



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

**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**

setembro 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução.....	4
1. Definição e Justificação do Problema.....	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos.....	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados.....	9
3.3. Instrumentos.....	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística.....	10
3.6. Considerações Éticas.....	10
3.7. Participantes.....	11
4. Resultados.....	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	16
4.3. 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
4.4. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.....	20
Considerações finais	22
Recomendações	24
Referências.....	28
Anexo	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	16
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	18
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	20
Tabela 8. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	20
Tabela 9. Principais recomendações para o concelho de Almada.....	26

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 Almada. Ao reforçar o conhecimento sobre a realidade local e valorizar a participação das pessoas idosas e das entidades de proximidade, o estudo procura fornecer evidência empírica relevante para a identificação de fatores de risco e de proteção, apoiar a definição de estratégias de intervenção ajustadas ao território e contribuir para a conceção de respostas sociais, comunitárias e psicossociais mais eficazes e sustentadas.

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

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

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

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

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

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

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

2. Objetivos

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

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

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

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

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

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

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

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

OE3.1 – Comparar os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas 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 – Explorar a relação entre os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

O presente estudo assume um desenho observacional, transversal e de natureza quantitativa, tendo como objetivo caracterizar as percepções de solidão e de risco de violência na população idosa do concelho de Almada. 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 Almada, com condição cognitiva para compreender os objetivos do estudo e de responder aos instrumentos aplicados, direta ou indiretamente. Foram excluídas pessoas com limitações cognitivas identificadas que impedissem a participação autónoma ou a compreensão das questões.

3.5. Análise Estatística

Os dados recolhidos foram analisados com recurso a métodos estatísticos descritivos e inferenciais, permitindo caracterizar os níveis de solidão e de perceção do risco de violência, identificar grupos mais vulneráveis e explorar relações entre variáveis.

Foram calculadas médias e desvios-padrão para todas as dimensões dos instrumentos aplicados (escala UCLA para solidão e EARVI para perceção de violência), assim como para os índices totais de cada constructo. Para variáveis categóricas e sociodemográficas, foram obtidas frequências e percentagens, permitindo caracterizar a amostra em termos de sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento, situação habitacional e integração em respostas sociais comunitárias.

Para a análise inferencial, foram utilizados diferentes procedimentos consoante o número de grupos comparados. As comparações entre dois grupos independentes foram realizadas recorrendo ao teste t de Student, para amostras independentes. Por outro lado, as comparações envolvendo mais de dois grupos independentes foram efetuadas através de análise de variância unifatorial (ANOVA). Sempre que a ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas, procederam-se a comparações múltiplas *post hoc* pelo teste de Bonferroni, de modo a identificar os pares de grupos em que essas diferenças eram relevantes.

A relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de violência foi avaliada com correlação de Pearson, permitindo estimar a força e a direção da associação entre estas variáveis, tanto em contexto institucional como não institucional, e considerando a integração em respostas sociais comunitárias.

Para todas as análises, o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Todas as análises estatísticas foram conduzidas utilizando o software SPSS versão 27.

3.6. Considerações Éticas

O estudo respeitou integralmente os princípios éticos da investigação com seres humanos, garantindo a dignidade, os direitos e o bem-estar dos participantes. Foi obtido o consentimento informado, assegurada a con-

fidencialidade dos dados e garantida a sua utilização exclusiva para fins científicos e de planeamento de intervenção social, em conformidade com a legislação nacional e europeia em vigor. Em todo o processo de recolha dos dados procurou-se minimizar riscos para os participantes e preservar o seu direito à privacidade.

3.7. Participantes

A amostra foi constituída por 44 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Almada. Verifica-se um predomínio do sexo feminino ($n = 31$; 70,5%), em comparação com o sexo masculino ($n = 13$; 29,5%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 90 anos, apresentando uma média de 75,84 anos ($DP = 7,84$).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ou em união de facto ($n = 20$; 45,5%), seguindo-se os viúvos ($n = 17$; 38,6%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico ($n = 23$; 52,3%), ou não tem o ensino básico ($n = 15$; 34,1%) refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, a maioria dos participantes vivem em **zona urbana** ($n = 42$; 95,2%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 42$; 95,5%), enquanto uma percentagem muito reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ($n = 1$; 2,3%) ou se encontra sem resposta habitacional/casa ($n = 1$; 2,3%).

Relativamente ao **rendimento mensal**, uma parte significativa dos participantes optou por não responder ($n = 11$; 25%). Entre os que forneceram esta informação, verificou-se que 27,3% ($n = 12$) auferiam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros, enquanto 15,9% ($n = 7$) referiram rendimentos inferiores a 500 euros mensais e igual proporção (15,9%; $n = 7$) indicou rendimentos entre 1046 e 1568 euros. Estes resultados sugerem uma distribuição heterogénea dos rendimentos, embora com uma **concentração expressiva de participantes nos escalões de rendimento mais baixos**.

No que se refere à perceção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,57 ($DP = 0,50$), refletindo uma **perceção intermédia**, embora tendencialmente mais próxima de um estado de saúde percecionado como menos favorável. Relativamente à **autonomia**, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,80 ($DP = 0,41$), indicando que a maioria dos participantes se percebe como **funcionalmente independente**.

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

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	13	29,5
	Feminino	31	70,5
Idade (anos)	Intervalo	65-90	—
	Média (DP)	75,84 (7,84)	—
Idade (por grupo)	65-74	23	52,3
	75-84	12	27,3
	85-100	9	20,5
Estado Civil	Solteiro/a	2	4,5
	Casado(a)/União de Facto	20	45,5
	Divorciado/a	5	11,4
	Viúvo/a	17	38,6

Escolaridade	Sem Ensino Básico	15	34,1
	Com Ensino Básico	23	52,3
	Com Ensino Secundário	2	4,5
	Com Ensino Superior	4	9,1
Zona de Residência	Rural	2	4,8
	Urbano	40	95,2
	Omisso	2	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	42	95,5
	ERPI	1	2,3
	Sem Resposta Habitacional/Casa	1	2,3
Rendimento Mensal	- 500 euros	7	15,8
	de 501 a 870 euros	12	27,3
	de 871 a 1045 euros	5	11,4
	de 1046 a 1568 euros	7	15,9
	+ de 1569 euros	2	4,5
	Prefiro não responder	11	25,0
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,57 (0,50)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,80 (0,41)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 42; 95,2%). Desses, 35,7% vivem com parceiro/a (n = 15) e 28,6% vivem sozinhos (n = 12), predominando a residência em apartamento (n = 22; 52,4%).

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 41; 97,6%). Entre o que beneficia deste serviço, a respostas utilizada corresponde ao fornecimento de refeições (n = 1; 2,4%).

Quanto à **integração em respostas sociais de proximidade**, 57,1% participam em atividades como centros de dia, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 6; 14,3%).

Uma **percentagem reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 1; 2,3%). Este participa em atividades de lazer (100%), três a cinco vezes por semana.

Somente um participante (2,3%) se encontra em situação de **ausência de resposta habitacional**, não tendo resposta social temporária nem técnico gestor de projeto.

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	12	28,6
		Com parceiro/a	15	35,7
		Com Filho/a	7	16,7
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	4	9,5
		Com Outro(s)	4	9,5
		Omisso	2	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	22	52,4
		Vivenda isolada	8	19,0
		Vivenda com vizinhos	12	28,6
		Omisso	2	—

	SAD	Não	41	97,6
		Sim	1	2,4
		Omisso	2	—
	SAD- Tipo	Refeições	1	2,4
		Nenhuma	41	97,6
		Omisso	2	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	17	40,5
		Universidade Sênior	1	2,4
		Outra(s)	6	14,3
		Nenhuma	18	42,9
		Omisso	2	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	4	9,5
		3 a 5 vezes por semana	14	33,3
		6 a 7 vezes por semana	6	14,3
		Nenhuma	18	42,9
		Omisso	2	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades de lazer	1	100
		Omisso	43	—
	Frequência de atividades	3 a 5 vezes por semana	1	100
		Omisso	43	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	1	100
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	1	100
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Embora a amostra inclua participantes residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (n = 1; 2,3%) e sem resposta habitacional/casa (n = 1; 2,3%), a sua representatividade é muito reduzida (n = 2; 4,6%), quando comparada com os participantes residentes na comunidade (n = 42; 95,2%). **Esta distribuição desigual inviabiliza a realização de análises comparativas estatisticamente robustas entre os três grupos**, uma vez que as reduzidas dimensões dos grupos, institucionalizado e sem resposta habitacional, compromete a estabilidade das estimativas e a validade dos resultados obtidos. Assim, os dados referentes aos participantes institucionalizados e sem resposta habitacional foram analisados e apresentados exclusivamente de forma descritiva, não sendo efetuadas comparações inferenciais entre contextos residenciais. Consequentemente, quaisquer diferenças observadas devem ser interpretadas com prudência, não permitindo generalizações acerca da população idosa residente em ERPI.

4. Resultados

4.1. Perceção de Solidão

A. Níveis de percepção de solidão

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

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 1,85 (DP = 0,64), 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 1,87 (DP = 0,59), com um intervalo entre 1 e 3,27, evidenciando **valores similares aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 29,77 (DP = 8,89), com valores mínimos de 16 e máximos de 53. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total superiores ao ponto de corte (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Perceção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,85	1,87	29,77
Erro Desvio	0,64	0,59	8,89
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,60	3,27	53,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função da idade ($F(2, 41) = 2,905$; $p = 0,066$), **rendimento mensal** ($F(5, 38) = 2,213$; $p = 0,073$) **ou autonomia** ($t(42) = 0,969$; $p = 0,338$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva revela algumas tendências relevantes. Relativamente à idade, os participantes com 85 ou mais anos apresentaram os valores médios mais elevados de solidão ($M = 35,56$; $DP = 11,41$), ultrapassando o ponto de corte indicativo de solidão clinicamente relevante, seguidos dos participantes entre os 65 e os 74 anos ($M = 29,09$; $DP = 8,72$) e entre os 75 e os 84 anos ($M = 26,75$; $DP = 4,85$).

No que respeita ao rendimento mensal, observaram-se níveis médios mais elevados entre os participantes com rendimentos entre 1046 e 1568 euros ($M = 36,29$; $DP = 10,27$), bem como entre aqueles que optaram por não responder ($M = 33,00$; $DP = 10,93$), ambos acima do ponto de corte para solidão clinicamente relevante.

Em contraste, os participantes com rendimentos entre 871 e 1045 euros apresentaram a média mais reduzida ($M = 23,00$; $DP = 6,56$). Contudo, estas diferenças não atingiram significância estatística e alguns grupos apresentam uma dimensão reduzida, pelo que os resultados devem ser interpretados com cautela.

Relativamente à autonomia, os participantes com menor autonomia apresentaram níveis médios de solidão ligeiramente superiores ($M = 32,33$; $DP = 9,06$) aos participantes com autonomia elevada ($M = 29,11$; $DP = 8,85$), embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função do sexo** ($t(42) = -2,259$; $p = 0,029$), **escolaridade** ($F(3, 40) = 4,344$; $p = 0,010$), **estado civil** ($F(3, 40) = 4,462$; $p = 0,009$) e **do estado de saúde percebido** ($t(25,785) = 2,771$; $p = 0,010$). Considerando o ponto de corte patológico definido para valores iguais ou superiores a 32, as mulheres apresentaram valores médios próximos dos indicativos de solidão patológica ($M = 31,65$; $DP = 9,35$), comparativamente aos homens que registaram valores mais baixos ($M = 25,31$; $DP = 5,79$).

Relativamente à escolaridade, os participantes com ensino superior apresentaram a média mais elevada ($M = 38,00$; $DP = 12,73$), seguidos dos participantes sem ensino básico ($M = 33,67$; $DP = 8,41$), ambos com valores superiores ao ponto de corte. Os participantes com ensino secundário ($M = 25,00$; $DP = 1,41$) e com ensino básico ($M = 26,22$; $DP = 7,01$) apresentaram valores médios inferiores. As comparações múltiplas revelaram diferenças estatisticamente significativas apenas entre os participantes sem ensino básico e aqueles com ensino básico ($p = 0,046$). Atendendo ao reduzido número de participantes nos grupos com ensino superior ($n = 4$) e ensino secundário ($n = 2$), estes resultados devem, no entanto, ser interpretados com prudência.

Quanto ao estado civil, os participantes solteiros registaram os níveis médios mais elevados de solidão ($M = 37,00$; $DP = 2,83$), seguidos dos viúvos ($M = 34,47$; $DP = 9,56$), ambos acima do limiar de solidão clinicamente relevante. Os participantes divorciados ($M = 27,60$; $DP = 10,21$) e casados ou em união de facto ($M = 25,60$; $DP = 5,88$) apresentaram valores inferiores. As comparações múltiplas evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes casados/união de facto e os viúvos ($p = 0,010$), indicando níveis mais elevados de solidão neste último grupo.

Relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionavam como doentes apresentaram níveis médios de solidão superiores ($M = 34,00$; $DP = 10,60$), ultrapassando o ponto de corte definido, quando comparados com os participantes que se consideravam saudáveis ($M = 26,56$; $DP = 5,68$), evidenciando uma associação entre pior perceção do estado de saúde e níveis mais elevados de solidão.

Em síntese, **os resultados evidenciam que, nesta amostra, a perceção de solidão se encontra significativamente associada ao sexo, à escolaridade, ao estado civil e ao estado de saúde percebido**. Em particular, verificaram-se níveis médios mais elevados entre **as mulheres, os participantes sem ensino básico, os viúvos, os solteiros e aqueles que se percecionavam como doentes**, sendo que vários destes grupos apresentaram valores iguais ou superiores ao ponto de corte para solidão clinicamente relevante. Embora a idade, o rendimento mensal e a autonomia não tenham evidenciado diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva sugere algumas tendências que poderão justificar investigação futura com amostras de maior dimensão. Globalmente, estes **resultados reforçam a importância de desenvolver estratégias de prevenção e intervenção dirigidas aos grupos mais vulneráveis**, promovendo o reforço das redes de apoio social, a participação comunitária e respostas específicas para pessoas idosas em situação de maior risco de isolamento e solidão.

4.2. Percepção de Violência

A. Níveis de Percepção de Violência

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

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,27 (DP = 0,30), com valores compreendidos entre 1 e 2, indicando **níveis globalmente baixos de percepção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,72; DP = 0,54), com valores mínimos de 1 e máximos de 2,8, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada foi de 1,39 (DP = 0,46), com um intervalo entre 1 e 2,75, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,34 (DP = 0,48), com valores que variam entre 1 e 3,25, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão, ainda que com maior variação face às dimensões anteriores.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,72 (DP = 1,16), com valores mínimos de 1,16 e máximos de 4. Considerando o ponto de corte estabelecido (> 8), o **valor médio situa-se abaixo do limiar indicativo de risco de violência**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justificam atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5. Percepção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,27	1,72	1,39	1,34	5,72
Erro Desvio	0,30	0,54	0,46	0,48	1,16
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,00	2,80	2,75	3,25	9,57

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 constitui uma oportunidade para identificar grupos mais vulneráveis e orientar estratégias de intervenção ajustadas às suas necessidades.

No entanto, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função de nenhuma das variáveis consideradas, nomeadamente do sexo** ($t(42) = -1,906$; $p = 0,063$), **idade** ($F(2, 41) = 0,971$; $p = 0,387$), **escolaridade** ($F(3, 40) = 1,988$; $p = 0,131$), **estado civil** ($F(3, 40) = 2,479$; $p = 0,075$), **rendimento mensal** ($F(5, 38) = 0,759$; $p = 0,585$), **estado de saúde percebido** ($t(42) = 1,860$; $p = 0,070$) ou **autonomia** ($t(42) = 1,595$; $p = 0,118$).

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

Relativamente ao sexo, as mulheres apresentaram níveis médios de perceção de violência superiores aos dos homens ($M = 5,93$; $DP = 1,24$ vs. $M = 5,23$; $DP = 0,75$). Embora esta diferença não tenha atingido significância estatística, foi a variável que mais se aproximou do limiar convencional de significância ($p = 0,063$), sugerindo uma possível tendência para uma maior perceção de vulnerabilidade entre as participantes do sexo feminino.

Quanto à idade, os participantes entre os 65 e os 74 anos apresentaram os valores médios mais elevados ($M = 5,95$; $DP = 1,46$), seguindo-se os participantes com 85 ou mais anos ($M = 5,59$; $DP = 0,60$) e os do grupo entre os 75 e os 84 anos ($M = 5,39$; $DP = 0,65$). As diferenças observadas são reduzidas e não evidenciam um padrão consistente de variação da perceção de violência em função da idade.

Relativamente à escolaridade, os participantes sem ensino básico apresentaram a média mais elevada de perceção de violência ($M = 6,22$; $DP = 1,35$), seguidos dos participantes com ensino superior ($M = 6,06$; $DP = 0,39$), ensino secundário ($M = 5,76$; $DP = 0,51$) e ensino básico ($M = 5,34$; $DP = 1,04$). Apesar destas diferenças descritivas, não foi possível confirmar um efeito estatisticamente significativo da escolaridade.

No que respeita ao estado civil, os participantes solteiros apresentaram a média mais elevada ($M = 7,13$; $DP = 0,25$), seguindo-se os viúvos ($M = 6,07$; $DP = 1,32$), os divorciados ($M = 5,40$; $DP = 0,89$) e os casados ou em união de facto ($M = 5,37$; $DP = 0,95$). Estes resultados devem, contudo, ser interpretados com particular prudência, uma vez que o grupo dos solteiros é constituído por apenas dois participantes.

Relativamente ao rendimento mensal, observaram-se diferenças pouco expressivas entre os diferentes escalões. Os valores médios oscilaram entre 5,17 ($DP = 0,96$), no grupo com rendimentos entre 871 e 1045 euros, e 6,14 ($DP = 0,02$), no grupo com rendimentos superiores a 1569 euros. Contudo, este último grupo inclui apenas dois participantes, limitando a robustez da comparação.

Quanto ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionavam como doentes apresentaram níveis médios de perceção de violência superiores ($M = 6,08$; $DP = 1,18$) aos dos participantes que se consideravam saudáveis ($M = 5,45$; $DP = 1,08$). Embora esta diferença não seja estatisticamente significativa, aproxima-se igualmente do limiar de significância ($p = 0,070$), sugerindo uma possível associação entre uma pior perceção do estado de saúde e uma maior perceção de vulnerabilidade.

Por último, relativamente à autonomia, os participantes com fraca autonomia apresentaram níveis médios de perceção de violência superiores ($M = 6,26$; $DP = 1,31$) aos dos participantes com autonomia elevada ($M = 5,58$; $DP = 1,09$). No entanto, esta diferença não atingiu significância estatística.

Em síntese, os **resultados sugerem que a perceção da violência tende a distribuir-se de forma relativamente homogénea entre os diferentes grupos sociodemográficos analisados**, não se identificando diferenças estatisticamente significativas. Ainda assim, a análise descritiva evidencia algumas tendências que merecem atenção, nomeadamente níveis médios superiores de perceção de violência entre mulheres, pessoas que se percecionam como doentes, com fraca autonomia, sem ensino básico e viúvos ou solteiros. Embora estas diferenças não permitam estabelecer conclusões robustas, poderão constituir indicadores de maior vulnerabilidade a explorar em estudos futuros com amostras de maior dimensão. Globalmente, **os resultados sugerem que a perceção da violência poderá depender mais de fatores relacionais, familiares e contextuais do que das características sociodemográficas consideradas isoladamente.**

4.3. 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

Para analisar as diferenças na percepção de solidão em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias (Centro de Dia, Universidade Sénior, Outros e Nenhuma), realizou-se uma ANOVA unifatorial considerando as dimensões de solidão emocional, solidão social e o índice global de solidão, avaliados pela UCLA.

Os **resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na solidão emocional** ($F(3,38) = 3,780$; $p = 0,018$), **solidão social** ($F(3,38) = 6,540$; $p = 0,001$) e **solidão total** ($F(3,38) = 6,203$; $p = 0,002$), sugerindo que a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias poderá estar associada a diferentes níveis de solidão.

A análise descritiva revela que, na dimensão da solidão emocional, os participantes da Universidade Sénior apresentaram a média mais elevada ($M = 2,40$), seguindo-se os participantes do Centro de Dia ($M = 2,15$; $DP = 0,59$), da categoria "Outros" ($M = 1,80$; $DP = 0,72$) e, por último, os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,51$; $DP = 0,55$).

Relativamente à solidão social, o Centro de Dia apresentou os valores médios mais elevados ($M = 2,24$; $DP = 0,63$), seguido da categoria "Outros" ($M = 2,02$; $DP = 0,38$). Os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias apresentaram uma média inferior ($M = 1,52$; $DP = 0,40$), enquanto a Universidade Sénior registou o valor mais reduzido ($M = 1,27$).

No índice global de solidão observaram-se igualmente diferenças entre os grupos. Os participantes do Centro de Dia apresentaram o valor médio mais elevado ($M = 35,41$; $DP = 9,44$), seguidos da categoria "Outros" ($M = 31,17$; $DP = 5,42$), da Universidade Sénior ($M = 26,00$) e dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 24,28$; $DP = 6,39$) (Ver Tabela 6).

Em síntese, os **resultados evidenciam diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias**. Descritivamente, os participantes do **Centro de Dia apresentaram níveis mais elevados de solidão social e de solidão global**, enquanto a Universidade Sénior registou a média mais elevada na solidão emocional e a mais baixa na solidão social. Contudo, a interpretação destes resultados deve ser efetuada com prudência, uma vez que a categoria Universidade Sénior inclui apenas um participante, limitando a robustez das comparações e a generalização dos resultados.

Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percebida entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

Dimensão	CD	US	O	N
Solidão Emocional	2,15 (0,59)	2,40 (—)	1,80 (0,72)	1,51 (0,55)
Solidão Social	2,24 (0,63)	1,27 (—)	2,02 (0,38)	1,52 (0,40)
Solidão Total	35,41 (9,44)	26,00 (—)	31,17 (5,42)	24,28 (6,39)

Nota. CD- Centro de Dia; US- Universidade Sénior; O- Outros; N- Nenhuma
Valores apresentados referem-se à Média (Desvio-Padrão)

B. Percepção de violência

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

Os **resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas na desconfiança/insegurança nas relações próximas** ($F(3,38) = 0,531$; $p = 0,664$) **nem na insegurança financeira** ($F(3,38) = 0,126$; $p = 0,944$). Em contrapartida, **observaram-se diferenças estatisticamente significativas no isolamento social** ($F(3,38) = 3,401$; $p = 0,027$), **na dependência funcional** ($F(3,38) = 4,192$; $p = 0,012$) e **no índice total de violência** ($F(3,38) = 3,491$; $p = 0,025$), sugerindo que a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias poderá estar associada a diferenças nestas dimensões.

Apesar da ausência de diferenças significativas na dimensão da desconfiança/insegurança nas relações próximas, a análise descritiva revela valores médios relativamente próximos entre os grupos, variando entre $M = 1,22$ ($DP = 0,25$) nos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias e $M = 1,40$ ($DP = 0,39$) na categoria "Outros".

Na dimensão do isolamento social, os participantes do Centro de Dia apresentaram o valor médio mais elevado ($M = 1,99$; $DP = 0,48$), seguidos da categoria "Outros" ($M = 1,87$; $DP = 0,73$), dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,47$; $DP = 0,44$) e da Universidade Sénior ($M = 1,40$).

Relativamente à dependência funcional, os participantes do Centro de Dia registaram igualmente o valor médio mais elevado ($M = 1,66$; $DP = 0,58$), seguindo-se a Universidade Sénior ($M = 1,25$), a categoria "Outros" ($M = 1,25$; $DP = 0,22$) e os participantes sem integração ($M = 1,18$; $DP = 0,24$).

No que respeita à insegurança financeira, os valores médios foram muito semelhantes entre os diferentes grupos, oscilando entre $M = 1,31$ ($DP = 0,29$) nos participantes sem integração e $M = 1,50$ na Universidade Sénior, não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente ao índice total de violência, o Centro de Dia apresentou o valor médio mais elevado ($M = 6,35$; $DP = 1,32$), seguido da categoria "Outros" ($M = 5,85$; $DP = 1,04$), da Universidade Sénior ($M = 5,40$) e dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 5,18$; $DP = 0,80$) (Ver Tabela 7).

Em síntese, os **resultados sugerem que a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias poderá estar associada a diferenças em algumas dimensões específicas da percepção de violência**, nomeadamente no isolamento social, na dependência funcional e no índice total de violência. Descritivamente, os participantes do Centro de Dia apresentaram os valores médios mais elevados nestas três dimensões, enquanto os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias registaram, em geral, os valores mais reduzidos. Acresce que a reduzida dimensão da categoria Universidade Sénior, constituída por um único participante, recomenda particular prudência na interpretação e generalização destes resultados.

Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percebida entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

Dimensão	CD	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,30 (0,33)	1,25 (—)	1,40 (0,39)	1,22 (0,25)
Isolamento Social	1,99 (0,48)	1,40 (—)	1,87 (0,73)	1,47 (0,44)
Dependência Funcional	1,66 (0,58)	1,25 (—)	1,25 (0,22)	1,18 (0,24)
Insegurança Financeira	1,40 (0,61)	1,50 (—)	1,33 (0,70)	1,31 (0,29)
Violência Total	6,35 (1,32)	5,40 (—)	5,85 (1,04)	5,18 (0,80)

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

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

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

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

As pessoas idosas integradas em atividades de apoio comunitárias apresentaram níveis médios mais elevados de solidão percebida ($M = 33,96$; $DP = 8,65$) e de percepção do risco de violência ($M = 6,18$; $DP = 1,24$), quando comparadas com aquelas que não realizam atividades de apoio, que evidenciaram níveis médios mais baixos de solidão ($M = 24,28$; $DP = 6,39$) e de risco de violência ($M = 5,18$; $DP = 0,80$).

Quanto à relação entre a percepção de solidão e a percepção do risco de vitimação por violência, os resultados evidenciam um padrão semelhante nos dois grupos. Entre as pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias observou-se uma correlação positiva, moderada a forte e estatisticamente significativa entre solidão e percepção do risco de violência ($r = 0,569$; $p = 0,004$), indicando que níveis mais elevados de solidão se associam a uma maior percepção de vulnerabilidade à violência. Do mesmo modo, entre as pessoas idosas não integradas em respostas sociais comunitárias verificou-se igualmente uma correlação positiva, moderada a forte e estatisticamente significativa ($r = 0,599$; $p = 0,009$), revelando uma associação de magnitude muito semelhante entre ambas as variáveis (ver Tabela 8).

Em síntese, os resultados indicam que, nesta amostra, as pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias apresentaram níveis médios mais elevados de solidão e de percepção do risco de vitimação por violência. Contudo, a associação entre estas duas variáveis revelou-se positiva, moderada a forte e estatisticamente significativa em ambos os grupos, apresentando magnitudes muito semelhantes. Estes **resultados sugerem que, independentemente da participação em respostas sociais comunitárias, níveis mais elevados de solidão tendem a associar-se a uma maior percepção do risco de vitimação por violência, reforçando a importância de considerar estas duas dimensões de forma articulada na avaliação e intervenção junto da população idosa.**

Tabela 8. Relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	33,96	8,65	0,569	0,004
	Violência	6,18	1,24		
Não Integrados em RS	Solidão	24,28	6,39	0,599	0,009
	Violência	5,18	0,80		

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 Almada, os resultados indicam que, globalmente, os **níveis médios de solidão** emocional, social e total **se situam abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante**, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão patológica. A análise em função de características sociodemográficas revelou que a idade, rendimento mensal e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas ao sexo, escolaridade, estado civil e à perceção de saúde: as mulheres apresentam níveis médios de solidão muito próximos do ponto de corte patológico, e as pessoas solteiras ou viúvas, bem como os participantes que se percecionam como doentes demonstram níveis de solidão patológica. Quanto à escolaridade, são os participantes sem ensino básico os que revelam maiores níveis de solidão, porém, atendendo ao reduzido número de participantes nos restantes grupos, este resultado deve ser interpretado com prudência. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas do **sexo feminino, solteiras ou viúvas, sem ensino básico e com pior perceção do estado de saúde**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar estes grupos como prioritários de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

Quanto à perceção de **violência**, **os níveis médios situam-se, globalmente, abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de isolamento social a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentam médias inferiores. Apesar disso, alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A perceção de violência não difere significativamente em função das variáveis demográficas analisadas - sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, estado de saúde e autonomia – porém, a análise descritiva permitiu identificar algumas tendências: as **pessoas idosas do sexo feminino, que se percecionam como doentes, com fraca autonomia, sem ensino básico e viúvos ou solteiros** são as que reportam níveis mais elevados de perceção de violência. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados permitem identificar estes **grupos como sendo os mais vulneráveis**, destacando a necessidade de estratégias de prevenção e monitorização direcionadas a estas situações de maior risco.

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias**, os resultados demonstraram que entre pessoas idosas não institucionalizadas, os níveis de solidão variam em função da tipologia de participação em respostas sociais: os participantes integrados em Centro de Dia apresentaram os níveis mais elevados de solidão social e de solidão total, enquanto o participante da Universidade Sénior registou a média mais elevada na solidão emocional e a mais baixa na solidão social, no entanto, dado a categoria Universidade Sénior incluir apenas um participante, este resultado deve ser interpretado com prudência. Na perceção de violência surgem diferenças em dimensões específicas: o isolamento social, a dependência funcional e o índice

total de violência são mais elevados nos participantes do Centro de Dia enquanto os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias reportaram os níveis mais reduzidos. Estes resultados destacam uma vez mais a necessidade de estratégias de prevenção e monitorização direcionadas a estas situações de maior risco e o desenvolvimento de programas comunitários estruturados para promoção do bem-estar na população idosa.

Relativamente à **relação entre solidão e perceção de violência em pessoas idosas não institucionalizados**, o padrão desta relação é similar entre os que estão integrados e não integrados em respostas comunitárias sociais: a correlação é positiva moderada e estatisticamente significativa, indicando que em qualquer dos casos maiores níveis de solidão se associam a maiores níveis de perceção de violência. Não obstante, os níveis mais elevados de solidão e perceção de violência registam-se no grupo dos participantes integrados em respostas comunitárias sociais, sugerindo que **a integração comunitária parece não atenuar a solidão e a consciência do risco**, evidenciando e reforçando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do município de Almada. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos vulneráveis, com destaque para as mulheres, pessoas solteiras ou viúvas, indivíduos sem o ensino básico e participantes que se percebem como doentes, 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 exige uma abordagem compreensiva, ecológica e sistémica. Esta intervenção deve envolver não apenas os próprios indivíduos, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais. A necessidade de atuação em rede é reforçada pela fragilidade e pelo elevado isolamento no domicílio dos participantes, dos quais 28,6% vivem sozinhos e a maioria (97,6%) não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), sendo que o único apoio formal registado refere-se ao fornecimento de refeições (2,4%).

Estes indicadores demonstram que residir na comunidade, predominantemente em meio urbano (95,2%) e em apartamento (52,4%), não anula o risco. A solidão associa-se significativamente à percepção de violência, com maior incidência nos frequentadores de Centro de Dia, constituindo, juntamente com a baixa escolaridade e a pior percepção de saúde, os maiores fatores de risco em Almada. Recomenda-se assim a implementação de estratégias municipais focadas na reestruturação e ampliação do apoio domiciliário, na adaptação das respostas sociais de proximidade e na promoção da segurança relacional.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de intervenção e acompanhamento psicossocial delineadas especificamente para os subgrupos com maior vulnerabilidade, designadamente pessoas idosas do sexo feminino, solteiras ou viúvas, sem o ensino básico e com pior percepção do seu estado de saúde (que apresentam níveis de solidão no limiar ou em valores patológicos). Para as pessoas idosas que avaliam negativamente a sua saúde ou apresentam menor escolaridade, indica-se a criação de programas de apoio psicossocial, literacia em saúde e acompanhamento de saúde mental integrados nos cuidados de saúde primários.

Relativamente à percepção de violência, sugere-se a capacitação para a segurança relacional, literacia sobre direitos e prevenção do isolamento social (dimensão que apresentou maior expressão na percepção de violência), com especial atenção às pessoas idosas que se percebem como doentes, mais dependentes, viúvas/solteiras e sem o ensino básico. O objetivo passa pela sua capacitação com ferramentas acessíveis e canais céleres de sinalização de coação, negligência ou abuso, reforçando a sua autodeterminação e o acesso informado à rede municipal de proteção.

De forma integrada, a associação positiva e significativa entre a solidão e a percepção do risco de violência, registada quer nas pessoas idosas integradas quer nas não integradas em respostas comunitárias (e de forma mais intensa no grupo integrado), demonstra que a solidão é um marcador crítico de vulnerabilidade e de percepção de insegurança interpessoal. Justifica-se, assim, a implementação de estratégias que articulem o combate à solidão com ações diretas de promoção da segurança e proteção no domicílio e nos equipamentos sociais, garantindo que a participação comunitária seja acompanhada por um ambiente relacional seguro.

Recomendações dirigidas às famílias

No âmbito da solidão, considera-se fundamental sensibilizar os agregados familiares para a prestação de um apoio afetivo constante. Uma vez que 35,7% dos participantes vivem com parceiro/a e 35,7% coabitam com filhos e/ou outros familiares, reforça-se que só a partilha do espaço habitacional não garante proteção contra a solidão subjetiva ou emocional. Paralelamente, sugere-se a criação de rotinas de proximidade e dinâmicas intergeracionais junto dos 28,6% de pessoas idosas que vivem totalmente sozinhas no concelho, de forma a prevenir o isolamento prolongado e o sentimento de abandono.

Quanto à perceção de violência, tendo em conta que 97,6% dos participantes não usufruem de SAD, recomenda-se o reforço de programas locais e municipais de descanso do cuidador e de mediação familiar, de modo a prevenir a exaustão das famílias cuidadoras. Adicionalmente, devem promover-se ações de informação e sensibilização sobre a preservação da autodeterminação, gestão de bens e salvaguarda dos direitos da pessoa idosa, prevenindo potenciais situações de conflito, negligência ou abuso.

Relativamente à articulação entre solidão e violência, recomenda-se a implementação de planos de suporte familiar em rede com as equipas locais de ação social e de saúde. É essencial capacitar as famílias para reconhecerem a solidão e o isolamento social como alertas precursores de vulnerabilidade e insegurança, estimulando uma comunicação intrafamiliar aberta que garanta um ambiente doméstico protetor.

Recomendações dirigidas à comunidade

No domínio da solidão, recomenda-se qualificar e diversificar as respostas comunitárias em Almada. Embora 57,1% dos participantes frequentem atividades comunitárias, a integração em Centro de Dia (40,5%) associou-se aos níveis mais elevados de solidão social e total, evidenciando que esta resposta não tem atenuado o isolamento. Torna-se fundamental capacitar os Centros de Dia e criar alternativas inclusivas para os 42,9% não integrados, incorporando escuta ativa, apoio psicológico, estimulação cognitiva/social e grupos de entreajuda.

Relativamente à violência, propõe-se a criação de redes comunitárias de vigilância solidária e de proximidade adaptadas ao contexto habitacional predominantemente urbano de Almada (onde 52,4% residem em apartamentos e 47,6% em vivendas isoladas ou com vizinhos). Esta abordagem visa capacitar os agentes locais, vizinhos, comissões de condomínio, comércio de proximidade, farmácias, Juntas de Freguesia e forças de segurança (PSP/GNR), para a deteção precoce de situações de isolamento, perda súbita de autonomia ou indícios de vulnerabilidade interpessoal.

Recomenda-se que o Município de Almada crie um Plano Municipal de Combate ao Isolamento e Prevenção do Risco na Pessoa Idosa. Este plano deve articular a rede social, a saúde, as IPSS e as forças de segurança, transformando as respostas sociais e o espaço urbano em polos de inclusão e vigilância ativa.

Recomendações dirigidas aos profissionais

Ao nível da solidão, recomenda-se a formação contínua das equipas de saúde e de ação social. Os profissionais devem ser dotados de competências para diagnosticar precocemente a solidão subjetiva (especialmente em mulheres, pessoas idosas solteiras ou viúvas, com fraca escolaridade e com pior perceção de saúde) e formalizar o seu encaminhamento para respostas comunitárias, culturais, desportivas ou de voluntariado adequadas ao seu perfil psicossocial.

Relativamente à violência, propõe-se a capacitação dos profissionais para a aplicação de ferramentas céleres de triagem e avaliação do risco de abuso, violência e negligência (com foco na dimensão do isolamento social). Face à quase ausência de apoio formal no domicílio (97,6% sem SAD) e à elevada percentagem de não resposta ao rendimento mensal (25,0% de omissões), as equipas multidisciplinares devem adotar protocolos proativos

para sinalizar e intervir em casos de fragilidade socioeconómica, dependência física e isolamento relacional não detetados na amostra deste estudo.

Na articulação entre ambos, recomenda-se a adopção da Gestão de Caso para gerir o isolamento e a vulnerabilidade comunitária, priorizando casos sem resposta habitacional ou em institucionalização recente. O trabalho em rede (Autarquia, ULS, IPSS e forças de segurança) deve operacionalizar planos individuais que protejam as pessoas idosas contra a vitimação, insegurança e exclusão social.

A Tabela 9 sintetiza as recomendações, destacando fragilidades identificadas e objetivos de intervenção.

Tabela 9. Principais recomendações para o concelho de Almada

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Vulnerabilidade acrescida em mulheres, solteiros/viúvos, sem ensino básico e pior saúde. 28,6% vivem sós.	Reduzir a solidão nos subgrupos de maior vulnerabilidade e promover a saúde mental e o acompanhamento psicossocial.	Implementar acompanhamento psicossocial, literacia em saúde e cuidados de saúde mental integrados nos cuidados de saúde primários para pessoas idosas com pior perceção de saúde e menor escolaridade; criar programas de acompanhamento e suporte relacional direcionados a mulheres e pessoas solteiras ou viúvas.
	Violência	Níveis médios globais baixos; maior perceção de risco associada a pior saúde, dependência, viuvez/solteirice.	Promover a literacia sobre direitos, a autodeterminação, a segurança relacional e a prevenção do isolamento social.	Realizar ações de capacitação para a segurança relacional e literacia em direitos adaptadas às pessoas idosas mais dependentes e vulneráveis; dotá-las de ferramentas acessíveis e canais expeditos de sinalização de coação, negligência ou abuso junto da rede municipal de proteção.
	Solidão e Violência	Associação positiva e significativa entre solidão e perceção de risco de violência (mais intensa no grupo integrado em respostas sociais).	Promover a inclusão comunitária segura e articular o combate à solidão com a segurança e proteção no domicílio e equipamentos.	Implementar estratégias integradas que articulem o combate à solidão com ações diretas de promoção da segurança no domicílio e equipamentos sociais; assegurar acompanhamento individualizado e reforço da resiliência relacional
Famílias	Solidão	28,6% vivem totalmente sós e 71,4% coabitam (35,7% parceiro/a; 35,7% filhos/outros), demonstrando que a partilha habitacional não garante proteção contra a solidão subjetiva.	Sensibilizar as famílias para a prestação de apoio afetivo constante e reforçar a proximidade com pessoas idosas sós.	Sensibilizar os agregados familiares para a relevância do apoio afetivo ativo e interação regular (distinguindo a coabitação do suporte relacional significativo); criar rotinas de proximidade e dinâmicas intergeracionais junto de pessoas idosas a viver sós.
	Violência	Quase ausência de apoio formal no domicílio (97,6% sem SAD), aumentando o risco de sobrecarga familiar.	Prevenir a exaustão do cuidador informal e salvaguardar a autodeterminação, gestão de bens e direitos da pessoa idosa.	Reforçar programas municipais e locais de descanso do cuidador e mediação familiar; promover a capacitação para a segurança relacional e literacia de direitos; promover ações de informação sobre preservação da autodeterminação, gestão de bens e prevenção de conflitos, negligência ou abuso.
	Solidão e Violência	Manifestação de solidão e insegurança no domicílio e escassez de apoio técnico domiciliário.	Capacitar as famílias para identificar a solidão e o isolamento social como alertas precursores de vulnerabilidade e insegurança.	Implementar planos de suporte familiar em rede com equipas de ação social e saúde; promover a comunicação intrafamiliar aberta e o acompanhamento conjunto para criar um ambiente doméstico protetor.
Comunidade	Solidão	57,1% frequentam atividades comunitárias, contudo a integração em Centro de Dia (40,5%) associou-se aos níveis mais elevados de solidão;	Qualificar as respostas de Centro de Dia e diversificar a oferta comunitária inclusiva para não integrados.	Desenvolver iniciativas comunitárias acessíveis e inclusivas para os 42,9% de pessoas idosas não integrados; qualificar e diversificar as respostas existentes (Centros de Dia e de convívio), incorporando espaços de escuta ativa, apoio psicológico e grupos de entreajuda.

		42,9% não estão integrados em respostas comunitárias.		
	Violência	Predomínio do meio urbano (95,2%) e habitação em apartamentos (52,4%), favorecendo a invisibilidade do isolamento.	Mobilizar redes de proximidade e vizinhança para a deteção precoce de isolamento, perda de autonomia e vulnerabilidade	Criar redes comunitárias de vigilância solidária adaptadas ao contexto urbano e habitacional de Almada, capacitando vizinhos, condomínios, comércio local, farmácias, Juntas de Freguesia e PSP/GNR para a sinalização de risco.
	Solidão e Violência	Solidão enquanto marcador crítico de vulnerabilidade à insegurança, exigindo resposta municipal integrada.	Implementar uma estratégia municipal integrada para a proteção, segurança e inclusão da pessoa idosa.	Promover programas comunitários integrados; reforçar articulação interinstitucional; fomentar cooperação entre serviços sociais, de saúde e segurança
Profissionais	Solidão	Dificuldade em detetar solidão subjetiva na comunidade, sobretudo em mulheres, pessoas idosas, com baixa escolaridade e pior saúde	Reforçar as competências diagnósticas, de avaliação e de encaminhamento precoce das equipas técnicas.	Promover formação contínua e intersectorial das equipas de saúde e ação social para o diagnóstico da solidão subjetiva e aplicação de instrumentos validados (escalas); formalizar encaminhamentos para respostas comunitárias adequadas ao perfil.
	Violência	Quase ausência de apoio formal no domicílio (97,6% sem SAD) e elevada omissão nos rendimentos (25,0%), dificultando a deteção proativa de abusos, negligência e vulnerabilidade financeira.	Aumentar a eficácia da resposta profissional através de ferramentas céleres de triagem de risco e protocolos proativos.	Capacitar profissionais para a triagem célere do risco de abuso/negligência e definir protocolos interinstitucionais proativos de sinalização e intervenção socioeconómica e relacional.
	Solidão e Violência	Confluência de solidão, isolamento domiciliário e baixa escolaridade na potenciação do risco de vitimação.	Consolidar modelos de Gestão de Caso e promover a atuação intersectorial contínua em rede.	Adotar a Gestão de Caso em situações complexas de isolamento e vulnerabilidade; operacionalizar reuniões de trabalho em rede (Autarquia, ULS, IPSS e Forças de Segurança) para acompanhamento de casos críticos.

Fonte. Elaboração própria (2026)

Referências

- Agostinho, I., Grácio, L., & Carapeto, M. J. (2024). Solidão e bem-estar em adultos portugueses: Uma revisão de literatura. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 6, 486-494. <https://doi.org/10.61415/riage.325>
- Anes, E., Brás, M., Antão, C., & Anastácio, Z. (2019). Violência e maus-tratos em idosos portugueses: 2000-2017. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, INFAD 1(4), 363-368. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1610>
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2024). Estatísticas APAV: Relatório de atividades 2023. https://apav.pt/pub/Relatorio_Atividades_2023.pdf
- Araújo-Monteiro, G., Silva, J. C., & Costa, M. L. (2024). Preditores de violência contra a pessoa idosa em contexto comunitário: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 27, e240012.
- Chagas, A., da Cunha, M., Bezerra, K., Santos, J., Marcolino, E., & Rodrigues, R. (2024). Social representation of physical and psychological violence and abandonment from the perspective of elderly people. *Cogitare Enfermagem*, 29, 1-11. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95293>
- Cichowsky, S. G. R., José, J. S., & Mauritti, R. (2016). Percepções de violência contra idosos em contextos institucionais: O caso português. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (81), 115–134. <https://doi.org/10.7458/SPP2016816223>
- Cornelis, M.C., Wang, Y., Holland, T., Agarwal, P., Weintraub, S., & Morris, M.C. (2019). Age and cognitive decline in the UK Biobank. *PLoS ONE*, 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213948>
- Crewdson, J. (2016). The effect of loneliness in the elderly population: A review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.4137/HACCE.S35890>
- Damas, C. Pereira, D., & Castro, F. (2023). Impacto da solidão nas pessoas idosas uma reflexão sobre a importância da intervenção dos assistentes sociais com pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2479>
- Feitosa, F. (2013). Habilidades sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1), 38-50.
- Ferreira, P. (2020). Envelhecimento populacional e mercado de trabalho: Que lugar para os trabalhadores mais velhos? *Revista Científica de Intervenção Social, Política e Desenvolvimento Comportamental - JSPIBD*, (1), 91-118, Ed. Temática Socius – Perspectivas de Intervenção para a Mudança no Séc. XXI.
- Gil, A. P. (2015). Violência contra as pessoas idosas em contexto institucional: Um estudo exploratório em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 154–162. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.03.003>
- Instituto Nacional de Estatística (2020). Projeções de população residente 2018-2080. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Censos 2021 – divulgação dos resultados definitivos. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.
- Lima, F. (2019). Avaliação de risco de violência intrafamiliar contra o idoso: a relação com o défice do autocuidado e a funcionalidade da família (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/41765>
- Lima, F., Lopes, M., & Lima, T. (2018). Desenvolvimento e validação da escala de avaliação do risco de violência para idosos (EARVI). *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(1), 1241. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(1\).1241](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(1).1241)
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics 27* (8 Ed). Bertrand.
- Nazareth, J. (2007). *Demografia, a ciência da população* (2ª ed.). Ed. Presença.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Geneva.
- Parreira, V. (2022). *A solidão nos idosos: O efeito preditivo dos afetos negativos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Piaget. <http://hdl.handle.net/10400.26/41523>
- Pocinho, M., Farate, C., & Amaral Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações*, 18, 65-77.

- Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49 (1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011>
- Quakinin, S., & Barreira, D. (2015). Solidão e saúde mental. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28(1), 130-132.
- Sukyung, Y., & Mahapatra, N. (2024). Domestic violence, mental health, and resilience among older adults in the U.S. during COVID-19. *Journal of Aging & Health*, 36(3/4), 194-206. <https://doi.org/10.1177/08982643231181753>
- Torres et al. (2022). Aspectos biológicos e tecnológicos do processo de envelhecimento humano. Editora CRV.
- Valente Rosa, M. (2012). O envelhecimento da sociedade portuguesa. Ed. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Veríssimo, J., Verhaeghen, P., Goldman, N., Weinstein, M. & Ullman, M. (2022). Evidence that ageing yields improvements as well as declines across attention and executive functions. *Nat Hum Behav*, 6, 97-110. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01169-7>
- Xia, C., Xu, J., & Wang, Y. (2023). Getting good sleep with family support: The role of fear of crime and loneliness. *Behavioral Science*, 13, 909. <https://doi.org/10.3390/bs13110909>
- Yilmaz, M., Durmaz, A., & Arikan, I. (2022). Elderly abuse, affecting factors and evaluation of life satisfaction: A cross-sectional study. *Psychogeriatrics*, 22(5), 612-620. <https://doi.org/10.1111/psyg.12862>

Bibliografia Complementar

- Abu Bashar, M.D., Begam, N., & Gnansekaran, S. (2025). Elderly loneliness: A growing public health challenge. In Z. Ahmed (Ed.) *Loneliness - The ultimate suffering in modern society*. IntechOpen. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1011160>
- Akhter-Khan, S. C., Prina, M., Wong, G. H.-Y., Mayston, R., & Li, L. (2022). Understanding and addressing older adults' loneliness: The social relationship expectations framework. *Perspectives on Psychological Science*, 18(4), 762-777. <https://doi.org/10.1177/17456916221127218>
- Anes, A., Gouveia, A. R., & Reis, M. (2019). Violência contra idosos: Um olhar sobre a realidade em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 123–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Araújo-Monteiro, G., Souto, R., de Sousa, R., dos Santos-Rodrigues, R., Carvalho, I., Gomes, A., & Brandão, B. (2024). Predictors of physical and psychological violence among community-dwelling elderly people. *Enfermagem Atual in Derme*, 98(3), 1-14.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2023). Estatísticas APAV: Relatório anual 2022. APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2024). Estatísticas APAV: Relatório anual 2023. APAV.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123–135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Bruehl, A. B., Dimachk, M., & Crandall, M. (2019). Elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35(1), 103–113. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.009>
- Burnes, D., Pillemer, K., & Lachs, M. S. (2019). Elder abuse prevention: A systematic review of interventions. *The Gerontologist*, 59(1), 15–25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx166>
- Carvalho, M., & Rodrigues, M. (2013). Pobreza e violência sobre os idosos. In M. Carvalho (Coord.), *Serviço social no envelhecimento* (pp. 137–148). Pactor.
- Centro de Estudos Judiciários (2026). Violência contra as crianças e idosos no contexto mais amplo da violência doméstica. Coleção Formação Contínua. <https://cej.justica.gov.pt/Noticias/Novo-e-book-Violência-contra-as-crianças-e-idosos-no-contexto-mais-amplo-da-Violência-Doméstica>
- Chagas, S., Santos, T., & Rocha, A. (2024). Representações sociais e subjetividades da violência contra idosos: O impacto do abandono. *Análise Psicológica*, 42(1), 45–59.
- Conradi, S., & Cramer, H. (2025). The silent epidemic: Loneliness as a global public health challenge. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*. 31, 9. <https://doi.org/10.1089/jicm.2025.0426>
- Conselho de Ministros (2024). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024: Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026*. Diário da República. Russell et al. (1978)
- Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Review and commentary of a national academies report. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1233–1244. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005>
- European Commission (2021, 27 de janeiro). Green Paper on Ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations. Publications Office of the European Union.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2020). *Envelhecimento em Portugal: Desafios e oportunidades*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gill JK. (2022). Barriers to Help Seeking among Victims of Elder Abuse: A Scoping Review and Implications for Public Health Policy in Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 41(3), 460–475. <https://doi.org/10.1017/S0714980821000295>
- Gonçalves, G. (2022). *Solidão na pessoa idosa: Perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional* [Master dissertation, Escola Superior de Educação]. Repositório do Instituto Politécnico de Coimbra <http://hdl.handle.net/10400.26/42538>
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

- Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, J. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568>
- Ibáñez-del Valle, V., Corchón, S., Zaharia, G., & Cauli, O. (2022). Social and emotional loneliness in older community dwelling-Individuals: The role of socio-demographics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16622. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416622>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2024). Envelhecimento e saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104728. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728>
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (art. 8.º). Diário da República n.º 152/2019, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-125381607>
- Martins, A., Silva, P., & Ferreira, R. (2023). Níveis de solidão na população idosa em Portugal: Um estudo nacional. *Revista Portuguesa de Gerontologia*, 15(2), 45–60.
- Monteiro, I., Almeida, R., & Portugal, P. (2024). Health (dis)equalities and social isolation and loneliness in the older people: A qualitative study. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 5. <https://doi.org/10.61415/riage.237>
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *World report on ageing and health*. Genebra. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2022). Tackling abuse of older people: Five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356024>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global reach, dynamic causes, and active responses. *The Lancet*, 387(10020), 796–805. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00468-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00468-2)
- Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um construto complexo. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 32, 53-66. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/399>
- Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC Geriatrics*, 25, 244 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4>
- Redondo, A., Gil, A. P., & Ferreira, J. (2016). Dinâmicas organizacionais e violência institucional: O quotidiano das ERPI. *Fórum Sociológico*, (28), 35–44.
- Rosen, T., Makaroun, L. K., Conwell, Y., & Betz, M. (2019). Violence in older adults: Scope, impact, challenges, strategies for prevention. *Health Affairs*, 38(10), 1630–1637. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00577>
- Rudatis, C. (2020). *Violence against older women in Italy: Understanding the scope and possible interventions* [Tese de Doutoramento, Università di Genova].
- Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., Canbary, Z., Heidarian, P., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Humanities & Social Sciences Communications*, 12(1), 985. <https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referencia*, 12(2), 9-16.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. SNS, Lisboa.
- Serviço Nacional de Saúde 24 (2023). *Relatório sobre solidão e saúde da população idosa*. SNS.
- Silva, K. C. V., Vieira, S. de A., Souza, A. C. de, Silva, M. de L., & Bezerra, Y. C. P. (2025). O impacto da solidão e o isolamento social na saúde mental dos idosos. *Revista Contemporânea*, 5(7), e8659. <https://doi.org/10.56083/RCV5N7-098>
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101339. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024. Data Portal.

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

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

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

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

Anexo

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

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

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

Fonte. Elaboração própria (2025)