

RiViS65+

Solidão e Risco de Violência na População Idosa do Concelho de Lourinhã

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 Poiares

outubro 2026

UNIVERSIDADE LUSÓFONA

LUSO GLOBE LUSÓFONA CENTRE ON GLOBAL CHALLENGES

SEED FUNDING

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 **23**

Referências **26**

Anexo 31

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. 19
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 Lourinhã 24

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 Lourinhã. 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 socioeconómicas 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 percecionam 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 perceção 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 perceção da solidão nas pessoas idosas e analisar a influência das características sociodemográficas.

OE1.1 – Avaliar os níveis de perceção de solidão (emocional e social) numa amostra de pessoas idosas.
OE1.2 – Analisar as diferenças na perceção 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 perceção do risco de violência nas pessoas idosas e analisar a influência das características sociodemográficas.

OE2.1 – Avaliar as dimensões da perceção do risco de violência (desconfiança/insegurança, isolamento social, dependência funcional e insegurança financeira) numa amostra de pessoas idosas.
OE2.2 – Analisar as diferenças na perceção 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 perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.

OE3.1 – Comparar 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.

OG4 – Analisar a relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.

OE4.1 – Explorar a 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.

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 perceções de solidão e de risco de violência na população idosa do concelho de Lourinhã. 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) perceções de solidão; e (iv) perceções de exposição ao risco de violência.

A utilização de instrumentos validados permitiu uma avaliação direta, rigorosa e fiável das experiências e perceções 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 Lourinhã, 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 38 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho da Lourinhã. Verifica-se um predomínio do sexo feminino (n = 31; 81,6%), em comparação com o sexo masculino (n = 7; 18,4%). As idades dos participantes variam entre os 65 e os 96 anos, apresentando uma média de 75,08 anos (DP =6,88), o que indica uma **população maioritariamente envelhecida**.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva (n = 20; 52,6%), seguindo-se os casados ou em união de facto (n = 15; 39,5%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico (n = 26; 68,4%), refletindo **baixos níveis de escolarização**, característicos de contextos rurais e de gerações mais envelhecidas.

Quanto à área de residência, quase todos os participantes vivem em **zona rural** (n = 34; 91,9%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** (n = 37; 97,4%), enquanto somente um participante se encontra institucionalizado em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) (n = 1; 8,1%).

Relativamente ao **rendimento mensal**, uma proporção significativa dos participantes optou por não responder à questão (n = 26; 68,4%). Entre os participantes que forneceram esta informação, 13,2% (n = 5) auferiam menos de 500 euros mensais e 13,2% (n = 5) apresentavam rendimentos compreendidos entre 501 e 870 euros. Apenas um participante (2,6%) referiu um rendimento entre 1046 e 1568 euros, e outro (2,6%) declarou auferir mais de 1569 euros. Assim, entre os participantes com informação disponível, observa-se uma **concentração dos rendimentos nos escalões mais baixos**, embora a elevada proporção de não respostas recomende cautela na caracterização da situação económica da amostra.

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 1,66 (DP = 0,481), indicando uma **perceção globalmente favorável do seu estado de saúde**, tendencialmente próxima da categoria "saudável". Quanto à autonomia, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,71 (DP = 0,460), sugerindo uma **perceção globalmente elevada de autonomia funcional.**

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

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	**Categoria**	**n**	**%**
Sexo	Masculino	7	18,4
	Feminino	31	81,6
Idade (anos)	Intervalo	65-96	—
	Média (DP)	75,08 (6,875)	—
Idade (por grupo)	65-74	20	52,6
	75-84	15	39,5
	85-100	3	7,9
Estado Civil	Solteiro/a	1	2,6
	Casado(a)/União de Facto	15	39,5
	Divorciado/a	2	5,3
	Viúvo/a	20	52,6
Escolaridade	Sem Ensino Básico	9	23,7

	Com Ensino Básico	26	68.4
	Com Ensino Secundário	2	5,3
	Com Ensino Superior	1	2,6
Zona de Residência	Rural	34	91,9
	Urbano	3	8,1
	Omisso	1	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	37	97,4
	ERPI	1	2,6
Rendimento Mensal	- 500 euros	5	13,2
	de 501 a 870 euros	5	13,2
	de 871 a 1045 euros	—	—
	de 1046 a 1568 euros	1	2,6
	+ de 1569 euros	1	2,6
	Prefiro não responder	26	68,4
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,66 (0,481)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,71 (0,460)	—

Nota. n- frequência; % percentagem
Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 37; 97,4%). Desses, 43,2% vivem com parceiro(a) (n = 16), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 23; 62,2%). Nenhum participante se encontra em situação de ausência de resposta habitacional, evidenciando cobertura habitacional total na amostra.

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário** (SAD) (n = 36; 97,3%). O único participante (n = 1; 2,7%) que beneficia deste serviço, usufrui das respostas de fornecimento de refeições, serviços de limpeza e de roupa.

Quanto à **integração em respostas sociais de proximidade**, 91,9% participam em atividades, nomeadamente centros de convívio, ou participam noutras atividades de âmbito comunitário. Relativamente à periodicidade destas atividades, verifica-se uma distribuição equilibrada entre a participação uma a duas vezes por semana (n = 17; 45,9%) e três a cinco vezes por semana (n = 17; 45,9%).

Uma **percentagem muito reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas** (ERPI) (n = 1; 2,6%) Este, 100% (n = 1) participa em outra(s) atividades, seis a sete vezes por semana

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

Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	**Categoria**	**Sub-Categoria**	**n**	**%**
Casa Própria-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	12	32,4
		Com parceiro/a	16	43,2
		Com Filho/a	6	16,2
		Com Outro(s)	3	8,1
		Omisso	1	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	1	2,7
		Vivenda isolada	13	35,1
		Vivenda com vizinhos	23	62,2
		Omisso	1	—
	SAD	Não	36	97,3
		Sim	1	2,7

		Omisso	1	—
	SAD- Tipo	Nenhuma	36	97,3
		Refeições, Limpeza e Roupa	1	2,7
		Omisso	1	—
	Integração em entidades/atividades	Outra(s)	32	86,5
		Nenhuma	3	8,1
		Centro de Convívio e Outro(s)	2	5,4
		Omisso	1	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	17	45,9
		3 a 5 vezes por semana	17	45,9
		Nenhuma	3	8,1
		Omisso	1	—
ERPI	Integração em atividades	Outras	1	100
		Omisso	37	—
	Frequência de atividades	6 a 7 vezes por semana	1	100
		Omisso	37	—
Sem Resposta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem
Fonte. Elaboração própria (2026)

Embora a amostra inclua apenas um participante residente em **Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 1; 2,6%), a maioria reside na comunidade (n = 37; 97,4%). Esta distribuição fortemente desigual **impossibilita a realização de análises comparativas estatisticamente robustas entre os dois grupos**, uma vez que a reduzida dimensão do grupo institucionalizado não permite obter estimativas estáveis nem sustentar inferências válidas. Assim, os dados relativos ao participante residente em ERPI foram considerados exclusivamente na **análise descritiva**, não tendo sido realizadas comparações inferenciais entre os diferentes contextos residenciais. Consequentemente, eventuais diferenças observadas devem ser interpretadas com particular prudência, não sendo possível generalizá-las à população idosa residente em ERPI.

4. Resultados

4.1. Perceção de Solidão

A. Níveis de perceção de solidão

A Tabela 4 apresenta os resultados relativos à perceção 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 perceção 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 1,80 (DP = 0,73), com valores compreendidos entre 1,00 e 3,20, 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 foi de 1,68 (DP = 0,59), com um intervalo entre 1,00 e 3,27, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresentou uma média de 27,53 (DP = 9,70), com valores mínimos de 16,00 e máximos de 52,00 Considerando o ponto de corte estabelecido (M > 32), o valor médio observado situa-se **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total superiores ao ponto de corte (Ver Tabela 4).

Tabela 4**.** Perceção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,80	1,68	27,53
Erro Desvio	0,73	0,59	9,70
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	3,20	3,27	52,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Diferenças na perceção 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 perceção de solidão em função do nenhuma das variáveis consideradas, nomeadamente do sexo (t(36) = - 1,570; p = 0,125), idade (F(2, 35) = 0,582; p = 0,564), escolaridade (F(3, 34) = 1,358; p = 0,272), estado civil (F(3, 34) = 0,450; p = 0,719), rendimento mensal (F(4, 33) = 0,921; p = 0,464), estado de saúde percebido (t(36) = 1,360; p = 0,182) ou autonomia (t(36) = 0,409; p = 0,685).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva das médias permite identificar algumas variações entre os grupos, que devem, contudo, ser interpretadas com prudência, sobretudo nos casos em que as categorias apresentam uma reduzida dimensão amostral.

Relativamente ao sexo, os homens apresentaram níveis médios de solidão ligeiramente superiores aos das mulheres (M = 28,69; DP = 9,93 vs. M = 22,43; DP = 7,04). Já no que respeita à idade, os participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos apresentaram a média mais baixa de solidão (M = 25,90; DP =

9,08), enquanto os participantes com 75-84 anos apresentaram uma média de 29,27 (DP = 11,00) e os participantes com 85-103 anos uma média de 29,67 (DP = 7,37). Assim, observa-se uma ligeira tendência para médias superiores de solidão nos grupos etários mais velhos, embora as diferenças entre os grupos não sejam estatisticamente significativas.

Quanto à escolaridade, os participantes sem ensino básico apresentaram uma média de solidão de 29,11 (DP = 7,51), enquanto entre os participantes com ensino básico a média foi de 28,19 (DP = 10,31). Os participantes com ensino secundário apresentaram uma média de 16,00, correspondendo a apenas dois participantes (n = 2), e o grupo com ensino superior integrou apenas um participante (n = 1), com uma média de 19,00. Face à reduzida dimensão destes últimos grupos, estes valores devem ser interpretados com particular cautela e não permitem estabelecer conclusões sobre diferenças associadas ao nível de escolaridade.

Relativamente ao estado civil, os participantes viúvos apresentaram a média de solidão mais elevada (M = 28,70; DP = 9,37), seguidos dos participantes casados ou em união de facto (M = 26,87; DP = 10,94). Os participantes solteiros/as apresentaram uma média de 28,00, mas este grupo foi constituído por apenas um participante (n = 1). Entre os participantes divorciados/as, a média foi de 20,50 (DP = 2,12), correspondendo a apenas dois participantes (n = 2). Assim, as diferenças descritivas observadas devem ser interpretadas com prudência, dada a reduzida dimensão de alguns dos grupos.

No que respeita ao rendimento mensal, verificou-se alguma variabilidade entre as categorias consideradas. Os participantes com rendimentos inferiores ou iguais a 500 euros apresentaram uma média de solidão de 22,80 (DP = 9,42), enquanto entre os participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros a média foi de 31,40 (DP = 13,22). No grupo com rendimentos entre 1046 e 1568 euros, constituído por apenas um participante (n = 1), a média foi de 37,00, enquanto no grupo com rendimentos superiores a 1569 euros, igualmente constituído por um participante (n = 1), a média foi de 19,00. A maioria dos participantes optou por não responder a esta questão (n = 26), apresentando este grupo uma média de 27,65 (DP = 9,12). Apesar destas variações descritivas, a diferença global entre os grupos não foi estatisticamente significativa ($F(4, 33) = 0,921$; $p = 0,464$), sendo particularmente importante considerar a reduzida dimensão de algumas categorias.

Relativamente ao estado de saúde percebido, os participantes que se classificaram como doentes apresentaram uma média de solidão de 30,46 (n = 13), enquanto os que se consideraram saudáveis apresentaram uma média de 26,00 (n = 25). Embora se observe, descritivamente, uma média de solidão superior entre os participantes que se percecionaram como doentes, a diferença não atingiu significância estatística ($t(36) = 1,360$; $p = 0,182$).

Por último, os participantes classificados como apresentando ausência ou fraca autonomia apresentaram uma média de solidão de 28,55 (DP = 12,32; n = 11), enquanto aqueles classificados com autonomia elevada apresentaram uma média de 27,11 (DP = 8,66; n = 27). A diferença entre os dois grupos foi reduzida e não estatisticamente significativa ($t(36) = 0,409$; $p = 0,685$).

Em síntese, os resultados apontam para uma ausência de diferenças estatisticamente significativas na perceção de solidão entre os grupos analisados. **As variações descritivas observadas, nomeadamente em função do sexo, da idade e do estado de saúde percebido, poderão constituir pistas relevantes para análise posterior, mas não permitem, com base nesta amostra, estabelecer associações entre estas características e níveis diferenciados de solidão**. Esta interpretação deve ser ainda mais cautelosa perante a dimensão reduzida da amostra (n = 38) e a reduzida dimensão de algumas das categorias analisadas.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

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

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,31 (DP = 0,30), com valores compreendidos entre 1,00 e 2,25, indicando **níveis globalmente baixos de perceção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas (M = 1,68; DP = 0,46), com valores mínimos de 1,00 e máximos de 2,80, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada foi de 1,26 (DP = 0,27), com um intervalo entre 1,00 e 2,00, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,25 (DP = 0,28), com valores que variam entre 1,00 e 2,00, evidenciando uma **perceção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de perceção de violência**, a média da amostra foi de 5,49 (DP = 0,92), com valores mínimos de 4,00 e máximos de 7,65. 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 próximos ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justificam atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5**.** Perceção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,31	1,68	1,26	1,25	5,49
Erro Desvio	0,30	0,46	0,27	0,28	0,92
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,25	2,80	2,00	2,00	7,65

Fonte. Elaboração própria (2026)

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

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

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na perceção de violência em função do nenhuma das variáveis consideradas, nomeadamente do sexo ($t(36) = -1,633$; $p = 0,111$), idade ($F(2, 35) = 0,259$; $p = 0,773$), escolaridade ($F(3, 34) = 1,558$; $p = 0,218$), estado civil ($F(3, 34) = 0,657$; $p = 0,584$), rendimento mensal ($F(4, 33) = 1,148$; $p = 0,352$), estado de saúde percebido ($t(36) = 0,309$; $p = 0,759$) ou autonomia ($t(36) = 0,118$; $p = 0,907$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva das médias permite identificar algumas variações entre os grupos, que devem, contudo, ser interpretadas com prudência, sobretudo nos casos em que as categorias apresentam reduzida dimensão amostral.

Relativamente ao sexo, as mulheres apresentaram uma média de perceção de risco de violência ligeiramente superior à dos homens (M = 5,61; DP = 0,93 vs. M = 4,99; DP = 0,73). Apesar desta diferença descritiva, a comparação entre os dois grupos não revelou diferenças estatisticamente significativas (t(36) = -1,633; p = 0,111).

No que respeita à idade, os participantes com idades compreendidas entre os 85 e os 103 anos apresentaram a média mais elevada de perceção de risco de violência (M = 5,84; DP = 1,21), seguidos dos participantes com 65-74 anos (M = 5,50; DP = 0,94). O grupo dos 75-84 anos apresentou a média mais baixa (M = 5,42; DP = 0,89). Embora se observe uma média ligeiramente superior no grupo de idade mais avançada, as diferenças entre os três grupos não foram estatisticamente significativas (F(2, 35) = 0,259; p = 0,773). Importa ainda considerar que o grupo dos participantes com 85 ou mais anos é constituído por apenas três pessoas.

Relativamente à escolaridade, os participantes sem ensino básico apresentaram a média mais elevada de perceção de risco de violência (M = 5,69; DP = 0,88), seguidos dos participantes com ensino básico (M = 5,55; DP = 0,92). Os participantes com ensino superior apresentaram uma média de 4,70, enquanto os participantes com ensino secundário apresentaram a média mais baixa (M = 4,33; DP = 0,46). Contudo, os grupos com ensino secundário (n = 2) e ensino superior (n = 1) apresentam uma dimensão muito reduzida, pelo que estas diferenças descritivas não permitem retirar conclusões consistentes.

Quanto ao estado civil, os participantes viúvos apresentaram a média mais elevada de perceção de risco de violência (M = 5,58; DP = 0,80), seguidos dos participantes solteiros/as (M = 5,55), embora este último grupo seja constituído por apenas um participante. Entre os participantes casados ou em união de facto, a média foi de 5,49 (DP = 1,11), enquanto os participantes divorciados apresentaram a média mais baixa (M = 4,61; DP = 0,34). Também neste caso, a reduzida dimensão dos grupos de solteiros/as (n = 1) e divorciados/as (n = 2) recomenda particular prudência na interpretação dos resultados.

Relativamente ao rendimento mensal, as médias variaram entre 4,70 e 6,68 nos grupos com resposta válida, ainda que sem diferenças estatisticamente significativas. Os participantes com rendimentos entre 1046 e 1568 euros apresentaram a média mais elevada (M = 6,68), embora este grupo seja constituído por apenas um participante. Seguiram-se os participantes com rendimentos entre 501 e 870 euros (M = 5,42; DP = 1,01) e os que auferiam 500 euros ou menos (M = 4,95; DP = 0,92). O grupo com rendimentos superiores a 1569 euros apresentou uma média de 4,70, sendo igualmente constituído por apenas um participante. A maioria dos participantes optou por não responder à questão relativa ao rendimento (n = 26), apresentando uma média de 5,60 (DP = 0,90).

No que respeita ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionaram como doentes apresentaram uma média de perceção de risco de violência de 5,56 (DP = 0,82), enquanto entre os participantes que se consideraram saudáveis a média foi de 5,46 (DP = 0,98). A diferença entre os dois grupos foi reduzida e não estatisticamente significativa (t(36) = 0,309; p = 0,759).

Por último, relativamente à autonomia, os participantes classificados como apresentando ausência ou fraca autonomia apresentaram uma média de perceção de risco de violência de 5,52 (DP = 0,93), enquanto os participantes com autonomia elevada apresentaram uma média de 5,48 (DP = 0,93). As médias foram, portanto, muito próximas, não se tendo observado uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos (t(36) = 0,118; p = 0,907).

Em síntese, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na perceção do risco de violência em função das características sociodemográficas e condições individuais analisadas. **Descritivamente, observaram-se algumas variações entre grupos, nomeadamente uma média superior entre as mulheres, entre os participantes com 85 ou mais anos e entre os participantes sem ensino básico, bem como uma diferença reduzida entre os participantes que se percecionaram como doentes e saudáveis. Contudo, estas diferenças não apresentam suporte estatístico nesta amostra.**

A interpretação dos resultados deve ainda considerar a reduzida dimensão da amostra (n = 38) e, sobretudo, a dimensão muito reduzida de algumas categorias, o que limita a robustez das comparações. Assim, os resultados não permitem estabelecer uma associação entre as características sociodemográficas analisadas e a perceção do risco de violência nesta amostra, podendo as diferenças descritivas identificadas constituir pistas para análises posteriores.

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.

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

A. Perceção de solidão

Para analisar possíveis diferenças na perceção de solidão em função da participação em respostas sociais comunitárias, foi realizada uma ANOVA unifatorial, considerando as dimensões de solidão emocional, solidão social e o índice global de solidão avaliados pela escala UCLA. A análise considerou três grupos: participantes integrados em Centro de Convívio (CC), participantes integrados noutras respostas (O) e participantes sem integração em resposta social comunitária (N).

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em nenhuma das dimensões analisadas: solidão emocional ($F(2, 34) = 1,681$; $p = 0,201$), solidão social ($F(2, 34) = 1,192$; $p = 0,316$) ou solidão total ($F(2, 34) = 1,055$; $p = 0,359$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a análise descritiva das médias permite observar algumas variações entre os grupos. Na dimensão da solidão emocional, os participantes integrados em Centro de Convívio apresentaram a média mais elevada ($M = 2,70$; $DP = 0,14$), seguidos dos participantes integrados noutras respostas ($M = 1,78$; $DP = 0,71$) e dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,60$; $DP = 1,04$).

Relativamente à solidão social, verificou-se igualmente uma média mais elevada entre os participantes integrados em Centro de Convívio ($M = 1,82$; $DP = 0,00$), seguida dos participantes integrados noutras respostas ($M = 1,73$; $DP = 0,62$) e dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias ($M = 1,18$; $DP = 0,16$).

Quanto à solidão total, os participantes integrados em Centro de Convívio apresentaram novamente a média mais elevada ($M = 33,50$; $DP = 0,71$), seguidos dos participantes integrados noutras respostas ($M = 27,88$; $DP = 10,14$). Os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias apresentaram a média mais baixa ($M = 21,00$; $DP = 6,25$).

Contudo, estas diferenças descritivas devem ser interpretadas com particular prudência, uma vez que o grupo de participantes integrados em Centro de Convívio é constituído por apenas dois participantes (n = 2). A reduzida dimensão deste grupo limita fortemente a estabilidade das respetivas médias e desvio-padrão e não permite retirar conclusões sobre os níveis de solidão dos participantes de Centro de Convívio em geral.

Assim, embora os resultados descritivos apontem para médias de solidão mais elevadas no grupo de Centro de Convívio e mais baixas no grupo sem integração em respostas sociais comunitárias, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Deste modo, os resultados não permitem estabelecer uma associação entre a participação nas respostas sociais analisadas e níveis diferenciados de solidão na amostra estudada.

Os **resultados devem**, portanto, **ser entendidos como descritivos e exploratórios, sobretudo tendo em consideração a dimensão reduzida de alguns grupos**. Estudos com amostras maiores e uma distribuição mais equilibrada dos participantes pelas diferentes respostas sociais poderão permitir uma análise mais robusta desta relação.

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

Dimensão	CC	O	N
Solidão Emocional	2,70 (0,14)	1,78 (0,71)	1,60 (1,04)
Solidão Social	1,82 (0,00)	1,73 (0,62)	1,18 (0,16)
Solidão Total	33,50 (0,71)	27,88 (10,14)	21,00 (6,25)

Nota. CC- Centro de Convívio; O- Outros; N- Nenhuma
Valores apresentados referem-se à Média (Desvio-Padrão)
Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Perceção de violência

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

A análise incidiu sobre três grupos: Centro de Convívio (CC), Outros (O) e Nenhuma (N). **Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das dimensões avaliadas**: desconfiança/insegurança nas relações próximas, $F(2, 34) = 2,354$; $p = .110$; isolamento social, $F(2, 34) = 0,355$; $p = .703$; dependência funcional, $F(2, 34) = 0,149$; $p = .862$; insegurança financeira, $F(2, 34) = 2,328$; $p = .113$; e índice total de violência, $F(2, 34) = 1,282$; $p = .291$.

Descritivamente, observaram-se algumas diferenças entre os grupos. No índice total de violência, a média foi mais elevada entre os participantes integrados em outras respostas sociais (M = 5,58; DP = 0,95), seguida dos participantes de Centro de Convívio (M = 5,34; DP = 0,34), enquanto o grupo sem integração em respostas sociais apresentou a média mais baixa (M = 4,70; DP = 0,64). Na dimensão de isolamento social, a média mais elevada foi observada no grupo de Centro de Convívio (M = 1,90; DP = 0,42), seguida do grupo de outras respostas sociais (M = 1,68; DP = 0,48) e do grupo sem integração (M = 1,53; DP = 0,50).

Nas restantes dimensões, observaram-se igualmente variações entre os grupos. Na dimensão de desconfiança/insegurança nas relações próximas, a média foi de 1,36 (DP = 0,29) no grupo de outras respostas, 1,19 (DP = 0,27) no Centro de Convívio e 1,00 (DP = 0,00) no grupo sem integração. Relativamente à dependência funcional, as médias foram próximas entre os grupos, variando entre 1,17 (DP = 0,14) no grupo sem integração, 1,25 (DP = 0,35) no Centro de Convívio e 1,26 (DP = 0,28) no grupo de outras respostas. Na insegurança

financeira, a média foi mais elevada no grupo de outras respostas (M = 1,29; DP = 0,29), enquanto os grupos de Centro de Convívio e sem integração apresentaram ambos uma média de 1,00 (DP = 0,00).

Importa, contudo, **interpretar estes resultados com particular prudência, uma vez que a distribuição dos participantes pelos grupos é muito desigual**. O grupo de Centro de Convívio é constituído por apenas dois participantes (n = 2) e o grupo sem integração por três participantes (n = 3), enquanto o grupo de outras respostas sociais reúne 32 participantes (n = 32). Esta reduzida dimensão dos dois primeiros grupos limita fortemente a estabilidade das respetivas médias e desvios-padrão e não permite extrapolar os resultados para a população de pessoas idosas integradas em Centro de Convívio ou não integradas em respostas sociais.

Assim, embora os resultados descritivos revelem alguma variação entre os grupos e diferentes padrões consoante a dimensão do risco de violência considerada, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do EARVI. Deste modo, **os resultados não permitem estabelecer uma associação entre a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias e níveis diferenciados de risco de violência na amostra estudada, devendo ser entendidos como resultados essencialmente descritivos e exploratórios.**

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

Dimensão	CC	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,19 (0,27)	1,36 (0,29)	1,00 (0,00)
Isolamento Social	1,90 (0,42)	1,68 (0,48)	1,53 (0,50)
Dependência Funcional	1,25 (0,35)	1,26 (0,28)	1,17 (0,14)
Insegurança Financeira	1,00 (0,00)	1,29 (0,29)	1,00 (0,00)
Violência Total	5,34 (0,34)	5,58 (0,95)	4,70 (0,64)

Nota. CC- Centro de Convívio; O- Outros; N- Nenhuma
Valores apresentados referem-se à Média (Desvio-Padrão)
Fonte. Elaboração própria (2026)

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

A. Relação 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.

Foi realizada uma análise exploratória da relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, considerando separadamente as pessoas idosas integradas e não integradas em respostas sociais comunitárias.

Descritivamente, as pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias apresentaram níveis médios mais elevados de solidão percecionada (M = 28,21; DP = 9,92) e de perceção do risco de violência (M = 5,57; DP = 0,93), comparativamente ao grupo não integrado, que apresentou uma média de solidão de 21,00 (DP = 6,25) e uma média de perceção do risco de violência de 4,70 (DP = 0,64).

No grupo de pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias, observou-se uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa entre a solidão percecionada e a perceção do risco de violência ($r = .771$; $p < .001$). Este resultado indica que, neste grupo, níveis mais elevados de solidão tendem a estar associados a níveis mais elevados de perceção do risco de vitimação por violência.

No grupo das pessoas idosas não integradas em respostas sociais comunitárias, observou-se igualmente uma correlação positiva elevada entre as duas variáveis (r = .884). Contudo, esta **correlação não foi estatisticamente significativa** (p = .309). Este resultado deve ser interpretado com extrema prudência, uma vez que este grupo é constituído por apenas três participantes (n = 3), dimensão que limita fortemente a estabilidade da estimativa de correlação e a possibilidade de realizar inferências estatísticas.

Assim, embora os resultados descritivos revelem níveis médios mais elevados de solidão e de perceção do risco de violência entre as pessoas idosas integradas em respostas sociais comunitárias, estes resultados não devem ser interpretados como evidência de que a integração em respostas sociais comunitárias determina níveis superiores ou inferiores destas variáveis. Do mesmo modo, a diferença entre as correlações observadas nos dois grupos não permite concluir que a relação entre solidão e perceção do risco de violência seja efetivamente diferente em função da integração em respostas sociais, sobretudo devido à reduzida dimensão do grupo não integrado.

Os **resultados sugerem**, contudo, **uma associação positiva entre solidão percecionada e perceção do risco de violência no grupo integrado, constituindo um resultado exploratório que poderá justificar investigação posterior com amostras de maior dimensão e grupos mais equilibrados**. Relativamente ao grupo não integrado, a reduzida dimensão amostral não permite retirar conclusões fiáveis sobre a relação entre as duas variáveis.

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.

		Média	**Erro Desvio**	**Correlação de Pearson**	**Sig.**
Integrados em RS	Solidão	28,21	9,92	0,771	0,000
	Violência	5,57	0,93		
Não Integrados em RS	Solidão	21,00	6,25	0,884	0,309
	Violência	4,70	0,64		

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 Lourinhã, os resultados indicam que, globalmente, os **níveis médios de solidão** emocional, social e total se situam **abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante**, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão elevada. A análise em função de características sociodemográficas revelou que nenhuma delas – sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, perceção de estado de saúde e autonomia – influencia de forma significativa os níveis de solidão, contudo a análise descritiva evidenciou algumas tendências: as pessoas idosas do sexo masculino, com mais idade e que se consideram doentes relatam níveis mais elevados de solidão. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem sinalizar estes grupos como prioritários para monitorização e eventual intervenção, sublinhando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a eventuais situações de 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 também não difere de forma significativa em função das variáveis sociodemográficas analisadas, contudo, foram observadas algumas tendências: as mulheres, os participantes com mais idade e sem ensino básico relatam níveis superiores de percepção de violência. Embora a perceção de violência não seja generalizada, estes resultados podem identificar grupos eventualmente mais vulneráveis, destacando a necessidade de estratégias de prevenção e monitorização direcionadas a situações de possível risco.

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias**, os resultados demonstraram que entre pessoas não institucionalizadas, os valores mais elevados de solidão são reportados pelos participantes que frequentam o Centro de Convívio sendo os que não têm qualquer tipo de participação os que registam os níveis mais baixos, contudo, estes resultados não permitem estabelecer qualquer relação entre a participação nas respostas sociais analisadas e níveis de solidão. A perceção de violência também não difere significativamente entre os grupos, inviabilizando a definição de qualquer associação entre a tipologia de participação em respostas sociais comunitárias e nível de violência nesta amostra.

Relativamente à **relação entre solidão e perceção de violência**, as pessoas idosas não institucionalizadas e integradas em respostas sociais comunitárias apresentam uma correlação forte e estatisticamente significativa, sugerindo **uma associação positiva entre solidão percecionada e perceção do risco de violência,** evidenciando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ no concelho da Lourinhã permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à perceção do risco de violência na população idosa local. Embora os níveis médios observados se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a identificação de tendências e subgrupos de maior vulnerabilidade, designadamente os homens idosos, os participantes de idade mais avançada, as pessoas sem o ensino básico e as que reportam uma pior perceção do seu estado de saúde, justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas às pessoas idosas, a complexidade dos fenómenos em análise exige uma abordagem compreensiva ecológica e sistémica, envolvendo não apenas os próprios idosos, mas também as suas famílias, a comunidade e os profissionais que intervêm em contextos de proximidade. Esta necessidade é reforçada pelo contraste observado na Lourinhã: por um lado, uma vulnerabilidade marcada no domicílio, refletida na ruralidade (91,9%), na proporção de idosos sós (32,4%) ou viúvos (52,6%) e na reduzida cobertura de Apoio Domiciliário (97,3% sem SAD); por outro, uma sólida rede de suporte social e de coesão local, visível na elevada adesão a atividades (91,9%), que constitui um recurso estratégico fundamental para ações de prevenção e sinalização precoce.

Recomendações dirigidas às pessoas idosas

No domínio da solidão, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de acompanhamento psicossocial e escuta ativa direcionadas prioritariamente aos homens idosos e às pessoas de idade mais avançada, grupos que, neste estudo, revelaram tendências para níveis superiores de solidão, promovendo o seu acolhimento e a criação de laços significativos nos espaços comunitários.

Relativamente à perceção de violência, propõe-se a promoção de ações de capacitação para a autoproteção, literacia sobre direitos e segurança digital/doméstica, focadas sobretudo nas mulheres idosas e nas pessoas com menor escolaridade (sem o ensino básico), facilitando o acesso à informação e aos canais formais de pedido de ajuda.

Numa perspetiva integrada, recomenda-se capacitar a pessoa idosa para reconhecer que a preservação da sua autonomia, a perceção do seu estado de saúde e o combate ao isolamento relacional são pilares fundamentais para o seu bem-estar emocional e para a sua autoproteção na comunidade.

Recomendações dirigidas às famílias

No âmbito da solidão, propõe-se sensibilizar os agregados familiares para a prestação de apoio afetivo regular e de qualidade aos idosos que vivem sós (32,4%) ou que ficaram viúvos (52,6%), reforçando que a proximidade geográfica ou familiar não anula por si só a solidão subjetiva.

No domínio da perceção da violência, recomenda-se capacitar as famílias para a prevenção da exaustão do cuidador informal, criando redes de suporte familiar e promovendo o diálogo aberto sobre direitos, autonomia e respeito nas decisões quotidianas da pessoa idosa.

De forma integrada, sugere-se capacitar as famílias para identificarem precocemente o retraimento social, o agravamento da perceção da doença ou o isolamento relacional como sinais de alerta que exigem uma articulação preventiva com a vizinhança e com as respostas sociais do concelho.

Recomendações dirigidas à comunidade

Relativamente à solidão, propõe-se rentabilizar a elevada participação dos idosos em respostas e atividades comunitárias (91,9%) para dinamizar momentos de suporte interpessoal, promovendo estratégias específicas para atrair e integrar ativamente a população masculina idosa.

No domínio da perceção de violência, recomenda-se consolidar e dinamizar redes formais e informais de vigilância solidária adaptadas à realidade rural do concelho (91,9%), envolvendo as Juntas de Freguesia, vizinhos, comércio local e comissões de moradores para a deteção de situações de risco em vivendas ou locais mais isolados.

Numa perspetiva integrada, sugere-se afirmar a Rede Social Local e os Centros de Convívio como polos descentralizados de proximidade, atuando na promoção da saúde, na vigilância preventiva e na garantia dos direitos das pessoas idosas em todo o município da Lourinhã.

Recomendações dirigidas aos profissionais

No âmbito da solidão, recomenda-se sensibilizar as equipas de ação social, saúde e agentes comunitários para o diagnóstico precoce e rastreio da solidão emocional e social, garantindo o devido acompanhamento de situações de maior isolamento ou vulnerabilidade em contexto de visita do domicílio.

No domínio da perceção de violência, propõe-se adotar procedimentos expeditos e integrados de sinalização e avaliação do risco sempre que se verifique o agravamento da saúde ou da dependência, especialmente perante a reduzida percentagem de idosos com apoio formal domiciliário (97,3% sem SAD).

De forma integrada, recomenda-se reforçar a articulação interinstitucional entre a Câmara Municipal da Lourinhã, os Cuidados de Saúde Primários (USF/UCSP) e as IPSS/ONGD locais, assegurando a gestão integrada de casos com perfil de fragilidade funcional, relacional ou social.

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

Tabela 9. Principais recomendações para o concelho de Lourinhã

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	**Solidão**	Tendência para níveis mais elevados de solidão nos homens idosos e nas pessoas de idade mais avançada; 32,4% vivem sós e 52,6% são viúvas.	Reduzir o isolamento relacional e promover o acolhimento afetivo e social na comunidade.	Criar estratégias de acompanhamento psicossocial e escuta ativa direcionadas aos homens idosos e aos de idade mais avançada, promovendo laços significativos nos espaços comunitários.
	Violência	Tendência para maior perceção de risco de violência em mulheres, idosos mais velhos e pessoas com menor escolaridade (23,7% sem o ensino básico).	Aumentar a literacia sobre direitos, autoproteção e segurança digital/doméstica.	Realizar sessões descentralizadas de capacitação nas Freguesias em parceria com a GNR/NPA e Julgados de Paz, com distribuição de guias ilustrados de direitos e contactos diretos de emergência.
	Solidão e Violência	Associação entre autonomia, perceção do estado de saúde e capacidade de autoproteção no meio comunitário.	Articular a manutenção da autonomia funcional com a preservação do bem-estar emocional e segurança.	Desenvolver *workshops* práticos de estimulação cognitiva, mobilidade e literacia em saúde nos Centros de Convívio, capacitando a pessoa idosa para a gestão da sua autonomia e segurança no domicílio.
Famílias	**Solidão**	32,4% das pessoas idosas vivem sós e 52,6% são viúvas (43,2% vivem com	Fortalecer o suporte afetivo e a proximidade relacional no seio da família.	Desenvolver programas de formação em competências de cuidado; sensibilizar para a relevância da interação familiar regular; apoiar processos de mediação de conflitos intergeracionais.

		parceiro/a, mas a coabitação nem sempre anula a solidão subjetiva).		
	Violência	Risco de tensões familiares ou exaustão do cuidador informal perante o envelhecimento ou declínio funcional.	Prevenir a exaustão do cuidador e promover o respeito pela autonomia e direitos da pessoa idosa.	Criar o *Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal do Municipio*, disponibilizando bolsas de descanso ao cuidador, apoio psicológico gratuito e mediação familiar para gestão de decisões do quotidiano da pessoa idosa
	Solidão e Violência	Isolamento relacional, agravamento da saúde e retraimento social como fatores precursores de risco.	Capacitar os agregados familiares para a deteção precoce de vulnerabilidades psicossociais.	Implementar programas de suporte familiar estruturado, disponibilizando um checklist de *"Sinais de Alerta no Domicílio"* para identificação precoce de isolamento ou perda de autonomia em articulação com a Ação Social.
Comunidade	**Solidão**	Elevada adesão a atividades e respostas comunitárias (91,9%), mas com menor participação ativa do sexo masculino.	Rentabilizar a rede comunitária existente para dinamizar o suporte interpessoal e inclusão.	Aproveitar a elevada participação em atividades comunitárias para criar estratégias específicas de atração, acolhimento e integração ativa da população masculina idosa.
	Violência	91,9% vivem em contexto rural e 35,1% em vivendas isoladas, onde situações de risco podem ficar invisibilizadas.	Fortalecer a vigilância solidária de proximidade em meio rural e habitacional disperso.	Criar redes de vigilância comunitária; desenvolver mecanismos de sinalização precoce; promover serviços de apoio de proximidade de forma a sinalizarem alterações de rotina ou ausência prolongada de idosos isolados.
	Solidão e Violência	Forte capital de coesão local e adesão comunitária (91,9%) como recurso estratégico do concelho.	Mobilizar a Rede Social Local como polo descentralizado de proteção e garantia de direitos.	Afirmar a Rede Social Local e os Centros de Convívio como polos descentralizados de proximidade para a promoção da saúde, vigilância preventiva e garantia de direitos.
Profissionais	**Solidão**	Necessidade de diagnóstico atempado da solidão emocional e social em contexto de proximidade.	Capacitar equipas de saúde e ação social para o rastreio e acompanhamento do isolamento relacional.	Sensibilizar profissionais de ação social, saúde e agentes comunitários para o diagnóstico precoce da solidão emocional e social nas visitas domiciliárias.
	Violência	97,3% das pessoas idosas não usufruem de SAD e o agravamento da saúde/dependência aumenta o risco de vulnerabilidade.	Garantir resposta e sinalização célere perante a ausência de apoio formal no domicílio.	Adotar procedimentos expeditos de sinalização e avaliação do risco sempre que se verifique o agravamento da saúde ou dependência funcional num contexto sem SAD.
	Solidão e Violência	Coexistência de isolamento no domicílio, elevada ruralidade e reduzida cobertura de apoio formal (97,3% sem SAD).	Fortalecer a articulação interinstitucional e a gestão partilhada de casos complexos.	Reforçar a articulação entre Câmara Municipal, Cuidados de Saúde Primários (USF/UCSP) e IPSS/ONGD locais para o acompanhamento integrado de situações de fragilidade.

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

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

Hawkley, 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

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 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 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)