



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE CASTELO BRANCO

**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 Poiães**

setembro 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos.....	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística.....	10
3.6. Considerações Éticas.....	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	15
4.3. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	18
4.4. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	20
Considerações finais	21
Recomendações	23
Referências.....	27
Anexo	32

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	16
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	18
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	19
Tabela 8. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	20
Tabela 9. Principais recomendações para o concelho de Castelo Branco	25

Introdução

Portugal é um dos países europeus com maior índice de envelhecimento populacional, refletindo uma tendência demográfica persistente que coloca desafios significativos às políticas sociais, aos sistemas de saúde e às respostas comunitárias. Este cenário torna particularmente relevante a análise das condições de vida, do bem-estar e dos fatores de vulnerabilidade da população idosa, nomeadamente no que se refere à solidão e ao risco de violência.

A solidão e a violência contra pessoas idosas constituem fenómenos complexos e frequentemente invisibilizados, com impactos profundos na saúde física, mental e psicossocial, comprometendo a qualidade de vida e o ideal de envelhecimento ativo, digno e seguro. Não obstante a progressiva centralidade política e institucional atribuída ao envelhecimento, estes fatores de risco continuam a carecer de abordagens integradas, contextualizadas e centradas na perceção das próprias pessoas idosas.

Apesar da crescente atenção dedicada ao envelhecimento populacional e às suas implicações, persistem lacunas na investigação que explorem, de forma sistemática e integrada, as perceções das pessoas idosas relativamente à solidão e ao risco de violência, dois fatores críticos de vulnerabilidade psicológica e social. Em particular, são escassos os estudos que privilegiam abordagens participativas e que articulam fatores sociodemográficos, contextuais e psicossociais na análise destes fenómenos, sobretudo em contextos rurais e de baixa densidade populacional.

O presente relatório insere-se no âmbito do projeto RIVIS 65+ - financiado pelo Programa Seed Funding (Referência COFAC/ILIND/Lusoglobe/1/2025) - e tem como objetivo caracterizar a situação de solidão e o risco de violência na população com 65 ou mais anos residente no concelho de Castelo Branco. 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 percepções de solidão e de risco de violência na população idosa do concelho de Castelo Branco. A investigação integrou uma abordagem participativa e de proximidade, articulada com redes locais, com vista a facilitar o acesso à população-alvo e a promover a participação das pessoas idosas no processo de recolha de dados.

3.2. Procedimentos e Recolha de Dados

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

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

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

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

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

3.3. Instrumentos

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

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

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

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados

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

Fonte. Elaboração própria (2025)

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo pessoas idosas com 65 ou mais anos, residentes no concelho de Castelo Branco, 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 43 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Castelo Branco. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 27$; 62,8%), em comparação com o sexo masculino ($n = 16$; 37,2%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 90 anos, apresentando uma média de 74,86 anos ($DP = 6,70$).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ou em união de facto ($n = 16$; 37,2%), seguindo-se os viúvos ($n = 15$; 34,9%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino secundário ($n = 18$; 41,9%) e o ensino básico ($n = 13$; 30,2%).

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes não respondeu a esta questão, sendo dos 7 que responderam, 71,4% vivem em **zona urbana** ($n = 5$) e 28,6% em zona rural ($n = 2$). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 42$; 97,7%), enquanto uma percentagem muito reduzida ($n = 1$; 2,3%) se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 22$; 51,2%). Entre os que responderam, verifica-se que 16,3% ($n = 7$) auferem rendimentos compreendidos entre 1046 e 1568 euros e 14,0% ($n = 6$) rendimentos entre 871 e 1045 euros.

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 1,81 ($DP = 0,39$), refletindo uma **percepção tendencialmente positiva** do seu estado de saúde. Relativamente à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,88 ($DP = 0,32$), indicando que os participantes se percebem, em geral, **como funcionalmente independentes**.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	16	37,2
	Feminino	27	62,8
Idade (anos)	Intervalo	65-90	—
	Média (DP)	74,86 (6,70)	—
Idade (por grupo)	65-74	24	55,8
	75-84	15	34,9
	85-100	4	9,3
Estado Civil	Solteiro/a	3	7,0
	Casado(a)/União de Facto	16	37,2
	Divorciado/a	9	20,9
	Viúvo/a	15	34,9
Escolaridade	Sem Ensino Básico	4	9,3
	Com Ensino Básico	13	30,2
	Com Ensino Secundário	18	41,9
	Com Ensino Superior	8	18,6
Zona de Residência	Rural	2	28,6

	Urbano	5	71,4
	Omisso	36	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	42	97,7
	ERPI	1	2,3
Rendimento Mensal	- 500 euros	3	7,0
	de 501 a 870 euros	1	2,3
	de 871 a 1045 euros	6	14,0
	de 1046 a 1568 euros	7	16,3
	+ de 1569 euros	4	9,3
	Prefiro não responder	22	51,2
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,81 (0,39)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,88 (0,32)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 42; 97,7%). Desses, 42,9% vivem sozinhos (n = 18), predominando a residência em apartamento (n = 27; 64,3%). 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 = 37; 88,1%). Entre os que beneficiam deste serviço, a única resposta corresponde ao fornecimento de refeições (n = 1; 2,4%).

Quanto à **integração em atividades comunitárias**, 69,1% participam em atividades sobretudo relacionadas com as Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 15; 35,7%).

Somente uma pessoa **da amostra se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (2,3%). Este refere participar em atividades desportivas, seis a sete vezes por semana.

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	18	42,9
		Com parceiro/a	16	38,1
		Com Filho/a	4	9,5
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	1	2,4
		Com Outro(s)	3	7,1
		Omisso	1	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	27	64,3
		Vivenda isolada	6	14,3
		Vivenda com vizinhos	9	21,4
		Omisso	1	—
	SAD	Não	37	88,1
		Sim	5	11,9
		Omisso	1	—
	SAD- Tipo	Refeições	1	2,4
		Nenhuma	41	97,6
		Omisso	1	—
		Universidade Sénior	28	66,7

	Integração em entidades/atividades	Nenhuma	13	31,0
		Universidade Sénior e Outro(s)	1	2,4
		Omisso	1	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	2	4,8
		3 a 5 vezes por semana	15	35,7
		6 a 7 vezes por semana	12	28,6
		Nenhuma	13	31,0
		Omisso	1	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades desportivas	1	100
		Omisso	42	—
	Frequência de atividades	6 a 7 vezes por semana	1	100
		Omisso	42	—
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 um participante residente em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (n = 1; 2,3%) a sua representatividade é muito reduzida quando comparada com os participantes residentes na comunidade (n = 42; 97,7%). **Esta distribuição desigual inviabiliza a realização de análises comparativas estatisticamente robustas entre os dois grupos**, uma vez que a reduzida dimensão do grupo institucionalizado compromete a estabilidade das estimativas e a validade dos resultados obtidos. Assim, os dados referentes ao participante institucionalizado 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 1,78 (DP = 0,63), com valores compreendidos entre 1 e 3,2, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala (2,5)**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada foi de 1,73 (DP = 0,53), com um intervalo entre 1 e 2,91, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 27,86 (DP = 8,47), com valores mínimos de 16 e máximos de 48. 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	1,78	1,73	27,86
Erro Desvio	0,63	0,53	8,47
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,20	2,91	48,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função de nenhuma das variáveis analisadas, nomeadamente do sexo ($t(41) = 0,414$; $p = 0,68$), **idade** ($F(2, 40) = 2,317$; $p = 0,112$), **escolaridade** ($F(3, 39) = 0,382$; $p = 0,767$), **estado civil** ($F(3, 39) = 1,097$; $p = 0,362$), **rendimento mensal** ($F(5, 37) = 0,147$; $p = 0,980$), **estado de saúde percebido** ($t(41) = 1,967$; $p = 0,056$) **ou autonomia** ($t(41) = 1,285$; $p = 0,206$).

Apesar da ausência de diferenças significativas, a análise descritiva das médias permite identificar algumas tendências relevantes.

Relativamente ao sexo, os homens apresentaram níveis médios de solidão ligeiramente superiores aos das mulheres ($M = 28,56$; $DP = 10,02$ vs. $M = 27,44$; $DP = 7,58$), embora a diferença observada seja reduzida.

No que respeita à idade, os participantes com 85 ou mais anos registaram os valores médios mais elevados de solidão ($M = 30,75$; $DP = 9,81$), seguidos dos participantes entre os 65 e os 74 anos ($M = 29,67$; $DP = 8,48$). Os

participantes com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos apresentaram os níveis médios mais baixos ($M = 24,20$; $DP = 7,35$). Apesar destas diferenças, não se observa um padrão linear da solidão em função da idade.

Relativamente à escolaridade, os participantes com ensino superior apresentaram os níveis médios mais elevados de solidão ($M = 29,38$; $DP = 9,69$), seguidos dos participantes com ensino secundário ($M = 28,61$; $DP = 8,60$) e dos que não possuíam ensino básico ($M = 28,25$; $DP = 8,50$). Os participantes com ensino básico registaram os valores médios mais reduzidos ($M = 25,77$; $DP = 8,13$). Contudo, as diferenças observadas são pouco expressivas e não evidenciam um padrão consistente em função do nível de escolaridade.

Quanto ao estado civil, os participantes solteiros apresentaram os níveis médios mais elevados de solidão ($M = 35,33$; $DP = 11,02$), seguindo-se os divorciados ($M = 28,33$; $DP = 9,31$), os viúvos ($M = 28,20$; $DP = 7,49$) e os casados ou em união de facto ($M = 25,88$; $DP = 8,39$). Estes resultados devem, contudo, ser interpretados com prudência, uma vez que o grupo de participantes solteiros é constituído por apenas três indivíduos.

Relativamente ao rendimento mensal, verificou-se uma distribuição relativamente homogênea dos níveis de solidão entre os diferentes escalões de rendimento. Os valores médios mais elevados observaram-se entre os participantes com rendimentos entre os 1046 e os 1568 euros ($M = 30,29$; $DP = 12,92$) e no único participante com rendimentos entre 501 e 870 euros ($M = 30,00$), enquanto os participantes com rendimentos entre os 871 e os 1045 euros apresentaram a média mais reduzida ($M = 27,00$; $DP = 3,74$). A reduzida dimensão de alguns grupos, nomeadamente daqueles com um ou poucos participantes, recomenda uma interpretação cautelosa destes resultados.

No que respeita ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionavam como doentes apresentaram níveis médios de solidão superiores ($M = 33,00$; $DP = 8,28$) aos dos participantes que se consideravam saudáveis ($M = 26,69$; $DP = 8,17$). Embora esta diferença não tenha atingido significância estatística, o valor obtido ($p = 0,056$) evidencia uma tendência próxima do limiar convencional de significância, sugerindo que uma pior perceção do estado de saúde poderá estar associada a níveis mais elevados de solidão.

Por último, relativamente à autonomia, os participantes com menor autonomia apresentaram níveis médios de solidão superiores ($M = 32,40$; $DP = 8,88$) quando comparados com aqueles que referiram autonomia elevada ($M = 27,26$; $DP = 8,35$). No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Em síntese, os **resultados sugerem que a perceção de solidão se distribui de forma relativamente homogênea entre os diferentes grupos sociodemográficos analisados**, não se identificando fatores individuais que expliquem diferenças estatisticamente significativas nesta amostra. Ainda assim, a análise descritiva aponta para níveis médios de solidão mais elevados entre os participantes solteiros, aqueles que se percecionam como doentes e os que apresentam menor autonomia, sugerindo que estas características poderão constituir fatores de maior vulnerabilidade. Contudo, a reduzida dimensão de alguns subgrupos e a ausência de significância estatística recomendam prudência na interpretação destes resultados, os quais deverão ser aprofundados em estudos com amostras de maior dimensão.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

A Tabela 5 apresenta os resultados relativos à perceção de violência, considerando as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e o índice total de violência. Todas as dimensões foram avaliadas numa escala de 1 a 4, em que valores mais

elevados indicam uma maior percepção de violência. O índice total considera um ponto de corte definido em valores superiores a 8, a partir do qual se identifica a existência de risco de violência contra a pessoa idosa.

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,32 (DP = 0,34), com valores compreendidos entre 1 e 2,63, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,69; DP = 0,47), com valores mínimos de 1 e máximos de 3, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada foi de 1,23 (DP = 0,34), com um intervalo entre 1 e 2, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,48 (DP = 0,46), com valores que variam entre 1 e 2,75, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,71 (DP = 1,17), com valores mínimos de 4 e máximos de 8,23. 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	1,32	1,69	1,23	1,48	5,71
Erro Desvio	0,34	0,47	0,34	0,46	1,17
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,63	3,00	2,00	2,75	8,23

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 das condições de vida permitiu identificar potenciais grupos mais vulneráveis e orientar estratégias de intervenção ajustadas às suas necessidades.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função do sexo ($t(41) = 0,031$; $p = 0,975$), **escolaridade** ($F(3, 39) = 2,787$; $p = 0,053$), **estado civil** ($F(3, 39) = 1,474$; $p = 0,237$) e **rendimento mensal** ($F(5, 37) = 0,492$; $p = 0,780$). Contudo, no caso da escolaridade, o resultado aproximou-se do limiar convencional de significância e as comparações múltiplas identificaram diferenças entre os participantes com ensino básico e aqueles com ensino secundário ($p = 0,049$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas na maioria das variáveis, a análise descritiva das médias permite identificar algumas tendências relevantes.

Relativamente ao sexo, observaram-se valores médios praticamente idênticos entre homens (M = 5,72; DP = 1,20) e mulheres (M = 5,71; DP = 1,18), não se verificando diferenças relevantes entre os grupos.

No que respeita à escolaridade, os participantes com ensino secundário apresentaram os níveis médios mais elevados de percepção de violência (M = 6,22; DP = 1,33), seguidos dos participantes com ensino superior (M = 5,77; DP = 1,20), dos que não possuíam ensino básico (M = 5,31; DP = 0,53) e dos participantes com ensino

básico ($M = 5,10$; $DP = 0,73$). Embora a ANOVA não tenha atingido significância estatística, as comparações múltiplas evidenciaram diferenças entre os participantes com ensino básico e aqueles com ensino secundário ($p = 0,049$), resultado que deve, contudo, ser interpretado com prudência.

Relativamente ao estado civil, os participantes solteiros apresentaram os níveis médios mais elevados de percepção de violência ($M = 6,79$; $DP = 1,63$), seguindo-se os viúvos ($M = 5,81$; $DP = 1,04$), os divorciados ($M = 5,84$; $DP = 1,36$) e os casados ou em união de facto ($M = 5,35$; $DP = 1,04$). Estes resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que o grupo de participantes solteiros é constituído por apenas três indivíduos.

Quanto ao rendimento mensal, verificou-se uma distribuição relativamente homogênea dos níveis médios de percepção de violência entre os diferentes escalões de rendimento. Os valores mais elevados foram observados entre os participantes com rendimentos compreendidos entre os 1046 e os 1568 euros ($M = 6,08$; $DP = 1,65$), enquanto os participantes com rendimentos inferiores a 500 euros apresentaram os valores médios mais reduzidos ($M = 4,91$; $DP = 0,58$). Contudo, vários escalões incluem um número muito reduzido de participantes, pelo que estes resultados devem ser interpretados com prudência.

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função da idade** ($F(2, 40) = 3,447$; $p = 0,042$), **estado de saúde percebido** ($t(41) = 2,830$; $p = 0,007$) e **autonomia** ($t(41) = 2,637$; $p = 0,012$).

No que respeita à idade, os participantes entre os 65 e os 74 anos apresentaram os níveis médios mais elevados de percepção de violência ($M = 6,11$; $DP = 1,26$), seguindo-se os participantes entre os 75 e os 84 anos ($M = 5,23$; $DP = 0,88$) e os participantes com 85 ou mais anos ($M = 5,18$; $DP = 0,82$). Embora a ANOVA tenha evidenciado diferenças estatisticamente significativas, as comparações múltiplas não identificaram diferenças significativas entre quaisquer pares de grupos etários, sugerindo que o efeito observado resulta da variabilidade global entre os grupos e não de diferenças específicas entre categorias.

Relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionavam como doentes apresentaram níveis médios de percepção de violência significativamente superiores ($M = 6,69$; $DP = 1,33$) aos dos participantes que se consideravam saudáveis ($M = 5,49$; $DP = 1,03$).

Por último, os participantes com menor autonomia apresentaram níveis médios de percepção de violência superiores ($M = 6,93$; $DP = 0,73$) aos daqueles que referiram autonomia elevada ($M = 5,55$; $DP = 1,13$), evidenciando igualmente uma diferença estatisticamente significativa.

Em síntese, os **resultados sugerem que a percepção de violência parece estar mais associada ao estado de saúde percebido e ao nível de autonomia do que às restantes características sociodemográficas analisadas**. Em particular, as **pessoas idosas que se percecionam como doentes e aquelas com menor autonomia evidenciaram níveis significativamente mais elevados de percepção de violência**. Verificou-se igualmente um **efeito global da idade**, embora as comparações entre grupos etários não tenham identificado diferenças específicas. Apesar de algumas tendências descritivas observadas relativamente à escolaridade, ao estado civil e ao rendimento mensal, estas devem ser interpretadas com prudência devido à reduzida dimensão de alguns subgrupos e à ausência de diferenças estatisticamente consistentes. **Estes resultados sugerem que, nesta amostra, fatores relacionados com a condição funcional e de saúde poderão constituir determinantes mais relevantes da percepção de violência do que as características sociodemográficas isoladamente**.

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) constitui uma oportunidade para clarificar o papel do contexto comunitário na mitigação da solidão e do risco de violência, fornecendo informação relevante para políticas públicas e estratégias de intervenção.

A. Percepção de solidão

No que respeita à percepção de solidão, considerando as dimensões de solidão emocional, social e total avaliadas pela escala UCLA, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias**. Os resultados da ANOVA unifatorial indicaram ausência de diferenças significativas nas dimensões da solidão ($F(1, 40) = 0,004$; $p = 0,949$), solidão social ($F(1, 40) = 0,153$; $p = 0,698$) e solidão total ($F(1, 40) = 0,085$; $p = 0,773$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva permite identificar algumas tendências (ver Tabela 6). Na dimensão da solidão emocional, os valores médios foram muito semelhantes entre as pessoas idosas sem participação em respostas sociais comunitárias ($M = 1,80$; $DP = 0,64$) e as participantes na Universidade Sénior ($M = 1,79$; $DP = 0,65$).

Relativamente à solidão social, os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias apresentaram uma média ligeiramente superior ($M = 1,77$; $DP = 0,56$) quando comparados com os participantes da Universidade Sénior ($M = 1,70$; $DP = 0,53$).

Quanto ao índice total de solidão, verificou-se igualmente uma média ligeiramente superior entre os participantes sem participação ($M = 28,46$; $DP = 8,79$), enquanto os participantes da Universidade Sénior registaram uma média inferior ($M = 27,62$; $DP = 8,61$). Contudo, as diferenças observadas entre os grupos foram reduzidas.

Em síntese, **embora não se tenham identificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, observa-se uma ligeira tendência para níveis inferiores de solidão entre os participantes da Universidade Sénior** quando comparados com aqueles que não participam em respostas sociais comunitárias. Ainda que de reduzida magnitude, estes resultados sugerem que a participação em atividades de aprendizagem e convívio poderá contribuir para uma menor percepção de solidão, aspeto que deverá ser aprofundado em estudos com amostras de maior dimensão.

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

Dimensão	US	N
Solidão Emocional	1,79 (0,65)	1,80 (0,64)
Solidão Social	1,70 (0,53)	1,77 (0,56)
Solidão Total	27,62 (8,61)	28,46 (8,79)

Nota. US- Universidade Sénior; N- Nenhuma

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência

Para analisar diferenças na percepção do risco de violência em função da participação em respostas sociais comunitárias (Universidade Sênior vs. ausência de participação), realizou-se uma ANOVA unifatorial, considerando as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e o índice global de violência, avaliados pelo EARVI.

Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(1, 40) = 0,218$; $p = 0,643$), **isolamento social** ($F(1, 40) = 0,610$; $p = 0,439$), **dependência funcional** ($F(1, 40) = 0,302$; $p = 0,586$), **insegurança financeira** ($F(1, 40) = 0,114$; $p = 0,737$) e **índice global de violência** ($F(1, 40) = 0,189$; $p = 0,666$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva permite identificar algumas diferenças de reduzida magnitude entre os grupos (ver Tabela 7). Na dimensão da desconfiança/insegurança nas relações próximas, os participantes da Universidade Sênior apresentaram uma média ligeiramente superior ($M = 1,33$; $DP = 0,37$) à dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,28$; $DP = 0,26$).

Relativamente ao isolamento social, observou-se igualmente uma média ligeiramente mais elevada entre os participantes da Universidade Sênior ($M = 1,72$; $DP = 0,53$), comparativamente aos participantes sem integração ($M = 1,60$; $DP = 0,33$).

Na dimensão da dependência funcional verificou-se a tendência inversa, sendo os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias aqueles que apresentaram a média mais elevada ($M = 1,25$; $DP = 0,34$), face aos participantes da Universidade Sênior ($M = 1,19$; $DP = 0,32$).

Quanto à insegurança financeira, os participantes da Universidade Sênior apresentaram uma média ligeiramente superior ($M = 1,47$; $DP = 0,47$) relativamente aos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,42$; $DP = 0,40$).

Por fim, no índice global de violência, verificou-se uma média ligeiramente superior entre os participantes da Universidade Sênior ($M = 5,72$; $DP = 1,25$), quando comparados com os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 5,55$; $DP = 0,88$).

Em síntese, os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas na percepção do risco de violência em função da participação em respostas sociais comunitárias. **Embora a análise descritiva revele pequenas variações nas diferentes dimensões avaliadas, estas apresentam reduzida magnitude e não permitem concluir que a participação na Universidade Sênior esteja associada a diferenças na percepção do risco de violência nesta amostra.** Assim, os resultados devem ser interpretados com prudência, atendendo à reduzida dimensão da amostra e ao número limitado de participantes em cada grupo.

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

Dimensão	US	N
Desconfiança / Insegurança	1,33 (0,37)	1,28(0,26)
Isolamento Social	1,72 (0,53)	1,60 (0,33)
Dependência Funcional	1,19 (0,32)	1,25 (0,34)
Insegurança Financeira	1,47 (0,47)	1,42 (0,40)
Violência Total	5,72 (1,25)	5,55 (0,88)

Nota. US- Universidade Sênior; 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 respostas sociais comunitárias apresentaram níveis médios ligeiramente mais baixos de solidão percebida ($M = 27,62$; $DP = 8,61$), quando comparadas com aquelas que não participavam em qualquer resposta social comunitária ($M = 28,46$; $DP = 8,79$). Em contrapartida, os participantes integrados apresentaram níveis médios ligeiramente superiores de percepção do risco de violência ($M = 5,72$; $DP = 1,25$), comparativamente aos não integrados ($M = 5,55$; $DP = 0,88$).

Quanto à relação entre a percepção de solidão e a percepção do risco de vitimação por violência, os resultados evidenciam um padrão semelhante nos dois grupos. Entre as pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias observou-se uma correlação positiva, muito forte e estatisticamente significativa entre solidão e percepção do risco de violência ($r = 0,838$; $p = 0,000$), indicando que níveis mais elevados de solidão estão associados a uma maior percepção do risco de vitimação.

No grupo de pessoas idosas não integradas em respostas sociais comunitárias, a correlação entre a solidão e a percepção do risco de violência revelou-se igualmente positiva, forte e estatisticamente significativa, embora de menor magnitude ($r = 0,715$; $p = 0,006$). Este resultado demonstra que, também entre os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias, níveis mais elevados de solidão tendem a associar-se a uma maior percepção do risco de vitimação por violência (ver Tabela 8).

Em síntese, os **resultados sugerem que a integração em respostas sociais comunitárias está associada a níveis médios ligeiramente inferiores de solidão, mas a uma percepção do risco de violência também ligeiramente superior**. Independentemente da participação em respostas sociais comunitárias, verificou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a solidão e a percepção do risco de vitimação por violência, sendo esta relação mais intensa entre os participantes integrados. Estes **resultados sugerem que a solidão constitui um importante fator associado à percepção de vulnerabilidade à violência, independentemente da participação em respostas sociais comunitárias, embora essa associação pareça ser reforçada entre as pessoas idosas que participam nestas respostas**.

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	27,62	8,61	0,838	0,000
	Violência	5,72	1,25		
Não Integrados em RS	Solidão	28,46	8,79	0,715	0,006
	Violência	5,55	0,88		

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 Castelo Branco, os resultados indicam que, globalmente, os **níveis médios de solidão** emocional, social e total se situam **abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante**, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão elevada. A análise em função de características sociodemográficas revelou que nenhuma das variáveis analisadas - sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, perceção do estado de saúde e autonomia - influencia significativamente os níveis de solidão. No entanto os valores descritivos revelaram que os participantes solteiros, os que se percebem como doentes e os que apresentam menor autonomia, relatam níveis mais elevados de solidão, sugerindo que estas características poderão constituir fatores de maior vulnerabilidade. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, estes resultados identificam **grupos prioritários** para vigilância e monitorização, sublinhando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **solteiras, com pior perceção do estado de saúde e menor autonomia**.

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 na dimensão Índice de violência total, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A perceção de violência não difere significativamente quanto a sexo, escolaridade, estado civil e rendimento mensal, mas associa-se à idade (embora as comparações entre grupos etários não tenham identificado diferenças específicas), perceção do estado de saúde e autonomia: as pessoas idosas que se percebem como doentes e mais dependentes percebem níveis mais elevados de violência, destacando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e intervenção. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados permitem identificar **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente **pessoas com pior perceção do estado de saúde e maior dependência**, destacando a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a estas situações de maior risco.

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias**, os resultados demonstraram que entre pessoas não institucionalizadas, a participação em respostas sociais estruturadas não exerce efeito no nível de solidão, porém, registou-se uma tendência ainda que ligeira, para níveis inferiores de solidão entre os participantes da Universidade Sénior quando comparados com aqueles que não participam em respostas sociais comunitárias. A perceção de violência também não difere significativamente em função da integração em respostas sociais comunitárias e, embora também se tenha observado variabilidade nos resultados das dimensões avaliadas, a sua reduzida magnitude não permite concluir que a participação na Universidade Sénior esteja associada a diferenças na perceção do risco de violência nesta amostra. Importa sublinhar que atendendo à reduzida dimensão da amostra e ao número limitado de participantes em cada grupo, os resultados devem ser interpretados com prudência.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência em pessoas idosas não institucionalizadas, com e sem integração em respostas sociais comunitárias**, foi registado um padrão idêntico nestes grupos com a existência de uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a solidão e a percepção do risco de vitimação por violência, sendo esta relação mais intensa entre os participantes integrados. **Estes resultados sugerem que a solidão constitui um importante fator associado à percepção de vulnerabilidade à violência, independentemente da participação em respostas sociais comunitárias**, evidenciando 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+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do município de Castelo Branco. 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 pior percepção do estado de saúde e com menor autonomia funcional, 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 pelo elevado isolamento no domicílio dos participantes, dos quais 42,9% vivem sozinhos e a grande maioria (88,1%) não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), sendo que entre os beneficiários o apoio se reduz quase exclusivamente ao fornecimento de refeições (2,4%).

Estes indicadores demonstram que residir na comunidade (97,7%), sobretudo em meio urbano (71,4%) e em apartamento (64,3%), não anula o risco. A vulnerabilidade acentua-se no domicílio, onde a solidão se associa significativamente à percepção do risco de violência, com particular intensidade entre os participantes integrados em respostas comunitárias. Assim, a vivência em solidão, a degradação da saúde percebida e a perda de autonomia surgem como os principais fatores de risco em Castelo Branco, exigindo a implementação de estratégias municipais focadas no reforço, na ampliação e diversificação do apoio domiciliário e na promoção da segurança relacional.

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 com maior vulnerabilidade, designadamente pessoas idosas solteiras, com pior percepção do seu estado de saúde e com menor autonomia funcional. Para as pessoas idosas que avaliam negativamente a sua saúde ou apresentam limitações na autonomia, sugere-se a criação de programas de apoio psicossocial e acompanhamento de saúde mental integrados nos cuidados de saúde primários, promovendo a manutenção da capacidade funcional e o bem-estar percetivo.

Relativamente à percepção de violência, sugere-se a capacitação para a segurança relacional, literacia sobre direitos e prevenção do isolamento, com especial atenção às pessoas idosas que se percebem como doentes e mais dependentes, as quais reportam maior percepção de risco de violência (com destaque para a dimensão de isolamento social). O objetivo passa por capacitar as pessoas idosas com ferramentas acessíveis e canais expeditos de sinalização de coação, negligência ou abuso, reforçando a sua autodeterminação e o acesso informado à rede municipal de proteção.

De forma integrada, a associação positiva e significativa entre a solidão e a percepção do risco de violência, registada quer nas pessoas idosas integradas quer nas não integradas em respostas comunitárias, e de forma mais intensa nos primeiros, demonstra que a solidão é um marcador crítico de vulnerabilidade e de percepção de insegurança interpessoal. Justifica-se, assim, a implementação de estratégias que articulem o combate à solidão com ações diretas de promoção da segurança e proteção no domicílio, garantindo que a participação comunitária seja acompanhada por um ambiente relacional seguro.

Recomendações dirigidas às famílias

No âmbito da solidão, considera-se fundamental sensibilizar os agregados familiares para a prestação de um apoio afetivo ativo e constante. Uma vez que 38,1% dos participantes vivem com parceiro/a e 11,9% coabitam com filhos ou outros familiares, reforça-se que a mera partilha do espaço habitacional não garante proteção contra a solidão subjetiva ou emocional. Paralelamente, sugere-se a criação de rotinas de contacto, proximidade e dinâmicas intergeracionais junto dos 42,9% de pessoas idosas que vivem totalmente sozinhas no concelho, prevenindo o isolamento prolongado e o sentimento de abandono.

Quanto à perceção de violência, face ao facto de 88,1% dos participantes não usufruírem de SAD (e a oferta existente se limitar a refeições), recomenda-se o reforço de programas locais e municipais de descanso do cuidador e de mediação familiar, de modo a prevenir a exaustão das famílias cuidadoras. Adicionalmente, devem promover-se ações de informação e sensibilização sobre a preservação da autodeterminação, gestão de bens e salvaguarda dos direitos da pessoa idosa, prevenindo potenciais cenários de conflito, negligência ou abuso patrimonial.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se a implementação de planos de acompanhamento e suporte familiar articulados com as equipas locais de ação social e saúde. As famílias devem ser capacitadas para identificar a solidão e o retraimento social como sinais precursores de maior vulnerabilidade à violência e insegurança, promovendo canais abertos de comunicação intra-familiar que assegurem um ambiente doméstico verdadeiramente protetor.

Recomendações dirigidas à comunidade

No domínio da solidão, recomenda-se a consolidação, diversificação e descentralização das respostas comunitárias no concelho. Embora cerca de 69,1% da amostra participe em atividades comunitárias (com forte predomínio da Universidade Sénior, 66,7%), importa criar alternativas inclusivas para os 31,0% que não frequentam qualquer estrutura, bem como adaptar a oferta existente a perfis com menor autonomia física ou pior estado de saúde. Sugere-se ainda qualificar as estruturas atuais (como as Universidades Seniores), integrando espaços de escuta ativa, apoio psicológico e grupos de entreaajuda nas suas rotinas regulares.

Relativamente à violência, propõe-se a criação de redes comunitárias de vigilância solidária e de proximidade adaptadas ao contexto habitacional urbano e rural de Castelo Branco (onde 64,3% residem em apartamentos e 35,7% em vivendas isoladas ou com vizinhos). Esta abordagem visa capacitar os agentes locais, vizinhos, condomínios, comércio de proximidade, farmácias, Juntas de Freguesia e forças de segurança (PSP/GNR), para a deteção precoce de situações de isolamento, perda súbita de autonomia ou indícios de vulnerabilidade.

De forma articulada, recomenda-se que o Município de Castelo Branco promova uma estratégia integrada de proteção e bem-estar através da criação de um Plano Municipal de Combate ao Isolamento e Mitigação do Risco na Pessoa Idosa. Este plano deve articular a rede social local, os serviços de saúde, as IPSS e o policiamento comunitário, transformando as respostas sociais e o espaço público em polos de acolhimento e vigilância ativa contra o risco psicossocial.

Recomendações dirigidas aos profissionais

Ao nível da solidão, recomenda-se a formação contínua e intersectorial das equipas de saúde e de ação social. Os profissionais devem ser dotados de competências para diagnosticar precocemente a solidão subjetiva (especialmente em pessoas idosas solteiras, com pior perceção de saúde ou fraca autonomia) e formalizar o seu encaminhamento para respostas comunitárias, culturais, desportivas ou de voluntariado adequadas à sua condição funcional.

Relativamente à violência, sugere-se a capacitação dos profissionais para a aplicação de ferramentas céleres de triagem e avaliação do risco de abuso, violência e negligência. Face à escassez de apoio formal no domicílio (com o SAD focado quase só em refeições) e à reduzida prestação de informação sobre rendimentos por grande parte da amostra (51,2% de omissões), as equipas multidisciplinares devem adotar protocolos pró-ativos para sinalizar e intervir em casos de fragilidade socioeconómica, dependência física e isolamento relacional.

Na articulação entre ambos os fenómenos, recomenda-se a consolidação e generalização do modelo de Gestão de Caso para o acompanhamento de situações complexas de isolamento e dependência no domicílio. Através de um trabalho de rede fluído entre a autarquia, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES/ULS), IPSS/Misericórdias e forças de segurança, os profissionais devem desenhar e executar planos individuais de acompanhamento, garantindo que a solidão e a perda de autonomia não evoluam para cenários graves de vitimação, insegurança ou institucionalização evitável.

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

Tabela 9. Principais recomendações para o concelho de Castelo Branco

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Maior vulnerabilidade em pessoas solteiras, com pior perceção do estado de saúde e menor autonomia funcional. Elevado isolamento no domicílio (42,9% vivem sós).	Reduzir a solidão nos subgrupos de maior vulnerabilidade e promover a saúde mental e o acompanhamento psicossocial.	Implementar acompanhamento psicossocial e de saúde mental integrado nos cuidados de saúde primários para pessoas idosas com pior perceção de saúde e menor autonomia; criar programas de acompanhamento e suporte relacional direcionados a pessoas idosas solteiras.
	Violência	Níveis globais baixos; maior perceção de risco associada a pior saúde, menor autonomia e isolamento social.	Promover a literacia de direitos, a autodeterminação e a prevenção da vitimação em pessoas idosas dependentes.	Realizar ações de capacitação e literacia em direitos e segurança adaptadas às pessoas idosas mais dependentes e com pior saúde; dotá-las de ferramentas acessíveis e canais diretos para sinalizar situações de coação, negligência ou abuso.
	Solidão e Violência	Associação positiva entre solidão e perceção de risco de violência em pessoas idosas integradas e não integradas (mais intensa nos integrados).	Promover a inclusão comunitária segura e articular o combate à solidão com a segurança no domicílio.	Implementar programas integrados de apoio psicossocial; assegurar acompanhamento individualizado; monitorizar sistematicamente situações de risco; reforçar competências pessoais, autonomia e resiliência
Famílias	Solidão	42,9% dos participantes vivem sós e 57,1% coabitam (parceiro/a ou familiares), demonstrando que a partilha habitacional não anula a solidão subjetiva.	Sensibilizar as famílias para o apoio afetivo ativo e reforçar o contacto com as pessoas idosas sós.	Sensibilizar as famílias para a distinção entre suporte logístico e afetivo, promovendo dinâmicas intergeracionais, rotinas de contacto com pessoas idosas sós, formação em cuidados e mediação de conflitos
	Violência	Baixa cobertura de apoio formal (88,1% sem SAD; 2,4% só com refeições), aumentando o risco de sobrecarga familiar.	Prevenir o desgaste do cuidador informal e proteger a autonomia, autodeterminação e recursos da pessoa idosa.	Reforçar serviços de descanso do cuidador e sensibilizar as famílias para a prevenção do abuso económico, negligência e respeito pela autodeterminação.

	Solidão e Violência	A solidão e a sensação de insegurança relacional manifestam-se no domicílio na ausência de acompanhamento técnico estruturado e contínuo.	Capacitar as famílias para identificar a solidão e o isolamento como sinais precursores de maior vulnerabilidade e risco de violência.	Implementar programas de suporte familiar estruturado, promovendo o acompanhamento conjunto com profissionais e o fortalecimento de redes formais e informais de apoio.
Comunidade	Solidão	Elevada taxa de integração em atividades comunitárias (69,1%, sobretudo na Universidade Sénior: 66,7%), mas persistência de 31,0% de pessoas idosas não integradas em qualquer resposta social.	Reforçar a sinalização do isolamento e otimizar a oferta comunitária no combate à solidão.	Desenvolver estratégias de busca ativa para atrair os 31,0% de pessoas idosas não integradas; qualificar a oferta da Universidade Sénior e estruturas similares, integrando momentos formais de escuta ativa, apoio psicológico e grupos de entreajuda nas suas rotinas.
	Violência	O contexto urbano (71,4%) e as tipologias habitacionais dominantes (apartamentos e vivendas) tendem a invisibilizar o isolamento e a vulnerabilidade.	Mobilizar as redes de vizinhança e o território para criar sistemas de proximidade e sinalização precoce de vulnerabilidades.	Criar redes comunitárias de vigilância solidária adaptadas aos contextos habitacionais do concelho, capacitando comerciantes locais, vizinhos, condomínios, farmácias, Juntas de Freguesia e forças de segurança (PSP/GNR) para a sinalização de situações de risco.
	Solidão e Violência	A solidão constitui um marcador crítico de vulnerabilidade à violência, exigindo uma resposta local integrada.	Implementar uma estratégia municipal para a segurança, proteção e integração da pessoa idosa.	Implementar um Plano Municipal de Combate ao Isolamento e Mitigação do Risco na Pessoa Idosa, articulando a autarquia, a rede de saúde, as IPSS e o policiamento de proximidade para transformar a comunidade num espaço protetor.
Profissionais	Solidão	Dificuldade em identificar a solidão subjetiva na comunidade, sobretudo em pessoas idosas sós, com menor autonomia ou pior estado de saúde.	Reforçar as competências diagnósticas e de intervenção das equipas técnicas.	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social; proporcionar formação técnica para a aplicação de instrumentos validados, como as escalas de solidão.
	Violência	Escassez de apoio formal no domicílio (88,1% sem SAD) e elevada taxa de omissão/desconhecimento de rendimentos (51,2%), dificultando a deteção de abusos e fragilidades socioeconómicas.	Aumentar a eficácia da resposta profissional através da 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 solidão, isolamento domiciliário e perda de autonomia na potenciação do risco de vitimação.	Consolidar modelos de acompanhamento individualizado e de articulação intersectorial contínua em rede.	Adotar o modelo de Gestão de Caso em situações complexas de isolamento e promover reuniões sistemáticas de trabalho em rede (Autarquia, Saúde, IPSS e Forças de Segurança) para acompanhamento 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)