



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

**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**

fevereiro 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	22
Recomendações	24
Referências.....	27
Anexo	32

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	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.	20
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.	21
Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Mação	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 Mação. 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 Mação. 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 Mação, 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 212 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Mação. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 165$; 77,8%), em comparação com o sexo masculino ($n = 47$; 22,2%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 100 anos, apresentando uma média de 78,57 anos ($DP = 8,13$), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ($n = 101$; 47,6%), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n = 85$; 40,1%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 141$; 66,5%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, todos os participantes vivem em **zona rural** ($n = 212$; 100%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 195$; 92%), enquanto uma percentagem reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 17$; 8%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 62$; 29,2%). Entre os que responderam, verifica-se que 28,8% ($n = 61$) auferem menos de 500 euros mensais, enquanto 27,4% ($n = 58$) apresentam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, 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 1,58 ($DP = 0,49$), indicando uma **percepção intermédia tendencialmente negativa**. 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 Mação.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	47	22,2
	Feminino	165	77,8
Idade (anos)	Intervalo	65–100	—
	Média (DP)	78,57 (8,134)	—
Idade (por grupo)	65-74	73	34,4
	75-84	82	38,7
	85-100	57	26,9
Estado Civil	Solteiro/a	18	8,5
	Casado(a)/União de Facto	85	40,1
	Divorciado/a	8	3,8
	Viúvo/a	101	47,6
Escolaridade	Sem Ensino Básico	56	26,4
	Com Ensino Básico	141	66,5
	Com Ensino Secundário	12	5,7
	Com Ensino Superior	3	1,4
Zona de Residência	Rural	186	100

	Omisso	26	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	195	92
	ERPI	17	8
Rendimento Mensal	- 500 euros	61	28,8
	de 501 a 870 euros	58	27,4
	de 871 a 1045 euros	18	8,5
	de 1046 a 1568 euros	9	4,2
	+ de 1569 euros	4	1,9
	Prefiro não responder	62	29,2
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,58 (0,494)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,86 (0,349)	—

Note. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 195; 92%). Desses, 51,3% vivem sozinhos (n = 100), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 144; 73,8%). 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 = 178; 91,3%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de refeições (n = 3; 1,5%), bem como à combinação de refeições e serviços de limpeza (n = 3; 1,5%).

Apesar da maioria não usufruir de SAD, **81,5% encontram-se integrados em respostas sociais de proximidade**, como centros de dia e centros de convívio, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente uma a duas vezes por semana (n = 133; 68,2%).

Uma **percentagem reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 17; 8%). Destes, 41,2% (n = 7) participam em atividades de lazer, 29,4% (n = 5) em atividades culturais, 23,5% (n = 4) em atividades desportivas e 5,9% (n = 1) não frequenta qualquer atividade.

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	100	51,3
		Com parceiro/a	69	35,4
		Com Filho/a	11	5,6
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	8	4,1
		Com Outro(s)	7	3,6
		Omisso	17	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	4	2,1
		Vivenda isolada	47	24,1
		Vivenda com vizinhos	144	73,8
		Omisso	17	—
	SAD	Não	178	91,3
		Sim	17	8,7
		Omisso	17	—
	SAD- Tipo	Refeições	3	1,5

		Limpeza	1	0,5
		Roupa	—	—
		Outro(s)	1	0,5
		Nenhuma	178	91,3
		Refeições e Limpeza	3	1,5
		Refeições e Roupa	2	1
		Refeições e Outra(s)	2	1
		Limpeza e Roupa	1	0,5
		Limpeza e Outra(s)	—	—
		Roupa e Outro(s)	—	—
		Refeições, Limpeza e Roupa	2	1
		Limpeza, Roupa e Outro(s)	2	1
		Refeições, Limpeza, Roupa e Outra(s)	—	—
		Refeições, Limpeza e Outra(s)	—	—
		Omisso	17	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	2	1
		Centro de Convívio	—	—
		Universidade Sênior	2	1
		Outra(s)	139	71,3
		Nenhuma	36	18,5
		Centro de Dia e Centro de Convívio	—	—
		Centro de Dia e Universidade Sênior	—	—
		Centro de Dia e Outro(s)	1	0,5
		Centro de Convívio e Universidade Sênior	—	—
		Centro de Convívio e Outro(s)	3	1,5
		Universidade Sênior e Outro(s)	12	6,2
		Centro de Dia, Centro de Convívio e Universidade Sênior	—	—
		Centro de Dia, Centro de Convívio e Outro(s)	—	—
		Centro de Convívio, Universidade Sênior e Outro(s)	—	—
		Omisso	17	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	133	68,2
		3 a 5 vezes por semana	21	10,8
		6 a 7 vezes por semana	5	2,6
		Nenhuma	36	18,5
		Omisso	17	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades culturais	5	29,4
		Atividades desportivas	4	23,5
		Atividades de lazer	7	41,2
		Nenhuma	1	5,9
		Omisso	195	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	8	47,1
		3 a 5 vezes por semana	5	29,4
		6 a 7 vezes por semana	3	17,6
		Nenhuma	1	5,9
		Omisso	195	—
Sem Resposta 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 1,87 (DP = 0,69), com valores compreendidos entre 1,00 e 3,20, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,58 (DP = 0,53), com um intervalo entre 1,00 e 3,45, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 26,76 (DP = 8,57), com valores mínimos de 16,00 e máximos de 53,00. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total superiores ao ponto de corte (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Percepção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,87	1,58	26,76
Erro Desvio	0,69	0,53	8,57
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,20	3,45	53,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função do sexo ($t(210) = 1,339$; $p = 0,182$), **idade** ($F(2, 209) = 1,061$; $p = 0,348$), **escolaridade** ($F(3, 208) = 0,614$; $p = 0,607$), **rendimento mensal** ($F(5, 206) = 1,159$; $p = 0,331$), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI; $t(210) = -0,356$; $p = 0,722$) ou **autonomia** ($t(210) = 1,550$; $p = 0,123$).

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil** ($F(3, 208) = 3,642$; $p = 0,014$) e **do estado de saúde percebido** ($t(210) = 2,068$; $p = 0,04$). Considerando o ponto de corte patológico definido para valores iguais ou superiores a 32, os indivíduos divorciados apresentaram valores médios indicativos de solidão patológica ($M = 33,25$; DP = 9,39), seguidos dos solteiros, próximos do limiar patológico ($M = 30,44$; DP = 11,55). Os viúvos ($M = 26,85$; DP = 8,08) e os casados ou em união de facto ($M = 25,26$; DP = 7,96) apresentaram médias inferiores ao ponto de corte. Quanto ao estado de saúde, as pessoas

que se percebiam como doentes apresentaram níveis mais elevados de solidão ($M = 28,19$; $DP = 9,09$) comparativamente às que se percebiam como saudáveis ($M = 25,74$; $DP = 8,07$).

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

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

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,24 ($DP = 0,35$), com valores compreendidos entre 1,00 e 2,63, indicando **níveis globalmente baixos de perceção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas ($M = 1,73$; $DP = 0,49$), com valores mínimos de 1,00 e máximos de 3,40, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,30 ($DP = 0,42$), com um intervalo entre 1,00 e 3,25, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,29 ($DP = 0,39$), com valores que variam entre 1,00 e 2,50, evidenciando uma **perceção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de perceção de violência**, a média da amostra foi de 5,56 ($DP = 1,03$), com valores mínimos de 4,00 e máximos de 9,48. 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.

Tabela 5. Perceção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,24	1,73	1,30	1,29	5,56
Erro Desvio	0,35	0,49	0,42	0,39	1,03
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,63	3,40	3,250	2,50	9,48

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na perceção de violência em função do sexo ($t(210) = 1,550$; $p = 0,123$), **idade** ($F(2, 209) = 1,103$; $p = 0,902$), **escolaridade** ($F(3, 208) = 0,184$; $p = 0,907$),

estado civil ($F(3, 208) = 1,625$; $p = 0,185$), **rendimento mensal** ($F(5, 206) = 0,755$; $p = 0,584$) ou **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI; $t(210) = -1,639$; $p = 0,103$).

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do estado de saúde percebido** ($t(210) = 2,165$; $p = 0,032$) **e da autonomia** ($t(210) = 3,481$; $p = 0,001$). As pessoas que se percebem como doentes apresentam níveis mais elevados de percepção de violência ($M = 5,74$; $DP = 1,06$) comparativamente às que se percebem como saudáveis ($M = 5,43$; $DP = 1,00$). De forma semelhante, os participantes com maior dependência apresentam percepções de violência superiores ($M = 6,16$; $DP = 1,14$) relativamente aqueles que se consideram independentes ($M = 5,47$; $DP = 0,98$).

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 ($M = 1,88$; $DP = 0,70$) comparativamente às residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($M = 1,73$; $DP = 0,66$). Para a solidão social, os valores médios foram ligeiramente superiores nas pessoas institucionalizadas ($M = 1,71$; $DP = 0,47$) face às não institucionalizadas ($M = 1,57$; $DP = 0,53$). Quanto ao índice total de solidão, as médias foram similares entre os grupos, sendo ligeiramente mais elevada nas pessoas institucionalizadas ($M = 27,47$; $DP = 7,56$) comparativamente às não institucionalizadas ($M = 26,70$; $DP = 8,67$). 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 percebida 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	1,88	1,73	1,57	1,71	26,70	27,47
Erro Desvio	,70	,66	,53	,47	8,67	7,56

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Na **dimensão desconfiança/insegurança nas relações próximas**, as pessoas residentes em casa própria ou com familiares apresentaram uma média ligeiramente superior ($M = 1,24$; $DP = 0,35$) em comparação com as institucionalizadas ($M = 1,22$; $DP = 0,29$), sem diferença estatisticamente significativa ($t(210) = 0,225$; $p = 0,822$). No **isolamento social**, os valores médios foram ligeiramente maiores nas pessoas institucionalizadas ($M = 1,82$; $DP = 0,49$) face às não institucionalizadas ($M = 1,72$; $DP = 0,50$), mas novamente sem significância estatística ($t(210) = -0,802$; $p = 0,423$).

Quanto à **dependência funcional**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t(16,88) = -3,109$; $p = 0,006$), sendo os residentes em ERPI mais dependentes ($M = 1,76$; $DP = 0,66$) do que os

não institucionalizados ($M = 1,26$; $DP = 0,37$). Em termos de **insegurança financeira**, os idosos residentes em casa própria ou com familiares apresentaram média superior ($M = 1,30$; $DP = 0,39$) relativamente aos institucionalizados ($M = 1,15$; $DP = 0,27$), com diferença estatisticamente significativa ($t(22,56) = 2,228$; $p = 0,036$). Por fim, **no índice total de violência**, a média foi ligeiramente superior nas pessoas institucionalizadas ($M = 5,96$; $DP = 1,13$) face às não institucionalizadas ($M = 5,53$; $DP = 1,02$), sem diferença estatisticamente significativa ($t(210) = -1,639$; $p = 0,103$) (Ver Tabela 7).

No geral, os resultados indicam que, **embora existam diferenças pontuais em algumas dimensões da violência (dependência funcional e insegurança financeira), o contexto institucional não parece exercer influência generalizada sobre a perceção global de violência ou solidão** nesta amostra.

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

	Desconfiança/ Insegurança nas Relações Próximas		Isolamento Social		Dependência Funcional		Insegurança Financeira		Violência Total	
	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI	Casa Própria/ Familiares	ERPI
Média	1,24	1,22	1,72	1,82	1,26	1,76	1,30	1,15	5,53	5,96
Erro Desvio	,35	,29	,50	,49	,37	,66	,39	,27	1,02	1,13

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A. Perceção de solidão

Considerando as dimensões de solidão emocional, social e total, avaliadas pela escala UCLA, os resultados indicam que os níveis mais elevados de **solidão emocional** surgem nos **participantes sem qualquer tipo de participação em respostas sociais** (“Nenhuma”; $M = 2,02$; $DP = 0,71$) e na categoria **“Outros”** ($M = 1,90$; $DP = 0,70$). Valores mais baixos foram observados nos participantes do Centro de Dia ($M = 1,13$; $DP = 0,23$) e da Universidade Sénior ($M = 1,44$; $DP = 0,45$). A análise de variância unifatorial (ANOVA) revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(4, 190) = 2,814$; $p = 0,027$), embora as comparações múltiplas (método de correção de Bonferroni) não tenham identificado diferenças significativas entre pares específicos, sugerindo que as diferenças globais se distribuem de forma difusa.

Relativamente à **solidão social**, os **valores médios mais elevados surgiram nos participantes integrados na categoria “Outros”** ($M = 1,61$; $DP = 0,56$), no Centro de Convívio ($M = 1,61$; $DP = 0,26$) e na ausência de participação em respostas sociais ($M = 1,60$; $DP = 0,49$). Os níveis mais baixos foram observados nos participantes do Centro de Dia ($M = 1,09$; $DP = 0,09$) e da Universidade Sénior ($M = 1,19$; $DP = 0,20$). A análise ANOVA indicou diferenças significativas entre os grupos ($F(4, 190) = 2,691$; $p = 0,032$), com comparações múltiplas revelando

diferença estatisticamente significativa entre Universidade Sénior e “Outros” ($p = 0,048$), sendo a solidão social mais elevada neste último grupo.

No **índice total de solidão**, os **valores médios mais altos foram observados nos participantes sem participação em respostas sociais** ($M = 27,64$; $DP = 7,74$), **na categoria “Outros”** ($M = 27,25$; $DP = 9,03$) e **no Centro de Convívio** ($M = 28,33$; $DP = 7,51$). Os níveis mais baixos surgiram nos participantes do Centro de Dia ($M = 17,67$; $DP = 2,08$) e da Universidade Sénior ($M = 20,36$; $DP = 4,05$). A análise ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas ($F(4, 190) = 3,089$; $p = 0,017$), com comparações múltiplas mostrando que as pessoas que frequentam a Universidade Sénior apresentaram níveis significativamente inferiores à categoria “Outros” ($p = 0,042$).

De forma geral, os resultados sugerem que a **participação em respostas sociais estruturadas**, especialmente na Universidade Sénior, **associa-se a níveis mais baixos de solidão social e total**, quando comparada com formas menos estruturadas de participação (“Outros”) ou ausência de participação. Embora diferenças globais tenham sido observadas na solidão emocional, estas não se traduzem em contrastes estatisticamente significativos entre grupos específicos após correção pelo método de Bonferroni. Estes resultados reforçam a **importância da participação social organizada e contínua como fator protetor da solidão na população idosa**, particularmente nas suas dimensões social e total.

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	1,13 (0,23)	1,50 (0,47)	1,44 (0,45)	1,90 (0,70)	2,02 (0,71)
Solidão Social	1,09 (0,09)	1,61 (0,26)	1,19 (0,20)	1,61 (0,56)	1,60 (0,49)
Solidão Total	17,67 (2,08)	28,33 (7,51)	20,36 (4,05)	27,25 (9,03)	27,64 (7,74)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Perceção de violência

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

Os resultados indicam que os **valores médios de desconfiança/insegurança nas relações próximas foram muito semelhantes entre os grupos, sem diferenças estatisticamente significativas** ($F(4, 190) = 0,324$; $p = 0,862$), confirmadas pelas comparações múltiplas de Bonferroni. De forma semelhante, o isolamento social apresentou uma tendência para médias ligeiramente mais elevadas nos participantes das categorias “Outros” ($M = 1,76$; $DP = 0,50$) e “Nenhuma” ($M = 1,69$; $DP = 0,46$), e mais baixas no Centro de Dia ($M = 1,13$; $DP = 0,23$), sem diferenças estatisticamente significativas ($F(4, 190) = 1,538$; $p = 0,193$).

Em contraste, surgiram **diferenças significativas em dimensões específicas da violência**. Na dependência funcional, os participantes do Centro de Dia apresentaram valores médios mais elevados ($M = 2,17$; $DP = 0,14$) em comparação com os grupos Universidade Sénior ($M = 1,07$; $DP = 0,12$) e Centro de Convívio ($M = 1,08$; $DP = 0,14$). A ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas ($F(4, 190) = 6,504$; $p < 0,001$), com o método de comparações múltiplas de Bonferroni a confirmar que os **participantes do Centro de Dia apresentaram níveis significativamente superiores de dependência funcional em relação a todos os outros grupos**, não se observando diferenças significativas entre estes últimos.

Relativamente à **insegurança financeira**, os valores médios mais elevados foram observados nos participantes do Centro de Convívio ($M = 1,58$; $DP = 0,14$) e Universidade Sénior ($M = 1,48$; $DP = 0,54$), enquanto os mais baixos surgiram no Centro de Dia ($M = 1,00$; $DP = 0,00$) e na categoria “Nenhuma” ($M = 1,13$; $DP = 0,30$). A ANOVA revelou diferenças significativas ($F(4, 190) = 3,829$; $p = 0,005$). As comparações múltiplas indicaram que os participantes da Universidade Sénior apresentaram níveis significativamente superiores de insegurança financeira em comparação com os participantes sem participação social, sendo também observadas diferenças entre os grupos “Outros” e “Nenhuma”, com valores mais elevados no primeiro grupo.

Por fim, o **índice total de violência** apresentou médias semelhantes entre os grupos, sem diferenças estatisticamente significativas ($F(4, 190) = 0,640$; $p = 0,635$), resultado confirmado pelas comparações múltiplas de Bonferroni.

De forma global, os resultados indicam que a **tipologia de participação social não influencia significativamente o risco total de violência**, nem as dimensões de confiança/segurança nas relações próximas e isolamento social. Contudo, surgem diferenças significativas em dimensões específicas: a dependência funcional é mais elevada nos participantes do Centro de Dia, enquanto a insegurança financeira é mais elevada nos participantes da Universidade Sénior e na categoria “Outros” quando comparados com os que não participam em respostas sociais. Estes resultados sugerem **que o envolvimento em atividades sociais estruturadas pode ter efeitos diferenciados sobre diferentes dimensões do risco de violência na população idosa**.

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

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,17 (0,29)	1,25 (0,00)	1,17 (0,31)	1,26 (0,35)	1,20 (0,41)
Isolamento Social	1,13 (0,23)	1,73 (0,23)	1,59 (0,59)	1,76 (0,50)	1,69 (0,46)
Dependência Funcional	2,17 (0,14)	1,08 (0,14)	1,07 (0,12)	1,25 (0,37)	1,31 (0,35)
Insegurança Financeira	1,00 (0,00)	1,58 (0,14)	1,48 (0,54)	1,33 (0,39)	1,13 (0,30)
Violência Total	5,47 (0,60)	5,65 (0,52)	5,31 (0,70)	5,60 (1,10)	5,34 (0,83)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

A análise descritiva revelou diferenças nos níveis médios de solidão percecionada e de perceção do risco de violência em função do contexto residencial. As pessoas idosas **residentes em ERPI apresentaram valores médios ligeiramente superiores tanto na perceção do risco de violência** ($M = 5,96$; $DP = 1,13$) **como na solidão percecionada** ($M = 27,47$; $DP = 7,56$), quando comparadas com as pessoas idosas a residir em casa própria ou com familiares, que evidenciaram médias inferiores em ambas as variáveis (violência: $M = 5,53$; $DP = 1,02$; solidão: $M = 26,70$; $DP = 8,67$) (Ver Tabela 10).

Para além destas diferenças de médias, a análise de correlação indicou que, **em ambos os contextos, a solidão percecionada associa-se de forma significativa à perceção do risco de vitimação por violência**. No grupo não institucionalizado, a correlação foi positiva, forte ($r = .556$; $p < .001$), indicando que, mesmo entre pessoas idosas a residir no domicílio, níveis mais elevados de solidão relacionam-se com uma maior perceção do risco

de violência. No grupo institucionalizado a correlação foi igualmente forte e positiva ($r = 0,622$; $p = 0,008$), apesar do número reduzido de participantes ($n = 17$), sugerindo que, em contexto institucional, a solidão assume um papel particularmente relevante, não apenas em termos de níveis médios mais elevados, mas também na relação estreita com a percepção do risco de violência.

Em conjunto, estes resultados indicam que, embora a solidão esteja associada à percepção do risco de violência independentemente do contexto residencial, a **institucionalização parece potenciar simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de violência, bem como uma associação mais forte entre ambas**. Estes resultados reforçam a ideia de que a institucionalização pode constituir um fator acrescido de vulnerabilidade psicossocial nas pessoas idosas (Ver Tabela 10).

Tabela 10. Relação entre os níveis de solidão percecionada 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	26,70	8,67	0,556	.000
	Violência	5,53	1,02		
ERPI	Solidão	27,47	7,56	0,622	.008
	Violência	5,96	1,13		

Note. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Relação entre os níveis de solidão percecionada 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 percecionada 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 atividades de apoio comunitárias apresentaram níveis médios mais baixos de solidão percecionada** ($M = 26,48$; $DP = 8,87$) **e de percepção do risco de violência** ($M = 5,57$; $DP = 1,06$), quando comparadas com aquelas que não realizam atividades de apoio, que evidenciaram níveis médios mais elevados de solidão ($M = 27,64$; $DP = 7,74$), apesar de apresentarem uma percepção ligeiramente inferior do risco de violência ($M = 5,34$; $DP = 0,83$) (Ver Tabela 11).

Quanto à relação entre percepção de solidão e de risco de vitimação por violência, os resultados evidenciam padrões distintos consoante a integração em respostas sociais comunitárias. No grupo de pessoas idosas integradas em atividades de apoio, observou-se uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa entre solidão e percepção do risco de violência ($r = .606$; $p < .001$), indicando que, mesmo em contextos de participação comunitária, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de vitimação.

Por outro lado, no grupo de pessoas idosas não integradas em atividades de apoio comunitárias, a correlação entre solidão e percepção do risco de violência revelou-se fraca e não estatisticamente significativa ($r = .286$; $p = .091$). Este resultado sugere que, neste grupo, a solidão percecionada não se associa de forma consistente à percepção do risco de vitimação por violência (Ver Tabela 11).

Em conjunto, os resultados indicam que a **integração em respostas sociais comunitárias está associada a níveis médios mais baixos de solidão e de percepção do risco de violência**. Contudo, quando a solidão se manifesta, a sua associação com a percepção do risco de vitimação por violência é mais evidente e estatisticamente

significativa entre as pessoas idosas integradas em atividades de apoio, sugerindo que estes contextos podem aumentar a consciência do risco ou favorecer uma maior capacidade de reconhecimento da vulnerabilidade.

Em contraste, nas **pessoas idosas não integradas em respostas sociais comunitárias**, a **ausência de uma associação significativa entre solidão e percepção do risco de violência pode refletir processos de normalização da solidão, menor percepção do risco ou invisibilidade das situações de vulnerabilidade**, aspectos que devem ser considerados na interpretação dos resultados e aprofundados na discussão.

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	26,48	8,87	,606	,000
	Violência	5,57	1,06		
Não Integrados em RS	Solidão	27,64	7,74	,286	,091
	Violência	5,34	,83		

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 Mação, 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 sexo, idade, escolaridade, rendimento e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas ao estado civil e à perceção de saúde: pessoas divorciadas ou solteiras apresentam níveis médios de solidão próximos ou acima do ponto de corte patológico, e participantes que se percebem como doentes reportam maior solidão do que aqueles que se percebem saudáveis. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a idosos **divorciados, solteiros e com pior perceção do estado de saúde**. 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 ou local de residência, 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.

Quanto à influência do **contexto residencial**, a comparação entre pessoas idosas residentes em casa própria/familiares e em ERPI revelou que, de forma geral, este não influencia significativamente os níveis de solidão ou de perceção global de violência. No entanto, surgem diferenças em dimensões específicas: **dependência funcional é significativamente maior entre os institucionalizados** (ERPI), refletindo maior necessidade de apoio nas atividades da vida diária, enquanto a **insegurança financeira é mais elevada nos idosos não institucionalizados**, possivelmente devido ao menor acesso a apoios institucionais. 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 (Centro de Dia, Universidade Sénior) associa-se a níveis mais baixos de solidão, particularmente nas dimensões social e total, evidenciando um efeito protetor da participação social organizada. A perceção de violência total não difere significativamente entre os grupos, mas surgem diferenças em dimensões específicas: **dependência funcional**

é mais elevada no Centro de Dia e insegurança financeira mais elevada na Universidade Sénior e na categoria “Outros”, em comparação com idosos sem participação. Estes resultados destacam a relevância de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar e redução da solidão na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência**, a análise revelou padrões consistentes em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, com os idosos residentes em ERPI a apresentar níveis ligeiramente mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os residentes em casa própria/famílias. Esta associação entre solidão e percepção de violência é positiva e significativa em todos os contextos, embora mais intensa em idosos institucionalizados, sugerindo que **a institucionalização potencia simultaneamente níveis mais elevados de solidão e de percepção de risco**. Entre os não institucionalizados, a integração em respostas sociais comunitárias modula esta relação, com os participantes integrados a apresentarem correlação moderada a forte, enquanto nos não integrados a correlação é fraca e não significativa. Estes resultados indicam que **a integração comunitária reduz a solidão e potencia a consciência do risco**, enquanto **a ausência de participação social pode favorecer a normalização da solidão ou menor percepção 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 Mação. 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 os próprios idosos, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Esta necessidade é reforçada pelo elevado número de pessoas idosas a viver sozinhas (51,3%) e em contextos de maior isolamento geográfico (24,1%), bem como pelo facto de a maioria se encontrar integrada em respostas sociais comunitárias (81,5%), como Centros de Dia, Centros de Convívio, Universidades Seniores e outras respostas locais.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se o reforço da participação em respostas sociais comunitárias estruturadas, particularmente para pessoas idosas divorciadas, solteiras ou com pior percepção do estado de saúde. Devem ser promovidos programas de acompanhamento emocional, atividades grupais regulares e iniciativas intergeracionais que favoreçam vínculos significativos, bem como ações que reforcem a percepção de saúde e a qualidade de vida relacional. A utilização de recursos inovadores, como tecnologias digitais, realidade aumentada ou virtual, pode constituir uma estratégia complementar para reduzir o isolamento e estimular a interação social.

Relativamente à percepção do risco de violência, recomenda-se a realização de avaliações regulares de vulnerabilidades associadas a maior dependência e insegurança financeira. É igualmente importante desenvolver intervenções de promoção da autonomia, ações de capacitação para a gestão financeira e iniciativas de literacia em direitos, segurança pessoal e acesso a recursos de apoio.

Na interseção entre solidão e violência, justifica-se a implementação de programas integrados de apoio psicossocial, com acompanhamento individualizado, monitorização sistemática de situações de risco e reforço da autonomia, da resiliência e das competências pessoais das pessoas idosas.

Recomendações dirigidas às famílias

No domínio da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de programas de formação dirigidos às famílias, centrados em competências de cuidado, comunicação e apoio emocional à pessoa idosa, bem como na promoção da interação familiar e na mediação de conflitos intergeracionais.

No que respeita à violência, é fundamental sensibilizar as famílias para a identificação precoce de sinais de risco, prevenção de situações de abuso, negligência e outro(s) tipo(s) de violência, e para a existência de canais formais de denúncia e serviços de apoio disponíveis.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se a implementação de programas de suporte familiar estruturado, com acompanhamento conjunto entre famílias e profissionais, reforçando as redes formais e informais de apoio e a corresponsabilização no cuidado e proteção da pessoa idosa.

Recomendações dirigidas à comunidade

Ao nível comunitário, recomenda-se o desenvolvimento de iniciativas acessíveis, inclusivas e de proximidade, promovidas de acordo com as expectativas e motivações das pessoas idosas que promovam a sua participação social, nomeadamente através do fortalecimento de centros de convívio, projetos comunitários e respostas (por exemplo, aulas, atividades artísticas, atividades físicas, workshops temáticos, convívios, visitas culturais, voluntariado) das universidades seniores, enquanto espaços privilegiados de prevenção da solidão.

No domínio da violência, recomenda-se a criação e consolidação de redes de vigilância comunitária, mecanismos de sinalização precoce e serviços de apoio interativos e de proximidade, capazes de identificar e responder atempadamente a situações de risco.

De forma integrada, o poder local deve promover programas que articulem solidão e violência, através da cooperação interinstitucional e da ligação entre serviços sociais, de saúde e de segurança, favorecendo respostas coordenadas e sustentáveis.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No domínio da solidão, recomenda-se o investimento em formação contínua dos profissionais sobre envelhecimento, saúde mental, solidão e vulnerabilidade social, reforçando competências de avaliação, intervenção e acompanhamento psicossocial.

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.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se o desenvolvimento de protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional, centrados na pessoa idosa, que promovam respostas integradas, éticas e sustentadas no tempo.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Mação

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Elevada proporção a viver só (51,3%) e em locais isolados (24,1%); níveis mais elevados de solidão em divorciados, solteiros e pessoas com pior perceção de saúde	Reduzir o isolamento social e prevenir solidão clinicamente relevante	Promover a integração em respostas sociais estruturadas (Centro de Dia, Universidade Sénior); desenvolver programas de acompanhamento emocional individual e grupal; dinamizar atividades intergeracionais regulares; implementar iniciativas que reforcem a perceção positiva do estado de saúde; explorar soluções digitais (ex.: realidade aumentada/virtual) como complemento à interação social.
	Violência	Maior perceção de violência associada a maior dependência e insegurança financeira	Prevenir situações de risco e aumentar proteção pessoal	Realizar avaliação regular de vulnerabilidades psicossociais; intervir ao nível da autonomia; promover ações de capacitação para gestão financeira; reforçar literacia em direitos, mecanismos de proteção e acesso a apoios.
	Solidão e Violência	Associação positiva e significativa entre solidão e perceção de risco de violência	Intervir de forma integrada sobre fatores psicossociais de risco	Implementar programas integrados de apoio psicossocial; assegurar acompanhamento individualizado; monitorizar sistematicamente situações de risco; reforçar competências pessoais, autonomia e resiliência.
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; apoiar processos de mediação de conflitos intergeracionais.

	Violência	Papel central das famílias na detecção 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.
	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; fortalecer redes formais e informais de apoio.
Comunidade	Solidão	Elevada integração em respostas comunitárias (81,5%), com efeito protetor na solidão	Potenciar respostas comunitárias como fator protetor	Desenvolver iniciativas comunitárias acessíveis e inclusivas; reforçar centros de convívio, projetos comunitários e universidades seniores.
	Violência	Necessidade de detecção 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.
	Solidão e Violência	Problemas multidimensionais exigem respostas articuladas	Garantir intervenção integrada	Promover programas comunitários integrados; reforçar articulação interinstitucional; fomentar cooperação entre serviços sociais, de saúde e segurança.
Profissionais	Solidão	Necessidade de maior capacitação técnica	Promover identificação e intervenção	Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social
	Violência	Complexidade dos fenómenos de abuso e negligência	Aumentar eficácia da resposta profissional	Capacitar para avaliação, sinalização e intervenção em situações de violência.
	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.

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.
- 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: Percepções e vivências nos contextos institucional e não institucional* [Master dissertation, Escola Superior de Educação]. Repositório do Instituto Politécnico de Coimbra <http://hdl.handle.net/10400.26/42538>
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, J. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568>

- Ibáñez-del Valle, V., Corchón, S., Zaharia, G., & Cauli, O. (2022). Social and emotional loneliness in older community dwelling-Individuals: The role of socio-demographics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16622. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416622>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2024). Envelhecimento e saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104728. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728>
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (art. 8.º). Diário da República n.º 152/2019, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-125381607>
- Martins, A., Silva, P., & Ferreira, R. (2023). Níveis de solidão na população idosa em Portugal: Um estudo nacional. *Revista Portuguesa de Gerontologia*, 15(2), 45–60.
- Monteiro, I., Almeida, R., & Portugal, P. (2024). Health (dis)equalities and social isolation and loneliness in the older people: A qualitative study. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 5. <https://doi.org/10.61415/riage.237>
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *World report on ageing and health*. Genebra. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2022). *Tackling abuse of older people: Five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356024>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global reach, dynamic causes, and active responses. *The Lancet*, 387(10020), 796–805. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00468-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00468-2)
- Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um construto complexo. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 32, 53-66. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/399>
- Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC Geriatrics*, 25, 244 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4>
- Redondo, A., Gil, A. P., & Ferreira, J. (2016). Dinâmicas organizacionais e violência institucional: O quotidiano das ERPI. *Fórum Sociológico*, (28), 35–44.
- Rosen, T., Makaroun, L. K., Conwell, Y., & Betz, M. (2019). Violence in older adults: Scope, impact, challenges, strategies for prevention. *Health Affairs*, 38(10), 1630–1637. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00577>
- Rudatis, C. (2020). *Violence against older women in Italy: Understanding the scope and possible interventions* [Tese de Doutoramento, Università di Genova].
- Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., Canbary, Z., Heidarian, P., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Humanities & Social Sciences Communications*, 12(1), 985. <https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referencia*, 12(2), 9-16.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. SNS, Lisboa.
- Serviço Nacional de Saúde 24 (2023). *Relatório sobre solidão e saúde da população idosa*. SNS.
- Silva, K. C. V., Vieira, S. de A., Souza, A. C. de, Silva, M. de L., & Bezerra, Y. C. P. (2025). O impacto da solidão e o isolamento social na saúde mental dos idosos. *Revista Contemporânea*, 5(7), e8659. <https://doi.org/10.56083/RCV5N7-098>
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101339. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). *World Population Prospects 2024*. Data Portal.

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)