitar as equipas de ação social, saúde e intervenção comunitária para o diagnóstico precoce da solidão emocional e social, com especial atenção às variáveis de vulnerabilidade identificadas (estado civil solteiro e ausência de ensino básico).

No domínio da perceção de violência, propõe-se a criação de procedimentos céleres de sinalização e avaliação do risco psicossocial perante agregados fragilizados, prevenindo que a falta de apoio formal no domicílio (97,1% sem SAD) se traduza em situações invisíveis de desproteção ou isolamento social.

De forma integrada, recomenda-se o fortalecimento da articulação interinstitucional entre a Câmara Municipal de Sobral de Monte Agraço, os Cuidados de Saúde Primários e as IPSS/ONGs do concelho, promovendo a gestão integrada de casos e garantindo intervenções multidisciplinares focadas na prevenção da violência e na promoção da qualidade de vida envelhecida.

A Tabela 6 sintetiza as recomendações, destacando fragilidades identificadas e objetivos de intervenção.

Tabela 6. Principais recomendações para o concelho do Sobral de Monte Agraço

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	**Solidão**	Níveis de solidão significativamente superiores nos subgrupos de pessoas idosas solteiras e sem o ensino básico. 37,1% vivem sós no domicílio.	Reduzir a solidão subjetiva no domicílio, com foco nas pessoas idosas solteiras, sem escolaridade e em isolamento.	Criar programas municipais de apoio psicossocial, escuta ativa e integração relacional para pessoas idosas solteiras e com baixa literacia.
	Violência	Perceção de risco de violência significativamente mais elevada em pessoas idosas solteiras e sem o ensino básico.	Aumentar a autoproteção, a literacia sobre direitos e a segurança no domicílio.	Desenvolver ações de capacitação acessíveis sobre direitos e criar canais fáceis para sinalizar negligência, maus-tratos ou abusos a partir do domicílio.
	Solidão e Violência	Coexistência de vulnerabilidade relacional e educacional com um contexto maioritariamente rural (78,4%).	Articular a promoção da autonomia funcional com a autoproteção no ambiente rural e doméstico.	Desenvolver ações diretas de capacitação para a autoproteção e manutenção do bem-estar emocional e funcional.
Famílias	**Solidão**	37,1% das pessoas idosas vivem sós e 62,9% coabitam com parceiro/a.	Promover o suporte afetivo ativo e de qualidade no seio familiar.	Sensibilizar as famílias para a prestação de apoio emocional regular e manutenção de contactos frequentes com as pessoas idosas que vivem sós.

	Violência	Risco de sobrecarga e fragilidade financeira em agregados com baixos rendimentos (67,5% auferem até 870€/mês e 29,7% menos de 500€/mês).	Prevenir a exaustão familiar/cuidador e proteger a autodeterminação da pessoa idosa.	Facilitar o acesso a apoios de orientação, capacitação e descanso do cuidador informal no domicílio.
	Solidão e Violência	Baixa escolaridade e isolamento relacional como precursores silenciosos de vulnerabilidade.	Capacitar as famílias para a deteção precoce de sinais de risco psicossocial e funcional.	Informar as famílias sobre sinais de alerta associados ao isolamento relacional, declínio funcional repentino e perda de autonomia.
Comunidade	**Solidão**	91,4% das pessoas idosas não frequentam Centros de Convívio ou atividades comunitárias formais.	Combater o isolamento social através do alcance e mobilização ativa da comunidade.	Criar projetos móveis e estratégias de proximidade que levem o apoio emocional e atividades até às pessoas idosas isoladas e residentes em zonas rurais.
	Violência	78,4% vivem em zona rural e 37,1% em vivendas isoladas, onde situações de risco podem ficar invisíveis.	Mobilizar vizinhos e agentes locais rurais para a deteção precoce de situações de vulnerabilidade.	Criar redes formais/informais de vigilância solidária (vizinhos, Juntas de Freguesia, comércio local, GNR) para sinalizar pessoas idosas doentes, sós e isoladas.
	Solidão e Violência	Elevada taxa de habitação própria/familiar (94,6%), mas dispersa no território e desacompanhada de suporte comunitário.	Usar as estruturas de proximidade e redes de vizinhança como fatores de proteção e vigilância.	Fortalecer a Rede Social Local para atuar proativamente na vigilância preventiva e na garantia de direitos em todo o concelho.
Profissionais	**Solidão**	Dificuldade na identificação e sinalização da solidão subjetiva, sobretudo nos subgrupos com níveis acima do limiar clínico (solteiros e sem ensino básico).	Reforçar as competências das equipas de saúde e ação social para o diagnóstico e intervenção precoce na solidão.	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento e vulnerabilidade relacional; proporcionar formação técnica para a aplicação de instrumentos validados, como as escalas de solidão.
	Violência	Quase ausência de apoio formal no domicílio (97,1% sem SAD) e reduzida integração comunitária (91,4%), combinadas com baixos rendimentos.	Aumentar a eficácia da resposta profissional através de intervenção articulada e especializada.	Formar profissionais de saúde e de ação social na utilização de instrumentos céleres de triagem e avaliação do risco de abuso; definir protocolos interinstitucionais claros para intervenção social, protetora e jurídica em casos de fragilidade acrescida.
	Solidão e Violência	Coexistência de fraca integração em respostas sociais (91,4%), escassez de SAD (97,1%) e fragilidade económica.	Fortalecer a articulação interinstitucional local em rede no concelho de Sobral de Monte Agraço.	Promover o trabalho articulado entre Autarquia, Cuidados de Saúde Primários e IPSS para o acompanhamento partilhado de casos de elevada vulnerabilidade psicossocial e adotar o modelo de Gestão de Caso em situações complexas.

Fonte. Elaboração própria (2026)

Referências

Agostinho, I., Grácio, L., & Carapeto, M. J. (2024). Solidão e bem-estar em adultos portugueses: Uma revisão de literatura. RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia, 6, 486-494. https://doi.org/10.61415/riage.325

Anes, E., Brás, M., Antão, C., & Anastácio, Z. (2019). Violência e maus tratos em idosos portugueses: 2000-2017. International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD 1(4), 363-368. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1610

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2024). Estatísticas APAV: Relatório de atividades 2023. https://apav.pt/pub/Relatorio_Atividades_2023.pdf

Araújo-Monteiro, G., Silva, J. C., & Costa, M. L. (2024). Preditores de violência contra a pessoa idosa em contexto comunitário: Uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 27, e240012.

Chagas, A., da Cunha, M., Bezerra, K., Santos, J., Marcolino, E., & Rodrigues, R. (2024). Social representation of physical and psychological violence and abandonment from the perspective of elderly people. Cogitare Enfermagem, 29, 1-11. https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95293

Cichowsky, S. G. R., José, J. S., & Mauritti, R. (2016). Percepções de violência contra idosos em contextos institucionais: O caso português. Sociologia, Problemas e Práticas, (81), 115–134. https://doi.org/10.7458/SPP2016816223

Cornelis, M.C., Wang, Y., Holland, T., Agarwal, P., Weintraub, S., & Morris, M.C. (2019). Age and cognitive decline in the UK Biobank. PLoS ONE, 14(3). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213948

Crewdson, J. (2016). The effect of loneliness in the elderly population: A review. Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly, 8, 1-8. https://doi.org/10.4137/HACCE.S35890

Damas, C. Pereira, D., & Castro, F. (2023). Impacto da solidão nas pessoas idosas uma reflexão sobre a importância da intervenção dos assistentes sociais com pessoas idosas. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2(1). https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2479

Feitosa, F. (2013). Habilidades sociais e sofrimento psicológico. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 65(1), 38-50.

Ferreira, P. (2020). Envelhecimento populacional e mercado de trabalho: Que lugar para os trabalhadores mais velhos? Revista Científica de Intervenção Social, Política e Desenvolvimento Comportamental - JSPIBD, (1), 91-118, Ed. Temática Socius – Perspectivas de Intervenção para a Mudança no Séc. XXI.

Gil, A. P. (2015). Violência contra as pessoas idosas em contexto institucional: Um estudo exploratório em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 33(2), 154–162. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.03.003

Instituto Nacional de Estatística (2020). Projeções de população residente 2018-2080. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2022). Censos 2021 – divulgação dos resultados definitivos. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.

Lima, F. (2019). Avaliação de risco de violência intrafamiliar contra o idoso: a relação com o défice do autocuidado e a funcionalidade da família (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/41765

Lima, F., Lopes, M., & Lima, T. (2018). Desenvolvimento e validação da escala de avaliação do risco de violência para idosos (EARVI). Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, 4(1), 1241. http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(1).1241

Marôco, J. (2021). Análise estatística com o SPSS Statistics 27 (8 Ed). Bertrand.

Nazareth, J. (2007). Demografia, a ciência da população (2ª ed.). Ed. Presença.

Organização Mundial da Saúde (2002). World report on violence and health. World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde (2012). Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012. Geneva.

Parreira, V. (2022). A solidão nos idosos: O efeito preditivo dos afetos negativos (Dissertação de Mestrado). Instituto Piaget. http://hdl.handle.net/10400.26/41523

Pocinho, M., Farate, C., & Amaral Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. Interações, 18, 65-77.

Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. Medicine, 49 (1), 1-5. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011

Quakinin, S., & Barreira, D. (2015). Solidão e saúde mental. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28(1), 130-132.

Sukyung, Y., & Mahapatra, N. (2024). Domestic violence, mental health, and resilience among older adults in the U.S. during COVID-19. Journal of Aging & Health, 36(3/4), 194-206. https://doi.org/10.1177/08982643231181753

Torres et al. (2022). Aspectos biológicos e tecnológicos do processo de envelhecimento humano. Editora CRV.

Valente Rosa, M. (2012). O envelhecimento da sociedade portuguesa. Ed. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Veríssimo, J., Verhaeghen, P., Goldman, N., Weinstein, M. & Ullman, M. (2022). Evidence that ageing yields improvements as well as declines across attention and executive functions. Nat Hum Behav, 6, 97-110. https://doi.org/10.1038/s41562-021-01169-7

Xia, C., Xu, J., & Wang, Y. (2023). Getting good sleep with family support: The role of fear of crime and loneliness. Behavioral Science, 13, 909. https://doi.org/10.3390/bs13110909

Yilmaz, M., Durmaz, A., & Arikan, I. (2022). Elderly abuse, affecting factors and evaluation of life satisfaction: A cross-sectional study. Psychogeriatrics, 22(5), 612-620. https://doi.org/10.1111/psyg.12862

Bibliografia Complementar

Abu Bashar, M.D., Begam, N., & Gnansekaran, S. (2025). Elderly loneliness: A growing public health challenge. In Z. Ahmed (Ed.) Loneliness - The ultimate suffering in modern society. IntechOpen. http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1011160

Akhter-Khan, S. C., Prina, M., Wong, G. H.-Y., Mayston, R., & Li, L. (2022). Understanding and addressing older adults' loneliness: The social relationship expectations framework. Perspectives on Psychological Science, 18(4), 762-777. https://doi.org/10.1177/17456916221127218

Anes, A., Gouveia, A. R., & Reis, M. (2019). Violência contra idosos: Um olhar sobre a realidade em Portugal. Revista de Enfermagem Referência, 4(20), 123–132. https://doi.org/10.12707/RIV18045

Araújo-Monteiro, G., Souto, R., de Sousa, R., dos Santos-Rodrigues, R., Carvalho, I., Gomes, A., & Brandão, B. (2024). Predictors of physical and psychological violence among community-dwelling elderly people. Enfermagem Atual in Derme, 98(3), 1-14.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2023). Estatísticas APAV: Relatório anual 2022. APAV.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2024). Estatísticas APAV: Relatório anual 2023. APAV.

Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. Gerontology, 49(2), 123–135. https://doi.org/10.1159/000067946

Bruehl, A. B., Dimachk, M., & Crandall, M. (2019). Elder abuse. Clinics in Geriatric Medicine, 35(1), 103–113. https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.009

Burnes, D., Pillemer, K., & Lachs, M. S. (2019). Elder abuse prevention: A systematic review of interventions. The Gerontologist, 59(1), 15–25. https://doi.org/10.1093/geront/gnx166

Carvalho, M., & Rodrigues, M. (2013). Pobreza e violência sobre os idosos. In M. Carvalho (Coord.), Serviço social no envelhecimento (pp. 137–148). Pactor.

Centro de Estudos Judiciários (2026). Violência contra as crianças e idosos no contexto mais amplo da violência doméstica. Coleção Formação Contínua. https://cej.justica.gov.pt/Noticias/Novo-e-book-Violência-contra-as-crianças-e-idosos-no-contexto-mais-amplo-da-Violência-Doméstica

Chagas, S., Santos, T., & Rocha, A. (2024). Representações sociais e subjetividades da violência contra idosos: O impacto do abandono. Análise Psicológica, 42(1), 45–59.

Conradi, S., & Cramer, H. (2025). The silent epidemic: Loneliness as a global public health challenge. Journal of Integrative and Complementary Medicine. 31, 9. https://doi.org/10.1089/jicm.2025.0426

Conselho de Ministros (2024). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024: Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026*. Diário da República.Russell et al. (1978)

Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Review and commentary of a national academies report. American Journal of Geriatric Psychiatry, 28(12), 1233–1244. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005

European Commission (2021, 27 de janeiro). Green Paper on Ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations. Publications Office of the European Union.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2020). *Envelhecimento em Portugal: Desafios e oportunidades.* Fundação Calouste Gulbenkian.

Gill JK. (2022). Barriers to Help Seeking among Victims of Elder Abuse: A Scoping Review and Implications for Public Health Policy in Canada. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement, 41(3), 460–475. https://doi.org/10.1017/S0714980821000295

Gonçalves, G. (2022). Solidão na pessoa idosa: Perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional [Master dissertation, Escola Superior de Educação]. Repositório do Instituto Politécnico de Coimbra http://hdl.handle.net/10400.26/42538

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 40(2), 218–227. https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8

Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, J. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227–237. https://doi.org/10.1177/1745691614568

Ibáñez-del Valle, V., Corchón, S., Zaharia, G., & Cauli, O. (2022). Social and emotional loneliness in older community dwelling-Individuals: The role of socio-demographics. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(24), 16622. https://doi.org/10.3390/ijerph192416622

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2024). Envelhecimento e saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. Archives of Gerontology and Geriatrics, 102, 104728. https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728

Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (art. 8.º). Diário da República n.º 152/2019, Série I. https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-125381607

Martins, A., Silva, P., & Ferreira, R. (2023). Níveis de solidão na população idosa em Portugal: Um estudo nacional. *Revista Portuguesa de Gerontologia*, 15(2), 45–60.

Monteiro, I., Almeida, R., & Portugal, P. (2024). Health (dis)equalities and social isolation and loneliness in the older people: A qualitative study. RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia, 5. https://doi.org/10.61415/riage.237

Organização Mundial da Saúde (2002). Active aging: A policy framework. Geneva.

Organização Mundial da Saúde (2015). World report on ageing and health. Genebra. http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en.
OMS – Organização Mundial da Saúde (2022). Tackling abuse of older people: Five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/356024

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global reach, dynamic causes, and active responses. The Lancet, 387(10020), 796–805. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00468-2

Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um construto complexo. Interações: Sociedade e as Novas Modernidades, 32, 53-66. https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/399

Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. BMC Geriatrics, 25, 244 (2025). https://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4

Redondo, A., Gil, A. P., & Ferreira, J. (2016). Dinâmicas organizacionais e violência institucional: O quotidiano das ERPI. Fórum Sociológico, (28), 35–44.

Rosen, T., Makaroun, L. K., Conwell, Y., & Betz, M. (2019). Violence in older adults: Scope, impact, challenges, strategies for prevention. Health Affairs, 38(10), 1630–1637. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00577

Rudatis, C. (2020). Violence against older women in Italy: Understanding the scope and possible interventions [Tese de Doutoramento, Università di Genova].

Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., Canbary, Z., Heidarian, P., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: A systematic review and meta-analysis. Humanities & Social Sciences Communications, 12(1), 985. https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. Revista Referencia, 12(2), 9-16.

Serviço Nacional de Saúde (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. SNS, Lisboa.

Serviço Nacional de Saúde 24 (2023). *Relatório sobre solidão e saúde da população idosa.* SNS.

Silva, K. C. V., Vieira, S. de A., Souza, A. C. de, Silva, M. de L., & Bezerra, Y. C. P. (2025). O impacto da solidão e o isolamento social na saúde mental dos idosos. Revista Contemporânea, 5(7), e8659. https://doi.org/10.56083/RCV5N7-098
Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. Aggression and Violent Behavior, 50, 101339. https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. https://sdgs.un.org/2030agenda

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

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)