



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE TORRES VEDRAS

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

Investigador Principal: Fátima Gameiro

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

março 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos.....	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística.....	10
3.6. Considerações Éticas.....	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	15
4.3. Comparação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	16
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.	17
4.5. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	19
Considerações finais	21
Recomendações	23
Referências.....	28
Anexo	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	15
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	16
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.	17
Tabela 8. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	18
Tabela 9. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	19
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.	19
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.	20
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Torres Verdas.....	25

Introdução

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

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

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

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

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

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

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

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

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

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

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

2. Objetivos

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

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

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

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

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

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

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

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

OE3.1 – Comparar os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas 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 de Torres Vedras. 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 Torres Vedras, 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 IBM SPSS Statistics, 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 194 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Torres Vedras. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 164$; 84,5%), em comparação com o sexo masculino ($n = 30$; 15,5%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 94 anos, apresentando uma média de 76,88 anos ($DP = 7,34$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ou em união de facto ($n = 93$; 47,9%), seguindo-se os viúvos ($n = 78$; 40,2%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 112$; 57,7%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vive em **zona rural** ($n = 103$; 54,2%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 178$; 91,8%), enquanto uma percentagem reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 16$; 8,2%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 60$; 30,9%). Entre os que responderam, verifica-se que 26,8 % ($n = 52$) auferem entre 501 e 870 euros, enquanto 25,8% ($n = 50$) auferem menos de 500 euros mensais, evidenciando uma **situação económica globalmente 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 1,53 ($DP = 0,50$), indicando uma **percepção intermédia tendencialmente positiva**. Quanto à autonomia, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,76 ($DP = 0,43$), 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 Torres Vedras.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	30	15,5
	Feminino	164	84,5
Idade (anos)	Intervalo	65-94	—
	Média (DP)	76,88 (7,34)	—
Idade (por grupo)	65-74	82	42,3
	75-84	79	40,7
	85-100	33	17,0
Estado Civil	Solteiro/a	5	2,6
	Casado(a)/União de Facto	93	47,9
	Divorciado/a	18	9,3
	Viúvo/a	78	40,2
Escolaridade	Sem Ensino Básico	56	28,9
	Com Ensino Básico	112	57,7
	Com Ensino Secundário	21	10,8
	Com Ensino Superior	5	2,6
Zona de Residência	Rural	103	54,2

	Urbano	87	45,8
	Omisso	4	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	178	91,8
	ERPI	16	8,2
Rendimento Mensal	- 500 euros	50	25,8
	de 501 a 870 euros	52	26,8
	de 871 a 1045 euros	14	7,2
	de 1046 a 1568 euros	15	7,7
	+ de 1569 euros	3	1,5
	Prefiro não responder	60	30,9
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,53 (0,50)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,76 (0,43)	—

Note. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 178; 91,8%). Desses, 40,4% vivem sozinhos (n =72), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n =109; 61,2 %). 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 esmagadora maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n=165; 92,7%). Apenas 7,3% beneficia de algum tipo de apoio, sendo os mais referidos refeições (2,2%) e outros apoios (2,2%). As combinações de serviços apresentam valores residuais.

Quanto à integração em respostas sociais de proximidade, **79,2% dos inquiridos encontram-se integrados em pelo menos uma entidade ou atividade**, destacando-se a categoria “Outra(s)” (42,7%) e o Centro de Convívio (21,3%). A participação na Universidade Sénior revela valores reduzidos (3,9%).

Uma **percentagem reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n=16; 8,2%). Destes, 56,3% (n=9) participam em atividades de lazer, 12,5% (n=2) em atividades desportivas e 18,8% (n=3) em outras atividades.

A Tabela 3 apresenta a síntese da situação habitacional e social dos participantes do projeto RiViS residentes no concelho de Torres Vedras.

Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	Categoria	Sub-Categoria	n	%
Casa Própria-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	72	40,4
		Com parceiro/a	74	41,6
		Com Filho/a	23	12,9
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	7	3,9
		Com Outro(s)	2	1,1
		Omisso	16	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	26	14,6
		Vivenda isolada	43	24,2
		Vivenda com vizinhos	109	61,2
		Omisso	16	—
	SAD	Não	165	92,7
		Sim	13	7,3
		Omisso	16	—

	SAD- Tipo	Refeições	4	2,2
		Limpeza	2	1,1
		Outro(s)	4	2,2
		Nenhuma	165	92,7
		Refeições e Outra(s)	1	0,6
		Refeições, Limpeza e Roupa	2	1,1
		Omisso	16	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	19	10,7
		Centro de Convívio	38	21,3
		Universidade Sénior	7	3,9
		Outra(s)	76	42,7
		Nenhuma	37	20,8
		Centro de Convívio e Universidade Sénior	1	0,6
		Omisso	16	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	89	50,0
		3 a 5 vezes por semana	48	27,0
		6 a 7 vezes por semana	4	2,2
		Nenhuma	37	20,8
		Omisso	16	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	—	—
		Atividades desportivas	2	12,5
		Atividades de lazer	9	56,3
		Outra(s)	3	18,8
		Nenhuma	2	12,5
		Omisso	178	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	5	31,3
		3 a 5 vezes por semana	5	31,3
		6 a 7 vezes por semana	4	25,0
		Nenhuma	2	12,5
		Omisso	178	—
Sem Res-posta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Note. 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 2,08 (DP = 0,76), com valores compreendidos entre 1 e 4, situando-se **globalmente abaixo do ponto intermédio da escala (2,5)**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,78 (DP = 0,60), com um intervalo entre 1 e 3,64, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 30,05 (DP = 9,79), com valores mínimos de 16 e máximos de 60. 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	2,08	1,78	30,05
Erro Desvio	0,76	0,60	9,79
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	4,00	3,64	60,00

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 da idade ($F(2, 191) = 1,38$; $p = 0,254$), **escolaridade** ($F(3,190) = 1,345$; $p = 0,261$), **estado civil** ($F(3, 190) = 2,62$; $p = 0,052$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI; $t(192) = 0,605$; $p = 0,546$), **rendimento mensal** ($F(5,188) = 2,04$; $p = 0,075$), e **estado de saúde percebido** ($t(192) = 1,232$; $p = 0,220$).

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do sexo** ($t(56,75) = -2,17$; $p = 0,034$) e **do nível de autonomia percebido** ($t(192) = 2,139$; $p = 0,034$). Considerando o ponto de corte patológico definido para valores iguais ou superiores a 32, verifica-se que **as mulheres apresentaram médias superiores de solidão** ($M = 30,54$; $DP = 10,19$) em comparação com os homens ($M = 27,37$; $DP = 6,72$), ainda que situados abaixo do ponto de corte. Quanto à autonomia, as pessoas que se percebem **com menor autonomia registaram níveis mais elevados de solidão** ($M = 32,72$; $DP = 10,20$) em comparação com os que

se percebem mais autônomos ($M = 29,22$; $DP = 9,54$), evidenciando uma relação inversa entre autonomia funcional e percepção de solidão.

4.2. Percepção de Violência

A. Níveis de Percepção de Violência

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

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,36 ($DP = 0,41$), com valores compreendidos entre 1,00 e 3,63, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas ($M = 1,86$; $DP = 0,58$), com valores mínimos de 1,00 e máximos de 3,60, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada foi de 1,31 ($DP = 0,37$), com intervalo entre 1,00 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 1,38 ($DP = 0,42$), com valores entre 1,00 e 3,00, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de $M = 5,90$ ($DP = 1,25$), com valores compreendidos entre 4,00 e 11,28. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 8$), o **valor médio situa-se abaixo do limiar indicativo de risco de violência**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justificam atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5. Percepção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,36	1,86	1,31	1,38	5,90
Erro Desvio	0,41	0,58	0,37	0,42	1,25
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	3,63	3,60	2,75	3,00	11,28

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 ($t(192) = -0,561$; $p = 0,575$), **idade** ($F(2,191) = 0,669$; $p = 0,513$), **escolaridade** ($F(3,190) = 0,160$; $p = 0,923$), **estado civil** ($F(3, 190) = 0,175$; $p = 0,913$), **rendimento mensal** ($F(5, 188) = 0,808$; $p = 0,545$), **local de residência**

(casa própria ou de familiares/ERPI; $t(192) = -0,734$; $p = 0,464$) ou **estado de saúde percebido** ($t(192) = 0,871$; $p = 0,385$).

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função da autonomia percebida** ($t(192) = 2,051$; $p = 0,042$), com os participantes com maior dependência a apresentarem uma maior percepção de risco de violência ($M = 6,23$; $DP = 1,05$) relativamente aqueles que se consideram independentes ($M = 5,80$; $DP = 1,29$).

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

No que respeita à solidão emocional, as pessoas idosas residentes em casa própria ou com familiares apresentaram uma média ligeiramente superior ($M = 2,10$; $DP = 0,77$) comparativamente às residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($M = 1,89$; $DP = 0,63$). Já na solidão social, as médias foram similares, sendo de $M = 1,79$ ($DP = 0,61$) para não institucionalizados e $M = 1,74$ ($DP = 0,47$) para os institucionalizados. Quanto ao índice total de solidão, as pessoas não institucionalizadas apresentaram uma média de $M = 30,17$ ($DP = 9,95$), ligeiramente superior à dos institucionalizados ($M = 28,63$; $DP = 7,80$). Em todos os casos, os testes t para amostras independentes não revelaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), indicando que **o contexto habitacional, por si só, não explica variações nos níveis de solidão** nesta amostra (Ver Tabela 6).

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	2,10	1,89	1,79	1,74	30,17	28,63
Erro Desvio	0,77	0,63	0,61	0,47	9,95	7,80

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

A análise da percepção de violência em função do contexto habitacional revelou que as **diferenças mais relevantes ocorreram nas dimensões de isolamento social e dependência funcional**. Especificamente, os idosos não institucionalizados apresentaram médias mais elevadas de isolamento social ($M = 1,88$; $DP = 0,59$) em comparação com os residentes em ERPI ($M = 1,63$; $DP = 0,38$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(22,266) = 2,425$; $p = 0,024$). Por outro lado, os residentes em ERPI apresentaram maior dependência funcional ($M = 1,56$; $DP = 0,45$) do que os não institucionalizados ($M = 1,28$; $DP = 0,36$), também com diferença significativa ($t(192) = -2,942$; $p = 0,004$) (Ver Tabela 7).

Nas restantes dimensões avaliadas – desconfiança/insegurança nas relações próximas, insegurança financeira e índice total de violência – não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t(192) = -1,736$; $p = 0,084$; $t(16,172) = -0,192$; $p = 0,850$; $t(192) = -0,734$; $p = 0,464$, respetivamente).

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

	Desconfiança/ Insegurança nas Relações Próximas		Isolamento Social		Dependência Funcional		Insegurança Financeira		Violência Total	
	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI	Casa Própria/ Familiars	ERPI
Média	1,35	1,53	1,88	1,63	1,28	1,56	1,38	1,41	5,89	6,13
Erro Desvio	0,40	0,48	0,59	0,38	0,36	0,45	0,40	0,61	1,22	1,62

Fonte. Elaboração própria (2026)

Em termos gerais, estes resultados sugerem que o **contexto habitacional está associado à maior dependência funcional entre os institucionalizados** e à **maior percepção de isolamento social entre os não institucionalizados**, enquanto as demais dimensões de violência percebida e o índice total não apresentam diferenças significativas entre os grupos.

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

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

A. Percepção de solidão

Considerando as dimensões de solidão emocional, social e total, avaliadas pela escala UCLA, os resultados revelam que os **níveis mais elevados de solidão emocional** surgiram nos participantes integrados em **Centro de Dia** ($M = 2,42$; $DP = 0,90$) e **Outras respostas** ($M = 2,24$; $DP = 0,69$), enquanto os níveis mais baixos surgiram na categoria **Nenhuma** ($M = 1,69$; $DP = 0,76$). A ANOVA indicou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(4,173) = 4,564$; $p = 0,002$), com as comparações múltiplas (método de Bonferroni) a revelarem diferenças significativas entre a categoria **Nenhuma** e o **Centro de Dia** ($p = 0,05$), e entre **Nenhuma** e **Outros** ($p = 0,002$). Para as demais comparações, não se verificaram diferenças significativas, sugerindo que as variações se distribuem de forma difusa entre os grupos.

Relativamente à **solidão social**, os **valores médios mais elevados** foram observados nos participantes da categoria **“Outros”** ($M = 1,93$; $DP = 0,64$), no **Centro de Dia** ($M = 1,86$; $DP = 0,57$) e na **Universidade Sênior** ($M = 1,78$; $DP = 0,62$), enquanto os níveis mais baixos surgiram na categoria **Nenhuma** ($M = 1,57$; $DP = 0,57$) e no **Centro de Convívio** ($M = 1,69$; $DP = 0,55$). A ANOVA indicou diferenças significativas entre os grupos ($F(4,173) = 2,485$; $p = 0,045$), com comparações múltiplas a revelar diferenças significativas entre a categoria **Nenhuma** e **Outros** ($p = 0,040$), sendo a solidão social mais elevada neste último grupo.

No **índice total de solidão**, os valores médios mais altos foram observados nos participantes do **Centro de Dia** ($M = 32,53$; $DP = 10,32$) e na categoria **Outros** ($M = 32,41$; $DP = 9,91$), **ligeiramente acima do ponto de corte patológico de 32**, sugerindo que estes grupos podem estar em maior risco de solidão significativa. Os níveis mais baixos surgiram na categoria **Nenhuma** ($M = 25,76$; $DP = 9,86$) e no **Centro de Convívio** ($M = 28,87$; $DP = 8,78$). A ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(4,173) = 3,383$; $p = 0,011$),

com comparações múltiplas a evidenciar que os participantes da categoria “Nenhuma” apresentaram valores significativamente superiores aos da categoria Outros ($p = 0,008$). (Ver Tabela 8).

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Solidão Emocional	2,42(0,90)	2,06 (0,74)	2,11 (0,70)	2,24 (0,69)	1,69 (0,76)
Solidão Social	1,86(0,57)	1,69 (0,55)	1,78(0,62)	1,93 (0,64)	1,57 (0,57)
Solidão Total	32,53(10,32)	28,87 (8,78)	30,14 (9,60)	32,41 (9,91)	25,76 (9,86)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

De forma geral, os resultados indicam que **a participação em respostas sociais estruturadas não se associa necessariamente a uma menor solidão** (quer total, quer nas suas dimensões). Pelo contrário, alguns grupos com participação menos estruturada ou específica, como Outros ou Centro de Dia, apresentam níveis médios de solidão emocional e total ligeiramente mais elevados, chegando a ultrapassar o ponto de corte na escala UCLA. Estes resultados sugerem que **não é apenas a presença de participação social que importa, sendo importante refletir sobre o tipo e a qualidade das atividades em que os idosos estão envolvidos**.

B. Perceção de violência

Para analisar diferenças no risco de violência em função da tipologia de participação social (Centro de Dia, Centro de Convívio, Universidade Sênior, 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.

Na dimensão de **isolamento social**, os valores médios foram ligeiramente superiores nas categorias “Outros” e “Nenhuma”, mas mais baixos no Centro de Dia. No entanto, a ANOVA não revelou diferenças significativas entre os grupos ($F(4,173) = 2,080$; $p = 0,085$), indicando que **a participação social não se associa a variações relevantes nesta dimensão**.

Em contraste, surgiram diferenças significativas nas outras dimensões da violência. Na **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a ANOVA revelou diferenças significativas entre os grupos ($F(4,173) = 4,779$; $p = 0,001$). As comparações múltiplas pelo método de Bonferroni mostraram que os participantes do Centro de Dia e do Centro de Convívio apresentaram níveis significativamente mais baixos do que a categoria “Outros” ($p = 0,046$ e $p = 0,021$, respetivamente), indicando **maior perceção de insegurança nos grupos com participação menos estruturada**.

Relativamente à dependência funcional foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($F(4,173) = 7,853$; $p < 0,001$) entre os grupos. O **Centro de Dia** apresentou valores médios significativamente superiores em relação às outras respostas, nomeadamente ao Centro de Convívio ($p = 0,000$), Universidade Sênior ($p = 0,013$), “Outros” ($p = 0,000$) e Nenhuma ($p = 0,000$), indicando **maior dependência funcional neste grupo**.

Em termos da insegurança financeira, a ANOVA revelou igualmente diferenças significativas ($F(4,173) = 2,848$; $p = 0,026$), mas as comparações múltiplas não identificaram pares com diferenças estatisticamente significativas.

Por fim, o **índice total de violência** revelou ainda diferenças significativas entre os grupos ($F(4,173) = 3,838$; $p = 0,005$), com o Centro de Convívio a apresentar valores significativamente inferiores à categoria “Outros” (p

= 0,033), e os “**Outros**” a apresentarem níveis superiores aos participantes da categoria Nenhuma ($p = 0,026$). (Ver Tabela 9).

De forma geral, os resultados indicam que a **participação social influencia dimensões específicas do risco de violência, mas não o isolamento social**, que permanece semelhante entre os grupos. Especificamente, a dependência funcional é mais elevada no Centro de Dia, enquanto a desconfiança/insegurança nas relações próximas e o índice total de violência são mais elevados na categoria “Outros”, quando comparados com grupos com participação mais estruturada. Estes resultados sugerem que **o tipo e a qualidade da participação social podem ter efeitos diferenciados sobre dimensões específicas do risco de violência na população idosa**.

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,20 (0,27)	1,25 (0,22)	1,09 (0,12)	1,49 (0,49)	1,29 (0,32)
Isolamento Social	2,07 (0,80)	1,74 (0,59)	1,94 (0,54)	1,97 (0,54)	1,73 (0,57)
Dependência Funcional	1,66 (0,31)	1,25 (0,31)	1,18 (0,37)	1,28 (0,36)	1,15 (0,29)
Insegurança Financeira	1,24 (0,28)	1,28 (0,39)	1,36 (0,24)	1,49 (0,43)	1,32 (0,37)
Violência Total	6,17 (1,22)	5,53 (1,10)	5,57 (0,78)	6,22 (1,25)	5,49 (1,15)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A análise da **relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência** revelou **correlações positivas** e estatisticamente significativas em ambos os contextos residenciais.

Entre as pessoas idosas a residir em **casa própria ou com familiares**, observou-se uma correlação positiva forte entre a solidão ($M = 30,17$; $DP = 9,95$) e a percepção de violência ($M = 5,89$; $DP = 1,22$), $r = 0,676$; $p < 0,001$. Este resultado indica que níveis mais elevados de solidão estão associados a maior percepção de risco de violência neste grupo.

No caso das pessoas idosas residentes em **ERPI**, verificou-se igualmente uma correlação positiva estatisticamente significativa entre solidão ($M = 28,63$; $DP = 7,80$) e percepção de violência ($M = 6,13$; $DP = 1,62$), embora moderada, $r = 0,568$; $p = 0,022$. Também neste grupo, os níveis mais elevados de solidão associam-se a uma maior percepção de risco de vitimação (Ver Tabela 10).

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/Familiares	Solidão	30,17	9,95	,676	.000
	Violência	5,89	1,22		
ERPI	Solidão	28,63	7,80	,568	.022
	Violência	6,13	1,62		

Note. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

De forma global, **os resultados sugerem que, independentemente do contexto residencial**, a solidão constitui um fator associado à uma maior percepção de risco de violência, sendo essa **associação mais forte nas pessoas idosas não institucionalizadas**. Estes dados reforçam a importância de intervenções dirigidas à redução da solidão como estratégia de mitigação da percepção de vulnerabilidade à violência na população idosa.

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

As pessoas idosas **integradas em respostas sociais comunitárias** apresentaram níveis médios mais elevados de solidão percebida ($M = 31,33$; $DP = 9,68$) e de percepção do risco de violência ($M = 5,99$; $DP = 1,22$), quando comparadas com aquelas **não integradas**, que evidenciaram níveis médios inferiores de solidão ($M = 25,76$; $DP = 9,86$) e de percepção do risco de violência ($M = 5,49$; $DP = 1,15$).

No que respeita à relação entre percepção de solidão e percepção do risco de vitimação por violência, os resultados evidenciam **associações positivas fortes e estatisticamente significativas em ambos os grupos**.

Entre os participantes **integrados em respostas sociais**, observou-se uma correlação positiva moderada a forte ($r = 0,674$; $p = 0,000$), indicando que níveis mais elevados de solidão se associam a maior percepção de risco de violência. De forma semelhante, no grupo **não integrado em respostas sociais**, verificou-se igualmente uma correlação positiva moderada a forte ($r = 0,628$; $p = 0,000$), evidenciando que, também neste grupo, o aumento da solidão se associa a maior percepção de risco de vitimação.

Em conjunto, os resultados indicam que, **independentemente da integração em respostas sociais comunitárias, a solidão constitui um fator fortemente associado à percepção do risco de violência**. Embora os níveis médios de solidão e de percepção de risco sejam superiores no grupo integrado, o valor da associação entre as duas variáveis mantém-se relativamente elevada em ambos os grupos, sugerindo que a experiência subjetiva de solidão desempenha um papel central na percepção de vulnerabilidade à violência na população idosa.

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	31,33	9,68	0,674	,000
	Violência	5,99	1,22		
Não Integrados em RS	Solidão	25,76	9,86	0,628	,000
	Violência	5,49	1,15		

Nota. RS. Resposta(s) Social(ais); Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

Considerações finais

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

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

No âmbito do município de Torres Vedras, 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 a idade, escolaridade, estado civil, local de residência, rendimento e estado de saúde percebido não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas ao sexo e ao nível de autonomia percebida: ainda que abaixo do ponto de corte, as mulheres apresentam níveis médios de solidão superiores aos dos homens, e os participantes que se percebem como menos autónomos reportam maior solidão do que aqueles que se percebem como sendo autónomos. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a idosos **do sexo feminino e com menor autonomia**. 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, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência ou estado de saúde, mas associa-se à autonomia: pessoas 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 um **grupo mais vulnerável**, nomeadamente **pessoas com maior nível de dependência**, destacando a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a esta situação de maior risco.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/família e em ERPI revelou que, de forma geral, este não influencia significativamente os níveis de solidão, mas sim a perceção de violência, registando-se diferenças em dimensões específicas: **o isolamento social é significativamente mais intenso entre os idosos não institucionalizados e a dependência funcional é significativamente maior entre os institucionalizados** (ERPI), refletindo maior necessidade de apoio nas atividades da vida diária. Estes achados 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 em respostas sociais estruturadas associa-se a níveis mais elevados de solidão, particularmente nas dimensões emocional (Centro de Dia e Outras Respostas), social

(Outros, Centro de Dia e Universidade Sénior) e total (Centro de Dia e Outros), evidenciando que estas respostas não estão a desempenhar um efeito protetor da participação social organizada. A perceção de violência difere significativamente entre os grupos, mas em dimensões específicas: a **desconfiança/insegurança nas relações próximas é mais elevada nos grupos com participação menos estruturada (Outros)**, a **dependência funcional é mais elevada no Centro de Dia** e o **índice total de violência é mais baixa no Centro de Convívio**. 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 perceção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com os residentes em casa própria/familiares a apresentar níveis ligeiramente mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os residentes em ERPI. Esta associação entre solidão e perceção de violência é positiva e significativa em todos os contextos, embora mais intensa em pessoas idosas não institucionalizados, sugerindo que **residir em casa própria ou de familiares pode potenciar simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de perceção de risco**. Entre as pessoas idosas não institucionalizados, a situação de estar integrado, ou não, em respostas sociais comunitárias não modula esta relação, dado em qualquer das situações a correlação entre a solidão e a perceção de violência ser moderada a forte.

Estes resultados indicam que **a integração comunitária não minimiza a solidão e potencia a consciência do risco**, enquanto **a ausência de participação social pode favorecer a normalização da solidão ou menor perceção de vulnerabilidade**, evidenciando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do município de Torres Vedras. Embora os níveis médios observados 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 às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva ecológica e sistémica, envolvendo não apenas as pessoas idosas, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Esta necessidade é reforçada pelo facto de 40,4% das pessoas idosas viverem sozinhas e 24,2% em contextos de maior isolamento geográfico. Entre os principais indicadores, destacam-se a maior incidência de solidão no sexo feminino e a correlação direta entre a perda de autonomia e o aumento da vulnerabilidade. Notavelmente, as pessoas idosas que residem no domicílio apresentam níveis de solidão e risco de vitimação ligeiramente superiores aos institucionalizados em ERPI. Estes dados ganham especial relevância considerando que, embora a maioria (79,2%) esteja integrada em pelo menos uma resposta social de proximidade, a vulnerabilidade persiste nos contextos de habitação própria e isolamento.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se o reforço da participação em respostas sociais comunitárias estruturadas, particularmente para pessoas idosas do sexo feminino e para aquelas com menor autonomia percebida. Devem ser promovidos programas de acompanhamento emocional que visem a partilha de experiências e o combate ao isolamento, nomeadamente através da criação de grupos de apoio psicológico para mulheres, identificadas neste estudo, como o grupo de maior vulnerabilidade, e da implementação de modelos de mentoria de "idoso para idoso". Esta estratégia de apoio entre pares, onde idosos mais autónomos apoiam os que se encontram isolados no domicílio, favorece a construção de vínculos significativos e o suporte emocional por pares, em detrimento de modelos estritamente ocupacionais. Complementarmente, a participação em atividades de grupo e intergeracionais deve ser reforçada por programas de literacia para a autonomia, com workshops práticos focados na funcionalidade física e cognitiva.

Relativamente à percepção do risco de violência, recomenda-se a avaliação regular de vulnerabilidades associadas à dependência, priorizando a vigilância ativa no domicílio, onde o isolamento é mais acentuado. É essencial promover o empoderamento da pessoa idosa, reforçando a literacia sobre direitos e o reconhecimento de riscos, especialmente em casos de menor autonomia. Para tal, propõem-se atividades como auditorias de segurança doméstica, para aumentar o controlo ambiental e reduzir quedas, e sessões de literacia jurídica sobre abusos. Complementarmente, a criação de uma linha de proximidade "estou aqui" que possibilitará uma monitorização profissional contínua via contacto telefónico, facilitando a deteção precoce de negligência e diminuindo a vulnerabilidade inerente à perda de autonomia.

Na interseção entre solidão e violência, recomenda-se a promoção de programas de estimulação cognitiva e funcional que preservem a autonomia funcional, dado que a perda de independência constitui um indicador direto tanto da solidão como de uma maior percepção de risco de violência. Estas intervenções devem ser complementadas por estratégias de resiliência comunitária, como redes de vizinhos solidários e treinos de assertividade, que capacitem a pessoa idosa a transformar a consciência do risco em mecanismos de autoproteção.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de programas que capacitem as famílias para que atuem como mediadoras do bem-estar emocional, assegurando que o tempo de convivência se traduza em conexões humanas positivas. É essencial promover a presença de qualidade, educando os cuidadores para a distinção entre o apoio logístico (cuidados básicos e medicação) e o cuidado afetivo. Como estratégia prática, sugere-se a implementação de workshops como a “árvore das memórias partilhadas”, onde a construção conjunta de arquivos de histórias e fotos reforça o papel da pessoa idosa como detentora do saber familiar, combatendo eficazmente a solidão emocional e fortalecendo os vínculos geracionais.

No que concerne à violência e percepção de risco, as recomendações focam-se na capacitação e suporte emocional dos familiares, prevenindo que a exaustão do cuidador resulte em negligência. É fundamental implementar estratégias de prevenção do *burnout*, dotando a família de ferramentas técnicas para lidar com a dependência. Propõe-se a criação de grupos de ajuda-mutua para cuidadores, focada na gestão de conflitos e cuidados práticos, aliada a planos de contingência familiar e mediação técnica. Estas medidas visam equilibrar a divisão de tarefas e garantir uma vigilância ativa, assegurando que a pessoa idosa se mantenha segura e protegida no seio familiar.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se a corresponsabilização no cuidado através de programas de suporte familiar estruturado, reforçando as redes de apoio formais e informais para garantir um ambiente seguro. É essencial implementar "planos de contingência familiar" para situações de crise ou isolamento prolongado, prevenindo que a vulnerabilidade da pessoa idosa se agrave. Sugerem-se reuniões de mediação familiar, facilitadas por técnicos, para definir turnos de companhia e protocolos de monitorização. Esta estratégia assegura uma divisão equitativa de responsabilidades e garante que a pessoa idosa não fique "invisível" dentro da própria casa, mitigando simultaneamente o risco de isolamento emocional e de negligência.

Recomendações dirigidas à comunidade

Ao nível da solidão, recomenda-se que o município invista na qualificação das respostas sociais, apoiando a sua transição de espaços de permanência para centros de dinamização relacional. É fundamental desenvolver iniciativas inclusivas e de proximidade, como o "café de proximidade", que através de parcerias com o comércio local cria espaços de diálogo intergeracional moderados por voluntários. Neste âmbito, o fortalecimento de universidades seniores, centros de convívio e projetos comunitários deve ser desenhado em função das motivações das pessoas idosas, estimulando a sua participação social ativa. Complementarmente, importa fomentar o voluntariado e as relações de vizinhança, assegurando que estas redes assumam um papel de suporte e monitorização informal junto daqueles que se encontram isolados no domicílio, de forma a prevenir a solidão emocional e social.

No domínio da violência, recomenda-se a criação e consolidação de redes de vigilância comunitária e de mecanismos de sinalização precoce, capazes de alcançar pessoas idosas que não frequentam respostas sociais formais. Dado que o isolamento social é o maior preditor de risco, é fundamental implementar uma rede de "sentinelas comunitárias" envolvendo o "vizinho atento". Esta iniciativa consiste na formação de agentes locais estratégicos, como comerciantes, carteiros e vizinhos, para a identificação de sinais de alerta (ex.: persianas fechadas indevidamente ou alterações súbitas no aspeto pessoal) e para o reporte seguro às entidades competentes. Ao promover estes serviços de apoio interativos e de proximidade, o município assegura uma resposta atempada a situações de risco, transformando a vigilância informal num mecanismo eficaz de proteção e segurança para a população idosa.

De forma integrada, o poder local deve promover a cooperação entre serviços sociais, de saúde e de segurança para garantir respostas coordenadas e adaptadas às necessidades das pessoas idosas. A comunidade deve assumir-se como o principal fator protetor, fortalecendo o policiamento de proximidade e a integração de redes locais. Sugere-se a implementação de "caminhadas de segurança comunitária", onde forças de segurança e cidadãos identificam pontos críticos no espaço público. Esta iniciativa alia a segurança à promoção do exercício e convívio, transformando a vigilância urbana num esforço coletivo que reduz simultaneamente o isolamento e a vulnerabilidade.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se o investimento na formação contínua dos profissionais em mediação relacional, saúde mental e vulnerabilidade social. É fundamental capacitar as equipas para identificar e intervir sobre o "vazio emocional" das pessoas idosas, independentemente do seu contexto institucional. Como estratégia prática, sugere-se a formação técnica na aplicação de instrumentos validados, como as Escalas de Solidão de UCLA, por exemplo. Esta monitorização sistemática permite uma intervenção precoce, garantindo que o isolamento seja detetado antes de se tornar clinicamente relevante ou de evoluir para quadros depressivos graves.

Relativamente à violência, é essencial capacitar os profissionais para a identificação, sinalização e intervenção em situações de violência, assegurando o conhecimento dos protocolos legais e das redes de apoio existentes. Dado que a perceção de risco aumenta com a dependência funcional, é fundamental implementar uma monitorização técnica que previna abusos e reforce o sentido de segurança da pessoa idosa. Recomenda-se a criação de protocolos de atuação rápida e multidisciplinar para casos detetados tanto em ERPI como no domicílio. Propõe-se a realização de workshops regulares entre profissionais da saúde, ação social e justiça. Estes permitirão reflexões que alinhem critérios de sinalização e intervenção em casos reais no concelho, assegurando uma resposta coordenada, ética e eficaz perante situações de risco.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se o desenvolvimento de protocolos de intervenção multidisciplinar centrados na pessoa idosa, onde o rastreio destes dois domínios seja sistemático e integrado na avaliação diagnóstica, de forma a garantir que o acompanhamento das situações de vulnerabilidade seja contínuo, superando intervenções meramente pontuais. Assim, propõe-se a gestão de casos complexos apoiada pela criação de uma Plataforma de Gestão Integrada do Risco. Este sistema partilhado entre instituições permitirá cruzar dados de isolamento e dependência funcional, dotando os profissionais de uma ferramenta visual e analítica para priorizar recursos e intervir de forma estratégica nas pessoas idosas que apresentam elevados índices de risco em ambos os eixos.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Torres Vedras.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Elevada proporção de pessoas idosas a viver só (40,4%) e em locais isolados (24,2%); Níveis mais elevados de solidão nas pessoas idosas do sexo feminino e nas pessoas idosas com menor autonomia.	Reduzir o isolamento social e preservar a autonomia.	Promover a integração em respostas sociais estruturadas, como Centros de Dia e Universidades Seniores, através do desenvolvimento de programas de acompanhamento emocional, individual e grupal; criação de grupos de apoio psicológico específicos para mulheres e a implementação de modelos de mentoria "idoso para idoso", que reforcem a perceção positiva do estado de saúde e a partilha de experiências; participação em atividades de grupo e intergeracionais reforçada por programas de literacia para a autonomia, integrando

				workshops focados na funcionalidade física e cognitiva; implementação de soluções digitais inovadoras (como realidade aumentada ou virtual) como ferramentas de estimulação e complemento à interação social.
	Violência	Diferenças estatisticamente significativas em função da autonomia percebida em participantes com maior dependência apresentam maior percepção de risco de violência.	Prevenir e monitorizar situações de risco e aumentar proteção pessoal.	Realizar avaliação regular de vulnerabilidades psicossociais com foco na intervenção direta sobre a autonomia e o bem-estar da pessoa idosa; reforçar a literacia sobre direitos e o reconhecimento de riscos, através de sessões de literacia jurídica especializadas; realização de auditorias de segurança doméstica, visando a adaptação do espaço e a redução do risco de quedas; criação de uma linha de proximidade "estou aqui", garantindo um canal direto de comunicação que reforce o sentimento de segurança e acompanhamento contínuo da pessoa idosa no seu domicílio.
	Solidão e Violência	A dependência constitui um indicador direto tanto da solidão como de uma maior percepção de risco de violência.	Intervir de forma integrada sobre fatores psicossociais de risco.	Implementar programas integrados de apoio psicossocial que visem a estimulação cognitiva e funcional e que preservem a autonomia funcional; criação de redes de apoio de vizinhos solidários e treinos de assertividade, que capacitem a pessoa idosa a transformar a consciência do risco em mecanismos de autoproteção.
Famílias	Solidão	Importância do suporte familiar, sobretudo em contextos de envelhecimento isolado.	Reforçar vínculos familiares e capacidade de apoio.	Desenvolver programas de formação em competências de cuidado; sensibilizar para a relevância da interação familiar regular; implementação de workshops como a "árvore das memórias partilhadas", onde a construção conjunta de arquivos de histórias e fotos reforça o papel da pessoa idosa como detentor do saber familiar, combatendo eficazmente a solidão emocional e fortalecendo os vínculos geracionais.
	Violência	Papel central das famílias na deteção precoce de risco.	Prevenir abuso, negligência e violência.	Sensibilizar para sinais precoces de risco; promover a prevenção da violência; divulgar canais de denúncia e serviços de apoio. Propõe-se a criação de "escola de cuidadores", focada na gestão de conflitos e cuidados práticos, aliada a planos de contingência familiar e mediação técnica.
	Solidão e Violência	Necessidade de intervenção concertada com a pessoa idosa.	Reforçar suporte formal e informal.	Implementar programas de suporte familiar estruturado; promover acompanhamento conjunto com profissionais reuniões de mediação familiar; fortalecer redes formais e informais de apoio; implementar "planos de contingência "familiar de forma a facilitar as dinâmicas.
Comunidade	Solidão	Elevada integração em respostas comunitárias (79,2 %), sem efeito protetor na solidão.	Promover respostas comunitárias como fator protetor.	Desenvolver iniciativas comunitárias inclusivas e de proximidade, como o café de proximidade; reforçar centros de convívio, projetos comunitários e universidades seniores e fomentar o voluntariado e as relações de vizinhança.
	Violência	Necessidade de deteção precoce em contextos de proximidade	Reforçar vigilância e sinalização.	Criar redes de vigilância comunitária; desenvolver mecanismos de sinalização precoce; promover serviços de apoio de proximidade. Implementação da rede de "sentinelas comunitárias"; criar campanha de sensibilização "o vizinho atento"; desenvolver ações de formação para comerciantes, carteiros e vizinhos sobre sinais de alerta.
	Solidão e Violência	Problemas multidimensionais exigem respostas articuladas.	Garantir intervenção integrada.	Promover e desenvolver programas comunitários integrados protetores e promotores de vigilância sobre os riscos; reforçar articulação interinstitucional; fomentar cooperação entre serviços sociais, de saúde e segurança; implementar "caminhadas de segurança comunitária"
Profissionais	Solidão	Necessidade de maior capacitação técnica.	Promover identificação e intervenção.	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social;

				proporcionar formação técnica para a aplicação de instrumentos validados, como as escalas de solidão.
	Violência	Complexidade dos fenómenos de abuso e negligência.	Aumentar eficácia da resposta profissional.	Capacitar para avaliação, sinalização e intervenção em situações de violência; criação de protocolos de atuação rápida e multidisciplinar para casos detetados tanto em ERPI como no domicílio; a realização de workshops multidisciplinares regulares.
	Solidão e Violência	Necessidade de respostas multidisciplinares.	Promover intervenção integrada e centrada na pessoa.	Desenvolver protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional centrados na pessoa idosa e a criação de uma Plataforma de Gestão Integrada do Risco no Município que garanta um acompanhamento contínuo e personalizado em detrimento de intervenções pontuais e que facilite a gestão de "casos complexos".

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)