



A eficácia das intervenções através de meios digitais
com vítimas de violência nas relações de intimidade –
- Uma revisão compreensiva da literatura

Bruno Alexandre Sales Garcia

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional

Prof.^a Doutora Anita Santos
Prof.^a Doutora Liliana Meira

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer às minhas orientadoras da tese, Professora Doutora Anita Santos e Professora Doutora Liliana Meira, pela orientação e pela oportunidade de integrar um projeto como o SafeCheck. Assim como à Cláudia Oliveira pela orientação e companheirismo ao longo do projeto.

Quero agradecer à minha família, em particular aos meus pais por todo o apoio que me deram, e por estarem sempre presentes quando mais preciso. Ao meu irmão pela força e motivação que me transmitiu sempre, e aos meus avós pelos ensinamentos e apoio que sempre me deram.

À Liliana pelo afeto, pelo ombro amigo e porto de abrigo que sempre foi.

Aos meus amigos e todos aqueles que de uma forma ou de outra fizeram parte desta etapa da minha vida.

OBRIGADO!!!

Resumo

Esta revisão abrangente da literatura surge em altura da pandemia por COVID-19, uma vez que o impacto das medidas tomadas no sentido de conter o contágio da mesma terão aumentado os casos de violência doméstica por todo o mundo. Com as restrições de movimentação, recolher obrigatório e outras medidas de combate à pandemia, a solução foram as intervenções a distância. O objetivo desta revisão foi fornecer uma imagem dos estudos de eficácia existentes de intervenções online com vítimas de violência nas relações de intimidade (VRI). Seguindo as diretrizes do PRISMA, os estudos foram recolhidos através de uma busca manual e nas bases de dados eletrónicas: EBSCOhost, PubMed e Web of Science. Dos 1254 artigos foram considerados elegíveis para inclusão 8 publicados entre 2010 e 2020. Os resultados apontam para o facto do auxílio à decisão de segurança foi o tipo de intervenção mais usado correspondendo a seis dos artigos, os restantes, uma intervenção do direito e outra baseada na terapia cognitivo-comportamental. Foi possível verificar que os estudos relataram melhorias significativas na saúde mental, na resolução de conflito de decisão de segurança, estratégias de segurança e diminuição da VRI. Pode-se concluir que as intervenções online parecem ser eficazes para vítimas de violência nas relações de intimidade.

Palavras-Chave: eficácia das intervenções digitais, vítimas / sobreviventes de violência nas relações de intimidade; pandemia por COVID-19.

Abstract

This comprehensive literature review comes at the time of the COVID-19 pandemic, since the impact of the measures taken to contain its contagion will have increased cases of domestic violence throughout the world. With movement restrictions, curfews and other measures to combat the pandemic, the solution was remote interventions. The aim of this review was to provide a picture of existing studies of the effectiveness of online interventions with victims of intimate relationship violence (VRI). Following PRISMA guidelines, studies were collected through a manual search and in electronic databases: EBSCOhost, PubMed and Web of Science. Of the 1254 articles were considered eligible for inclusion, 8 published between 2010 and 2020. The results point to the fact that aid to safety decision was the most used type of intervention, corresponding to six of the articles, the remaining ones, one law intervention and the other based in cognitive-behavioral therapy. It was possible to verify that the studies reported significant improvements in mental health, in conflict resolution of safety decision, safety strategies and decrease in VRI. It can be concluded that online interventions seem to be effective for victims of violence in intimate relationships.

Keywords: effectiveness of digital interventions, victims/survivors of violence in intimate relationships; pandemic by COVID-19.

Índice

I.	Introdução.....	1
II.	Enquadramento Teórico.....	2
	1. Violência nas Relações de Intimidade (VRI).....	2
	2. Pandemia SARS-COV-2 e VRI.....	3
	3. VRI antes e durante a Pandemia em Portugal.....	6
	4. Programas de intervenção através de meios digitais para vítimas de VRI.....	7
III.	Método.....	8
	1. Pesquisa.....	8
	2. Critérios de inclusão e exclusão.....	9
	3. Processo de seleção dos estudos e extração de dados.....	9
IV.	Resultados.....	11
	1. Tipos de intervenções digitais.....	18
	1.1.Auxílio à decisão de segurança.....	18
	1.2.Terapia cognitiva e comportamental.....	22
	1.3.Intervenção baseada na sensibilização.....	23
V.	Discussão dos Resultados.....	24
VI.	Referências Bibliográficas.....	26

Índice de Figuras

Figura 1. Fluxograma do processo de revisão da literatura.....	10
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. Resumo dos Estudos de Eficácia.....	14
---	----

Lista de Abreviaturas

AD – *Ajustamento diádico*

ADS – Auxílio à decisão de segurança

GC – Grupo de controle

GI – Grupo de intervenção

PTSD – Perturbação de stress pós-traumático

I.Introdução

A presente Dissertação tem como objetivo a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Inseriu-se no âmbito do Projeto SafeCheck, aprovado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e cofinanciado por verbas do Orçamento de Estado através do Apoio Gender Research 4 COVID-19, referência 067, tendo como instituição promotora o Instituto Universitário da Maia (ISMAI) e como investigadora responsável a Prof.^a Doutora Anita Santos, orientadora da presente dissertação.

O Projeto SafeCheck desenvolveu-se a partir da identificação de necessidades de ferramentas digitais para o atendimento remoto a vítimas. Pretendeu desenvolver um sistema digital de avaliação do risco, composto por uma aplicação móvel para vítimas e uma plataforma digital para Técnicos/as de Apoio à Vítima, que permite à vítima de violência nas relações de intimidade realizar a sua própria avaliação do risco, interagindo com o/a respetivo/a Técnico/a de Apoio à Vítima, que atue nas Estruturas de Atendimento da Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica.

Assim sendo, na fase inicial do Projeto, foi necessário fazer um levantamento das ferramentas digitais do género já existentes. Esta revisão compreensiva da literatura tem como objetivo dar a conhecer os estudos já realizados relativamente à eficácia da intervenção através de meios digitais para vítimas de Violência nas Relações da Intimidade.

II. Enquadramento Teórico

1. Violência nas Relações da Intimidade

A violência doméstica não é um problema recente, mas só a partir dos anos 70 começa a ganhar visibilidade com os movimentos feministas, que a partir de então denunciaram esta grave violação aos direitos humanos perpetrada no interior das famílias e sob o olhar cúmplice de toda a população (Lisboa et al., 2009). Em 2003, a OMS considerou a violência doméstica como um grave problema de saúde pública tendo em conta que as consequências que lhe estão associadas são prejudiciais para a saúde e para o bem-estar de quem a sofre, da família e de toda a comunidade (Ventura et al., 2013).

A violência nas relações da intimidade (VRI) pode ser definida como sendo qualquer ato de violência sexual, física, perseguição ou agressão psicológica por um parceiro íntimo atual ou ex-parceiro, seja ou não conjugue (Miller & McCaw, 2019). A VRI tem enquadramento legal em Portugal no crime de Violência Doméstica, de acordo com o Código Penal Português. A violência nas relações de intimidade tem sido referida como largamente cometida por homens contra as mulheres, mas essa violência ocorre também em casais do mesmo sexo e por mulheres contra homens (Ventura et al., 2013). Embora a VRI ocorra em todos os estratos sociais, locais e origens culturais, as estimativas de prevalência variam de acordo com características demográficas (Miller & McCaw, 2019). Outro dado importante, segundo Miller & McCaw em 2019, é que o comportamento abusivo nas relações de namoro com adolescentes está associado ao risco de violência de parceiros íntimos mais tarde na idade adulta. Entre os adolescentes, especialmente, o abuso por meio da tecnologia online e das redes sociais é comum, com táticas que incluem assédio sexual e não sexual, e perseguição.

A agressão psicológica, como ameaça, comentários humilhantes, humilhação e esforços para monitorar ou controlar um parceiro íntimo, é um fator comum no abuso de

parceiros e tem consequências para a saúde da vítima. Parceiros íntimos que são violentos podem abusar do consumo de álcool, medicamentos ou drogas ilícitas para subjugar e controlar seus parceiros ou podem usar o diagnóstico de saúde mental de um parceiro como mecanismo de controle (Miller & McCaw, 2019). Algumas formas subtis de agressão psicológica verificam-se quando existe interferência nas tentativas de procurar atendimento médico, manter consultas, obter medicamentos, aderir a recomendações de tratamento ou melhorar comportamentos de saúde, potencialmente fazendo com que a pessoa que está a ser vítima do comportamento controlador pareça não estar a aderir às terapêuticas propostas (Miller & McCaw, 2019).

2. Pandemia SARS-COV-2 e VRI

Vários investigadores têm vindo a salientar o aumento de casos de VRI em vários países durante a pandemia causada pelos vírus SARS-COV-2 (Boserup, McKenney, & Elkbuli, 2020; Mazza, Marano, Lai, Janiri, & Sani, 2020; Parveen & Grierson, 2020; Roesch, Amin, Gupta, & García-Moreno, 2020).

Com o objetivo de conter a disseminação do SARS-COV-2, foram adotadas restrições de viagens e ordens de permanência em casa. Na maioria dos casos, os indivíduos deviam ficar dentro de casa, exceto por atividades essenciais ou para trabalhar em empresas consideradas essenciais na subsistência da sociedade. Embora essas medidas possam ter sido eficazes para controlar o contágio do vírus, elas tiveram um impacto profundo na sociedade levando a repercussões sociais, financeiras e psicológicas (Boserup, McKenney, & Elkbuli, 2020).

O isolamento social expôs ou piorou as vulnerabilidades individuais devido à falta de sistemas de apoio social estabelecidos. A paralisação temporária de empresas não essenciais levou a tensões económicas e situações de desemprego. As condições de quarentena estão

associadas ao aumento no abuso de álcool, depressão e sintomas de estresse pós-traumático. As ordens de permanência em casa podem causar um ambiente catastrófico para indivíduos cujas vidas são trspassadas pela VRI (Boserup, McKenney, & Elkbuli, 2020).

Durante o período pandémico, a violência familiar e o aumento da mesma pode ter estado associada a uma série de fatores, incluindo o stress económico, a instabilidade relacionada a desastres, aumento da exposição a relações exploratórias e a redução de opções de apoio. Devido às medidas de isolamento social implementadas em todo o mundo para ajudar a reduzir a disseminação do SARS-COV-2, as pessoas que viviam em situação instável de violência familiar ficaram restritas às suas casas. O isolamento social exacerbou vulnerabilidades pessoais e coletivas, ao mesmo tempo em que limitou opções de suporte acessíveis e familiares (Usher et al., 2020).

As denúncias de violência doméstica e familiar aumentaram em todo o mundo desde que as medidas de isolamento social e quarentena entraram em vigor. Além disso, o isolamento também colocou as crianças em maior risco de negligência, de abuso físico, emocional, sexual e doméstico (Petrowski et al., 2020; Usher et al., 2020).

Existem vários estudos que avançam com números e dados relativos ao aumento de casos em vários países do mundo. Na Austrália, a partir do momento de entrada em vigor das medidas de confinamento a polícia em algumas partes do país relatou uma queda de 40% na criminalidade geral, mas um aumento de 5% nas chamadas de casos de violência doméstica. Ao mesmo tempo, o Google relatou um aumento de 75% nas pesquisas na Internet relacionadas ao apoio ao abuso doméstico (Kagi, 2020; Poate, 2020).

Também dos Estados Unidos, China e Brasil aparecem dados que indicam um aumento da violência de parceiros íntimos, mulheres e crianças devido ao isolamento e quarentena (Campbell, 2020; Peterman et al. 2020; van Gelder et al. 2020).

Da mesma forma, a França relatou aumentos de 32% a 36% nas queixas de violência doméstica após a implementação de medidas de isolamento e quarentena (Reuters News Agency, 2020).

Segundo a Agência da União Europeia para os Direitos Fundamentais (FRA, 2021) e a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020), na República Checa, o número de chamadas para as linhas de apoio à violência doméstica aumentou 50%, e na Alemanha 20%, em março e junho de 2020 em comparação com 2019. O mesmo aconteceu na Itália, que segundo o Instituto Nacional de Estatísticas desse país, o número de chamadas para a linha nacional de apoio aumentou em 73%, entre 1 de março e 16 de abril, e o número de vítimas que pediram ajuda aumentou em 59%, em comparação com o mesmo período em 2019 (FRA, 2021).

Na tentativa de dar resposta a estes dados, foram tomadas algumas medidas pelos Estados-Membros como a consciencialização da população para a problemática, o fornecimento de informações sobre ambientes seguros, prolongamento e ativação de linhas diretas de apoio, a abertura de casas abrigo para vítimas e a continuidade de procedimentos criminais de casos de violência doméstica pelos tribunais durante o período de confinamento (FRA, 2021).

3. VRI Antes e Durante a Pandemia em Portugal

Em Portugal, segundo o Relatório Anual de Segurança Interna (RASI, 2021), em 2020 a violência doméstica registou 27,637 mil participações, o que representa uma diminuição de 1,861 casos (-6,3%) relativamente a 2019. De entre as participações, 85% da violência doméstica é contra o cônjuge ou análogo. Além disso 75% das vítimas são do sexo feminino e 81,4% dos agressores são do sexo masculino. Segundo o RASI (2021), dos homicídios consumados voluntários 55% ocorrem em contexto relacional (conjugal, análoga, parental e familiar).

Apesar dos dados anuais indicarem uma diminuição dos casos de violência doméstica em Portugal em 2020, ano em que foi decretada a pandemia por COVID-19, nos dados trimestrais é possível verificar uma relação entre a implementação das medidas de prevenção de contágio do SARS-COV-2, nomeadamente o confinamento geral obrigatório e o aumento dos casos de VRI. Assim sendo, é possível constatar um aumento de ocorrências no segundo trimestre (6928 participações) e terceiro trimestre (8228 participações) do ano 2020, em comparação com o primeiro trimestre (6358 participações) e o quarto trimestre (5981 participações) do mesmo ano (CIG, 2020).

Relativamente ao primeiro trimestre do ano 2021, que corresponde ao segundo confinamento geral, registaram-se 5517 participações, que representam uma diminuição de 13,2% nas ocorrências em comparação com o mesmo período de 2020. Apesar da diminuição de ocorrências, registaram-se seis homicídios voluntários em contexto de VRI o que representa um aumento de 20% face ao ano anterior (CIG, 2020).

Através do que os dados nos indicam, acredita-se que a diminuição das ocorrências não significa uma diminuição dos casos de VRI, mas sim que a situação pandémica derivada ao SARS-COV-2, e as medidas para combater o contágio da mesma, têm sido um obstáculo para a decisão, capacidade de pedido de ajuda das vítimas, talvez por um maior controlo da parte do agressor e menos possibilidade de mobilização da vítima.

4. Programas de intervenção através de meios digitais para vítimas de VRI

Nas últimas décadas foram desenvolvidas inúmeras intervenções presenciais com as vítimas e sobreviventes de VRI, cujos resultados foram positivos na diminuição dos efeitos negativos da violência e no aumento dos sentimentos de apoio e segurança (Tirado-Muñoz et al., 2014; Eckhardt et al., 2013; Stover, Meadows, & Kaufman; 2009). Mas, apesar disso, existem ainda muitos fatores que impedem e dificultam a adesão das vítimas a essas

intervenções, tais como a falta de serviços, restrições no tempo, medo de ser julgado, preocupações com a privacidade das intervenções, o estigma relacionado com a procura de ajuda e os custos das intervenções (Feder et al., 2006; Garcia-Moreno et al., 2015; Hegarty & Taft, 2001; O'Doherty, Taft, McNair, & Hegarty, 2016; Tarzia, Cornelio, Forsdike, & Hegarty, 2018; Simmons et al., 2014). Como alternativa, têm sido desenvolvidas e sugeridas intervenções através dos meios digitais de forma a ultrapassar algumas das problemáticas mencionadas anteriormente.

As intervenções através de meios digitais abdicam do contacto presencial, o que as torna de mais fácil acesso, com baixos custos para a vítima, permitindo também um maior anonimato e maior controlo sobre o processo de procura de ajuda, mantendo a intervenção personalizada e interativa através do telefone, internet, dispositivos móveis, a qualquer hora (Emezue, 2020; Gelder et al., 2020; Jewkes & Dartnall, 2019; Koziol-McLain et al., 2018; Tarzia et al., 2018).

Existem alguns estudos de mulheres refugiadas, residentes em meios rurais ou desfavorecidos (e.g., Bloom et al., 2014; Sabri et al., 2019; Thomas et al., 2005), que quer seja por fatores económicos ou pela localização geográfica ficam dificultadas de aceder a um serviço de apoio presencial.

Apesar dos programas de intervenção através de meios digitais facilitarem o acesso por parte das vítimas, existe ainda a possibilidade de controlo por parte do agressor através do histórico do site ou das aplicações que pode ser contornada através da limpeza do mesmo, da criação de palavras-chave ou o *log out* automático após utilização (Tarzia et al., 2017).

Desta forma, tem aumentado a adesão e a preferência por este tipo de intervenção (Tarzia et al., 2017; Freed et al., 2019). As vítimas que têm participado nos estudos realçam aspetos como a possibilidade de através da tecnologia obter informações sobre a relação abusiva de forma segura, privada e sem julgamento (Lindsay et al., 2013). Assim,

multiplicam-se os estudos e as evidências acerca da viabilidade, efetividade e eficácia deste tipo de intervenções (e.g., Bloom et al., 2014; Koziol-McLain et al., 2018; Ford-Gilboe et al., 2020).

Este tipo de intervenções têm como objetivo apoiar as vítimas quanto à elaboração de estratégias de segurança ao longo da relação abusiva, na procura de ajuda em caso de emergência e na tomada de decisão (Rempel et al., 2018). Neste sentido, as intervenções digitais, quando eficazes, podem aumentar o conhecimento das vítimas relativamente à VRI, podem diminuir o conflito de decisão sobre o abandono da relação ou quanto a revelação dos abusos, melhorar a segurança além da confiança e saúde mental (El Morr & Lalay, 2020; Glass et al., 2017; Ford-Gilboe et al., 2020).

O presente estudo, no âmbito do Projeto SafeCheck, tem como objetivo identificar os estudos de eficácia dos programas de intervenção digital para VRI através de uma revisão compreensiva da literatura.

III.Método

1. Estratégia de Pesquisa

Esta revisão compreensiva foi desenvolvida através de uma pesquisa eletrónica em várias bases de dados: EBSCOhost, PubMed, e Web of Science. Para isto, foram usadas um conjunto de palavras-chave restringidas ao resumo e/ou ao título. A expressão de pesquisa abrangeu termos relacionados com: computer-based intervent; telehealth; distance counseling; mobile-based therap; onlin therap; intimate partner violence. De forma a evitar possíveis viés de publicação, foi igualmente conduzida uma pesquisa manual com base em revistas científicas relevantes para o tema da investigação.

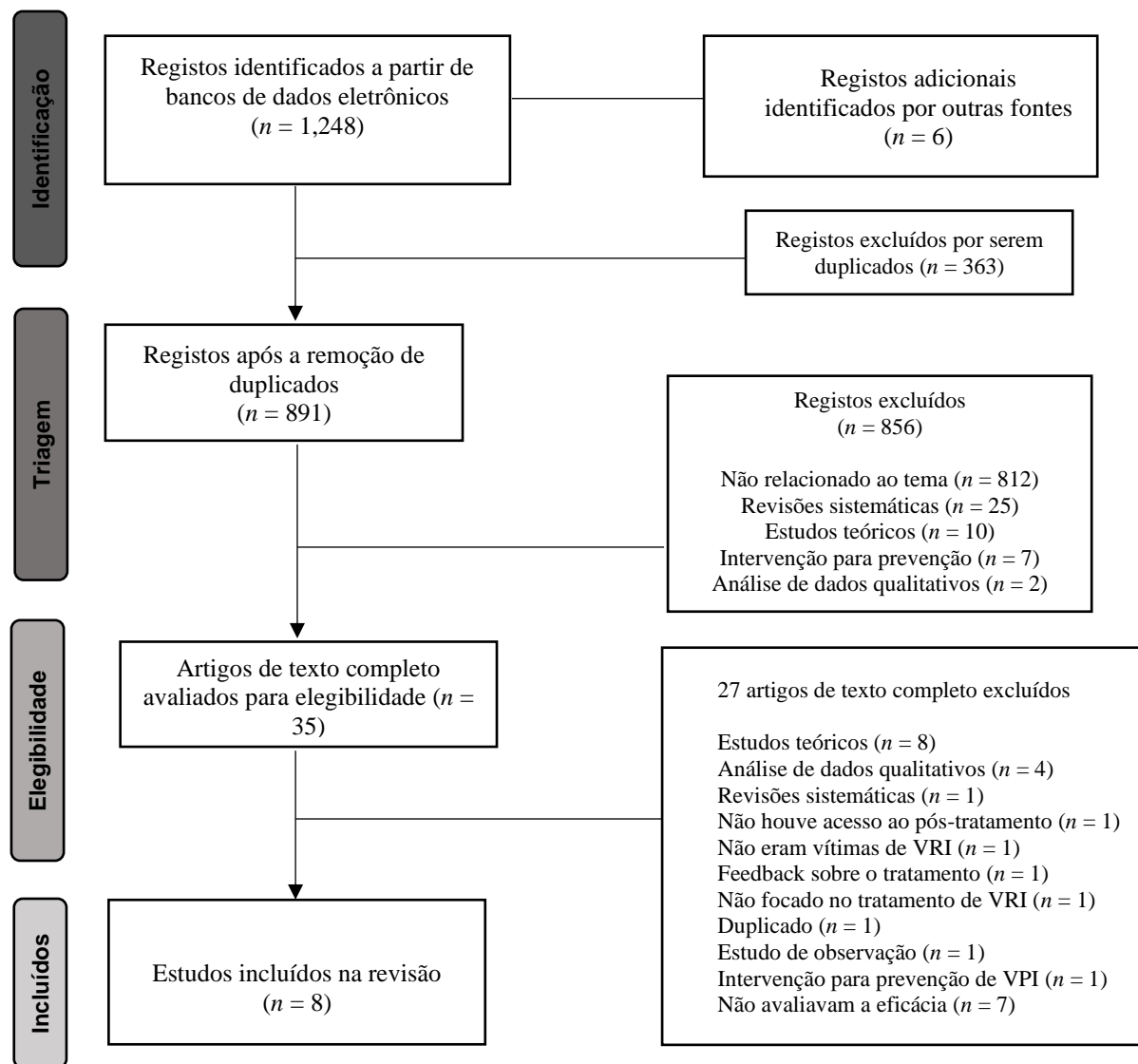
2. Critérios de inclusão e exclusão

Para avaliar a elegibilidade dos estudos definiram-se critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos estudos empíricos quantitativos, que avaliassem a eficácia de qualquer tipo de intervenção realizada através de meios digitais para apoiar e tratar vítimas de VRI, de qualquer faixa etária. Embora não fossem aplicadas quaisquer restrições linguísticas, temporais ou geográficas, os estudos selecionados teriam de ser artigos publicados em revistas científicas e analisados pelo grupo de pares. Estudos teóricos, estudos de caso, revisões sistemáticas da literatura e/ou meta-análises e informações provenientes de livros, capítulos de livros, relatórios, notícias ou dissertações foram, portanto, excluídos.

3. Processo de seleção dos estudos e extração de dados

A seleção dos estudos e extração de dados foi efetuada por dois juízes independentes e por um investigador sénior. Este terceiro juiz foi envolvido apenas para solucionar possíveis desacordos neste processo (Moher et al., 2009). Ainda assim, o acordo intercotador avaliado através do Kappa de Cohen's revelou-se substancial; $K = 0.89$, $p < .05$ (Kundel & Polansky, 2003).

A partir das bases de dados identificaram-se 1248 artigos publicados entre 1976 e 2020. Trezentos e sessenta e três eram duplicados, sendo por isto excluídos. Foram selecionados 35 artigos após a leitura do resumo e/ou título, desses 35 foram eliminados 27 depois da leitura de texto completo e ficaram 8 artigos elegíveis para a revisão. Devido ao número reduzido de artigos, não foi possível realizar uma revisão sistemática da literatura, mas sim compreensiva. O processo de seleção dos artigos pode ser consultado na Figura 1.

Figura 1*Fluxograma do processo de revisão da literatura*

IV. Resultados

As principais características dos estudos selecionados e uma descrição sumária dos resultados de eficácia podem ser consultadas de forma sistematizada na Tabela 1.

Tabela 1*Resumo dos Estudos de Eficácia*

Estudo	País	Intervenção	Objetivo	Amostra		Meio digital usado	Instrumentos	Resultados
				Idade	T. amostra			
Decker et al. (2020)	Quênia	Aplicação móvel para a tomada de decisão e planeamento de segurança, designada “myPlan Kenya app intervention” Baseado no modelo de empoderamento de Dutton (1993)	Avaliar a eficácia da aplicação móvel “myPlan Kenya” (GI) quando comparado com um conjunto de cuidados habituais a nível jurídico, de saúde, segurança, aconselhamento e financeiro relacionados com a VRI (GC).	$M = 26.5$ ($DP = 4.7$) Idades entre 18 e 35anos	352 Mulheres	Tablet	Revised Conflicts and Tactics Scale (CTS-2) + Women’s Experiences of Abuse Scale + Connor-Davidson Scale + Center for Epidemiologic Studies Depression Scale + Sexual Victimization Attributions Measure + Abusive Behaviors Scale + Generalized Self-Efficacy Scale + Self-Efficacy for Safety in Relationship Scale + Danger Assessment Scale + CTS-2 negotiation subscale	Os participantes do GI demonstraram uma melhoria imediata após a intervenção na preparação para a segurança, por comparação ao GC. Aos 3 meses, o GI relatou maior utilidade das estratégias de segurança usadas, por comparação ao GC. A VRI reduziu em ambos os grupos. Entre as mulheres que relataram níveis mais altos de gravidade da VRI, os participantes do GI tiveram um aumento significativo na resiliência e uma diminuição significativa o risco de violência letal.
Eden et al. (2015)	USA	Ajuda à decisão de segurança baseada na internet, designado IRIS (Internet Resource for Intervention and Safety).	Testar o efeito de uma intervenção de ajuda para decisões de segurança baseada na internet (GI) no conflito de decisão e nas intenções para com a relação, quando comparado	$M = 33.3$ ($DP = 10.6$) A partir de 18 anos de idade	708 Mulheres	Computador / Portátil	Decisional Conflict Scale (DCS) + Avaliação qualitativa através da questão: “Quais	Os participantes do GI apresentaram uma redução no conflito de decisão significativamente maior entre os momentos pré e pós-teste, por comparação ao GC. As mulheres do GI sentiram-

		Baseado no modelo de empoderamento de Dutton (1993)	com um plano de segurança habitual para vítimas fornecido via internet (GC).				os planos para o futuro da relação?"	se menos indecisas e mais apoiadas.
Ford-Gilboe et al. (2020)	Canadá	Intervenção online de segurança e saúde personalizada, designada Ican Plan 4 Safety. Baseado no modelo de empoderamento de Dutton (1993).	Testar a eficácia de uma intervenção online de segurança e saúde personalizada (GI) na saúde mental e outras medidas relacionadas à VRI, quando comparada a uma versão estática e não personalizada (GC).	$M = 34.6$ ($DP = 10.7$) A partir de 19 anos de idade	462 Mulheres	Computador / Portátil	*Durante a intervenção foram usadas a Danger Assessment (DA) ou DA-Revised (DA-R). DCS + Helpfulness of Safety Actions + Pearlman's 7-item Mastery Scale + Visual analogue scales (VAS) + Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) + Women's Experiences with Battering (WEB) Scale + CAS	A intervenção reduziu significativamente os sintomas de depressão e de stress pós-traumático das vítimas. Além disto, registaram-se melhorias significativas ao longo do tempo das experiências de controlo coercivo, utilidade das estratégias de segurança, confiança para um plano de segurança para si próprias e para os filhos, e suporte social. A versão da intervenção personalizada foi mais eficaz a nível da depressão, das experiências de controlo coercivo e da PTSD para as mulheres com filhos menores de 18 anos a seu cargo, residentes em centros urbanos e que relataram violência mais grave no início do estudo.
Glass et al. (2017)	USA	Ajuda à decisão de segurança baseada na internet. Baseado no modelo de empoderamento de Dutton (1993)	Avaliar o impacto longitudinal de uma intervenção de ajuda à decisão de segurança baseada na internet (GI) na segurança e saúde mental de vítimas de abuso na intimidade, quando comparado a um site de	$M = 33.4$ ($DP = 10.6$) A partir de 18 anos de idade	720 Mulheres	Computador / Portátil	DCS + Severity of Violence Against Women Scale + Women's Experience of Battering scale + Center for Epidemiologic Studies	A ADS foi eficaz na redução do conflito de decisão apenas após um único uso, no aumento do uso de comportamentos de segurança úteis desde o início até aos 12 meses, e no incentivo ao término do relacionamento (no GI).

			controle - com informações típicas de segurança disponíveis (GC).				Depression Scale + PTSD Checklist	Embora não se registassem diferenças significativas entre os grupos, verificou-se uma redução da gravidade da violência psicológica, física e sexual ao longo do tempo, da depressão e do stress pós-traumático.
Hegarty et al. (2019)	Austrália	Ferramenta online de relacionamento saudável com uma componente de ajuda à decisão de segurança, designada I-DECIDE. Baseado no Psychosocial Readiness Model (Cluss et al., 2006)	Avaliar o efeito de uma ferramenta online interativa de relacionamento saudável e de ajuda à decisão de segurança (GI) na autoeficácia e nos sintomas depressivos das mulheres com VRI, em comparação com um site de informações sobre violência por parceiro íntimo (GC).	$M = 33.7$ ($DP = 8.5$) Idades entre os 16 e os 50 anos	422 Mulheres	Computador, tablet ou smartphone	Av. Qualitativa: Safety behaviors Sim ou Não à questão “Está atualmente no mesmo relacionamento de há 12 meses atrás?” Generalized Self-Efficacy Scale + CESD-R + Composite Abuse Scale (CAS) + DA + Consequences of Screening Tool + Medical Outcomes Survey—social support + Diamond life event questionnaire	Ambos os grupos registaram mudanças positivas na consciência, autoeficácia, percepção de suporte/apoio, iniciativa e criação de um plano de ação. Também reduziram levemente os sintomas depressivos e o medo do parceiro desde o início até à avaliação de 12 meses. Ainda assim, as mulheres do GI relataram maior consciência dos problemas do seu relacionamento quando comparadas ao GC, o que as obrigou a enfrentar mais diretamente os abusos sofridos. As mulheres do GC evidenciaram apenas o quanto ficaram + informadas sobre os vários tipos de violência na intimidade. Como consequência, o nível de VRI reduziu significativamente ao longo do tempo no GI. A maioria das mulheres relataram uma melhoria na sua qualidade de vida e consideraram aceitável e positivo participar

nesta intervenção através da internet.

Koziol-McLain et al. (2018)	Nova Zelândia	Ajuda à decisão de segurança baseada na Web, designada I-SAFE. Baseado no modelo de empoderamento de Dutton (1993) e na decision aid science (Stacey et al., 2014).	Testar a eficácia de um auxílio à decisão de segurança baseado na Web para mulheres com VRI.	$M = 29.0$ Idades entre os 16 e os 59 anos	412 Mulheres	Computador / Portátil	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised (CESD-R) + Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS) + Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version + Alcohol Use Disorder Identification Test dichotomized + Drug Abuse Screening Tool + DCS + Safety Checklist + Safety Checklist Helpfulness	Embora não se registassem diferenças significativas entre os grupos, as mulheres do GI registaram maiores diferenças na diminuição da violência e dos sintomas depressivos por comparação ao GC. No entanto, registaram-se diferenças significativas a nível da etnia considerando que as mulheres nativas da Nova Zelândia registaram reduções na depressão 3 meses após o início do estudo; e na violência 6 e 12 meses após o início do estudo.
Littleton et al. (2016)	USA	Intervenção através de um programa online designado From Survivor to Thriver. Baseado no modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental	Avaliar a eficácia do programa “From Survivor to Thriver”, um programa cognitivo-comportamental interativo e online facilitado por um terapeuta para PTSD relacionado a estupro.	$M = 22.0$ Idades entre os 18 e 42 anos	87 Mulheres	Computador / Portátil	Safety checklist/helpfulness. SES-R; SSI; SCID-I/P Substance Use Disorders; PSS-I. CES-D; FDAS; SLESQ.	Ambos os grupos revelaram grandes reduções na sintomatologia de PTSD no pós-tratamento, que foram mantidas no seguimento de três meses. E ambos os grupos também revelaram reduções nos sintomas depressivos e de ansiedade geral.

Tiwari et al. (2010)	China	Intervenção de advocacia com empoderamento e suporte social por telefone. Baseada no Modelo de Empoderamento de Dutton e no Modelo de Prontidão Psicossocial	Determinar se uma intervenção de advocacia melhora os sintomas depressivos de mulheres sobreviventes de VRI.	GI: $M = 38.1$ ($DP = 7.7$) GC: $M = 37.9$ ($DP = 6.8$) A partir de 18 anos de idade	200 Mulheres	Presencial + Telefone	Beck Depression Inventory II + Chinese Revised Conflict Tactics Scales + Short Form Health Survey + Interpersonal Support Evaluation List	A intervenção reduziu significativamente os sintomas depressivos e a agressão psicológica do parceiro. Também melhorou o apoio social percebido. Mais mulheres no GI acharam a intervenção útil para melhorar os relacionamentos íntimos em comparação com as do GC.
----------------------	-------	---	--	--	--------------	-----------------------	---	--

Notas: CAS: Escala Composta para o Abuso; CES-D: Escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies; CESD-R: Escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies Revista; C-CTS2: A Versão Chinesa das Escalas Revistas de Táticas de Conflito; GC: Grupo de Controle; GI: Grupo de Intervenção; CTS-2: Escala Revista de Táticas de Conflito; DA/DA-R: Escala de Avaliação de Perigo; DCS: Escala de Decisão de Conflitos; FDAS: Escala Quadridimensional da Ansiedade; VRI: Violência nas Relações de Intimidade; MOS-SSS: Pesquisa de Apoio Social do Estudo de Resultados Médicos; PSS-I: Escala de Intervenção para os Sintomas da PTSD; PTSD: Perturbação de Stress pós Traumático; SES-R: Pesquisa de Experiências Sexuais Revista; SLESQ: Questionário de Eventos de Vida Stressantes; SSI: Escala de Ideação Suicida; SVAWS: Escala de Gravidade da Violência Contra as Mulheres; VAS: Escalas Analógicas Visuais;

Foram encontrados na literatura oito estudos da avaliação da eficácia das intervenções através de meios digitais para vítimas de VRI. Publicados entre 2010 e 2020, três estudos foram realizados nos Estados Unidos Da América, os restantes realizaram-se na Nova Zelândia (n = 1), Austrália (n = 1), Canadá (n = 1), China (n = 1) e Quênia (n = 1). Todos foram estudos randomizados e controlados (RTC).

Uma vez que as mulheres apresentam maior risco de serem agredidas e/ou mortas pelo parceiro íntimo, a amostra dos estudos foi composta unicamente por mulheres, com idades iguais ou superiores a 16 anos. A média de idades nos estudos variou entre 22 (Littleton et al., 2016) e 38 anos (Tiwari et al., 2010). Por sua vez, o tamanho das amostras variou entre 87 (Littleton et al., 2016) e 720 (Glass et al., 2017), compreendendo um total de 3363 participantes.

Ainda no que concerne às características da amostra, todos os estudos recorreram a amostras da comunidade, em síntese, todos os estudos utilizaram amostras por conveniência, ou seja, as participantes da intervenção teriam de ser obrigatoriamente vítimas de VRI, pelo menos há 6 meses, seja de agressão sexual, física ou psicológica.

Embora todos os estudos selecionados tivessem como objetivo avaliar a eficácia dos programas de intervenção para vítimas de VRI, estes fizeram-no para diferentes variáveis e/ou problemáticas. Três estudos avaliaram a eficácia na intervenção na VRI (e.g., Glass et al., 2017; Decker et al., 2020; Koziol-Mclain et al., 2018); um estudo a eficácia da intervenção nas estratégias e/ou comportamentos de segurança (e.g., Ford-Gilboe et al., 2020); outro a eficácia na intervenção na decisão de conflito (e.g., Eden et al., 2015); dois estudos avaliaram a eficácia da intervenção na saúde mental (i.e., depressão, ansiedade, PTSD) (e.g., Littleton et al., 2016; Tiwari et al., 2010); e por último um estudo avaliou a eficácia na intervenção orientada para a consciência, autoeficácia (Hegarty et al., 2019).

Para alcançar os objetivos descritos, os autores utilizaram diferentes instrumentos validados, meios digitais e abordagens terapêuticas. No que respeita à avaliação, os estudos

utilizaram 46 instrumentos devidamente validados e adaptados à população em estudo. As medidas mais frequentemente avaliadas são: a VRI e risco associado; o conflito de decisão; a depressão e a perturbação de stress pós-traumático. Além disso, dois estudos questionavam os participantes acerca da sua intenção para com a relação (e.g., “quais os planos para o futuro da relação?”) (Eden et al., 2015; Glass et al., 2017).

Relativamente aos meios digitais utilizados, grande parte dos estudos (n = 5) forneceu intervenções através de um computador e/ou portátil (Eden et al., 2015; Ford-Gilboe et al., 2020; Glass et al., 2017; Koziol-McLain et al., 2018; Littleton et al., 2016). As restantes intervenções foram administradas através do *tablet* (n = 1) (Decker et al., 2020), através de um computador, *tablet* ou *smartphone* (n = 1) (Hegarty et al., 2019), o restante estudo forneceu intervenção através do telefone, com auxílio de sessões presenciais (Tiwari et al., 2010).

No que diz respeito à base teórica ou tipo de intervenção utilizada, a maior parte dos estudos (n = 5) basearam-se no modelo de empoderamento de Dutton (1992, 1993) para desenvolver uma decisão de segurança (“safety aid decision”) (Decker et al., 2020; Eden et al., 2015; Ford-Gilboe et al., 2020; Glass et al., 2017; Koziol-McLain et al., 2018;). As restantes, na terapia cognitivo-comportamental (n = 1) (Littleton et al., 2016), no Modelo de Prontidão Psicossocial de Cluss e colaboradores (2006) (n = 1) (Hegarty et al., 2019) e por último, (n = 1) (Tiwari et al., 2010) contemplou uma intervenção baseada na sensibilização, baseada no Modelo de Empoderamento e no Modelo Psicossocial de Suporte Social.

Como resultado foram encontrados os seguintes programas de intervenção: “Internet Resource for Intervention and Safety” – IRIS (Eden et al., 2015; Glass et al., 2017); “I-Safe” (Koziol-McLain et al., 2018); “I-Decide” (Hegarty et al., 2019); “iCAN Plan 4 Safety” (Ford-Gilboe et al., 2020); “Advocacy Intervention” (Tiwari et al., 2010); “The From Survivor to Thriver Program” (Littleton et al., 2016); e “My plan Kenya App Intervention” (Decker et al., 2020).

1. Tipo de intervenções digitais

1.1 Auxílio à decisão de segurança. O planeamento de segurança é uma das intervenções mais recomendadas para responder à VRI e nesse sentido, seis estudos de vários países se referiram a intervenções de auxílio à decisão de segurança online (Decker et al., 2020; Eden et al., 2015; Ford-Gilboe et al., 2020; Glass et al., 2017; Hegarty et al., 2019; Koziol-McLain et al., 2018).

No caso de Decker et al. (2020), o objetivo foi avaliar a eficácia de um aplicativo móvel relativamente à tomada de decisão e planeamento de segurança (*app myPlan*) para prevenir e dar resposta à VRI, quando comparado a um (*tratamento usual*) padrão. O aplicativo *myPlan* foi projetado inicialmente como uma intervenção baseada em computador (Glass et al., 2010) e serve principalmente como um auxílio na decisão para ajudar as vítimas de VRI a tomar decisões informadas sobre sua segurança e bem-estar. Assim, como na maioria das intervenções digitais VRI, o aplicativo *myPlan* incluiu os seguintes componentes: (1) mitos de relacionamento, (2) características de um relacionamento saudável, (3) avaliação de bandeiras vermelhas ou sinais de alerta para um relacionamento inseguro, (4) avaliação de perigo, (5) prioridades de segurança e (6) plano de segurança adaptado (Alhusen et al., 2015; Glass et al., 2015). O preenchimento de todos os componentes leva entre 15 a 20 minutos para ser concluído. Os resultados mostraram que os sobreviventes de VRI no grupo experimental (*app myPlan*) melhoraram na pós-intervenção imediata relativamente à preparação para segurança ($p = 0.001$) em relação aos participantes do grupo de controle (Tratamento usual) ($M = 36.05$, $DP = 5.94$ vs. $M = 34.52$, $DP = 6.69$). Aos 3 meses, verificou-se um aumento na utilidade das estratégias de segurança usadas em relação aos participantes de controle (Tratamento usual) ($M = 3.51$, $DP = 1.12$ vs. $M = 3.11$, $DP = 1.07$, $p = 0.004$). A VRI reduziu em ambos os grupos ($p < 0.05$). Por fim, entre as mulheres que relataram o nível mais alto de

gravidade de VRI, as participantes da intervenção tiveram um aumento significativo na resiliência ($p < 0.01$) e uma diminuição significativa do risco de violência letal por 3 meses de acompanhamento ($p < 0.01$).

Eden et al. (2015) testaram, nos EUA, a eficácia do programa *IRIS* na redução do conflito de decisão após um único uso, quando comparado com o planejamento de segurança usual entregue por meio de um site seguro. Em comparação com o grupo controle, as mulheres vítimas de VRI alocadas no grupo experimental, no programa de auxílio à decisão de segurança, relataram um nível de conflito de decisão total significativamente menor ($\beta = -10$, $p = 0.002$; tamanho do efeito = 0.12). As mulheres em intervenção também tiveram uma redução significativamente maior no sentimento de incerteza ($\beta = -.08$, $p = .006$; tamanho do efeito = .07) e no sentimento de falta de apoio sobre a segurança ($\beta = -.03$, $p = .006$; tamanho do efeito = .07) do que o grupo de planejamento de segurança usual.

Também, Ford-Gilboe et al. (2020) avaliou o auxílio à decisão de segurança, no denominado *iCAN* Plano 4 Segurança (posteriormente denominado *iCAN*). Esta intervenção de segurança e saúde on-line personalizada desenvolvida no Canadá inclui perguntas de fundo (e.g., sobre planos para relacionamento abusivo), atividades interativas com o intuito de aumentar a consciência dos riscos de segurança e refletir sobre as prioridades, e um plano de ação personalizado que aborda questões de segurança e saúde. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi testar a eficácia do *iCAN* na melhoria das ações de saúde mental e segurança de mulheres adultas que sofrem de VRI. Para isso, comparou-se um grupo de mulheres que completaram o *iCAN* (grupo experimental) a um grupo de controle, que recebe informações gerais de segurança online que representam os cuidados habituais. Os resultados mostraram que as mulheres em ambos os grupos melhoraram ao longo do tempo nos resultados primários de depressão ($p < 0.001$), PTSD

($p < 0.001$) e todos os resultados secundários (e.g., conflito decisório). Contudo, o grupo de intervenção teve mais efeitos positivos relativamente à depressão ($ES = -0.27$ vs. $ES = -0.06$), PTSD ($ES = -0.19$ vs. $ES = -0.16$) e experiências de controle coercivo ($ES = -0.29$ vs. -0.03) para as mulheres que tinham filhos menores de 18 anos a morar em casa. Também no grupo de intervenção foram observados maiores efeitos para as medidas anteriores em mulheres que relataram violência mais grave no início do estudo (Depressão, $ES = -0.19$ vs. $ES = -0.14$; PTSD, $ES = -0.23$ vs. $ES = -0.14$; Experiências de controle coercivo, $ES = -0.37$ vs. $ES = -0.11$). Mulheres que moravam em centros urbanos de médio e grande porte, e não cohabitavam com os companheiros, apresentaram resultados semelhantes (Ford-Gilboe et al., 2020).

Glass et al., (2017) avaliou a eficácia do *IRIS* nos resultados de segurança e saúde mental no início do estudo, 6 meses e 12 meses entre as mulheres expostas à VRI. Este estudo foi o primeiro ensaio clínico aleatorizado longitudinal de um auxílio à decisão de segurança baseado na Internet para mulheres vítimas de abuso. Os participantes foram randomizados para: (1) grupo com intervenção de auxílio à decisão de segurança baseado na Internet (*IRIS*); ou (2) um grupo de controle (informações de segurança típicas disponíveis online). Aos 12 meses, não houve diferenças significativas entre os grupos ao nível da VRI, depressão ou PTSD ($p > 0.05$), embora as mulheres do grupo de intervenção revelaram um aumento nos comportamentos de segurança ($p < 0.05$) que classificaram como úteis desde o início ($M = 0.43$, $DP = 0.25$) a 12 meses ($M = 0.55$, $DP = 0.26$), e eram mais propensas a deixarem o parceiro abusivo aos 12 meses (63.0% vs. 53.0% para o grupo controle). Semelhante ao estudo anterior (Eden et al., 2015), as mulheres do grupo de intervenção revelaram significativamente menos conflito de decisão do que o grupo de controle, do pré-teste ao pós-teste ($\beta = -2.68$, $IC\ 95\% = -5.08, -0.28$, $p = 0.042$). Também é importante salientar que, em comparação com as mulheres que permaneceram

no relacionamento, as mulheres em ambos os grupos que terminaram o relacionamento por 12 meses relataram uma percentagem significativamente maior de comportamentos de segurança (61.1% vs. 47.5%, $p < 0.001$), maior redução de violência psicológica (11.69% vs. 7.5%, $p = 0.001$) e violência sexual (2.41% vs. 1.25%, $p = 0.001$) (Glass et al., 2017).

Hegarty et al. (2019) desenvolveu na Austrália o *I-DECIDE*, que consiste num programa de auxílio à decisão de segurança com a adição de uma ferramenta de relacionamento saudável. Este é elaborado com base no Modelo de Prontidão Psicossocial, além de um plano de ação individualizado que atende às prioridades da mulher para se manter ou abandonar o relacionamento. Esta intervenção inclui também técnicas de aconselhamento online para entrevistas motivacionais e resolução não diretiva de problemas. O objetivo principal deste estudo foi avaliar o efeito do *I-DECIDE* (grupo experimental) relativamente à autoeficácia, depressão, medo do parceiro e ações úteis tomadas para a segurança e o bem-estar, em comparação com um modelo não interativo, apenas informativo e site de controle estático que representa os cuidados habituais (grupo de controle). Os resultados indicaram que as mulheres do grupo de controle tiveram maiores pontuações de autoeficácia em 6 meses ($M = 28.1, DP = 4.4$ vs. $M = 27.5, DP = 5.2$) e 12 meses ($M = 29.0, DP = 5.0$ vs. $M = 27.8, DP = 5.4$) do que as mulheres do grupo de intervenção, mas não foram encontradas diferenças entre os grupos em depressão ($p > 0.05$), medo do parceiro ($p > 0.05$) ou número de ações úteis para segurança e bem-estar ($p > .05$) realizado em 6 meses ou 12 meses. Os resultados qualitativos indicaram que os participantes acharam que a intervenção de apoio aumentou a motivação para a ação.

Koziol-Mclain et al. (2018) tiveram como objetivo testar a eficácia do *iSAFE*, um programa de auxílio à decisão de segurança, baseado na Web, para mulheres com VRI.

O *iSAFE* também foi elaborado pelo modelo de capacitação no auxílio à tomada de decisão e inclui atividades de definição de prioridades para tomada de decisão, avaliação de risco e planos de ação de segurança personalizados. No entanto, esse auxílio à decisão foi desenvolvido com a intenção específica de ser direcionado tanto para Maori (mulheres indígenas da Nova Zelândia), quanto para mulheres não Maori. Os autores levantaram a hipótese de que o *iSAFE* melhoraria a saúde mental e reduziria a exposição à VRI. Os resultados indicaram que o *iSAFE* foi eficaz na redução dos sintomas depressivos em 3 meses (efeito de intervenção ajustada $M = -8.7$; IC de 95% -15.9 a -1.6, $p < 0.05$) e violência por parceiro íntimo em 6 meses (estimativa de intervenção ajustada $M = -14.19$; 95 % CI -24 a -4,37, $p < 0.05$) e 12 meses (estimativa de intervenção ajustada $M = -12.44$; IC 95% -23.35 a -1.54, $p < 0.05$), embora limitado a mulheres Maori. Estes resultados sugerem que as mulheres indígenas Maori eram mais propensas a beneficiar de intervenções personalizadas em termos de depressão e gravidade da violência, o que foi uma descoberta importante dado o aumento do risco de violência sobre as mulheres Maori em comparação com a população de mulheres da Nova Zelândia, e as consideráveis barreiras que elas enfrentam face à obtenção de apoio.

1.2 Terapia cognitivo-comportamental.

Um estudo realizado nos EUA avaliou a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental (Littleton et al., 2016) por meios digitais. Littleton et al. (2016) avaliou a eficácia de um programa cognitivo-comportamental interativo e online facilitado por terapeutas para PTSD relacionado com a violação, chamado *The From Survivor to Thriver*, quando comparado a um site de autoajuda psicoeducativa (grupo de controlo). Oitenta e sete universitárias com PTSD vítimas de violação foram randomizadas para completar o programa interativo ou o site de autoajuda psicoeducativa. O programa

interativo compreendeu três fases, divididas em nove módulos: (1) psicoeducação sobre PTSD e o impacto das relações sexuais indesejadas, bem como introduzir estratégias gerais de gestão do sofrimento e competências de coping saudáveis; (2) introduziu o modelo cognitivo e ensinou os participantes a identificar pensamentos automáticos distorcidos e inúteis, e a utilizar a técnica de perguntas desafiadoras para responder a esses pensamentos; (3) técnicas cognitivo-comportamentais para abordar preocupações específicas comuns entre as mulheres após a agressão sexual (e.g., dificuldades de confiança, autocensura pela agressão). Os resultados confirmaram que ambas as intervenções online foram eficazes na redução dos sintomas de PTSD do pré ao pós-tratamento: programa interativo, $t(22) = 7.02, p < 0.001, d = 2.22$; website psicoeducacional, $t(27) = 8.06, p < 0.001, d = 1.10$. Mulheres em ambos os programas experimentaram reduções significativas nos sintomas de depressão do pré ao pós-tratamento (programa interativo, $t(17) = 2.27, p = 0.037, d = 0.76$; site psicoeducacional, $t(24) = 4.07, p < 0.001, d = 0.86$) e ansiedade geral (programa interativo, $t(19) = 2.30, p = 0.03, d = 0.77$; site psicoeducacional, $t(22) = 5.63, p < 0.001, d = 0.87$).

1.3 Intervenção baseada na sensibilização

Um estudo, desenvolvido na China, referiu-se a uma intervenção baseada na sensibilização (Tiwari et al., 2010). Por meio de um ensaio clínico aleatorizado, este estudo teve como objetivo examinar a eficácia da intervenção nos sintomas depressivos de mulheres vítimas de abuso. A intervenção utilizada para este estudo foi uma intervenção menos intensiva (não mais de 12 horas no total) composta por um módulo de empoderamento, derivado do modelo de empoderamento de Dutton, e suporte social por telefone baseado na Teoria de Apoio Social de Cohen que consistia em 12 ligações semanais programadas e acesso 24 horas a uma linha direta para suporte social adicional.

O grupo de intervenção reduziu os valores de sintomas depressivos em 2,66 ($p < 0.05$) mais do que o grupo de controle (que recebeu um serviço comunitário usual) durante 3 a 9 meses, após ajuste para os valores base. Resultados semelhantes foram observados para a agressão psicológica do parceiro, uma vez que o grupo de intervenção reduziu significativamente a agressão psicológica do parceiro em 1,87 ($p = 0.01$) mais do que o grupo de controle, após o ajuste para a diferença base. Finalmente, em comparação com as do grupo de controle, significativamente mais mulheres do grupo de intervenção acharam a intervenção de defesa útil ou extremamente útil para melhorar as relações íntimas (93.8% vs. 81.7%; diferença entre os grupos, 12,1% [IC 95%, 2.1% a 22.0%]; $p = 0.02$) e em ajudá-los a resolver conflitos com seus parceiros íntimos (97.5% vs. 84.1%; diferença entre os grupos, 13,4% [IC 95%, 4.7% a 22.0%]; $p = 0.001$).

V. Discussão dos Resultados

Esta revisão compreensiva teve como objetivo explorar estudos de eficácia das intervenções online existentes para a vítimas de VRI.

Das oito intervenções encontradas seis são de ajuda à decisão de segurança. As intervenções orientadas para um planeamento de segurança são as mais recomendadas em intervenção com vítimas de VRI. Isso deve-se à necessidade de tomada de decisões difíceis que as vítimas enfrentam diariamente sobre a sua segurança e dos seus próximos, nomeadamente crianças a seu encargo (Campbell & Glass, 2009). Os aplicativos de ajuda à tomada de decisão são projetados para estarem 24 horas por dia disponíveis para vítimas de abuso de forma a ajudar nas decisões e aumentar a sua segurança independentemente da hora ou do dia (Campbell e Glass, 2009).

A maioria dos estudos (6) baseiam-se no modelo de empoderamento de Dutton (1993). Apenas em Tiwari et al. (2010), os participantes receberam um módulo presencial

do empoderamento de Dutton (1993), todas as outras intervenções encontradas foram realizadas exclusivamente através de meios digitais. Tem-se vindo a verificar que as intervenções digitais proporcionam de forma simples o acesso a redes formais, ajudam na procura de redes de apoio, diminuem o isolamento, promovem a autonomia, ajudam na tomada de decisão, motivam para a mudança e empoderamento (Decker et al., 2020).

Segundo os resultados dos estudos, as intervenções de ajuda à decisão de segurança são eficazes com mulheres vítimas de VRI na resolução de conflito, no apoio e segurança das suas decisões, mesmo aquando de uma única utilização do aplicativo online em comparação com os planeamentos usuais (e.g., Eden et al., 2015; Ford-Gilboe et al., 2020; Glass et al., 2017). Os resultados mostram também que existe maior eficácia na resolução de conflitos de decisão de segurança, quando é feita uma avaliação personalizada de necessidades de segurança, em comparação com os planeamentos estandardizados que fornecem informações usuais. Parece existir uma ligação entre a diminuição na resolução de conflitos e um aumento no envolvimento do planeamento de segurança por parte da vítima, aumentando os comportamentos de segurança (Decker et al., 2020; Glass et al., 2017). No geral, todas as intervenções online de ajuda à decisão de segurança incluídas nesta revisão mostram ser eficazes na redução do risco de violência física, psicológica e sexual (Decker et al., 2020b; Eden et al., 2015; Ford-Gilboe et al., 2020; Glass et al., 2017; Hegarty et al., 2019; Koziol-Mclain et al., 2018).

Ford-Gilboe et al. (2020), Koziol-Mclain et al. (2018) e Tiwari et al. (2010) abordaram a eficácia das intervenções online na saúde mental, e os resultados mostraram a eficácia na redução dos sintomas depressivos e/ou PTSD. É de salientar que a intervenção desenvolvida por Ford-Gilboe et al. (2020) apresentou valores mais altos na redução da depressão, PTSD e experiências de controle coercivo em vítimas com filhos menores a seu encargo, em vítimas que viviam em centros urbanos e que não viviam com

o agressor. Estes tipos de resultados sugerem e realçam a importância de intervenções mais personalizadas para diferentes tipos de puações e situações em que as vítimas se encontrem, e que através de estratégias de segurança específicas para cada uma delas possam abordar e contornar problemáticas como as questões económicas e geográficas, de forma a garantirem o bem-estar, saúde, segurança e planificar um futuro melhor (Ford-Gilboe et al., 2005).

Como conclusão, pode-se dizer que as intervenções online parecem ser eficazes com vítimas de VRI, mas muito mais estudos faltam por fazer. Por exemplo com vítimas de VRI gays, lésbicas, bissexuais, transgéneros, homens, imigrantes, refugiados, indígenas, entre outros tipos de vítimas que enfrentam muitas outras barreiras na procura de ajuda.

VI. Referências Bibliográficas

- Alhusen, J., Bloom, T., Clough, A., & Glass, N. (2015). Development of the MyPlan safety decision app with friends of college women in abusive dating relationships. *Journal of Technology in Human Services*, 33(3), 263–282.
<http://dx.doi.org/10.1080/15228835.2015.1037414>
- Alvarez, C., Debnam, K., Clough, A., Alexander, K., & Glass, N. (2018). Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings. *Research in Nursing & Health*, 41(2), 145–156. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.21853>
- Anderson, E., Krause, C., Meyer Krause, C., Welter, A., McClelland, D., Garcia, D. O., Ernst, K., Lopez, E., & Koss, M. (2019). Web-based and mHealth interventions for intimate partner violence victimization prevention: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(10), 1–15. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838019888889>

Anderson, J., Pollitt, E., Crowley, J., Holbrook, D., & Moret, J. (2020). A mixed-methods evaluation of college student and provider perspectives on a smartphone application for help-seeking after violence. *Journal of American College Health*, 1–7.

<http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2019.1705839>

Bagwell-Gray, M. E., Loerzel, E., Sacco, G. D., Messing, J., Glass, N., Sabri, B., Jock, B. W., Arscott, J., Brockie, T., & Campbell, J. (2020). From myPlan to ourCircle: adapting a web-based safety planning intervention for native American women exposed to intimate partner violence. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 1–18.

<http://doi.org/10.1080/15313204.2020.1770651>

*Bloom, T. L., Glass, N. E., Case, J., Wright, C., Nolte, K., & Parsons, L. (2014).

Feasibility of an online safety planning intervention for rural and urban pregnant abused women. *Nursing research*, 63(4), 243–251.

<http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0000000000000036>

Boxall, H., Morgan, A., & Brown, R. (2020). The prevalence of domestic violence among women during the COVID-19 pandemic. *Australasian Policing*, 12(3), 38–46.

Buttell, F., & Ferreira, R. J. (2020). The hidden disaster of COVID-19: Intimate partner violence. *Psychological Trauma: theory, research, practice, and policy*, 12(S1), S197–S198. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000646>

Calton, J. M., Cattaneo, L. B., & Gebhard, K. T. (2016). Barriers to help seeking for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer survivors of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(5), 1–16. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838015585318>

Campbell, A.M. (2020). Um risco crescente de violência familiar durante a Pandemia Covid-19: Fortalecendo as Colaborações Comunitárias para salvar vidas. *Forensic Science International: Relatórios*, 100089.

- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331–1336. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Campbell, J. C., Glass, N., Sharps, P. W., Laughon, K., & Bloom, T. (2007). Intimate partner homicide: Review and implications of research and policy. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(3), 246–269. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838007303505>
- Campbell, J. C., & Glass, N. (2009). Safety planning, danger, and lethality assessment. In C. E. Mitchell (Ed.), *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective*, (pp. 319–334). Oxford, UK: Oxford University Press
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(12), 231–280. <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>
- Carmo, R., Grams, A., & Magalhães, T. (2011). Men as victims of intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18(8), 355–359. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2011.07.006>
- Centers for Disease Control and Prevention (2017). *Intimate partner violence: definitions*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/index.html>
- *Choo, E. K., Zlotnick, C., Strong, D. R., Squires, D. D., Tapé, C., & Mello, M. J. (2016). BSAFER: A Web-based intervention for drug use and intimate partner violence demonstrates feasibility and acceptability among women in the emergency department. *Substance Abuse*, 37(3), 441–449. <http://dx.doi.org/10.1080/08897077.2015.1134755>
- CIG. (2020). Guia de Requisitos Mínimos para Programas e Projetos de Prevenção Primária da Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica. CIG. <https://www.portugal.gov.pt/download->

ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBQAAAB%2BLCAAAAAAABAAzNDCwMAMAeFIGVgUAAAA%3D

Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260–268.

[http://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00514-7](http://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00514-7)

*Constantino, R. E., Braxter, B., Ren, D., Burroughs, J. D., Doswell, W. M., Wu, L., Hwang, J. G., Klem, M. L., Joshi, J., & Greene, W. B. (2015). Comparing online with face-to-face HELPP intervention in women experiencing intimate partner violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(6), 430–438.

<http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2014.991049>

Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(8), e1003262.

<http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>

Decker, M. R., Wood, S. N., Kennedy, S. R., Hameeduddin, Z., Tallam, C., Akumu, I., Wanjiru, I., Asira, B., Omondi, B., Case, J., Clough, A., Otieno, R., Mwit, M., Perrin, N., & Glass, N. (2020a). Adapting the myPlan safety app to respond to intimate partner violence for women in low- and middle-income country settings: app tailoring and randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health*, 20, 1–13.

<http://doi.org/10.1186/s12889-020-08901-4>

- *Decker, M. R., Wood, S. N., Hameeduddin, Z., Kennedy, S. R., Perrin, N., Tallam, C., Akumu, I., Wanjiru, I., Asira, B., Frankel, A., Omondi, B., Case, J., Clough, A., Otieno, R., Mwititi, M., & Glass, N. (2020b). Safety decision-making and planning mobile app for intimate partner violence prevention and response: randomised controlled trial in Kenya. *BMJ Global Health*, 5(7), e002091. <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002091>
- Dutton, M. A. (2004). Complexity of women's response to violence: Response to Briere and Jordan. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1277–1282. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260504269683>
- Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R., & Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 4(2), 196–231. <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.4.2.196>
- *Eden, K. B., Perrin, N. A., Hanson, G. C., Messing, J. T., Bloom, T. L., Campbell, J. C., Gielen, A. C., Clough, A. S., Barnes-Hoyt, J. S., & Glass, N. E. (2015). Use of online safety decision aid by abused women: effect on decisional conflict in a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(4), 372–383. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.09.027>
- El Morr, C., & Layal, M. (2020). Effectiveness of ICT-based intimate partner violence interventions: a systematic review. *BMC Public Health*, 20(1), 1–25. <http://doi.org/10.1186/s12889-020-09408-8>
- Ellsberg, M., & Emmelin, M. (2014). Intimate partner violence and mental health. *Global Health Action*, 7(1), 25658. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.25658>
- Emezue, C. (2020). Digital or digitally delivered responses to domestic and intimate partner violence during COVID-19. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(3), e19831. <http://dx.doi.org/10.2196/19831>

- EPHPP, P. (2010). Quality assessment tool for quantitative studies. *Hamilton: The Effective Public Health Practice Project*. Retrieved from: <https://www.ephpp.ca/quality-assessment-tool-for-quantitative-studies/>
- European Union Agency for Fundamental Right (2021). Fundamental Rights Report. 236-259. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2021-fundamental-rights-report-2021_en.pdf
- Evans, M. L., Lindauer, M., & Farrell, M. E. (2020). A pandemic within a pandemic—Intimate partner violence during COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 383(24), 2302–2304. <http://doi.org/10.1056/NEJMp2024046>
- Feder, G. S., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A. R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, 166(1), 22–37. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.1.22>
- *Fiorillo, D., McLean, C., Pistorello, J., Hayes, S. C., & Follette, V. M. (2017). Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 104–113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.003>
- *Ford-Gilboe, M., Varcoe, C., Scott-Storey, K., Perrin, N., Wuest, J., Wathen, C. N., Case, J., & Glass, N. (2020). Longitudinal impacts of an online safety and health intervention for women experiencing intimate partner violence: randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 20(1), 1–17. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-8152-8>
- Ford-Gilboe, M., Wuest, J., & Merritt-Gray, M. (2005). Strengthening capacity to limit intrusion: Theorizing family health promotion in the aftermath of woman abuse. *Qualitative Health Research*, 15(4), 477–501. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732305274590>

- Freed, D., Havron, S., Tseng, E., Gallardo, A., Chatterjee, R., Ristenpart, T., & Dell, N. (2019). "Is my phone hacked?" Analyzing Clinical Computer Security Interventions with Survivors of Intimate Partner Violence. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 3(CSCW), 1–24. <http://dx.doi.org/10.1145/3359304>
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368(9543), 1260–1269. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- García-Moreno, C., Hegarty, K., Lucas d'Oliveira, A. F., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2014). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 385(9977), 1567–1579. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)
- Gelder, N. E., Rosmalen-Nooijens, K. A. W. L., Ligthart, S. A., Prins, J. B., Oertelt-Prigione, S., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2020). SAFE: an eHealth intervention for women experiencing intimate partner violence—study protocol for a randomized controlled trial, process evaluation and open feasibility study. *BMC Public Health*, 20(1), 1–8. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-08743-0>
- Glass, N., Clough, A., Case, J., Hanson, G., Barnes-Hoyt, J., Waterbury, A., Alhusen, J., Ehrensaf, M., Grace, K. T., & Perrin, N. (2015). A safety app to respond to dating violence for college women and their friends: the MyPlan study randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health*, 15(1), 1–13. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-2191-6>
- *Glass, N., Eden, K. B., Bloom, T., & Perrin, N. (2010). Computerized aid improves safety decision process for survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(11), 1947–1964. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260509354508>

- *Glass, N. E., Perrin, N. A., Hanson, G. C., Bloom, T. L., Messing, J. T., Clough, A. S., Campbell, J. C., Gielen, A. C., Case, J., & Eden, K. B. (2017). The longitudinal impact of an internet safety decision aid for abused women. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(5), 606–615. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.12.014>
- *Hassija, C., & Gray, M. J. (2011). The effectiveness and feasibility of videoconferencing technology to provide evidence-based treatment to rural domestic violence and sexual assault populations. *Telemedicine and e-Health*, 17(4), 309–315. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2010.0147>
- Hegarty, K. L., & Taft, A. J. (2001). Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(5), 433–437. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00288.x>
- *Hegarty, K., Tarzia, L., Valpied, J., Murray, E., Humphreys, C., Taft, A., Novy, K., Gold, L., & Glass, N. (2019). An online healthy relationship tool and safety decision aid for women experiencing intimate partner violence (I-DECIDE): a randomised controlled trial. *The Lancet Public Health*, 4(6), e301–e310. [http://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30079-9](http://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30079-9)
- Holmes, E., O'Connor, R., Perry, V., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A., Safran, R., Sweeney, A., Worthman, C., ... & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Jarnecke, A. M., & Flanagan, J. C. (2020). Staying safe during COVID-19: How a pandemic can escalate risk for intimate partner violence and what can be done to

provide individuals with resources and support. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 12(S1), S202–S204.

<http://dx.doi.org/10.1037/tra0000688>

Jewkes, R., & Dartnall, E. (2019). More research is needed on digital technologies in violence against women. *The Lancet Public Health*, 4(6), e270–e271.

[http://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30076-3](http://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30076-3)

Karakurt, G., Smith, D., & Whiting, J. (2014). Impact of intimate partner violence on women's mental health. *Journal of Family Violence*, 29(7), 693–702.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10896-014-9633-2>

Kaukinen, C. (2020). When stay-at-home orders leave victims unsafe at home: exploring the risk and consequences of intimate partner violence during the COVID-19 pandemic.

American Journal of Criminal Justice, 45(4), 668–679.

<http://dx.doi.org/10.1007/s12103-020-09533-5>

*Koziol-McLain, J., Vandal, A. C., Wilson, D., Nada-Raja, S., Dobbs, T., McLean, C., Sisk,

R., Eden, K. B., & Glass, N. E. (2018). Efficacy of a web-based safety decision aid for women experiencing intimate partner violence: randomized controlled trial. *Journal of*

Medical Internet Research, 19(12), e426. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.8617>

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *The world report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Kundel, H. L., & Polansky, M. (2003). Measurement of observer agreement. *Radiology*, 228(2), 303–308. <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.2282011860>

Linde, D., Bakiewicz, A., Normann, A., Hansen, N., Lundh, A., & Rasch, V. (2020).

Intimate partner violence and electronic health interventions: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12),

e22361. <http://dx.doi.org/10.2196/22361>

- Lindsay, M., Messing, J. T., Thaller, J., Baldwin, A., Clough, A., Bloom, T., Eden, K. B., & Glass, N. (2013). Survivor feedback on a safety decision aid smartphone application for college-age women in abusive relationships. *Journal of Technology in Human Services*, 31(4), 368–388. <http://doi.org/10.1080/15228835.2013.861784>
- *Littleton, H., Grills, A. E., Kline, K. D., Schoemann, A. M., & Dodd, J. C. (2016). The From Survivor to Thriver program: RCT of an online therapist-facilitated program for rape-related PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 41–51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.010>
- Macedo, E. (2015). Violência entre parceiros íntimos (VPI): Problema e sintoma no panorama das violências sobre as mulheres. *Ex aequo*, 31, 29–44. <http://dx.doi.org/10.22355/exaequo.2015.31.03>
- Mazza, M., Marano, G., Lai, C., Janiri, L., & Sani, G. (2020). Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. *Psychiatry Research*, 289, 113046. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113046>
- Miller, E., & McCaw, B. (2019). Intimate partner violence. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 850–857. <http://doi.org/10.1056/NEJMra1807166>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), Article e1000097. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moreira, D. N., & Costa, M. P. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 101606. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101606>
- O’Doherty, L. J., Taft, A., McNair, R., & Hegarty, K. (2016). Fractured identity in the context of intimate partner violence: Barriers to and opportunities for seeking help in

health settings. *Violence Against Women*, 22(2), 1–24.

<http://doi.org/10.1177/1077801215601248>

Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., & Gelder, N. (2020). *Pandemics and violence against women and children* (Vol. 528). Washington, DC: Center for Global Development.

Rempel, E., Donelle, L., Hall, J., & Rodger, S. (2019). Intimate partner violence: a review of online interventions. *Informatics for Health and Social Care*, 44(2), 204–219.

<http://doi.org/10.1080/17538157.2018.1433675>

Renker, P. R., & Tonkin, P. (2007). Postpartum women's evaluations of an audio/video computer-assisted perinatal violence screen. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 25(3), 139–147. <http://doi.org/10.1097/01.NCN.0000270040.14541.37>

Roddy, M., Georgia, E., & Doss, B. (2018). Couples with intimate partner violence seeking relationship help: Associations and implications for self-help and online interventions. *Family process*, 57(2), 293–307. <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12291>

Sabri, B., Njie-Carr, V. P. S., Messing, J. T., Glass, N., Brockie, T., Hanson, G., Case, J., & Campbell, J. C. (2019). The weWomen and ourCircle randomized controlled trial protocol: A web-based intervention for immigrant, refugee and indigenous women with intimate partner violence experiences. *Contemporary Clinical Trials*, 76, 79–84.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2018.11.013>

Simmons, C. A., Lindsey, L., Delaney, M. J., Whalley, A., & Beck, J. G. (2014). Real-world barriers to assessing and treating mental health problems with IPV survivors: a qualitative study. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(12), 2067–2086.

<http://dx.doi.org/10.1177/0886260514552275>

Sistema de Segurança Interna (2020). Relatório Anual de Segurança Interna 2020. RASI.

<https://www.portugal.gov.pt/downloadficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAABAzNDQ1NAUABR26oAUAAAA%3>

Spangaro, J. (2017). What is the role of health systems in responding to domestic violence?

An evidence review. *Australian Health Review*, 41(6), 639–645.

<http://dx.doi.org/10.1071/AH16155>

Stover, C. S., Meadows, A. L., & Kaufman, J. (2009). Interventions for intimate partner violence: Review and implications for evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 223–233.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0012718>

Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Medical Clinics of North America*, 99(3), 629–649.

<http://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.012>

Tadesse, A. W., Tarekegn, S. M., Wagaw, G. B., Muluneh, M. D., & Kassa, A. M. (2020). Prevalence and associated factors of intimate partner violence among married women during COVID-19 pandemic restrictions: a community-based study. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–19.

<http://doi.org/10.1177/0886260520976222>

Tarzia, L., Cornelio, R., Forsdike, K., & Hegarty, K. (2018). Women’s experiences receiving support online for intimate partner violence: how does it compare to face-to-face support from a health professional? *Interacting with Computers*, 30(5), 433–443.

<http://doi.org/10.1093/iwc/iwy019>

Tarzia, L., Iyer, D., Thrower, E., & Hegarty, K. (2017). “Technology doesn’t judge you”: Young Australian women’s views on using the internet and smartphones to address intimate partner violence. *Journal of Technology in Human Services*, 35(3), 199–218.

<http://doi.org/10.1080/15228835.2017.1350616>

- Tarzia, L., Murray, E., Humphreys, C., Glass, N., Taft, A., Valpied, J., & Hegarty, K. (2016). I-DECIDE: an online intervention drawing on the psychosocial readiness model for women experiencing domestic violence. *Women's Health Issues, 26*(2), 208–216. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2015.07.011>
- Thomas, C. R., Miller, G., Hartshorn, J. C., Speck, N. C., & Walker, G. (2005). Telepsychiatry program for rural victims of domestic violence. *Telemedicine & e-Health, 11*(5), 567–573. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2005.11.567>
- Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Farré, M., Hegarty, K., & Torrens, M. (2014). The efficacy of cognitive behavioural therapy and advocacy interventions for women who have experienced intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine, 46*(8), 567–586. <http://doi.org/10.3109/07853890.2014.941918>
- *Tiwari, A., Fong, D. Y. T., Yuen, K. H., Yuk, H., Pang, P., Humphreys, J., & Bullock, L. (2010). Effect of an advocacy intervention on mental health in Chinese women survivors of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Jama, 304*(5), 536–543. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1052>
- van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N. & Oertelt-Prigione, S. (2020). COVID-19: Reduzir o risco de infecção pode aumentar o risco de violência de parceiros íntimos. *EClinicalMedicine*, recuperado em 19 de abril de 2020 do doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100348.
- Westbrook, L. (2008). Understanding crisis information needs in context: The case of intimate partner violence survivors. *The Library Quarterly, 78*(3), 237–261. <http://doi.org/10.1086/588443>
- Wood, S. N., Glass, N., & Decker, M. R. (2021). An integrative review of safety strategies for women experiencing intimate partner violence in low-and middle-income countries.

Trauma, Violence, & Abuse, 22(1), 68–83.

<http://dx.doi.org/10.1177/1524838018823270>

World Health Organization (2012). *Understanding and addressing violence against women:*

Intimate partner violence (No. WHO/RHR/12.36). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2019). *RESPECT women: Preventing violence against women*

(No. WHO/RHR/18.19). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *WHO guideline: recommendations on digital*

interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2020). *COVID-19 and violence against women: what the*

health sector/system can do (No. WHO/SRH/20.04). World Health Organization.

Wuest, J., Ford-Gilboe, M., Merritt-Gray, M., & Berman, H. (2003). Intrusion: The central

problem for family health promotion among children and single mothers after leaving

an abusive partner. *Qualitative Health Research*, 13(5), 597–622.

<http://doi.org/10.1177/1049732303251231>

Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family violence and

COVID-19: increased vulnerability and reduced options for support. *International*

Journal of Mental Health Nursing, 29, 549–552. <http://doi.org/10.1111/inm.12735>

*Zlotnick, C., Wernette, G. T., & Raker, C. A. (2019). A randomized controlled trial of a

computer-based brief intervention for victimized perinatal women seeking mental health

treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 22(3), 315–325.

<http://doi.org/10.1007/s00737-018-0895-1>