



## SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE ALPIARÇA

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

 LUSO  
GLOBE LUSÓFONA  
CENTRE  
ON GLOBAL  
CHALLENGES

 SEED  
FUNDING  
UNIVERSIDADE LUSÓFONA

# ÍNDICE GERAL

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introdução</b> .....   | <b>4</b>  |
| 1. Definição e Justificação do Problema.....  | <b>5</b>  |
| 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         |
| <b>2. Objetivos</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>3. Materiais e Métodos</b> .....   | <b>9</b>  |
| 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        |
| <b>4. Resultados</b> .....  | <b>14</b> |
| 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. ....  | 17        |
| 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. .... | 18        |
| 4.5. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....   | 21        |
| <b>Considerações finais</b> .....   | <b>24</b> |
| <b>Recomendações</b> .....  | <b>26</b> |
| <b>Referências</b> .....  | <b>31</b> |
| Anexo .....   | 36        |

## ÍNDICE DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados .....  | 10 |
| Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra .....  | 11 |
| Tabela 3. Caracterização da condição habitacional e social da amostra.....  | 12 |
| Tabela 4. Perceção de solidão .....   | 14 |
| Tabela 5. Perceção de violência.....  | 16 |
| Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. ....   | 17 |
| Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. ....   | 18 |
| Tabela 8. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....   | 19 |
| Tabela 9. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias. ....  | 20 |
| 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. ....                                  | 21 |
| 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. .... | 22 |
| Tabela 12. Principais recomendações para o concelho de Alpiarça .....   | 29 |

## Introdução

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

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

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

O presente relatório insere-se no âmbito do projeto RIVIS 65+- financiado pelo Programa Seed Funding (Referência COFAC/ILIND/Lusoglobe/1/2025) e tem como objetivo caracterizar a situação de solidão e o risco de violência na população com 65 ou mais anos residente no concelho de Alpiarça. 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 percebida e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas.

OE3.2 – Comparar 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.

**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 percebida 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 percebida 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 Alpiarça. 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 Alpiarça, 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 99 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Alpiarça. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ( $n = 79$ ; 79,8%), em comparação com o sexo masculino ( $n = 20$ ; 20,2%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 93 anos, apresentando uma média de 78,22 anos ( $DP = 7,38$ ), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva ( $n = 60$ ; 60,6%), seguindo-se os casados ou em união de facto ( $n = 23$ ; 23,2%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Relativamente à escolaridade, verifica-se que a maioria dos participantes possui o ensino básico ( $n = 68$ ; 68,7%), sendo também expressiva a proporção de participantes sem ensino básico completo ( $n = 27$ ; 27,3%). Estes dados evidenciam **baixos níveis de escolarização** na amostra, compatíveis com trajetórias geracionais marcadas por acesso limitado à educação formal, particularmente em contextos rurais e em coortes etárias mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vive em **zona rural** ( $n = 35$ ; 81,4%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ( $n = 69$ ; 69,7%), enquanto uma percentagem mais reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ( $n = 30$ ; 30,3%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ( $n = 33$ ; 33,3%). Entre os que responderam, verifica-se que 32,3% ( $n = 32$ ) auferem menos de 500 euros mensais, enquanto 21,2% ( $n = 21$ ) 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 dicotómica de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,48 ( $DP = 0,50$ ), o que evidencia uma **percepção intermédia, com ligeira tendência para a autopercepção de doença**. Relativamente à **autonomia**, igualmente avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), observou-se uma média de 1,54 ( $DP = 0,50$ ), sugerindo que, apesar da percepção de saúde globalmente menos favorável, a maioria dos participantes se percebe como **funcionalmente independente**. Estes resultados poderão indicar uma dissociação entre a percepção subjetiva do estado de saúde e a percepção de capacidade funcional, sendo possível que, mesmo perante condições de saúde percebidas como frágeis, os participantes mantenham níveis de autonomia considerados satisfatórios.

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

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

| Variável          | Categoria  | n            | %    |
|-------------------|------------|--------------|------|
| Sexo              | Masculino  | 20           | 20,2 |
|                   | Feminino   | 79           | 79,8 |
| Idade (anos)      | Intervalo  | 65-93        | —    |
|                   | Média (DP) | 78,22 (7,38) | —    |
| Idade (por grupo) | 65-74      | 32           | 32,3 |
|                   | 75-84      | 43           | 43,4 |
|                   | 85-100     | 24           | 24,2 |

|                       |                          |             |      |
|-----------------------|--------------------------|-------------|------|
| Estado Civil          | Solteiro/a               | 4           | 4,0  |
|                       | Casado(a)/União de Facto | 23          | 23,2 |
|                       | Divorciado/a             | 12          | 12,1 |
|                       | Viúvo/a                  | 60          | 60,6 |
| Escolaridade          | Sem Ensino Básico        | 27          | 27,3 |
|                       | Com Ensino Básico        | 68          | 68,7 |
|                       | Com Ensino Secundário    | 1           | 1,0  |
|                       | Com Ensino Superior      | 3           | 3,0  |
| Zona de Residência    | Rural                    | 35          | 81,4 |
|                       | Urbano                   | 8           | 18,6 |
|                       | Omisso                   | 56          | —    |
| Local de Residência   | Casa Própria/Familiares  | 69          | 69,7 |
|                       | ERPI                     | 30          | 30,3 |
| Rendimento Mensal     | - 500 euros              | 32          | 32,3 |
|                       | de 501 a 870 euros       | 21          | 21,2 |
|                       | de 871 a 1045 euros      | 7           | 7,1  |
|                       | de 1046 a 1568 euros     | 2           | 2,0  |
|                       | + de 1569 euros          | 4           | 4,0  |
|                       | Prefiro não responder    | 33          | 33,3 |
| Perceção de Saúde     | Intervalo                | 1-2         | —    |
|                       | Média (DP)               | 1,48 (0,50) | —    |
| Perceção de Autonomia | Intervalo                | 1-2         | —    |
|                       | Média (DP)               | 1,54 (0,50) | —    |

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 69; 69,7%). Desses, 52,2% vivem sozinhos (n = 36), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 48; 69,6%). 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, **apenas 13% usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 9). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de refeições e outra(s) (n = 5; 7,2%).

A grande **maioria (78,1%; n =54) encontra-se integrada em respostas sociais de proximidade**, como centros de dia, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores e Outro(s). Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente uma a duas vezes por semana (n = 27; 39,1%).

Uma **percentagem mais reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 30; 30,3%). Destes, 50% (n = 15) participam em atividades de lazer, 20% (n = 6) em outra(s) atividade(s), 6,7 % (n = 2) em atividades desportivas, 3,3% (n = 1) em atividades culturais e 20% (n=6) 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                   | 36 | 52,2 |
|                         |               | Com parceiro/a              | 19 | 27,5 |
|                         |               | Com Filho/a                 | 7  | 10,1 |
|                         |               | Com Parceiro/a e Filho/a(s) | 3  | 4,3  |
|                         |               | Com Outro(s)                | 4  | 5,8  |
|                         |               | Omisso                      | 30 | —    |

|                                  |   |                               |      |      |
|----------------------------------|---|-------------------------------|------|------|
|                                  | Tipo de Habitação                       | Apartamento                   | 5    | 7,2  |
|                                  |   | Vivenda isolada               | 16   | 23,2 |
|                                  |   | Vivenda com vizinhos          | 48   | 69,6 |
|                                  |   | Omisso                        | 30   | —    |
|                                  | SAD                                     | Não                           | 60   | 87,0 |
|                                  |   | Sim                           | 9    | 13,0 |
|                                  |   | Omisso                        | 30   | —    |
|                                  | SAD- Tipo                               | Refeições                     | 4    | 5,8  |
|                                  |   | Nenhuma                       | 60   | 87,0 |
|                                  |   | Refeições e Outra(s)          | 5    | 7,2  |
|                                  |   | Omisso                        | 30   | —    |
|                                  | Integração em entidades/atividades      | Centro de Dia                 | 17   | 24,6 |
|                                  |   | Universidade Sénior           | 8    | 11,6 |
|                                  |   | Outra(s)                      | 27   | 39,1 |
|                                  |   | Nenhuma                       | 15   | 21,7 |
|                                  |   | Centro de Dia e Outro(s)      | 1    | 1,4  |
|                                  |   | Centro de Convívio e Outro(s) | 1    | 1,4  |
|                                  |   | Omisso                        | 30   | —    |
|                                  | Frequência em entidades/atividades      | 1 a 2 vezes por semana        | 27   | 39,1 |
|                                  |   | 3 a 5 vezes por semana        | 26   | 37,7 |
| 6 a 7 vezes por semana           |   | 1                             | 1,4  |      |
| Nenhuma                          |   | 15                            | 21,7 |      |
| Omisso                           |   | 30                            | —    |      |
| <b>ERPI</b>                      | Integração em atividades                | Atividades culturais          | 1    | 3,3  |
|                                  |   | Atividades desportivas        | 2    | 6,7  |
|                                  |   | Atividades de lazer           | 15   | 50,0 |
|                                  |   | Outra(s)                      | 6    | 20,0 |
|                                  |   | Nenhuma                       | 6    | 20,0 |
|                                  |   | Omisso                        | 69   | —    |
|                                  | Frequência de atividades                | 1 a 2 vezes por semana        | 12   | 40,0 |
|                                  |   | 3 a 5 vezes por semana        | 9    | 30,0 |
|                                  |   | 6 a 7 vezes por semana        | 3    | 10,0 |
|                                  |   | Nenhuma                       | 6    | 20,0 |
|                                  |   | Omisso                        | 69   | —    |
| <b>Sem Resposta Habitacional</b> | Resposta habitacional social/temporária | Não                           | —    | —    |
|                                  |   | Sim                           | —    | —    |
|                                  | Técnico Gestor de Caso                  | Não                           | —    | —    |
|                                  |   | Sim                           | —    | —    |

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

## 4. Resultados

### 4.1. Percepção de Solidão

#### A. Níveis de percepção de solidão

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

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 2,13 (DP = 0,84), com valores compreendidos entre 1 e 3,6, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala (2,5)**, ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada é de 1,93 (DP = 0,65), com um intervalo entre 1 e 3,55, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**. Estes resultados indicam que, na amostra em estudo, a percepção de isolamento social tende a ser menos expressiva do que a solidão associada a vínculos afetivos significativos.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 31,89 (DP = 10,66), com valores mínimos de 16 e máximos de 55. Considerando o ponto de corte estabelecido ( $M > 32$ ), o valor médio observado situa-se **muito próximo do limiar indicativo de solidão clinicamente relevante** (ver Tabela 4). Embora a média global não ultrapasse formalmente o ponto de corte, a sua proximidade sugere que uma proporção considerável dos participantes poderá apresentar níveis de solidão patológica. A amplitude dos resultados e o desvio-padrão relativamente elevado reforçam esta hipótese, apontando para a existência de subgrupos com experiências de solidão mais intensas. Assim, os dados indicam que, apesar de os níveis médios nas dimensões específicas se situarem abaixo do ponto médio da escala, o efeito cumulativo das componentes emocional e social poderá traduzir-se num **nível global de vulnerabilidade significativo**. Estes resultados salientam a pertinência de desenvolver estratégias de intervenção centradas na redução da solidão, nomeadamente através do fortalecimento de vínculos afetivos significativos, promoção de redes de suporte social e implementação de programas psicossociais direcionados para os participantes que apresentem níveis mais elevados de risco.

Tabela 4. Percepção de solidão

|             | Emocional | Social | Total |
|-------------|-----------|--------|-------|
| Média       | 2,13      | 1,93   | 31,89 |
| Erro Desvio | 0,84      | 0,65   | 10,66 |
| Mínimo      | 1,00      | 1,00   | 16,00 |
| Máximo      | 3,60      | 3,55   | 55,00 |

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** ( $F(2,96) = 0,675$ ;  $p = 0,511$ ), **escolaridade** ( $F(3, 95) = 0,678$ ;  $p = 0,567$ ), **rendimento mensal** ( $F(5,93) = 1,673$ ;  $p = 0,149$ ) e **autonomia percebida** ( $t(97) = 0,756$ ;  $p = 0,451$ ).

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do sexo** ( $t(97) = 3,225$ ;  $p = 0,002$ ), **estado civil** ( $F(3,95) = 3,596$ ;  $p = 0,016$ ), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI;  $t(97) = -2,379$ ;  $p = 0,019$ ) e do **estado de saúde percebido** ( $t(97) = 2,004$ ;  $p = 0,048$ ).

Relativamente ao sexo, os homens apresentaram níveis médios de solidão significativamente superiores ( $M = 38,45$ ;  $DP = 10,65$ ) aos das mulheres ( $M = 30,23$ ;  $DP = 10,07$ ). Considerando o ponto de corte clínico ( $\geq 32$ ), verifica-se que, em média, os **participantes do sexo masculino evidenciam valores indicativos de solidão patológica**, ao contrário das mulheres, cuja média se situa abaixo desse limiar.

No que respeita ao estado civil, os indivíduos **divorciados** apresentaram a média mais elevada ( $M = 35,42$ ;  $DP = 12,04$ ), com valores indicativos de solidão patológica. Seguem-se os **viúvos** ( $M = 33,53$ ;  $DP = 10,13$ ), igualmente **acima do ponto de corte**, e os solteiros ( $M = 31,00$ ;  $DP = 15,10$ ), cuja média se situa próxima do limiar clínico. Por sua vez, os casados ou em união de facto apresentaram a média mais baixa ( $M = 25,91$ ;  $DP = 8,72$ ), claramente inferior ao ponto de corte estabelecido. As análises post hoc evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo casado/união de facto e o grupo viúvo ( $p = 0,019$ ), sugerindo que **a perda do cônjuge poderá constituir um fator particularmente relevante na experiência de solidão**.

Quanto ao local de residência, os **participantes que residem em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) apresentaram níveis médios de solidão superiores** ( $M = 35,67$ ;  $DP = 10,91$ ) aos que vivem em casa própria ou de familiares ( $M = 30,25$ ;  $DP = 10,20$ ), sendo a diferença estatisticamente significativa. A média observada nos residentes em ERPI ultrapassa o ponto de corte clínico, o que pode refletir maior vulnerabilidade associada ao contexto institucional.

Relativamente ao estado de saúde percebido, os indivíduos que se percecionam como **doentes apresentaram níveis mais elevados de solidão** ( $M = 33,94$ ;  $DP = 11,09$ ) comparativamente aos que se consideram saudáveis ( $M = 29,71$ ;  $DP = 9,83$ ), sendo esta diferença estatisticamente significativa. Importa salientar que a média do grupo que se perceciona como doente se situa acima do limiar de solidão patológica, sugerindo que **a percepção de fragilidade ou doença poderá constituir um fator de risco acrescido para experiências de solidão**.

Globalmente, os resultados indicam que variáveis sociodemográficas e de saúde desempenham um papel relevante na experiência de solidão, identificando subgrupos particularmente vulneráveis – nomeadamente homens, divorciados, viúvos, residentes em ERPI e indivíduos que se percecionam como doentes – que poderão beneficiar de estratégias de intervenção direcionadas.

## **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 1,28 (DP = 0,38), com valores compreendidos entre 1 e 2,75, indicando níveis globalmente baixos de percepção de violência nesta esfera relacional.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,79; DP = 0,57), com valores mínimos de 1,00 e máximos de 3,00, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade, comparativamente às restantes.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada foi de 1,65 (DP = 0,54), com um intervalo entre 1 e 3,25, indicando **níveis tendencialmente baixos a moderados**, embora se verifiquem alguns casos pontuais com valores mais elevados, que poderão traduzir maior vulnerabilidade individual.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,32 (DP = 0,38), com valores que variam entre 1 e 2,50, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida desta dimensão**.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 6,04 (DP = 1,35), com valores mínimos de 4 e máximos de 11,30. Considerando o ponto de corte estabelecido (> 8), o **valor médio situa-se abaixo do limiar indicativo de risco de violência**. Contudo, a amplitude dos resultados revela a existência de participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo a presença de situações específicas de maior risco que justificam atenção particular e eventual monitorização (ver Tabela 5).

Tabela 5. Percepção de violência

|             | Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas | Isolamento Social | Dependência Funcional | Insegurança Financeira | Total |
|-------------|--|-------------------|-----------------------|------------------------|-------|
| Média       | 1,28   | 1,79              | 1,65                  | 1,32                   | 6,04  |
| Erro Desvio | 0,38   | 0,57              | 0,54                  | 0,38                   | 1,35  |
| Mínimo      | 1,00   | 1,00              | 1,00                  | 1,00                   | 4,00  |
| Máximo      | 2,75   | 3,00              | 3,25                  | 2,50                   | 11,30 |

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 total em função da idade** ( $F(2,96) = 2,019$ ;  $p = 0,138$ ), **escolaridade** ( $F(3,95) = 0,886$ ;  $p = 0,451$ ), **estado civil** ( $F(3,95) = 1,787$ ;  $p = 0,155$ ) e **estado de saúde percebido** ( $t(97) = 1,353$ ;  $p = 0,179$ ).

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do sexo** ( $t(97) = 5,417$ ;  $p = 0,000$ ), **rendimento mensal** ( $F(5,93) = 2,391$ ;  $p = 0,044$ ), **local de residência** (casa própria ou de familiares/ERPI) ( $t(97) = -2,141$ ;  $p = 0,035$ ), e **da autonomia** ( $t(97) = 2,133$ ;  $p = 0,035$ ).

Relativamente ao sexo, os homens apresentaram valores médios significativamente superiores no índice total de percepção de violência (M = 7,32; DP = 1,57) comparativamente às mulheres (M = 5,72; DP = 1,07). Esta diferença sugere **maior percepção de vulnerabilidade ou exposição a situações potencialmente associadas a violência no grupo masculino**.

No que respeita ao rendimento mensal, embora a análise de variância tenha indicado diferenças globais estatisticamente significativas entre os grupos ( $p = 0,044$ ), as análises post hoc não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre pares específicos de rendimento. Este resultado poderá sugerir uma distribuição

gradual dos níveis de percepção de violência em função do rendimento, sem contrastes suficientemente acentuados entre categorias individuais.

Quanto ao local de residência, os participantes **residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) apresentaram níveis médios superiores de percepção de violência** ( $M = 6,47$ ;  $DP = 1,45$ ) em comparação com os que vivem em casa própria ou de familiares ( $M = 5,85$ ;  $DP = 1,26$ ), sendo esta diferença estatisticamente significativa. Este resultado poderá refletir maior vulnerabilidade percebida em contexto institucional.

Relativamente à autonomia, os **indivíduos com ausência ou fraca autonomia evidenciaram níveis médios mais elevados de percepção de violência** ( $M = 6,34$ ;  $DP = 1,39$ ) comparativamente aos participantes com autonomia elevada ( $M = 5,78$ ;  $DP = 1,26$ ). Esta diferença sugere que a limitação funcional poderá constituir um fator associado ao aumento da percepção de risco ou vulnerabilidade.

Globalmente, os resultados indicam que a percepção de violência tende a ser mais elevada entre homens, residentes em ERPI e indivíduos com menor autonomia, apontando para a **relevância de fatores estruturais e funcionais na experiência de vulnerabilidade**. Ainda que as médias globais não indiquem risco elevado generalizado, estes subgrupos evidenciam maior suscetibilidade, o que reforça a importância de estratégias preventivas direcionadas.

### **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, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas** ( $t(97) = -1,406$ ;  $p = 0,163$ ). As pessoas idosas residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) apresentaram uma média ligeiramente superior ( $M = 2,31$ ;  $DP = 0,86$ ) comparativamente às que vivem em casa própria ou com familiares ( $M = 2,06$ ;  $DP = 0,83$ ). Contudo, esta diferença não atinge significância estatística, sugerindo que o tipo de residência não se associa de forma robusta à solidão de natureza emocional.

Por outro lado, observaram-se **diferenças estatisticamente significativas na solidão social** ( $t(97) = -2,739$ ;  $p = 0,007$ ). Os participantes **institucionalizados** evidenciaram níveis médios mais elevados ( $M = 2,19$ ;  $DP = 0,63$ ) do que os que residem em casa própria ou com familiares ( $M = 1,82$ ;  $DP = 0,62$ ), indicando maior percepção de isolamento social em contexto institucional.

De igual modo, verificaram-se **diferenças estatisticamente significativas no índice total de solidão** ( $t(97) = -2,379$ ;  $p = 0,019$ ). As pessoas idosas **residentes em ERPI** apresentaram uma média superior ( $M = 35,67$ ;  $DP = 10,91$ ), **ultrapassando o ponto de corte indicativo de solidão clinicamente relevante** ( $\geq 32$ ), enquanto as que vivem em casa própria ou com familiares registaram uma média inferior ( $M = 30,25$ ;  $DP = 10,20$ ), situando-se abaixo desse limiar.

Estes resultados sugerem que, **embora o contexto habitacional não influencie significativamente a dimensão emocional da solidão, a institucionalização associa-se a níveis mais elevados de solidão social e de solidão global**, podendo constituir um fator de vulnerabilidade acrescida, particularmente ao nível das redes de suporte e integração social (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/<br>Familiares | ERPI | Casa Própria/<br>Familiares | ERPI | Casa Própria/<br>Familiares | ERPI  |
| Média       | 2,06                        | 2,31 | 1,82                        | 2,19 | 30,25                       | 35,67 |
| Erro Desvio | 0,83                        | 0,86 | 0,62                        | 0,63 | 10,20                       | 10,91 |

Fonte. Elaboração própria (2026)

## B. Percepção de violência em pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas ( $t(97) = -1,925$ ;  $p = 0,057$ ), isolamento social ( $t(97) = -1,462$ ;  $p = 0,147$ ), dependência funcional ( $t(97) = -1,865$ ;  $p = 0,065$ ) e insegurança financeira ( $t(45,493) = -0,713$ ;  $p = 0,479$ ).

A única dimensão em que se observou uma diferença estatisticamente significativa foi no índice total de violência ( $t(97) = -2,141$ ;  $p = 0,035$ ), com médias ligeiramente superiores entre as pessoas institucionalizadas ( $M = 6,47$ ;  $DP = 1,45$ ) face às não institucionalizadas ( $M = 5,85$ ;  $DP = 1,26$ );

Analisando a Tabela 7, embora a maior parte das diferenças não seja significativa, é possível constatar que, em todas as dimensões avaliadas, as pessoas institucionalizadas apresentam médias ligeiramente superiores aos dos não institucionalizados, incluindo desconfiança/insegurança nas relações próximas (1,39 vs. 1,24), isolamento social (1,91 vs. 1,73), dependência funcional (1,80 vs. 1,58), insegurança financeira (1,37 vs. 1,30) e violência total (6,47 vs. 5,85).

Em suma, os resultados sugerem que o contexto institucional não exerce influência generalizada sobre a percepção das diversas formas de violência, exceto no índice total, onde os residentes em ERPI apresentam valores ligeiramente mais elevados.

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

|             | Desconfiança/<br>Insegurança nas<br>Relações Próximas |      | Isolamento<br>Social        |      | Dependência<br>Funcional    |      | Insegurança<br>Financeira   |      | Violência<br>Total          |      |
|-------------|---|------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|
|             | Casa Própria/<br>Familiares                           | ERPI | Casa Própria/<br>Familiares | ERPI | Casa Própria/<br>Familiares | ERPI | Casa Própria/<br>Familiares | ERPI | Casa Própria/<br>Familiares | ERPI |
| Média       | 1,24  | 1,39 | 1,73                        | 1,91 | 1,58                        | 1,80 | 1,30                        | 1,37 | 5,85                        | 6,47 |
| Erro Desvio | 0,36  | 0,41 | 0,55                        | 0,59 | 0,56                        | 0,47 | 0,36                        | 0,45 | 1,26                        | 1,45 |

Fonte. Elaboração própria (2026)

## 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 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. Percepção de solidão

Na relação da solidão entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias, **não se verificam diferenças estatisticamente significativas** nas dimensões de solidão emocional ( $F(4,64) = 2,132$ ;  $p = 0,087$ ), solidão social ( $F(4,64) = 1,627$ ;  $p = 0,178$ ) e solidão total ( $F(4,64) = 1,888$ ;  $p = 0,123$ ).

Contudo, a análise detalhada das médias da Tabela 8 permite identificar tendências relevantes:

Na **solidão emocional**, os valores mais elevados encontram-se entre as pessoas idosas integradas em Centro de Dia (CD) ( $M = 2,50$ ;  $DP = 0,88$ ) e Centro de Convívio (CC) ( $M = 2,20$ ), enquanto as participantes integradas em Universidade Sénior (US) apresentam valores mais baixos ( $M = 1,68$ ;  $DP = 0,89$ ). Os grupos integrados em outras respostas/atividades (O) ( $M = 1,98$ ;  $DP = 0,75$ ) ou que não participam em nenhuma resposta/atividade (N) ( $M = 1,85$ ;  $DP = 0,75$ ) situam-se em valores intermédios. Estes dados sugerem que, mesmo em respostas estruturadas como CD e CC, a percepção de solidão emocional pode ser mais elevada, enquanto a integração educativa e social em US tende a estar associada a percepções ligeiramente mais baixas.

Na **solidão social**, os valores mais altos encontram-se novamente entre os participantes integrados nos CD ( $M = 2,03$ ;  $DP = 0,63$ ) e em outras respostas (O) ( $M = 1,87$ ;  $DP = 0,65$ ), enquanto CC ( $M = 1,09$ ) e US ( $M = 1,51$ ;  $DP = 0,41$ ) apresentam valores mais baixos. Este padrão reforça a ideia de que, mais do que a simples integração em respostas sociais, a natureza e o tipo de atividades desenvolvidas podem influenciar a percepção de solidão social.

Na **solidão total**, o grupo CD apresenta a média mais elevada ( $M = 34,83$ ;  $DP = 10,53$ ), acima do ponto de corte da escala ( $>32$ ), indicando níveis relativamente altos de solidão global. O grupo O ( $M = 30,41$ ;  $DP = 10,33$ ) situa-se próximo do ponto de corte, enquanto CC ( $M = 23,00$ ) e US ( $M = 25,00$ ;  $DP = 7,96$ ) apresentam valores mais baixos, sugerindo percepções de solidão global relativamente inferiores.

Em síntese, embora não existam diferenças estatisticamente significativas, os dados indicam tendências consistentes, com percepções de solidão mais elevadas em CD e, em menor grau, em O, e percepções mais baixas em US e CC, especialmente na solidão total. Estes resultados sugerem que a **qualidade e o tipo de resposta social são fatores relevantes para compreender a percepção de solidão em idosos não institucionalizados**, e que estratégias orientadas para atividades educativas e de convívio podem contribuir para níveis ligeiramente mais baixos de solidão, embora a significância estatística não tenha sido atingida nesta amostra.

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 | 2,50 (0,88)   | 2,20 (-)  | 1,68 (0,89)  | 1,98 (0,75)   | 1,85 (0,75)  |
| Solidão Social    | 2,03 (0,63)   | 1,09 (-)  | 1,51 (0,41)  | 1,87 (0,65)   | 1,68 (0,60)  |
| Solidão Total     | 34,83 (10,53) | 23,00 (-) | 25,00 (7,96) | 30,41 (10,33) | 27,73 (9,35) |

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

## B. Percepção de violência

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

Os resultados indicam que os valores médios de **desconfiança/insegurança nas relações próximas** foram mais elevados entre os participantes do Centro de Dia ( $M = 1,33$ ;  $DP = 0,46$ ) e mais baixos entre os do Centro de Convívio ( $M = 1,00$ ), embora **sem diferenças** estatisticamente significativas entre os grupos avaliados ( $F(4,64) = 0,608$ ;  $p = 0,658$ ). De forma semelhante, **no isolamento social**, observou-se uma tendência para médias ligeiramente mais elevadas entre os participantes do Centro de Dia ( $M = 1,92$ ;  $DP = 0,65$ ) e da categoria “Outros” ( $M = 1,78$ ;  $DP = 0,51$ ), e mais baixas no Centro de Convívio ( $M = 1,20$ ). Contudo, também aqui **não se verificaram diferenças** estatisticamente significativas entre os grupos ( $F(4,64) = 1,436$ ;  $p = 0,232$ ). Relativamente à **insegurança financeira**, as médias mais elevadas registaram-se entre os participantes da Universidade Sénior ( $M = 1,41$ ;  $DP = 0,42$ ), enquanto os valores mais baixos foram observados entre os que não se encontravam integrados em qualquer resposta social comunitária ( $M = 1,17$ ;  $DP = 0,26$ ). Ainda assim, estas **variações não atingiram significância estatística** ( $F(4,64) = 0,802$ ;  $p = 0,529$ ).

Em contraste, surgiram **diferenças significativas na dimensão da dependência funcional** ( $F(4,64) = 12,59$ ;  $p < 0,001$ ), com os participantes do **Centro de Dia a apresentarem valores médios mais elevados** ( $M = 2,18$ ;  $DP = 0,51$ ) em comparação com os grupos Centro de Convívio ( $M = 1,00$ ) e Universidade Sénior ( $M = 1,19$ ;  $DP = 0,22$ ), que registaram os valores mais baixos. O teste post hoc de comparações múltiplas de Bonferroni confirmou 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.

Também o **índice total de violência apresentou diferenças significativas** entre os grupos ( $F(4,64) = 4,011$ ;  $p = 0,006$ ). A média **mais elevada** foi observada no **Centro de Dia** ( $M = 6,74$ ;  $DP = 1,56$ ), enquanto o Centro de Convívio ( $M = 4,45$ ), Universidade Sénior ( $M = 5,37$ ;  $DP = 1,09$ ), “Outros” ( $M = 5,71$ ;  $DP = 0,92$ ) e os não integrados ( $M = 5,39$ ;  $DP = 1,05$ ) apresentaram valores mais baixos (Ver Tabela 9).

De forma global, a **tipologia de participação social** não influencia significativamente a percepção de desconfiança nas relações próximas, isolamento social ou insegurança financeira, mas **apresenta um impacto diferenciado em dimensões específicas**: a dependência funcional é significativamente mais elevada nos participantes do Centro de Dia, refletindo maior vulnerabilidade funcional, e o índice total de violência também é mais elevado neste grupo, sugerindo que a participação em CD está associada a percepções globais de maior risco de violência.

Estes resultados indicam que o **envolvimento em atividades sociais estruturadas** pode ter **efeitos distintos em diferentes dimensões do risco de violência**, sendo especialmente relevante na **dependência funcional e no índice total de violência**, mas sem impacto significativo nas dimensões do isolamento social, desconfiança ou insegurança financeira.

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 | 1,33 (0,46) | 1,00 (-) | 1,25 (0,40) | 1,21 (0,31) | 1,17 (0,27) |
| Isolamento Social          | 1,92 (0,65) | 1,20 (-) | 1,53 (0,59) | 1,78 (0,51) | 1,57 (0,44) |
| Dependência Funcional      | 2,18 (0,51) | 1,00 (-) | 1,19 (0,22) | 1,38 (0,34) | 1,48 (0,55) |
| Insegurança Financeira     | 1,31 (0,44) | 1,25 (-) | 1,41 (0,42) | 1,34 (0,32) | 1,17 (0,26) |
| Violência Total            | 6,74 (1,56) | 4,45 (-) | 5,37 (1,09) | 5,71 (0,92) | 5,39 (1,05) |

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 de correlação indicou que, em ambos os contextos, a **solidão percebida associa-se de forma significativa à percepção do risco de vitimação por violência**. No grupo de pessoas idosas não institucionalizadas, esta associação apresentou uma correlação forte e positiva ( $r = 0,625$ ;  $p = 0,000$ ), indicando que níveis mais elevados de solidão se relacionam com uma maior percepção de vulnerabilidade face à violência. No grupo institucionalizado, a correlação foi ainda mais forte e positiva ( $r = 0,759$ ;  $p = 0,000$ ), sugerindo que, em contexto institucional, a solidão apresenta uma relação mais estreita com a percepção do risco de violência – quanto mais solitários se percebem os idosos institucionalizados, maior é a sua percepção de vulnerabilidade a situações de violência.

Analisando os valores médios (ver Tabela 10), verifica-se que os residentes em ERPI apresentam uma média de solidão mais elevada ( $M = 35,67$ ;  $DP = 10,91$ ), acima do ponto de corte da escala ( $>32$ ), indicando solidão patológica, enquanto os idosos residentes em casa própria ou com familiares apresentam uma média de 30,25 ( $DP = 10,20$ ), ligeiramente abaixo do limiar, sugerindo níveis moderados de solidão. Em relação à percepção de violência, os valores são mais próximos entre os grupos ( $M = 6,47$  para ERPI vs.  $M = 5,85$  para casa própria/familiares;  $DP = 1,45$  vs.  $1,26$ ), embora os residentes em ERPI apresentem uma média ligeiramente superior.

Este padrão indica que a relação entre **solidão e percepção de violência é mais acentuada em contexto institucional**, refletindo uma **vulnerabilidade psicossocial mais elevada** e uma maior sensibilidade à percepção de risco de violência.

Em conjunto, estes resultados reforçam a ideia de que a **solidão é um indicador relevante de vulnerabilidade ao risco de violência entre pessoas idosas**, sendo a **institucionalização um fator que pode amplificar esta associação**. Reforçam ainda a importância de estratégias de intervenção direcionadas à redução do isolamento social e ao fortalecimento de redes de apoio, sobretudo em contextos institucionais.

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/<br>Famíliares | Solidão   | 30,25 | 10,20       | 0,625                 | 0,000 |
|                             | Violência | 5,85  | 1,26        |                       |       |
| ERPI                        | Solidão   | 35,67 | 10,91       | 0,759                 | 0,000 |
|                             | Violência | 6,47  | 1,45        |                       |       |

Nota. Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A análise de correlação de Pearson entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência entre pessoas idosas não institucionalizadas revelou padrões distintos consoante a integração, ou não, em respostas sociais comunitárias.

No **grupo integrado em atividades de apoio comunitário, a correlação foi positiva, forte** e estatisticamente significativa ( $r = 0,589$ ;  $p = 0,000$ ), indicando que, mesmo em contextos de participação comunitária, níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de risco de violência.

Por outro lado, no **grupo não integrado, a correlação foi positiva e muito forte** ( $r = 0,767$ ;  $p < 0,001$ ), sugerindo que, entre os idosos que não participam em respostas sociais comunitárias, a solidão se associa de forma mais intensa à percepção do risco de vitimação, possivelmente refletindo maior vulnerabilidade ou menor suporte social.

A análise descritiva dos valores médios apresenta um padrão interessante: os participantes integrados em respostas sociais comunitárias apresentam níveis médios de solidão ( $M = 30,94$ ;  $DP = 10,40$ ) e de percepção de violência ( $M = 5,98$ ;  $DP = 1,30$ ) ligeiramente mais elevados do que os não integrados (solidão  $M = 27,73$ ;  $DP = 9,35$ ; violência  $M = 5,39$ ;  $DP = 1,05$ ). Contudo, apesar dessas médias mais altas, a força da associação entre solidão e percepção de violência é menor no grupo integrado ( $r = 0,589$ ) do que no grupo não integrado ( $r = 0,767$ ) (ver tabela 11).

Mais uma vez, uma leitura complementar destes resultados poderá considerar a **hipótese de que a solidão funcione como uma forma socialmente mais aceitável de expressar vulnerabilidade**, sobretudo quando a eventual experiência ou percepção de violência está atravessada por sentimentos de vergonha, medo, lealdade familiar ou estigmatização. O facto de se observarem correlações positivas e significativas em ambos os grupos, sendo mais fortes entre os não integrados em respostas sociais, pode refletir não apenas uma associação objetiva entre isolamento e maior vulnerabilidade percebida, mas também um mecanismo indireto de comunicação do mal-estar.

Assim, a solidão poderá constituir um indicador mais facilmente verbalizado de insegurança e fragilidade, enquanto a vitimação tende a ser silenciada ou minimizada. A **maior magnitude da correlação no grupo não integrado pode ainda sugerir menor mediação institucional ou menos oportunidades de externalização segura destas experiências**, reforçando a necessidade de interpretar os resultados à luz das dimensões subjetivas, relacionais e contextuais que moldam o discurso das pessoas idosas sobre violência e vulnerabilidade.

Em conjunto, os resultados indicam que a **integração em respostas sociais comunitárias está associada a níveis médios ligeiramente mais elevados de solidão e de perceção de risco, mas a relação entre estas dimensões é menos intensa**, sugerindo que o **suporte social e a participação em atividades comunitárias podem moderar a associação entre solidão e perceção de risco de violência**. Por outro lado, a **ausência de integração potencializa a ligação entre solidão e vulnerabilidade percebida**, evidenciando a importância de estratégias de intervenção que promovam redes de apoio e reduzam o isolamento social.

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.

|                             |           | Média | Erro Desvio | Correlação de Pearson | Sig.  |
|-----------------------------|-----------|-------|-------------|-----------------------|-------|
| <b>Integrados em RS</b>     | Solidão   | 30,94 | 10,40       | 0,589                 | 0,000 |
|                             | Violência | 5,98  | 1,30        |                       |       |
| <b>Não Integrados em RS</b> | Solidão   | 27,73 | 9,35        | 0,767                 | 0,001 |
|                             | Violência | 5,39  | 1,05        |                       |       |

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 Alpiarça, os resultados indicam que, globalmente, os níveis médios de **solidão** emocional e social se situam **abaixo do limiar clinicamente relevante**, porém, o índice total de solidão situa-se muito próximo deste limiar, havendo **casos isolados que apresentam níveis de solidão patológica**. A análise em função de características sociodemográficas revelou que a idade, escolaridade, rendimento mensal e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas ao sexo, estado civil, local de residência e à perceção de saúde: os homens, pessoas idosas divorciadas ou viúvas, a residir em ERPI e que se percecionam como doentes apresentam níveis médios de solidão patológica. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas do **sexo masculino, divorciados e viúvos, residentes em ERPI e com pior perceção do estado de saúde**, dado se encontrarem numa situação 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 à idade, escolaridade, estado civil e estado de saúde, mas associa-se ao sexo, estado civil, rendimento mensal, local de residência e autonomia: os homens, residentes em ERPI e com menor autonomia 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 **homens, residentes em ERPI e com maior nível de 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, influencia significativamente os níveis de solidão: quem reside em ERPI apresenta níveis mais elevados de solidão social e solidão global, tratando-se no último caso, de um nível patológico. Estes resultados mostram que **a institucionalização se associa a níveis mais elevados de solidão social e de solidão global (patológica)**, podendo constituir um fator de vulnerabilidade acrescida, particularmente ao nível das redes de suporte e integração social. Quanto à perceção de violência, o contexto residencial apenas influenciou a perceção global de violência: os residentes em ERPI apresentam níveis superiores de ligeiramente superiores às pessoas idosas que vivem em casa própria. Estes resultados mostram que **contexto institucional não exerce influência generalizada sobre a perceção das diversas formas de violência, exceto no índice global**, reforçando a importância de considerar o contexto residencial na definição de estratégias de intervenção e políticas públicas.

A **integração em respostas sociais comunitárias** não exerceu influência nos níveis de solidão em pessoas idosas não institucionalizadas, porém os resultados demonstraram tendências que são merecedoras de destaque:

são os participantes integrados em Centro de Dia os que apresentam níveis mais elevados de solidão emocional, social e índice total, situando-se este último em valores patológicos. No que à percepção de dignidade e respeito, a integração em respostas sociais comunitárias exerceu influência de forma diferenciadas: **a dependência funcional e o índice total de violência são mais elevados nos participantes integrados em Centro de Dia.** Nestas pessoas foi ainda encontrada uma tendência para apresentarem níveis mais elevados de desconfiança/insegurança nas relações próximas e de isolamento social. 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 mais elevados de solidão e risco de vitimação, do que os residentes em casa própria/familiares. Esta associação entre solidão e percepção de violência é positiva, forte 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, os participantes integrados em respostas sociais comunitárias apresentam correlação positiva e forte, enquanto nos não integrados a correlação é positiva e muito forte. Estes resultados indicam que **a integração comunitária está associada a níveis médios ligeiramente mais elevados de solidão e de percepção de risco, mas a relação entre estas dimensões é menos intensa,** sugerindo que o suporte social e a participação em atividades comunitárias podem moderar a associação entre solidão e percepção de risco de violência, evidenciando-se assim a importância de estratégias de intervenção que promovam redes de apoio e reduzam o isolamento social.

## Recomendações

Os resultados do projeto **RiViS 65+** (Risco de Violência e de Solidão em pessoas idosas) permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do município de Alpiarça. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a identificação de subgrupos com indicadores de solidão patológica e maior exposição ao risco justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, embora os dados resultem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica. Esta perspetiva pressupõe que a intervenção não deve focar-se isoladamente no indivíduo, mas sim envolver as famílias, a comunidade e os profissionais que atuam nos contextos de proximidade. Esta exigência é reforçada pela realidade demográfica e social detetada no concelho, onde um número expressivo de pessoas idosas vive sozinha (52,2%) e cerca de um quarto da amostra (24,1%) reside em contextos de maior isolamento geográfico. Embora a maioria dos inquiridos (78,1%) se encontre integrada em respostas sociais comunitárias, como Centros de Dia, Centros de Convívio ou Universidades Seniores, os resultados demonstram que a vulnerabilidade persiste nestes contextos. O destaque recai sobre os utentes residentes em ERPI, que apresentam os índices mais elevados de solidão e percepção de risco. Os resultados identificam como grupos prioritários para intervenção os homens, as pessoas divorciadas ou viúvas, os residentes em ERPI e aqueles que percecionam como doentes, apresentando, nestes casos, níveis médios de solidão patológica. Esta evidência reforça a urgência de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial especificamente direcionadas a estes perfis, dado encontrarem-se numa situação de vulnerabilidade acentuada que requer uma monitorização constante e a implementação de protocolos de resposta coordenada.

### **Recomendações dirigidas às pessoas idosas**

No domínio da solidão, recomenda-se o reforço de estratégias de combate à solidão emocional e social, com foco prioritário para pessoas idosas do sexo masculino, divorciados e viúvos, residentes em ERPI e com pior percepção do estado de saúde. Face aos resultados, considera-se essencial incentivar a participação em atividades que vão além do ocupacional, focando na pertença a grupos de interesse (ex: Criação de programas de "mentoria masculina", onde pessoas idosas com maior rede social apoiem pares em situação de isolamento; clubes de desporto adaptado ou oficinas de artes tradicionais; caminhadas de memória local; clube de jogos de estratégia na vila; workshops de fotografia com telemóvel para captar o quotidiano da vila; hortas comunitárias partilhadas) especialmente para quem se perceciona como "doente", visando ressignificar a sua autoimagem. Também a utilização de recursos inovadores, como tecnologias digitais, pode constituir uma estratégia complementar para reduzir a solidão emocional e social e estimular a interação social.

No domínio da violência, os resultados da investigação em Alpiarça indicam a necessidade premente de promover o empoderamento e a literacia sobre direitos da população idosa. Esta intervenção deve ser priorizada junto dos residentes em ERPI e das pessoas com menor autonomia, grupos que manifestaram níveis mais elevados de percepção de risco e vulnerabilidade. Propõe-se a realização de: Workshops sobre autonomia e segurança diária, com sessões práticas focadas na tomada de decisão consciente; sessões informativas sobre literacia jurídica e direitos de proteção à pessoa idosa; Auditorias de segurança participativa, que garantam o envolvimento direto das pessoas idosas na identificação de pontos de insegurança nos seus espaços de vivência, seja no contexto domiciliário ou institucional.

Na interseção entre solidão e violência, os resultados em Alpiarça apresentam uma correlação forte e direta entre a solidão e o risco de violência, sendo esta associação mais acentuada no contexto de institucionalização. Para intervir nesta vulnerabilidade dupla, propõem-se: estimulação funcional e cognitiva como forma de preservar a autonomia física e mental como primeira linha de defesa, dado que a dependência é um preditor direto de ambos os riscos; reforçar redes comunitárias (formais e informais), uma vez que a participação social atenua a relação entre sentir-se só e sentir-se desprotegido; promover redes de vizinhos solidários e treinos de assertividade, de forma a que a pessoa idosa comunique as necessidades e a comunidade possa identificar sinais de alerta; criar protocolos entre Saúde, Ação Social e Segurança para o acompanhamento contínuo de pessoas idosas com níveis patológicos de solidão e elevado risco de vitimação.

### **Recomendações dirigidas às famílias**

No domínio da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de programas de formação dirigidos às famílias, com especial enfoque nos cuidadores de pessoas idosas institucionalizadas ou que frequentam o Centro de Dia (grupos que apresentam níveis de solidão patológica em Alpiarça). Estas ações devem centrar-se no reforço das competências de comunicação e apoio emocional, capacitando as famílias para intensificarem a ligação afetiva com a pessoa idosa. Complementarmente, sugere-se a criação de um “roteiro de afetos familiar”. Esta estratégia consiste no planeamento de momentos de interação e lazer fora do contexto institucional, visando reintegrar a pessoa idosa na dinâmica familiar e combater a solidão social decorrente da rutura com o ambiente doméstico original.

No que concerne à violência, é fundamental sensibilizar as famílias para a identificação precoce de sinais de risco e para a prevenção de situações de abuso ou negligência, garantindo o conhecimento sobre os canais formais de denúncia e serviços de apoio disponíveis. As recomendações centram-se na capacitação da família para a vigilância sobre a preservação da autonomia, prevenindo formas de violência por excesso de zelo. Sugere-se sessões de esclarecimento às famílias que reforcem que o respeito pela autodeterminação é uma das estratégias mais eficazes na mitigação da vulnerabilidade.

Na articulação entre os domínios da solidão e da violência, recomenda-se a implementação de programas de suporte familiar estruturado, onde se privilegie o acompanhamento conjunto entre famílias e profissionais. Esta estratégia visa reforçar as redes formais e informais de apoio, promovendo a corresponsabilização efetiva no cuidado e proteção da pessoa idosa. Como medida prática, propõe-se o estabelecimento de "contratos de cuidado participativo", através dos quais se definem tempos de companhia e interação que garantam que a pessoa idosa, mesmo estando em contexto institucional, se mantenha integrado na dinâmica familiar, assegurando que a pessoa idosa permanece "visível" e emocionalmente vinculada aos seus.

### **Recomendações dirigidas à comunidade**

Ao nível comunitário, no domínio da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de iniciativas acessíveis, inclusivas e de proximidade, desenhadas em estreita sintonia com as expectativas e motivações das pessoas idosas. O fortalecimento de centros de convívio, projetos comunitários e valências das universidades seniores (através de aulas, atividades artísticas e físicas, workshops e voluntariado) deve ser priorizado, consolidando estes recursos como espaços privilegiados de prevenção da solidão. Recomenda-se que o município e as juntas de freguesia criem espaços desenhados para os homens, como áreas de convívio ou oficinas. Estas respostas podem combater a resistência masculina às atividades sociais tradicionais, ao oferecerem iniciativas baseadas no "fazer" e na partilha de competências técnicas. Recomenda-se ainda a qualificação das respostas de proximidade para que promovam a dinamização de redes de vizinhança. As instituições devem tornar-se polos ativos que estimulem a participação efetiva e o reforço sistemático dos laços comunitários.

No domínio da violência, recomenda-se a criação e consolidação de redes de vigilância comunitária e de mecanismos de sinalização precoce, capazes de identificar e responder atempadamente a situações de risco. Dado que o isolamento social apresenta uma expressão significativa nos dados do concelho, a comunidade deve assumir o papel de um "radar preventivo" para situações de vulnerabilidade que muitas vezes permanecem invisíveis. Propõe-se a criação de uma rede "sentinelas de Alpiarça", que envolva o comércio local, as farmácias e os serviços públicos na identificação de sinais de alerta, como o isolamento social acentuado ou manifestações de desconfiança por parte das pessoas idosas. O fortalecimento de serviços de proximidade permite uma resposta rápida após a sinalização, garantindo que a pessoa idosa receba o acompanhamento necessário no seu contexto de vida habitual.

De forma integrada, o poder local deve promover programas que articulem as dimensões da solidão e da violência, através de uma cooperação sólida entre as diferentes instituições. Esta ligação entre serviços sociais, de saúde e de segurança é essencial para garantir respostas coordenadas, sustentáveis e capazes de intervir preventivamente, funcionando como um ecossistema de proteção da pessoa idosa. Com base nos resultados do estudo, propõem-se as seguintes ações: Promover iniciativas como "caminhadas de proximidade" e a realização de eventos comunitários que integrem especificamente os residentes das ERPI na vida quotidiana da vila; estabelecimento de protocolos de comunicação direta entre as diferentes instituições, as Juntas de Freguesia e as forças de segurança (GNR) permitindo que qualquer sinal de isolamento extremo ou risco seja tratado de forma célere, integrada e multidisciplinar.

#### **Recomendações dirigidas aos profissionais**

No domínio da solidão, recomenda-se o investimento na formação contínua dos profissionais sobre envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social. É essencial o reforço de competências de avaliação e acompanhamento psicossocial, garantindo uma intervenção mais capacitada perante o isolamento. Com base nos dados específicos da investigação em Alpiarça, destacam-se a necessidade de monitorização sistemática, com a implementação e aplicação regular de escalas validadas para a avaliação da solidão, dando especial atenção aos utentes de Centro de Dia, grupo onde se detetaram níveis elevados de solidão emocional e social; capacitar os profissionais para identificarem indicadores subtis de sofrimento emocional, particularmente no público masculino. A capacitação profissional deve promover a transição para um modelo de prestação de cuidados centrada numa perspectiva holística, centrada na saúde mental e na qualidade das dinâmicas relacionais da pessoa idosa.

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. Dada a realidade específica de Alpiarça, onde a dependência funcional surge correlacionada com uma maior perceção de violência, considera-se prioritário o investimento em formação sobre cuidado centrado na pessoa e na autonomia, especialmente para equipas de ERPI. Dado que a dependência funcional em Alpiarça está ligada a uma maior perceção de violência, os protocolos de intervenção devem privilegiar a autodeterminação da pessoa idosa e a gestão de conflitos em contextos de proximidade.

Na articulação entre os domínios da solidão e da violência, recomenda-se o desenvolvimento de protocolos de intervenção conjunta, multidisciplinar e interinstitucional. Estas respostas devem ser centradas na pessoa idosa, garantindo uma intervenção ética, integrada e sustentada ao longo do tempo. Propõe-se a criação de um gabinete de apoio psicossocial móvel que permitirá cruzar dados de isolamento social com indicadores de risco de violência para uma identificação precoce; atuação direta no domicílio, em contexto institucional ou na comunidade, assegurando respostas de emergência sempre que necessário; elaboração de planos de suporte personalizados que visem a redução do risco e o reforço da rede de proteção da pessoa idosa.

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

Tabela 12. Principais recomendações para o conselho de Alpiarça

| Grupo-alvo     | Domínio                    | Evidência empírica / Fragilidades identificadas   | Objetivos de intervenção   | Recomendações / Propostas de ação  |
|----------------|----------------------------|---|--|--|
| Pessoas Idosas | <b>Solidão</b>             | Elevada proporção de pessoas idosas a viver só (52,2%) e em locais isolados (23,2%); níveis mais elevados de solidão em pessoas idosas do sexo masculino, divorciados, viúvos e com pior perceção do estado de saúde. | Reduzir o isolamento social e prevenir solidão clinicamente relevante e preservar a autonomia.   | Promover a integração em respostas sociais estruturadas; desenvolver programas de acompanhamento emocional individual e de grupo; 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; incentivar a participação em atividades que vão além do ocupacional (ex: criação de programas de mentoria masculina; clubes de desporto adaptado ou oficinas de artes tradicionais; caminhadas de memória local; clube de jogos de estratégia na Vila ou virtuais; workshops de fotografia com telemóvel; hortas comunitárias partilhadas). |
|                | <b>Violência</b>           | Maior perceção de violência associada a pessoas idosas do sexo masculino, residentes em ERPI e com menor autonomia.   | 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 workshops sobre autonomia e segurança diária, com sessões práticas focadas na tomada de decisão consciente; Sessões informativas sobre literacia jurídica e direitos de proteção à pessoa idosa; Auditorias de segurança participativa, que garantam o envolvimento direto das pessoas idosas na identificação de pontos de insegurança nos seus espaços de vivência, seja no contexto domiciliário ou institucional.       |
|                | <b>Solidão e Violência</b> | A dependência funcional emerge como um determinante crítico da solidão patológica e um indicador direto da vulnerabilidade ao risco de violência.   | Intervir de forma integrada de forma a quebrar o ciclo entre dependência, solidão e vitimação, promovendo a autonomia e a confiança no cuidar.                 | Implementar programas integrados de apoio psicossocial; assegurar acompanhamento individualizado; monitorizar sistematicamente situações de risco; reforçar competências pessoais, autonomia e resiliência. Reforçar redes comunitárias (formais e informais); dinamizar redes de vizinhança solidária para potenciar a sinalização de alertas e a comunicação de necessidades por parte dos idosos; criar protocolos entre Saúde, Ação Social e Segurança para o acompanhamento contínuo de idosos com níveis patológicos de solidão e elevado risco de vitimação.  |
| Famílias       | <b>Solidão</b>             | Importância do suporte familiar, sobretudo em contextos de envelhecimento institucional.  | Reforçar vínculos familiares e capacidade de apoio e promover a continuidade do suporte familiar no contexto institucional.                                    | Promover a capacitação das famílias através de programas de formação em competências de cuidado e sessões de sensibilização para a importância da interação afetiva regular. Implementar processos de mediação de conflitos e criar o 'Roteiro de Afetos Familiar' para potenciar a ligação emocional com a pessoa idosa.  |
|                | <b>Violência</b>           | Papel central das famílias na deteção precoce de risco.   | Capacitar as famílias para a prevenção da violência e negligência, promovendo uma cultura de cuidado assente na vigilância ativa e no respeito pela autonomia. | Sensibilizar para sinais precoces de risco; promover a prevenção da violência; realizar sessões de esclarecimento sobre a identificação precoce de sinais de risco e divulgação dos canais formais de denúncia e serviços de apoio; desenvolver ações de sensibilização focadas na preservação da autonomia da pessoa idosa; formar as famílias para uma monitorização que reforce a autodeterminação. Propõe-se a criação de "escola de cuidadores", focada na gestão de conflitos e cuidados práticos.   |

|                      |                            |   |   |   |
|----------------------|----------------------------|---|---|---|
|                      | <b>Solidão e Violência</b> | 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. Propõe-se o estabelecimento de "contratos de cuidado participativo", que garantam que a pessoa idosa, mesmo estando em contexto institucional, se mantenha integrado na dinâmica familiar.  |
| <b>Comunidade</b>    | <b>Solidão</b>             | Elevada integração em respostas comunitárias (78,1%), sem efeito protetor na solidão                | Promover e consolidar redes de proximidade e respostas comunitárias inclusivas, adaptadas às motivações e perfis específicos das pessoas idosas | Desenvolver iniciativas comunitárias acessíveis e inclusivas; reforçar centros de convívio, projetos comunitários e universidades seniores com atividades artísticas, físicas e de voluntariado ajustadas às motivações dos idosos. Implementar oficinas e áreas de convívio baseadas no "saber-fazer" e na partilha técnica, visando diminuir a resistência masculina à participação social. Qualificar os recursos locais para atuarem como polos ativos no reforço dos laços comunitários e na vigilância de proximidade.  |
|                      | <b>Violência</b>           | 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; criar redes de vigilância comunitária; desenvolver mecanismos de sinalização precoce; promover serviços de apoio de proximidade. Implementação da rede de "sentinelas comunitárias"; fazer campanha de sensibilização "o vizinho atento". Ações de formação para comerciantes, carteiros e vizinhos sobre sinais de alerta.  |
|                      | <b>Solidão e Violência</b> | A solidão patológica e o isolamento social não são fenómenos isolados, mas sim potenciais de risco. | Garantir intervenção integrada.   | Propõe-se a implementação de um modelo de governança integrada que reforce a articulação entre os serviços sociais, de saúde e as forças de segurança, garantindo protocolos de resposta célere e multidisciplinar. Esta cooperação institucional sustenta a criação de redes de vigilância comunitária e mecanismos de sinalização precoce, materializados na rede "sentinelas Comunitária". Complementarmente, deverão ser desenvolvidas campanhas de sensibilização, como a iniciativa "vizinho atento", e ações de formação dirigidas a comerciantes, carteiros e vizinhos, capacitando-os para a identificação de sinais de alerta e para o acionamento eficaz dos serviços de apoio de proximidade. |
| <b>Profissionais</b> | <b>Solidão</b>             | Necessidade de maior capacitação técnica.   | Promover identificação e intervenção precoce.   | Investir em formação contínua sobre solidão, envelhecimento, saúde mental e vulnerabilidade social; formação técnica na aplicação de instrumentos validados, como as escalas de solidão; capacitar as equipas técnicas para a identificação de indicadores subtis de isolamento e sofrimento psíquico, desenvolvendo competências específicas para a abordagem ao público masculino; fortalecer as metodologias de intervenção psicossocial, garantindo que os profissionais possuam ferramentas para mediar conflitos e reconstruir redes de suporte afetivo.  |
|                      | <b>Violência</b>           | Complexidade dos fenómenos de abuso e negligência.  | Aumentar eficácia da resposta profissional.   | Capacitar para a avaliação, sinalização e intervenção em situações de violência para a criação de protocolos de atuação rápida e multidisciplinar para casos detetados, tanto em ERPI como no domicílio; realização de workshops multidisciplinares regulares. Implementar diretrizes de boas práticas que combatam a infantilização e promovam uma cultura de respeito pela individualidade, reduzindo os indicadores de risco detetados na investigação local.  |
|                      | <b>Solidão e Violência</b> | Necessidade de respostas multidisciplinares e integradas.   | 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 que facilite a gestão de "casos complexos" e que garanta um acompanhamento contínuo e personalizado em detrimento de intervenções pontuais.  |

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)