



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE CABECEIRAS DE BASTO

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

Investigador Principal: Fátima Gameiro

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

setembro 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

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

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	16
Tabela 6. Principais recomendações para o concelho de Cabeceiras de Basto.....	20

Introdução

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

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

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

O presente relatório insere-se no âmbito do projeto RIVIS 65+ - financiado pelo Programa Seed Funding (Referência COFAC/ILIND/Lusoglobe/1/2025) - e tem como objetivo caracterizar a situação de solidão e o risco de violência na população com 65 ou mais anos residente no concelho de Cabeceiras de Basto. Ao reforçar o conhecimento sobre a realidade local e valorizar a participação das pessoas idosas e das entidades de proximidade, o estudo procura fornecer evidência empírica relevante para a identificação de fatores de risco e de proteção, apoiar a definição de estratégias de intervenção ajustadas ao território e contribuir para a conceção de respostas sociais, comunitárias e psicossociais mais eficazes e sustentadas.

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

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

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

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

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

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

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

2. Objetivos

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

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

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

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

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

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

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

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

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

3.2. Procedimentos e Recolha de Dados

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

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

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

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

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

3.3. Instrumentos

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

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

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

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados

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

Fonte. Elaboração própria (2025)

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo pessoas idosas com 65 ou mais anos, residentes no concelho de Cabeceiras de Basto, 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 44 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Cabeceiras de Basto. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 32$; 72,7%), em comparação com o sexo masculino ($n = 12$; 27,3%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 94 anos, apresentando uma média de 77,18 anos ($DP = 7,25$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ou em união de facto ($n = 26$; 59,1%), seguindo-se os viúvos ($n = 12$; 27,3%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 24$; 54,5%) e os restantes não possuem ensino básico ($n = 20$; 45,5%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Relativamente à área de residência, dos quatro participantes que responderam a esta variável, todos indicaram residir em zona rural ($n = 4$; 100%). Contudo, esta variável apresentou um número muito elevado de valores omissos ($n = 40$), pelo que estes resultados devem ser interpretados com prudência. Todos os participantes residem em **habitação própria ou de familiares** ($n = 44$; 100%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 13$; 29,5%). Entre os que responderam, verifica-se que 54,5% ($n = 24$) auferem menos de 500 euros mensais, enquanto 9,1% ($n = 4$) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, evidenciando uma **situação económica globalmente fragilizada**.

No que se refere à perceção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,73 ($DP = 0,45$), indicando uma **perceção tendencialmente positiva do seu estado de saúde**. Quanto à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,86 ($DP = 0,35$), sugerindo que a maioria dos participantes se percebe como **funcionalmente independente**.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	12	27,3
	Feminino	32	72,7
Idade (anos)	Intervalo	65-94	—
	Média (DP)	77,18 (7,25)	—
Idade (por grupo)	65-74	15	34,1
	75-84	21	47,7
	85-100	8	18,2
Estado Civil	Solteiro/a	4	9,1
	Casado(a)/União de Facto	26	59,1
	Divorciado/a	2	4,5
	Viúvo/a	12	27,3
Escolaridade	Sem Ensino Básico	20	45,5
	Com Ensino Básico	24	54,5

Zona de Residência	Rural	4	100
	Omisso	40	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	44	100
Rendimento Mensal	- 500 euros	24	
	de 501 a 870 euros	4	54,5
	de 871 a 1045 euros	2	9,1
	de 1046 a 1568 euros	1	4,5
	Prefiro não responder	13	2,3
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,73 (0,45)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,86 (0,35)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, todos os participantes residem em habitação própria ou de familiares (n = 44; 100%). Desses, 54,5% vivem com parceiro/a (n = 24), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 37; 84,1%). Nenhum participante se encontra em situação de ausência de resposta habitacional, evidenciando cobertura habitacional total na amostra.

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 34; 77,3%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de refeições (n = 5; 11,4%), bem como à combinação de refeições, serviços de limpeza e de roupa (n = 5; 11,4%).

Apesar da maioria não usufruir de SAD, **97,7% encontram-se integrados em respostas sociais de proximidade**, como centros de convívio. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 37; 84,1%).

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

Tabela 3. Caracterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	Categoria	Sub-Categoria	N	%
Casa Própria-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	10	22,7
		Com parceiro/a	24	54,5
		Com Filho/a	8	18,2
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	1	2,3
		Com Outro(s)	1	2,3
	Tipo de Habitação	Apartamento	1	2,3
		Vivenda isolada	6	13,6
		Vivenda com vizinhos	37	84,1
	SAD	Não	34	77,3
		Sim	10	22,7
	SAD- Tipo	Refeições	5	11,4
		Nenhuma	34	77,3
		Refeições, Limpeza e Roupa	5	11,4
	Integração em entidades/atividades	Centro de Convívio	43	97,7
		Nenhuma	1	2,3
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	6	13,6
		3 a 5 vezes por semana	37	84,1
		Nenhuma	1	2,3

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Embora a amostra inclua um participante não integrado em respostas comunitárias ($n = 1$; 2,3%), a sua representatividade é muito reduzida quando comparada com os participantes integrados ($n = 43$; 97,7%). Esta distribuição desigual inviabiliza a realização de análises comparativas estatisticamente robustas entre os dois grupos, uma vez que a reduzida dimensão do grupo não integrado compromete a estabilidade das estimativas e a validade dos resultados obtidos. Assim, os dados referentes aos participantes não integrados em respostas comunitárias foram analisados e apresentados exclusivamente de forma descritiva, não sendo efetuadas comparações inferenciais entre os contextos de integração. Consequentemente, quaisquer diferenças observadas devem ser interpretadas com prudência, não permitindo generalizações para a população idosa não integrada em respostas comunitárias.

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 1,79 (DP = 0,71), com valores compreendidos entre 1, e 3,9, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala (2,5)**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,55 (DP = 0,46), com um intervalo entre 1 e 2,73, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 25,95 (DP = 7,48), com valores mínimos de 16 e máximos de 46. 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	1,79	1,55	25,95
Erro Desvio	0,71	0,46	7,48
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,90	2,73	46,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função da grande maioria das variáveis consideradas, nomeadamente do sexo ($t(42) = 0,248$; $p = 0,805$), **idade** ($(F(2, 41) = 0,683$; $p = 0,511)$), **escolaridade** ($F(1, 42) = 0,100$; $p = 0,753$), **rendimento mensal** ($F(4, 39) = 0,308$; $p = 0,871$), **estado de saúde percebido** ($t(42) = -0,379$; $p = 0,707$) **ou autonomia** ($t(42) = -0,158$; $p = 0,875$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. Os homens apresentaram níveis médios de solidão ligeiramente superiores aos das mulheres ($M = 26,42$; $DP = 7,46$ vs. $M = 25,78$; $DP = 7,60$). Em termos etários, os valores mais elevados verificaram-se entre os participantes com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos ($M = 27,33$; $DP = 7,73$), seguindo-se os participantes entre os 65 e os 74 anos ($M = 24,87$; $DP = 8,05$), enquanto os indivíduos com 85 e mais anos registaram os níveis mais baixos de solidão ($M = 24,38$; $DP = 5,71$), ainda que próximos aos do grupo mais jovem.

Relativamente à escolaridade, verificou-se uma distribuição muito semelhante dos níveis médios de solidão entre os dois níveis de escolaridade representados na amostra. Os participantes sem ensino básico apresentaram valores ligeiramente superiores ($M = 26,35$; $DP = 5,77$) aos dos participantes com ensino básico ($M = 25,63$; $DP = 8,77$), não se observando diferenças estatisticamente significativas. Importa referir que não existiam participantes com ensino secundário ou superior nesta amostra.

Quanto ao rendimento mensal, verificou-se igualmente uma distribuição relativamente homogénea dos níveis de solidão entre os diferentes escalões. Os valores médios mais elevados foram registados entre os participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros ($M = 29,00$; $DP = 12,49$), seguidos dos participantes com rendimentos entre 871 e 1045 euros ($M = 27,00$; $DP = 1,41$), daqueles que preferiram não responder ($M = 26,77$; $DP = 7,12$) e dos participantes com rendimentos entre 1046 e 1568 euros ($M = 26,00$). Os níveis médios mais baixos foram observados entre os participantes com rendimentos inferiores a 500 euros ($M = 24,92$; $DP = 7,39$). Todavia, alguns escalões apresentam um número muito reduzido de participantes, pelo que estes resultados devem ser interpretados com prudência.

Relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes que se consideravam saudáveis apresentaram níveis médios de solidão ligeiramente superiores ($M = 26,22$; $DP = 7,67$) aos daqueles que se percecionavam como doentes ($M = 25,25$; $DP = 7,24$), embora a diferença observada tenha sido muito reduzida e não estatisticamente significativa.

Por sua vez, os participantes com autonomia elevada apresentaram valores médios muito semelhantes aos dos participantes com fraca autonomia ($M = 26,03$; $DP = 7,73$ vs. $M = 25,50$; $DP = 6,25$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

Apenas **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil** ($F(3, 40) = 3,164$; $p = 0,035$). Considerando o ponto de corte patológico definido para valores iguais ou superiores a 32, os indivíduos solteiros apresentaram valores médios indicativos de solidão patológica ($M = 35,75$; $DP = 8,18$). Os viúvos ($M = 26,42$; $DP = 6,44$), os casados ou em união de facto ($M = 24,46$; $DP = 7,16$) e os divorciados ($M = 23,00$; $DP = 2,83$) apresentaram médias inferiores ao ponto de corte. As comparações múltiplas revelaram diferenças estatisticamente significativas apenas entre os participantes solteiros e casados ou em união de facto ($p = 0,027$). No entanto, importa salientar que os grupos de solteiros ($n = 4$) e de divorciados ($n = 2$) apresentam uma dimensão muito reduzida, pelo que estes resultados devem ser interpretados com cautela.

Em síntese, os **resultados sugerem que, nesta amostra, a perceção de solidão se distribui de forma relativamente homogénea em função da maioria das características sociodemográficas analisadas. Apenas o estado civil evidenciou diferenças estatisticamente significativas, destacando-se níveis médios mais elevados de solidão entre os participantes solteiros, comparativamente aos casados ou em união de facto.** Embora a análise descritiva revele algumas diferenças entre os restantes grupos, estas não atingiram significância estatística, sugerindo que a experiência de solidão poderá depender, nesta amostra, de outros fatores de natureza relacional, social ou contextual, para além das características sociodemográficas consideradas.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

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

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

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,19 (DP = 0,27), com valores compreendidos entre 1 e 2,25, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,70; DP = 0,39), com valores mínimos de 1 e máximos de 2,8, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registrada foi de 1,26 (DP = 0,41), 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 1,34 (DP = 0,44), com valores que variam entre 1 e 2,75, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,48 (DP = 1,06), com valores mínimos de 4,25 e máximos de 8,85. 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	1,19	1,70	1,26	1,34	5,48
Erro Desvio	0,27	0,39	0,41	0,44	1,06
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,25
Máximo	2,25	2,80	2,75	2,75	8,85

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise das múltiplas expressões da violência à luz das características sociodemográficas e das condições de vida procurou identificar grupos potencialmente 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 ($F(42,) = 0,897$; $p = 0,375$), **idade** ($F(2, 41) = 1,879$; $p = 0,166$), **escolaridade** ($F(1, 41) = 0,015$; $p = 0,904$), **estado civil** ($F(3, 40) = 0,151$; $p = 0,929$) e **rendimento mensal** ($F(4, 39) = 1,080$; $p = 0,380$).

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

Relativamente ao sexo, os homens apresentaram níveis médios de percepção de violência ligeiramente superiores aos das mulheres (M = 5,72; DP = 1,26 vs. M = 5,40; DP = 0,98), embora esta diferença não tenha atingido significância estatística.

No que respeita à idade, os participantes com 85 ou mais anos apresentaram os níveis médios mais elevados de percepção de violência (M = 5,80; DP = 1,51), seguidos dos participantes entre os 65 e os 74 anos (M = 5,76; DP = 1,13). Os participantes entre os 75 e os 84 anos registaram os valores médios mais reduzidos (M = 5,17; DP = 0,73), verificando-se, contudo, diferenças pouco expressivas entre os grupos.

Relativamente à escolaridade, os valores médios revelaram uma distribuição praticamente idêntica entre os participantes sem ensino básico ($M = 5,46$; $DP = 1,11$) e aqueles com ensino básico ($M = 5,50$; $DP = 1,04$), não se observando qualquer tendência consistente associada ao nível de escolaridade. Importa referir que não existiam participantes com ensino secundário ou superior nesta amostra.

Quanto ao estado civil, os participantes solteiros apresentaram os níveis médios mais elevados de perceção de violência ($M = 5,59$; $DP = 0,76$), seguidos dos viúvos ($M = 5,57$; $DP = 1,34$) e dos casados ou em união de facto ($M = 5,46$; $DP = 1,02$). Os participantes divorciados registaram a média mais reduzida ($M = 5,04$; $DP = 0,34$). No entanto, as diferenças observadas foram reduzidas e não estatisticamente significativas, sendo ainda de considerar a reduzida dimensão do grupo de participantes divorciados ($n = 2$).

Relativamente ao rendimento mensal, verificou-se igualmente uma distribuição relativamente homogênea dos níveis médios de perceção de violência. Os participantes com rendimentos entre 1046 e 1568 euros ($M = 5,95$) apresentaram a média mais elevada, seguidos dos participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros ($M = 5,79$; $DP = 1,01$), embora o primeiro grupo seja constituído por apenas um participante. Os participantes que preferiram não responder apresentaram os níveis médios mais reduzidos ($M = 5,00$; $DP = 0,52$). Assim, a reduzida dimensão de alguns grupos recomenda prudência na interpretação destes resultados.

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do estado de saúde percebido** ($t(12,380) = 2,371$; $p = 0,035$) **e da autonomia** ($t(42) = 4,107$; $p = 0,000$). As pessoas que se percecionam como doentes apresentam níveis mais elevados de perceção de violência ($M = 6,27$; $DP = 1,54$) comparativamente às que se percecionam como saudáveis ($M = 5,12$; $DP = 0,62$). De forma semelhante, os participantes com maior dependência apresentam perceções de violência superiores ($M = 6,90$; $DP = 1,33$) relativamente aqueles que se consideram independentes ($M = 5,26$; $DP = 0,83$).

Em síntese, os resultados evidenciam que, nesta amostra, a perceção de violência não varia significativamente em função do sexo, da idade, da escolaridade, do estado civil ou do rendimento mensal. Em contrapartida, observaram-se níveis significativamente mais elevados de perceção de violência entre os participantes que se percecionavam como doentes e entre aqueles que apresentavam menor autonomia. Estes **resultados sugerem que a perceção de vulnerabilidade à violência parece estar mais associada às condições de saúde e de funcionalidade do que às características sociodemográficas propriamente ditas**, reforçando a importância de desenvolver estratégias de prevenção e acompanhamento dirigidas às pessoas idosas em situação de maior fragilidade física e funcional.

Considerações finais

Apesar da crescente atenção dedicada à população envelhecida, a disponibilidade de dados sobre solidão e exposição à violência entre pessoas idosas continua a apresentar lacunas significativas em Portugal, especialmente no que respeita a estudos que analisem, de forma participativa, integrada e sistemática, as perceções das próprias pessoas idosas sobre a solidão e a violência enquanto fatores de risco críticos.

O projeto RiViS 65+ (Risco de Violência e de Solidão em pessoas idosas) é uma investigação em curso que pretende dar resposta a esta lacuna.

No âmbito do município de Cabeceiras de Basto, os resultados indicam que, globalmente, **os níveis médios de solidão** emocional, social e total **se situam abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante**, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão elevada. A análise em função de características sociodemográficas revelou que de sexo, idade, escolaridade, rendimento mensal, estado percebido de saúde e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Apenas se verificaram diferenças associadas ao estado civil: pessoas idosas solteiras apresentam níveis médios de solidão superiores ao ponto de corte patológico. Este resultado identifica um **grupo prioritário** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **solteiras**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, este resultado permite identificar este grupo como prioritário de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

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

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do município de Cabeceiras de Basto. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos particularmente vulneráveis, com destaque para as pessoas idosas solteiras, as que apresentam pior percepção do estado de saúde, maior dependência funcional e situação económica precária, justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica, envolvendo não apenas as próprias pessoas idosas, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Esta necessidade é reforçada pela conjugação de vulnerabilidades no domicílio e no suporte formal: 22,7% das pessoas idosas vivem sozinhas, 77,3% não usufruem de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e 54,5% dispõem de rendimentos mensais inferiores a 500 euros. Paralelamente, constata-se que a quase totalidade dos participantes neste estudo se encontra integrada em respostas sociais comunitárias (97,7% frequentam Centros de Convívio), o que demonstra um elevado potencial de proximidade local que deve ser aproveitado para a prevenção e sinalização precoce.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

No domínio da solidão recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de acompanhamento psicossocial e escuta ativa dirigidas prioritariamente às pessoas idosas solteiras, grupo que apresentou níveis de solidão acima do limiar clínico, promovendo a sua integração interpessoal nos espaços comunitários.

Relativamente à percepção de violência, propõe-se a promoção de ações simples de capacitação para a autoproteção e literacia sobre direitos, focadas nas pessoas idosas doentes ou dependentes (onde a percepção de risco é significativamente superior), facilitando o pedido de ajuda no domicílio.

Numa perspetiva integrada, recomenda-se capacitar a pessoa idosa para reconhecer que a manutenção da sua autonomia funcional e o seu bem-estar emocional são pilares fundamentais para a sua autoproteção e segurança no ambiente doméstico.

Recomendações dirigidas às famílias

No âmbito da solidão propõe-se sensibilizar os agregados familiares (54,5% vivem com parceiro/a) para a prestação de um apoio afetivo constante, reforçando que a coabitação física não anula a solidão subjetiva, e incentivar rotinas de contacto com pessoas idosas que vivem sós.

No domínio da percepção da violência, recomenda-se facilitar o acesso a respostas de orientação e descanso do cuidador informal perante pessoas idosas doentes ou dependentes, prevenindo a exaustão familiar e assegurando um ambiente doméstico seguro.

De forma integrada sugere-se capacitar as famílias para identificarem o isolamento relacional e o declínio funcional repentino como sinais de alerta que exigem um acompanhamento protetor e articulado com os serviços locais.

Recomendações dirigidas à comunidade

Relativamente à solidão propõe-se rentabilizar a elevada adesão aos Centros de Convívio (97,7%) para dinamizar momentos de suporte emocional e criar estratégias ativas de acolhimento para pessoas idosas solteiros ou com maior fragilidade relacional.

No domínio da perceção de violência, recomenda-se manter redes de proximidade e vigilância solidária adaptadas ao contexto rural (84,1% em vivendas), envolvendo vizinhos, Juntas de Freguesia e comércio local para a deteção de situações de dependência desacompanhada.

Numa perspetiva integrada sugere-se consolidar a Rede Social Local e os Centros de Convívio como polos descentralizados de vigilância ativa, promoção da autonomia e garantia de direitos em todo o concelho.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No âmbito da solidão recomenda-se sensibilizar as equipas de ação social, saúde e dinamizadores comunitários para o diagnóstico precoce da solidão emocional, garantindo o encaminhamento de situações de isolamento (sobretudo pessoas idosas solteiras) para apoio qualificado.

No domínio de perceção de violência, propõe-se adotar procedimentos céleres e integrados de sinalização sempre que se detetar declínio no estado de saúde ou dependência física, dada a elevada percentagem de pessoas idosas sem apoio formal no domicílio (77,3%).

De forma integrada, recomenda-se fortalecer a articulação interinstitucional entre Autarquia, Cuidados de Saúde Primários e IPSS locais, promovendo um acompanhamento partilhado dos casos de maior vulnerabilidade funcional e relacional.

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

Tabela 6. Principais recomendações para o concelho de Cabeceiras de Basto

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Níveis de solidão significativamente superiores no subgrupo das pessoas idosas solteiras (acima do ponto de corte patológico). 22,7% vivem sós no domicílio.	Reduzir a solidão subjetiva no domicílio, com foco nas pessoas idosas solteiras e isoladas.	Criar programas municipais de apoio psicossocial, escuta ativa e integração relacional para pessoas idosas solteiras.
	Violência	Perceção de risco de violência mais elevada em pessoas idosas doentes e mais dependentes	Aumentar a segurança e autoproteção de pessoas idosas com fragilidade de saúde.	Fazer ações de capacitação sobre direitos e criar canais fáceis para sinalizar negligência, maus-tratos ou abusos no domicílio.
	Solidão e Violência	Associação direta entre dependência física e maior perceção de vulnerabilidade.	Articular a promoção da autonomia com a segurança no domicílio.	Desenvolver ações diretas de capacitação para a autoproteção e manutenção do bem-estar emocional.
Famílias	Solidão	22,7% das pessoas idosas vivem sós e 54,5% coabitam com parceiro/a (a coabitação nem sempre anula a solidão).	Promover o suporte afetivo ativo no seio familiar.	Sensibilizar as famílias para a prestação de apoio emocional regular e manutenção de contactos com pessoas idosas sós.
	Violência	Risco de sobrecarga familiar no cuidado contínuo a pessoas idosas doentes ou dependentes	Prevenir a exaustão do cuidador informal e proteger a autodeterminação da pessoa idosa.	Facilitar o acesso a apoios de descanso e orientação familiar para prestadores de cuidados no domicílio.
	Solidão e Violência	Deterioração da saúde e isolamento como fatores precursores de risco.	Capacitar famílias para a deteção precoce de vulnerabilidades.	Informar as famílias sobre sinais de alerta associados à perda repentina de autonomia e isolamento relacional.
Comunidade	Solidão	97,7% das pessoas idosas frequentam Centros de Convívio (84,1% vão 3 a 5 vezes por semana).	Manter vigilância solidária sobre pessoas idosas isoladas e dependentes.	Transformar os Centros de Convívio em polos de escuta ativa e criar estratégias para acolher pessoas idosas solteiras ou em risco.

	Violência	84,1% vivem em vivendas no meio rural, onde a dependência física pode ficar invisível.	Mobilizar vizinhos e agentes locais rurais para a detecção precoce de situações de risco.	Criar redes de vigilância solidária (vizinhos, Juntas, comércio local, farmácias, GNR) para sinalizar pessoas idosas doentes e isoladas.
	Solidão e Violência	Forte adesão comunitária (97,7%) como o maior recurso estratégico do conceito.	Usar a rede comunitária existente como fator de proteção e vigilância.	Mobilizar os Centros de Convívio e estruturas de proximidade como polos de vigilância preventiva e direitos.
Profissionais	Solidão	Necessidade de sinalização atenta dos casos de maior isolamento emocional.	Capacitar equipas de saúde e ação social para o diagnóstico precoce da solidão.	Sensibilizar profissionais de ação social e saúde para a avaliação do isolamento relacional, focado em solteiros.
	Violência	77,3% não têm SAD, 54,5% têm baixos rendimentos e a dependência física aumenta o risco de violência.	Priorizar o acompanhamento a pessoas idosas doentes e dependentes.	Adotar procedimentos céleres de sinalização e articulação de apoio domiciliário perante o declínio funcional.
	Solidão e Violência	Coexistência de dependência física, baixos rendimentos e escassez de apoio formal.	Fortalecer a articulação interinstitucional local em rede.	Promover o trabalho articulado entre Autarquia, Saúde e IPSS para acompanhamento partilhado de casos vulneráveis.

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 Geriatria*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.003>

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)