



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

**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**

julho 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística.....	10
3.6. Considerações Éticas	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	16
4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	18
4.4. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	20
4.5. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	23
Considerações finais	25
Recomendações	27
Referências.....	30
Anexo	36

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.....	17
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	19
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	20
Tabela 8. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	21
Tabela 9. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	23
Tabela 10. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	24
Tabela 11. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	24
Tabela 12. Principais recomendações para o conselho do Cartaxo.....	29

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 Cartaxo. 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 pessoas idosas solitárias apresentam maior risco de doenças cardiovasculares e um declínio funcional mais acelerado (Yilmaz et al., 2022).

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

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

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

2. Objetivos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

O presente estudo assume um desenho observacional, transversal e de natureza quantitativa, tendo como objetivo caracterizar as percepções de solidão e de risco de violência na população idosa do concelho do Cartaxo. 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 do Cartaxo, 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 50 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho do Cartaxo. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 37$; 74%), em comparação com o sexo masculino ($n = 13$; 26%). As idades dos participantes variam entre os 67 e os 100 anos, apresentando uma média de 81,64 anos ($DP = 7,99$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 27$; 54%), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n = 14$; 28%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 27$; 54%) ou não possui o ensino básico ($n = 12$; 24%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, os participantes encontram-se divididos entre viver em **zona rural** ($n = 26$; 52%) e **zona urbana** ($n = 24$; 48%). **Residem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** ($n = 26$; 52%) e em **habitação própria ou de familiares** ($n = 24$; 48%).

Relativamente ao rendimento mensal, metade dos participantes optou por não responder ($n = 25$; 50%). Entre os que responderam, verifica-se que 20% ($n = 10$) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, evidenciando uma **situação económica relativamente fragilizada**.

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 1,64 ($DP = 0,49$), indicando uma **percepção intermédia tendencialmente positiva**. Quanto à autonomia, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,48 ($DP = 0,51$), sugerindo uma **percepção intermédia tendencialmente negativa**.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	13	26,0
	Feminino	37	74,0
Idade (anos)	Intervalo	67-100	—
	Média (DP)	81,64 (7,99)	—
Idade (por grupo)	65-74	12	24,0
	75-84	18	36,0
	85-100	20	40,0
Estado Civil	Solteiro/a	5	10,0
	Casado(a)/União de Facto	14	28,0
	Divorciado/a	4	8,0
	Viúvo/a	27	54,0
Escolaridade	Sem Ensino Básico	12	24,0
	Com Ensino Básico	27	54,0
	Com Ensino Secundário	7	14,0
	Com Ensino Superior	4	8,0
Zona de Residência	Rural	26	52,0
	Urbano	24	48,0

Local de Residência	Casa Própria/Familiars	24	48,0
	ERPI	26	52,0
Rendimento Mensal	- 500 euros	4	8,0
	de 501 a 870 euros	10	20,0
	de 871 a 1045 euros	4	8,0
	de 1046 a 1568 euros	4	8,0
	+ de 1569 euros	3	6,0
	Prefiro não responder	25	50,0
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,64 (0,49)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,48 (0,51)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, **48%** dos participantes reside em **habitação própria ou de familiares** (n = 24). Destes, 41,7% vivem sozinhos (n = 10) e 41,7% vivem com parceiro/a (n = 10), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 13; 26%). 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 = 17; 70,8%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de refeições, limpeza e outra(s) (n = 2; 8,3%).

Quanto à **integração em respostas sociais de proximidade**, 75% participam em atividades como centros de dia, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, estas ocorrem maioritariamente seis a sete vezes por semana (n = 7; 29,2%).

Cerca de metade da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (n = 26; 52%). Destes, 80,8% (n = 21) participam em atividades culturais, 15,4% (n = 4) em atividades de lazer e 3,8% (n = 1) participa em atividades desportivas, estas ocorrem maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 21; 80,8%).

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-Familiars	Com Quem Vive	Sozinho/a	10	41,7
		Com parceiro/a	10	41,7
		Com Filho/a	3	12,5
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	1	4,2
		Omisso	26	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	9	37,5
		Vivenda isolada	2	8,3
		Vivenda com vizinhos	13	54,2
		Omisso	26	—
	SAD	Não	17	70,8
		Sim	7	29,2
		Omisso	26	—
	SAD- Tipo	Outro(s)	1	4,2
		Nenhuma	17	70,8
		Refeições e Limpeza	1	4,2

		Refeições e Roupas	1	4,2
		Limpeza e Roupas	1	4,2
		Refeições, Limpeza e Roupas	1	4,2
		Refeições, Limpeza e Outra(s)	2	8,3
		Omisso	26	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	4	16,7
		Universidade Sénior	3	12,5
		Outra(s)	11	45,8
		Nenhuma	6	25,0
		Omisso	26	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	4	16,7
		3 a 5 vezes por semana	5	20,8
		6 a 7 vezes por semana	7	29,2
		Nenhuma	8	33,3
		Omisso	26	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	21	80,8
		Atividades desportivas	1	3,8
		Atividades de lazer	4	15,4
		Omisso	24	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	5	19,2
		3 a 5 vezes por semana	21	80,8
		Omisso	24	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

4. Resultados

4.1. Percepção de Solidão

A. Níveis de percepção de solidão

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

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 1,84 (DP = 0,82), com valores compreendidos entre 1 e 3,6, 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 1,87 (DP = 0,63), com um intervalo entre 1 e 3,45, evidenciando **valores ligeiramente superiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 29,76 (DP = 10,68), com valores mínimos de 16 e máximos de 56. 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	1,84	1,87	29,76
Erro Desvio	0,82	0,63	10,68
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,60	3,45	56,00

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 do sexo ($t(48) = 1.062$; $p = 0,294$), **escolaridade** ($F(3, 46) = 1,131$; $p = 0,346$), **estado civil** ($F(3, 46) = 2,524$; $p = 0,069$), **estado de saúde percebido** ($t(48) = -0,101$; $p = 0,920$) e **autonomia** ($t(48) = -0,893$; $p = 0,376$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. Os homens apresentaram níveis médios de solidão superiores aos das mulheres ($M = 32,46$; DP = 8,91 vs. $M = 28,81$; DP = 11,19), sendo que os primeiros registaram valores ligeiramente acima do ponto de corte para solidão clinicamente relevante.

Relativamente à escolaridade, os níveis médios mais elevados de solidão observaram-se entre os participantes com ensino básico ($M = 32,19$; DP = 10,81), seguidos daqueles com ensino secundário ($M = 28,57$; DP = 9,18) e sem ensino básico ($M = 26,67$; DP = 10,03). Os participantes com ensino superior apresentaram os valores

médios mais reduzidos ($M = 24,75$; $DP = 13,57$), sugerindo uma tendência para níveis inferiores de solidão entre os indivíduos com maior escolaridade, embora sem significância estatística.

Quanto ao estado civil, verificou-se uma distribuição relativamente heterogénea dos níveis de solidão entre os diferentes grupos, ainda que sem diferenças estatisticamente significativas. Os valores médios mais elevados foram observados nos participantes casados ou em união de facto ($M = 34,71$; $DP = 11,01$) e nos divorciados ($M = 34,25$; $DP = 8,92$), seguindo-se os viúvos ($M = 27,89$; $DP = 10,64$). Os participantes solteiros apresentaram os níveis médios mais baixos de solidão ($M = 22,40$; $DP = 3,13$). Embora o valor de significância ($p = 0,069$) se aproxime do limiar convencional, estes resultados devem ser interpretados com cautela.

Relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes que percecionavam o seu estado de saúde como doentes apresentaram níveis médios de solidão muito semelhantes aos daqueles que se consideravam saudáveis ($M = 29,56$; $DP = 9,68$ vs. $M = 29,88$; $DP = 11,35$), não se observando diferenças relevantes nesta variável.

Quanto à autonomia, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Ainda assim, os participantes que se percecionaram como autónomos apresentaram níveis médios de solidão ligeiramente superiores ($M = 31,17$; $DP = 11,90$) aos participantes com menor autonomia ($M = 28,46$; $DP = 9,46$). Dado que esta diferença não atingiu significância estatística, a sua interpretação deve ser efetuada com cautela.

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função da idade** ($F(2, 47) = 10,541$; $p = 0,000$), do **rendimento mensal** ($F(5, 44) = 3,774$; $p = 0,006$) e do **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ($t(37,608) = 4,547$; $p = 0,000$).

Relativamente à idade, os participantes entre os 75 e os 84 anos apresentaram os níveis médios mais elevados de solidão ($M = 35,50$; $DP = 10,79$), seguidos daqueles com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos ($M = 33,00$; $DP = 11,82$), ambos acima do ponto de corte para solidão clinicamente relevante. Em contraste, os participantes com 85 ou mais anos apresentaram os níveis médios mais reduzidos ($M = 22,65$; $DP = 4,22$). As comparações múltiplas revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos dos 65-74 anos e dos 85 ou mais anos ($p = 0,009$), bem como entre os participantes dos 75-84 anos e os dos 85 ou mais anos ($p < 0,001$).

Relativamente ao rendimento mensal, observaram-se diferenças estatisticamente significativas na perceção de solidão. Os participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros apresentaram os níveis médios mais elevados de solidão ($M = 39,60$; $DP = 11,80$), seguindo-se aqueles com rendimentos inferiores a 500 euros ($M = 32,75$; $DP = 10,08$), entre 1046 e 1568 euros ($M = 32,00$; $DP = 10,86$) e entre 871 e 1045 euros ($M = 31,00$; $DP = 8,83$). Os participantes com rendimentos superiores a 1569 euros registaram os níveis médios mais baixos de solidão ($M = 20,00$; $DP = 3,46$), seguidos daqueles que preferiram não responder à questão do rendimento ($M = 25,96$; $DP = 8,52$). As comparações múltiplas identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros e aqueles com rendimentos superiores a 1569 euros ($p = 0,043$), bem como entre os participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros e os que preferiram não responder ($p = 0,005$).

Relativamente ao local de residência, os participantes que residiam em casa própria ou de familiares apresentaram níveis médios significativamente superiores de solidão ($M = 35,88$; $DP = 10,91$), situando-se acima do ponto de corte para solidão clinicamente relevante. Em contraste, os residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) registaram níveis médios significativamente inferiores ($M = 24,12$; $DP = 6,70$), abaixo desse limiar.

Em síntese, os resultados evidenciam que a percepção de solidão, nesta amostra, se encontra mais associada à idade, ao rendimento mensal e ao contexto residencial do que às restantes características sociodemográficas analisadas. Em particular, **os participantes com idades entre os 65 e os 84 anos, com menores rendimentos e residentes na comunidade apresentaram níveis médios de solidão mais elevados**, enquanto os participantes com 85 ou mais anos, os residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e aqueles com rendimentos mais elevados registaram níveis inferiores.

No seu conjunto, **estes resultados sugerem que fatores contextuais, como a disponibilidade de recursos económicos e o contexto residencial, poderão desempenhar um papel relevante na experiência de solidão**, influenciando as oportunidades de participação social, o acesso a redes de apoio e a frequência das interações sociais. Do mesmo modo, **os níveis inferiores de solidão observados entre os participantes mais longevos poderão refletir a influência de processos de adaptação ao envelhecimento e/ou de um maior apoio formal e informal**, embora estas interpretações devam ser encaradas com prudência, uma vez que outros fatores individuais e contextuais poderão também contribuir para os padrões observados.

Globalmente, estes resultados reforçam a importância de desenvolver estratégias municipais orientadas para a prevenção da solidão, privilegiando o reforço das redes de suporte social, a promoção da participação em atividades comunitárias e o acompanhamento das pessoas idosas que vivem na comunidade e que apresentem maior vulnerabilidade social e económica.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

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

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,37 (DP = 0,41), 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 = 1,77; DP = 0,61), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,4, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,64 (DP = 0,40), com um intervalo entre 1 e 2,75, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,47 (DP = 0,52), com valores que variam entre 1 e 3,25, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 6,24 (DP = 1,40), com valores mínimos de 4,5 e máximos de 10,25. 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	1,37	1,77	1,64	1,47	6,24
Erro Desvio	0,41	0,61	0,40	0,52	1,40
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,50
Máximo	2,63	3,40	2,75	3,25	10,25

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função do sexo ($t(48) = 1,574$; $p = 0,122$), **escolaridade** ($F(3, 46) = 0,696$; $p = 0,559$), **estado civil** ($F(3, 46) = 0,167$; $p = 0,918$), **rendimento mensal** ($F(5, 44) = 1,955$; $p = 0,104$), **estado de saúde percebido** ($t(48) = -1,351$; $p = 0,183$) e **autonomia** ($t(48) = -1,060$; $p = 0,294$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. Os homens apresentaram níveis médios ligeiramente superiores de percepção de violência ($M = 6,76$; $DP = 1,69$) comparativamente às mulheres ($M = 6,06$; $DP = 1,26$).

Relativamente à escolaridade, os participantes com ensino secundário apresentaram os níveis médios mais elevados de percepção de violência ($M = 6,56$; $DP = 1,60$), seguidos dos participantes com ensino básico ($M = 6,41$; $DP = 1,52$). Os participantes com ensino superior ($M = 5,84$; $DP = 1,23$) e sem ensino básico ($M = 5,83$; $DP = 1,04$) apresentaram os valores médios mais reduzidos, embora estas diferenças não tenham atingido significância estatística.

Quanto ao estado civil, verificou-se uma distribuição relativamente homogênea dos níveis de percepção de violência entre os diferentes grupos. Os participantes divorciados apresentaram os valores médios mais elevados ($M = 6,53$; $DP = 1,35$), seguidos dos casados ou em união de facto ($M = 6,37$; $DP = 1,11$) e dos viúvos ($M = 6,18$; $DP = 1,64$), enquanto os participantes solteiros registaram os valores médios mais reduzidos ($M = 5,97$; $DP = 0,90$). Contudo, estas diferenças revelaram-se pouco expressivas e não foram estatisticamente significativas.

Relativamente ao rendimento mensal, observaram-se níveis médios mais elevados de percepção de violência entre os participantes com rendimentos compreendidos entre 871 e 1045 euros ($M = 7,34$; $DP = 2,06$), seguidos daqueles com rendimentos entre 501 e 870 euros ($M = 6,90$; $DP = 1,53$) e entre 1046 e 1568 euros ($M = 6,58$; $DP = 1,33$). Em contraste, os participantes com rendimentos superiores a 1569 euros apresentaram os níveis médios mais reduzidos ($M = 4,88$; $DP = 0,33$), seguidos daqueles com rendimentos inferiores a 500 euros ($M = 5,81$; $DP = 0,97$). Estes resultados devem, no entanto, ser interpretados com prudência, particularmente devido à reduzida dimensão de alguns grupos.

Quanto ao estado de saúde percebido, os participantes que se consideravam saudáveis apresentaram níveis médios de percepção de violência ligeiramente superiores ($M = 6,44$; $DP = 1,48$) àqueles que percecionavam o seu estado de saúde como doente ($M = 5,89$; $DP = 1,20$). Do mesmo modo, os participantes com autonomia preservada apresentaram níveis médios ligeiramente superiores ($M = 6,46$; $DP = 1,61$) aos participantes com

menor autonomia ($M = 6,04$; $DP = 1,17$). Contudo, em ambos os casos, as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas.

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função da idade** ($F(2, 47) = 4,092$; $p = 0,023$) e **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ($t(38,409) = 3,089$; $p = 0,004$).

Relativamente à idade, os participantes entre os 75 e os 84 anos apresentaram os níveis médios mais elevados de percepção de violência ($M = 6,68$; $DP = 1,56$), seguindo-se os participantes entre os 65 e os 74 anos ($M = 6,67$; $DP = 1,60$). Os participantes com 85 ou mais anos registaram os valores médios mais reduzidos ($M = 5,59$; $DP = 0,81$). As comparações múltiplas identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes dos 75-84 anos e os participantes com 85 ou mais anos ($p = 0,042$).

Relativamente ao local de residência, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que residiam em casa própria ou de familiares e aqueles que viviam em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Os primeiros apresentaram níveis médios significativamente superiores de percepção de violência ($M = 6,84$; $DP = 1,55$), enquanto os residentes em ERPI registaram valores médios inferiores ($M = 5,69$; $DP = 0,99$).

Em síntese, os **resultados evidenciam que a percepção de violência, nesta amostra, se encontra mais associada à idade e ao contexto residencial do que às restantes características sociodemográficas analisadas**. Em particular, os participantes com idades entre os 65 e os 84 anos e aqueles que residiam na comunidade apresentaram níveis médios mais elevados de percepção de violência, enquanto os participantes com 85 ou mais anos e os residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) registaram valores inferiores.

No seu conjunto, **estes resultados sugerem que a percepção de vulnerabilidade à violência poderá ser influenciada por fatores contextuais, nomeadamente pelo contexto residencial e pelas redes de apoio disponíveis**. A menor percepção de violência observada entre os residentes em ERPI poderá refletir o efeito de uma maior supervisão, acompanhamento institucional e contacto quotidiano com profissionais e outros residentes. De igual modo, os níveis inferiores observados entre os participantes mais longevos poderão estar associados a diferenças nas redes de suporte, nos contextos de residência ou a processos de adaptação ao envelhecimento. Contudo, estas interpretações devem ser encaradas com cautela, uma vez que outros fatores individuais e contextuais poderão igualmente contribuir para as associações observadas.

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

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

A. Percepção de solidão em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Com o objetivo de analisar a influência do contexto residencial na percepção de solidão, compararam-se os níveis de solidão emocional, solidão social e solidão total entre pessoas idosas residentes na comunidade (casa própria ou de familiares) e pessoas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), recorrendo ao teste t para amostras independentes.

Os resultados evidenciaram **diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em todas as dimensões avaliadas: solidão emocional** ($t(39,133) = 4,248$; $p = 0,000$), **solidão social** ($t(38,002) = 4,401$; $p = 0,000$) e **solidão total** ($t(37,608) = 4,547$; $p = 0,000$).

Relativamente à solidão emocional, as pessoas idosas residentes em casa própria ou com familiares apresentaram níveis médios significativamente superiores ($M = 2,28$; $DP = 0,84$) aos observados entre os residentes em ERPI ($M = 1,42$; $DP = 0,55$).

Na solidão social verificou-se igualmente um padrão semelhante, com os participantes residentes na comunidade a registarem valores médios mais elevados ($M = 2,22$; $DP = 0,65$), comparativamente aos residentes em ERPI ($M = 1,55$; $DP = 0,40$).

Também no índice global de solidão os participantes residentes em casa própria ou com familiares apresentaram níveis médios de solidão significativamente superiores ($M = 35,88$; $DP = 10,91$), ultrapassando o ponto de corte para solidão clinicamente relevante, enquanto os residentes em ERPI registaram uma média substancialmente inferior ($M = 24,12$; $DP = 6,70$), abaixo desse limiar (ver Tabela 6).

Em síntese, **os resultados evidenciam que as pessoas idosas residentes na comunidade apresentam níveis significativamente superiores de solidão emocional, social e global** quando comparadas com os residentes em ERPI. Estes resultados sugerem que o **contexto residencial poderá desempenhar um papel importante na experiência de solidão**, sendo possível que a convivência quotidiana, a participação em atividades organizadas e o acompanhamento permanente característicos das ERPI contribuam para uma menor perceção de solidão. Contudo, esta interpretação deve ser efetuada com prudência, uma vez que outros fatores individuais, familiares e sociais poderão também influenciar as diferenças observadas entre os grupos.

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

	Solidão Emocional		Solidão Social		Solidão Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	2,28	1,42	2,22	1,55	35,88	24,12
Erro Desvio	0,84	0,55	0,65	0,40	10,91	6,70

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Perceção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Com o objetivo de analisar a influência do contexto residencial na perceção do risco de violência, compararam-se as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e o índice global de violência entre pessoas idosas residentes na comunidade (casa própria ou de familiares) e pessoas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), recorrendo ao teste t para amostras independentes.

Os **resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas** ($t(34,353) = 2,806$; $p = 0,008$), **isolamento social** ($t(35,291) = 4,187$; $p = 0,000$) e **violência total** ($t(38,409) = 3,089$; $p = 0,004$). Em contrapartida, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de dependência funcional** ($t(48) = -0,700$; $p = 0,487$) e **insegurança financeira** ($t(48) = 1,945$; $p = 0,058$).

Na dimensão de desconfiança/insegurança nas relações próximas, os participantes residentes em casa própria ou de familiares apresentaram níveis médios significativamente superiores ($M = 1,53$; $DP = 0,48$) aos registados pelos residentes em ERPI ($M = 1,22$; $DP = 0,26$).

Também na dimensão do isolamento social se observaram diferenças significativas, com os participantes residentes na comunidade a apresentarem níveis médios mais elevados ($M = 2,10$; $DP = 0,66$) do que os residentes em ERPI ($M = 1,46$; $DP = 0,37$).

Relativamente à dependência funcional, os valores médios foram semelhantes entre os dois grupos, verificando-se uma ligeira superioridade entre os residentes em ERPI ($M = 1,67$; $DP = 0,39$) comparativamente aos residentes na comunidade ($M = 1,59$; $DP = 0,42$), não se observando diferenças estatisticamente significativas.

Na dimensão da insegurança financeira, os participantes residentes na comunidade apresentaram níveis médios superiores ($M = 1,61$; $DP = 0,55$) aos residentes em ERPI ($M = 1,34$; $DP = 0,46$). Embora esta diferença não tenha atingido significância estatística ($p = 0,058$), observa-se uma tendência próxima do nível convencional de significância, sugerindo que esta dimensão poderá merecer aprofundamento em estudos futuros com amostras de maior dimensão.

No índice global de violência verificaram-se igualmente diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os participantes residentes em casa própria ou de familiares apresentaram níveis médios de perceção de violência superiores ($M = 6,84$; $DP = 1,55$), comparativamente aos residentes em ERPI ($M = 5,69$; $DP = 0,99$) (ver Tabela 7).

Em síntese, **os resultados indicam que as pessoas idosas residentes na comunidade apresentam níveis significativamente mais elevados de perceção de violência global, bem como de desconfiança/insegurança nas relações próximas e isolamento social, quando comparadas com os residentes em ERPI**. Em contrapartida, não se observaram diferenças significativas ao nível da dependência funcional e da insegurança financeira, embora nesta última dimensão se tenha verificado uma tendência para valores superiores entre os participantes residentes na comunidade. Globalmente, estes **resultados sugerem que o contexto residencial poderá influenciar a perceção de vulnerabilidade à violência**, sendo possível que o acompanhamento institucional, a supervisão regular e a maior proximidade de redes formais de apoio presentes nas ERPI contribuam para uma menor perceção do risco. Contudo, estas interpretações devem ser realizadas com prudência, uma vez que outros fatores individuais, familiares e sociais poderão igualmente explicar as diferenças observadas entre os grupos.

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

	Desconfiança/ Insegurança nas Relações Próximas		Isolamento Social		Dependência Funcional		Insegurança Financeira		Violência Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,53	1,22	2,10	1,46	1,59	1,67	1,61	1,34	6,84	5,69
Erro Desvio	0,48	0,26	0,66	0,37	0,42	0,39	0,55	0,46	1,55	0,99

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A. Perceção de solidão

Para analisar as diferenças na perceção de solidão em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias (Centro de Dia, Universidade Sénior, Outros e Nenhuma), realizou-se uma ANOVA unifatorial

considerando as dimensões de solidão emocional, solidão social e o índice global de solidão, avaliados pela UCLA.

Os **resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão de solidão emocional** ($F(3,20) = 2,807$; $p = 0,066$). Contudo, o valor de significância, próximo do limiar convencional, sugere uma tendência para diferenças entre os grupos, que deverá ser interpretada com prudência.

Em termos descritivos, os participantes integrados na categoria "Outros" apresentaram os níveis médios mais elevados de solidão emocional ($M = 2,55$; $DP = 0,68$), seguidos dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 2,40$; $DP = 0,77$) e dos participantes do Centro de Dia ($M = 2,25$; $DP = 1,14$). Os participantes da Universidade Sénior registaram os níveis médios mais reduzidos ($M = 1,13$; $DP = 0,12$).

Por outro lado, **observaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão da solidão social** ($F(3,20) = 5,166$; $p = 0,008$). As comparações múltiplas identificaram diferenças significativas entre os participantes da Universidade Sénior e os da categoria "Outros" ($p = 0,011$), verificando-se níveis médios significativamente inferiores de solidão social entre os primeiros ($M = 1,39$; $DP = 0,10$), comparativamente aos segundos ($M = 2,61$; $DP = 0,46$). Os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 2,15$; $DP = 0,67$) e os participantes do Centro de Dia ($M = 1,89$; $DP = 0,58$) apresentaram valores intermédios.

Também no índice global de solidão se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(3,20) = 4,252$; $p = 0,018$). As comparações múltiplas revelaram novamente diferenças entre a Universidade Sénior e a categoria "Outros" ($p = 0,016$). Os participantes integrados na Universidade Sénior apresentaram o nível médio de solidão mais reduzido ($M = 21,00$; $DP = 1,73$), enquanto os participantes da categoria "Outros" registaram a média mais elevada ($M = 41,45$; $DP = 8,36$), valor bastante acima do ponto de corte para solidão clinicamente relevante. Os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 35,67$; $DP = 10,98$) e os participantes do Centro de Dia ($M = 32,00$; $DP = 11,02$) apresentaram igualmente valores elevados, situando-se próximos ou acima desse limiar.

Em síntese, os **resultados sugerem que a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias se associa aos níveis de solidão social e de solidão global, mas não à solidão emocional**. Em particular, **os participantes da Universidade Sénior apresentaram níveis significativamente inferiores de solidão social e global quando comparados com os participantes da categoria "Outros", evidenciando um padrão consistente de menor perceção de solidão**. Embora estes **resultados** não permitam estabelecer relações de causalidade, **sugerem que a participação em respostas de natureza educativa e sociocultural, como a Universidade Sénior, poderá contribuir para o fortalecimento das redes sociais, da participação comunitária e do sentimento de pertença, fatores frequentemente associados a menores níveis de solidão na população idosa**.

Tabela 8. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

Dimensão	CD	US	O	N
Solidão Emocional	2,25 (1,14)	1,13 (0,12)	2,55 (0,68)	2,40 (0,77)
Solidão Social	1,89 (0,58)	1,39 (0,10)	2,61 (0,46)	2,15 (0,67)
Solidão Total	32,00 (11,02)	21,00 (1,73)	41,45 (8,36)	35,67 (10,98)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência

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

Os **resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão da dependência funcional** ($F(3,20) = 0,253$; $p = 0,858$), indicando níveis semelhantes entre os diferentes grupos.

Por outro lado, **observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas** ($F(3,20) = 3,313$; $p = 0,041$), **isolamento social** ($F(3,20) = 4,574$; $p = 0,014$), **insegurança financeira** ($F(3,20) = 7,709$; $p = 0,001$) e **violência total** ($F(3,20) = 6,019$; $p = 0,004$).

Na dimensão da **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, os participantes da categoria "Outros" apresentaram o valor médio mais elevado ($M = 1,80$; $DP = 0,37$), seguidos dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,48$; $DP = 0,63$), do Centro de Dia ($M = 1,22$; $DP = 0,26$) e da Universidade Sénior ($M = 1,08$; $DP = 0,07$). Contudo, as comparações múltiplas não identificaram diferenças estatisticamente significativas entre pares de grupos, pelo que este resultado deve ser interpretado com prudência.

Na dimensão do **isolamento social** observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes da Universidade Sénior e da categoria "Outros" ($p = 0,012$). Os participantes da Universidade Sénior apresentaram os níveis médios mais baixos ($M = 1,20$; $DP = 0,00$), enquanto os participantes da categoria "Outros" registaram os valores mais elevados ($M = 2,45$; $DP = 0,45$). Os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 2,07$; $DP = 0,67$) e do Centro de Dia ($M = 1,85$; $DP = 0,75$) apresentaram valores intermédios.

Relativamente à **insegurança financeira**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o Centro de Dia e a categoria "Outros" ($p = 0,003$), entre a Universidade Sénior e a categoria "Outros" ($p = 0,045$) e entre a categoria "Outros" e os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($p = 0,043$). Os participantes da categoria "Outros" apresentaram os níveis médios mais elevados de insegurança financeira ($M = 2,02$; $DP = 0,49$), contrastando com os valores mais reduzidos observados no Centro de Dia ($M = 1,06$; $DP = 0,13$) e na Universidade Sénior ($M = 1,25$; $DP = 0,43$). Os participantes sem integração registaram um valor intermédio ($M = 1,42$; $DP = 0,26$).

Também no **índice global de violência** se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. As comparações múltiplas identificaram diferenças entre os participantes do Centro de Dia e da categoria "Outros" ($p = 0,024$), bem como entre a Universidade Sénior e a categoria "Outros" ($p = 0,018$). Os participantes da categoria "Outros" apresentaram os níveis médios mais elevados de percepção de violência ($M = 7,86$; $DP = 1,28$), seguindo-se os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 6,63$; $DP = 1,28$). Em contraste, os participantes da Universidade Sénior ($M = 5,20$; $DP = 0,22$) e do Centro de Dia ($M = 5,57$; $DP = 1,21$) registaram os valores médios mais baixos (ver Tabela 9).

Em síntese, os **resultados evidenciam que a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias se associa a diferentes níveis de percepção de violência em várias dimensões avaliadas pelo EARVI**. Em particular, os participantes da categoria "Outros" apresentaram sistematicamente os níveis médios mais elevados de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, insegurança financeira e violência global, enquanto os **participantes da Universidade Sénior registaram, de forma consistente, os valores mais reduzidos**.

Estes resultados sugerem que diferentes modalidades de participação comunitária poderão associar-se a diferentes níveis de vulnerabilidade percebida. Contudo, dada a reduzida dimensão de alguns grupos, estas conclusões devem ser interpretadas com prudência e aprofundadas em estudos com amostras mais robustas.

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

Dimensão	CD	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,22 (0,26)	1,08 (0,07)	1,80 (0,37)	1,48 (0,63)
Isolamento Social	1,85 (0,75)	1,20 (0,00)	2,45 (0,45)	2,07 (0,67)
Dependência Funcional	1,44 (0,24)	1,67 (0,14)	1,59 (0,42)	1,67 (0,61)
Insegurança Financeira	1,06 (0,13)	1,25 (0,43)	2,02 (0,49)	1,42 (0,26)
Violência Total	5,57 (1,21)	5,20 (0,22)	7,86 (1,28)	6,63 (1,28)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A análise descritiva revelou diferenças nos níveis médios de solidão percecionada e de perceção do risco de violência em função do contexto residencial. As pessoas idosas residentes em casa própria ou com familiares apresentaram valores médios superiores tanto na solidão percecionada ($M = 35,88$; $DP = 10,91$), como na perceção do risco de violência ($M = 6,84$; $DP = 1,55$), quando comparadas com as pessoas idosas a residir em ERPI, que evidenciaram médias inferiores em ambas as variáveis (solidão: $M = 24,12$; $DP = 6,70$; violência: $M = 5,69$; $DP = 0,99$).

Para além destas diferenças, a análise de correlação demonstrou que, em ambos os contextos residenciais, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior perceção do risco de vitimação por violência. Entre os participantes residentes na comunidade observou-se uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ($r = 0,732$; $p = 0,000$), indicando que o aumento da solidão tende a acompanhar um aumento da perceção de vulnerabilidade à violência. Entre os residentes em ERPI verificou-se igualmente uma associação positiva e estatisticamente significativa, embora de menor magnitude ($r = 0,488$; $p = 0,011$), sugerindo que esta relação também se mantém em contexto institucional, ainda que de forma menos intensa (ver Tabela 10).

Em síntese, os resultados evidenciam que a solidão se encontra significativamente associada à perceção do risco de vitimação por violência, independentemente do contexto residencial. Contudo, entre as pessoas idosas residentes na comunidade observam-se níveis médios mais elevados de solidão e de perceção de violência, bem como uma associação mais forte entre estas duas variáveis. Estes resultados sugerem que a permanência no domicílio, sobretudo quando acompanhada por situações de isolamento social ou fragilidade das redes de apoio, poderá estar associada a uma maior perceção de vulnerabilidade à violência. Assim, reforça-se a importância de estratégias municipais integradas que promovam o combate à solidão, o fortalecimento das redes de suporte social e a identificação precoce de fatores de risco, particularmente entre as pessoas idosas que permanecem a viver na comunidade.

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Casa Própria/ Famíliares	Solidão	35,88	10,91	0,732	0,000
	Violência	6,84	1,55		
ERPI	Solidão	24,12	6,70	0,488	0,011
	Violência	5,69	0,99		

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise descritiva revelou níveis médios muito semelhantes de solidão percebida entre as pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias ($M = 35,94$; $DP = 11,21$) e aquelas que não participavam neste tipo de respostas ($M = 35,67$; $DP = 10,98$). De igual modo, a percepção do risco de vitimação por violência apresentou valores próximos nos dois grupos, embora ligeiramente superiores entre os participantes integrados em respostas sociais comunitárias ($M = 6,91$; $DP = 1,66$), comparativamente aos não integrados ($M = 6,63$; $DP = 1,28$).

Relativamente à associação entre a percepção de solidão e o risco de vitimação por violência, verificou-se que, entre os participantes integrados em respostas sociais comunitárias, existe uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ($r = 0,716$; $p = 0,001$), indicando que níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção do risco de vitimação por violência.

Entre os participantes não integrados em respostas sociais comunitárias observou-se igualmente uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ($r = 0,830$; $p = 0,041$), sugerindo que a associação entre solidão e percepção do risco de violência também está presente neste grupo e apresenta uma magnitude ainda mais elevada, embora esta diferença de intensidade deva ser interpretada com prudência, uma vez que não foi efetuado um teste específico para comparar os coeficientes de correlação (ver Tabela 11).

Em síntese, os resultados indicam que a **integração em respostas sociais comunitárias não se traduziu, nesta amostra, em diferenças relevantes nos níveis médios de solidão ou de percepção do risco de vitimação por violência**. No entanto, em ambos os grupos verificou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, evidenciando que o **aumento da solidão tende a acompanhar uma maior percepção de vulnerabilidade à violência, independentemente da participação em respostas sociais comunitárias**. Estes resultados reforçam a importância de considerar a solidão como um importante indicador de vulnerabilidade na população idosa, devendo a sua identificação integrar as estratégias municipais de prevenção da violência e de promoção do envelhecimento seguro e saudável.

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

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	35,94	11,21	0,716	0,001
	Violência	6,91	1,66		
Não Integrados em RS	Solidão	35,67	10,98	0,830	0,041
	Violência	6,63	1,28		

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 do Cartaxo, 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, escolaridade, estado civil, estado de saúde percebido e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas à idade, rendimento mensal e local de residência: as pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos, com menores rendimentos mensais e a residir em casa própria ou de familiares, são as que apresentam níveis de solidão mais elevados, situando-se inclusivamente o nível patológico no caso da idade e local de residência. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas com **idade entre os 65 e 84 anos, com menores rendimentos mensais e a viver na comunidade**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar estes grupos como prioritários de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

Quanto à **perceção de violência**, os **níveis médios situam-se, globalmente, abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de isolamento social a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentam médias inferiores. Apesar disso, alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A perceção de violência não difere significativamente quanto a sexo, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, estado de saúde percebido e autonomia, mas associa-se à idade e local de residência: as pessoas com idades entre os 65 e os 84 anos e que residem em casa própria ou de familiares são as que percebem níveis mais elevados de violência. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados permitem identificar **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente **pessoas entre os 65 e 84 anos e a viver na comunidade**, destacando a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a estas situações de maior risco.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/familiares e em ERPI revelou que este influencia significativamente os níveis de solidão, tendo sido encontradas diferenças entre os grupos nas três dimensões avaliadas: **a solidão emocional, social e total é mais elevada em pessoas a residir em casa própria/familiares do que aquelas que residem em ERPI**. No que à perceção global de violência diz respeito, o padrão foi similar ao da solidão, surgindo diferenças em três das cinco dimensões avaliadas: **as pessoas residentes em casa própria/familiares apresentam níveis significativamente mais elevados de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social e índice de violência total, comparativamente com os residentes em ERPI**. Estes resultados reforçam a importância de considerar o contexto residencial na definição de estratégias de intervenção e políticas públicas.

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias**, os resultados demonstraram que entre pessoas não institucionalizadas, **a participação na Universidade Sénior se associa a níveis mais**

baixos de solidão, particularmente nas dimensões social e índice global, sugerindo um efeito protetor da integração numa resposta social estruturada e de forma sistemática. Na percepção de violência também surgiram diferenças em quatro das cinco dimensões: **os participantes que frequentam “Outras” respostas sociais são os que apresentam níveis mais elevados de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, insegurança financeira e violência global, enquanto os participantes da Universidade Sénior reportam os níveis mais reduzidos**. Estes resultados destacam a relevância de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com as pessoas idosas residentes em casa própria/familiares a apresentar níveis mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os residentes em ERPI. Esta associação entre solidão e percepção de violência é positiva e significativa em todos os contextos, embora menos intensa em pessoas idosas institucionalizadas, sugerindo que **residir em casa própria/familiares pode potenciar simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de risco**, particularmente se associada à carência ou fragilidade das redes de apoio. Entre os não institucionalizados, os níveis de solidão e de percepção de violência são semelhantes entre os que frequentam e não frequentam respostas sociais comunitárias. No entanto, em ambos os grupos a associação entre as duas variáveis é positiva e estatisticamente significativa, revelando que **independentemente da integração em respostas sociais comunitárias, o aumento dos níveis de solidão tende a acompanhar uma maior percepção de vulnerabilidade à violência**. Estes resultados reforçam a importância de considerar a solidão como um importante indicador de vulnerabilidade na população idosa, devendo a sua identificação integrar as estratégias municipais de prevenção da violência e de promoção do envelhecimento seguro e saudável.

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 de pessoas idosas do concelho do Cartaxo. Embora os níveis médios se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos particularmente vulneráveis justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas, a complexidade dos fenómenos exige uma abordagem ecológica e sistémica que envolva os indivíduos, as famílias, a comunidade e os profissionais de proximidade. No Cartaxo, este desafio é duplo e equilibrado: a amostra apresenta-se dividida quase equitativamente entre pessoas idosas na comunidade (48,0%) e institucionalizadas em ERPI (52,0%), tornando-se fundamental desenhar estratégias de duplo foco que cubram, em simultâneo, o isolamento no domicílio (onde 41,7% vivem sós) e as dinâmicas específicas da institucionalização.

Estes indicadores demonstram que residir no domicílio constitui um fator de maior vulnerabilidade no Cartaxo, associando-se a níveis significativamente mais elevados de solidão (emocional, social e total) e de perceção de violência (desconfiança, isolamento social e total) face às pessoas idosas institucionalizadas em ERPI. Esta fragilidade acentua-se nas pessoas idosas entre os 65 e os 84 anos, com menores rendimentos (20,0% auferem entre 501 e 870 euros) e menor escolaridade (54,0% com o ensino básico e 24,0% sem este nível concluído). Assim, o suporte à vivência na comunidade, a acessibilidade económica e a diferenciação das respostas institucionais e comunitárias assumem-se como os eixos prioritários de intervenção.

Recomendações Dirigidas às Pessoas Idosas

No domínio da solidão, recomenda-se a criação de programas de proximidade focados nos subgrupos que registaram níveis patológicos e maior vulnerabilidade: pessoas idosas entre os 65 e 84 anos e a residir em casa própria/familiares. É fundamental desenhar estratégias para quebrar a solidão de quem vive sozinho na comunidade (41,7% das pessoas não institucionalizadas), garantindo que os 25,0% que não frequentam qualquer atividade comunitária sejam integrados de forma proativa. Para as pessoas idosas em ERPI, embora menos solitárias, sugere-se reforçar os vínculos significativos externos para lá da instituição, prevenindo a quebra de laços com a sua comunidade de origem.

Relativamente à perceção de violência, sugere-se o investimento na segurança das relações e na redução da desconfiança e do isolamento social, uma vez que são as dimensões com maior expressão nas pessoas idosas do Cartaxo que vivem na comunidade. Torna-se prioritário implementar ações de literacia de direitos e segurança sénior, adaptadas aos baixos níveis de escolaridade da amostra. Estas ações devem contribuir para empoderar as pessoas idosas para identificarem abusos, especialmente num contexto de fragilidade económica.

Numa perspetiva integrada, a correlação positiva e significativa entre a solidão e a perceção de violência em todos os contextos do Cartaxo fundamenta a necessidade da criação de respostas de apoio psicossocial descentralizadas. Torna-se imperativo capacitar as pessoas idosas com ferramentas de resiliência e competências relacionais, garantindo que a redução do isolamento social se traduza, de forma direta, num maior sentimento de segurança e proteção, tanto no domicílio como no meio institucional.

Recomendações Dirigidas às Famílias

No domínio da solidão, recomenda-se capacitar as famílias como redes ativas de suporte emocional e validação, atendendo a que, na comunidade, 41,7% das pessoas idosas coabitam apenas com o parceiro e 12,5% com filhos. Torna-se fundamental sensibilizar os agregados para o facto de que a coabitação física ou a proximidade em vivendas partilhadas não anulam, por si só, a solidão emocional. Importa, por isso, promover uma

inclusão afetiva nas decisões quotidianas, combatendo o isolamento e o sentimento de inutilidade no seio do próprio lar.

Relativamente à perceção de violência, as recomendações focam-se na prevenção da sobrecarga familiar na comunidade, onde 70,8% das pessoas idosas não usufruem de SAD. Propõe-se a criação de respostas municipais de descanso do cuidador e mediação familiar, minimizando o desgaste físico e financeiro que pode potenciar o conflito intrafamiliar. Paralelamente, nas famílias com pessoas idosas em ERPI, importa promover um envolvimento continuado na instituição, prevenindo o sentimento de abandono.

Na articulação entre solidão e violência, sugere-se a dinamização de sessões de sensibilização familiar sobre os indicadores precoces de vulnerabilidade. As famílias devem compreender que a solidão e o isolamento na comunidade atuam como precursores de uma maior insegurança e desconfiança nas relações próximas. Assim, garantir canais de comunicação transparentes e pautados pelo afeto torna-se essencial para prevenir estes riscos.

Recomendações Dirigidas à Comunidade

No domínio da solidão, importa potenciar e diversificar as respostas estruturadas no concelho. Dado que a Universidade Sénior (frequentada por 12,5% das pessoas idosas na comunidade) atua como um fator protetor evidente contra a solidão social e global, propõe-se ampliar e descentralizar este modelo. Paralelamente, propõe-se qualificar as "Outras" respostas comunitárias (onde participam 45,8% das pessoas idosas), ajustando as atividades à dualidade rural (52,0%) e urbana (48,0%) do concelho. Já nas ERPI, torna-se necessário diversificar a oferta, atualmente concentrada em ações culturais (80,8%), alargando as atividades desportivas e de lazer, em prol do envelhecimento ativo.

No âmbito da violência, recomenda-se o aproveitamento e reforço das redes de proximidade comunitária do Cartaxo, potenciando o facto de a maioria das pessoas idosas na comunidade residir em vivendas com vizinhança próxima (54,2%). Propõe-se o desenvolvimento de estratégias locais de vigilância solidária e colaborativa, capacitando a comunidade, o comércio local e as juntas de freguesia para a identificação e sinalização precoce de situações de isolamento, alterações de comportamento ou vulnerabilidade socioeconómica.

De forma integrada, propõe-se que o Município do Cartaxo crie um Plano Municipal de Envelhecimento Seguro que estabeleça a ponte entre o setor solidário (ERPI e Centros de Dia), a saúde, a ação social e as forças de segurança. Esta rede parceira deve focar as suas ações preventivas e de proximidade nas pessoas idosas que frequentam "Outras" respostas comunitárias não estruturadas, uma vez que estas reportaram níveis mais elevados de desconfiança, isolamento social, insegurança financeira e violência global.

Recomendações Dirigidas aos Profissionais

Ao nível da solidão, propõe-se a formação contínua e especializada das equipas multidisciplinares das instituições sociais e da autarquia para a sinalização da solidão patológica, com foco prioritário nas pessoas idosas da comunidade entre os 65 e 84 anos. Os profissionais devem ser capacitados para aplicar dinâmicas de prescrição social, encaminhando as pessoas idosas isoladas no domicílio para respostas estruturadas como a Universidade Sénior ou projetos comunitários locais.

No domínio da violência, face à constatação de que as pessoas idosas não institucionalizadas apresentam maior vulnerabilidade, sugere-se que os profissionais de saúde e de ação social utilizem ferramentas céleres de triagem de risco durante as visitas domiciliárias ou os atendimentos. Nas ERPI, os profissionais devem ser capacitados para monitorizar as dimensões de isolamento social e desconfiança relacional, garantindo que o ambiente residencial se mantenha humanizado e seguro.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se a adoção do modelo de Gestão de Caso por parte dos profissionais do concelho. Cruzando dados de isolamento habitacional, viuvez (54,0% da amostra) e baixos rendimentos, sugere-se que os profissionais implementem planos individuais de acompanhamento contínuo e partilhado, garantindo uma intervenção precoce e em rede de forma a prevenir que a solidão se transforme numa perceção agravada de vitimação e de insegurança.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho do Cartaxo.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Solidão elevada/ patológica no subgrupo dos 65–84 anos na comunidade (casa própria), agravada pelo isolamento doméstico (41,7% vivem sós) e falta de participação social (25,0% sem atividades).	Reduzir a solidão nos subgrupos comunitários de maior risco e fortalecer as pontes relacionais externas das pessoas idosas institucionalizadas.	Criar programas de proximidade e visitas domiciliárias para pessoas idosas isoladas; promover a integração ativa dos 25,0% sem atividades em respostas estruturadas; e desenhar ações que mantenham o contacto dos residentes em ERPI com a sua comunidade de origem.
	Violência	Perceção de violência globalmente baixa, mas expressiva no isolamento e na desconfiança relacional (65–84 anos na comunidade), num contexto de baixa escolaridade (78,0% até ao ensino básico) e fragilidade económica (20,0% auferem 501–870€).	Reduzir o isolamento social e a desconfiança relacional, promovendo a literacia de direitos, a segurança pessoal e a autonomia.	Desenvolver ações descentralizadas e adaptadas de literacia jurídica e direitos; implementar campanhas de prevenção contra abusos e burla material em contextos de fragilidade económica; e capacitar para a manutenção da autonomia na comunidade.
	Solidão e Violência	Associação positiva e estatisticamente significativa entre os níveis de solidão e a perceção de vulnerabilidade à violência em todos os contextos (comunidade e ERPI).	Intervir de forma integrada nos fatores psicossociais de vulnerabilidade, quebrando o ciclo entre o isolamento e a perceção de risco de violência.	Implementar consultas de apoio psicossocial descentralizadas nas freguesias; desenvolver programas de capacitação emocional e competências de resiliência; e estruturar planos individuais focados na autoperceção de segurança.
Famílias	Solidão	Elevada taxa de coabitação na comunidade com o parceiro (41,7%) ou filhos (12,5%), demonstrando que a proximidade física ou residencial não anula o risco de solidão emocional.	Sensibilizar os agregados familiares para a inclusão afetiva e validação emocional da pessoa idosa nas dinâmicas diárias.	Desenvolver ações de sensibilização sobre a distinção entre apoio logístico e suporte afetivo, incentivar a participação ativa da pessoa idosa nas decisões diárias e promover o seu sentimento de valorização pessoal no seio familiar.
	Violência	Risco acrescido de sobrecarga e desgaste dos cuidadores informais na comunidade, dada a reduzida cobertura de suporte formal (70,8% das pessoas idosas não usufruem de SAD).	Prevenir conflitos intrafamiliares promovendo o suporte psicossocial, a mediação e o descanso do cuidador.	Criar respostas municipais integradas de descanso do cuidador informal; implementar gabinetes de mediação e aconselhamento familiar para a gestão do stress; e promover o envolvimento continuado das famílias de pessoas idosas inseridas em ERPI.

	Solidão e Violência	Associação significativa entre a solidão no domicílio e a perda de segurança relacional no seio do agregado familiar.	Capacitar as famílias como ambientes seguros de afeto, transparência e corresponsabilização no cuidado.	Dinamizar sessões de orientação familiar conjuntas com equipas multidisciplinares de ação social; criar grupos de ajuda mútua para cuidadores; e sensibilizar para os sinais precoces de insegurança relacional na pessoa idosa.
Comunidade	Solidão	A participação na Universidade Sénior (12,5%) atua como forte fator protetor contra a solidão social e global, enquanto os participantes de "Outras" respostas comunitárias (45,8%) e os institucionalizados em ERPI enfrentam necessidades muito distintas de ocupação e lazer.	Diversificar, descentralizar e qualificar as respostas formais e informais, ajustando-as à realidade social do concelho.	Ampliar e descentralizar geograficamente o modelo da Universidade Sénior; qualificar e estruturar as "Outras" respostas informais; e diversificar as atividades nas ERPI (atualmente 80,8% culturais), expandindo as vertentes desportivas e de lazer.
	Violência	Fragilidade psicossocial e económica acentuada em pessoas idosas integradas em respostas não formais, necessitando de uma abordagem comunitária. integrada de proximidade e proteção.	Potenciar a proximidade residencial comunitária (54,2% em vivendas) para estruturar uma rede ativa de vigilância, solidariedade e proteção de proximidade.	Desenvolver estratégias locais de vigilância colaborativa (redes de proximidade), capacitando os cidadãos, comerciantes locais e juntas de freguesia para a sinalização precoce de riscos; e monitorizar proativamente as pessoas idosas inseridas em respostas não estruturadas.
	Solidão e Violência	A vulnerabilidade cumulativa (solidão e risco de vitimação) reflete-se na fragilidade das dinâmicas de inclusão social e de segurança local no concelho.	Desenvolver modelos de governança territorial partilhada e concertada que unifiquem a intervenção comunitária preventiva.	Implementar um Plano Municipal de Envelhecimento seguro liderado pela autarquia que articule o setor solidário (IPSS), a Saúde, a Ação Social e as Forças de Segurança; e criar canais centralizados de denúncia e apoio.
Profissionais	Solidão	Complexidade na sinalização do isolamento e da solidão patológica (65-84 anos), constituindo um desafio crítico para a intervenção das equipas técnicas locais.	Fortalecer os sistemas de sinalização preventiva e consolidar as redes territoriais de articulação e encaminhamento social.	Promover formação contínua aos técnicos sobre saúde mental no envelhecimento e escalas de solidão; implementar a metodologia de prescrição social, direcionando as pessoas idosas isoladas no domicílio para respostas como a Universidade Sénior.
	Violência	Vulnerabilidade a abusos no domicílio (SAD: 29,2%) e desconfiança em ERPI, revelando lacunas na monitorização e sinalização de riscos pelas equipas.	Consolidar a articulação e a capacitação das equipas técnicas para uma resposta célere e integrada perante indicadores de risco, abuso ou isolamento.	Capacitar equipas de saúde e ação social para o uso de grelhas rápidas de triagem de risco em visitas domiciliárias; formar profissionais de ERPI para monitorizar o isolamento social interno; e desenhar protocolos de atuação célere interinstitucional.
	Solidão e Violência	Coexistência sistemática de solidão e violência em todos os contextos, constituindo um cenário de vulnerabilidade complexo para a intervenção dos profissionais.	Implementar metodologias de intervenção centradas na pessoa e articuladas em rede para casos de vulnerabilidade cumulativa.	Adotar formalmente o modelo de "Gestão de Caso" para acompanhar as pessoas idosas isoladas, com baixos rendimentos e redes frágeis; e instituir reuniões sistemáticas de articulação intersectorial (Saúde, Segurança, IPSS e Município) para debate de casos complexos.

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/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 Geriátría*. <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)