

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Intervenções Digitais Dirigidas a Ofensores:

uma Revisão Sistemática

Filipa Lima Seixas, número 29946

Dissertação de Mestrado em

Psicologia Clínica Forense – Intervenção com Agressores e Vítimas

Orientação:

Professora Doutora Anita Santos

Outubro de 2021





Filipa Lima Seixas

Nº 29946

Intervenções Digitais Dirigidas a Ofensores: uma Revisão Sistemática

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Forense – Intervenção com Agressores e
Vítimas

Trabalho realizado sob a orientação da Prof.^a Doutora Anita Santos

Universidade da Maia – ISMAI

Outubro, 2021

Agradecimentos

Primeiramente, quero agradecer à orientadora da presente tese, Professora Doutora Anita Santos, não só pela orientação prestada, pela disponibilidade contínua e pelo seu profissionalismo, mas também pela oportunidade de integrar um projeto tão importante como o *SafeCheck*.

Agradeço também a todos os professores que se cruzaram ao longo do meu percurso académico, contribuindo para todo o conhecimento adquirido e para a consolidação das minhas ambições, bem como, à minha colega Cláudia Calaboiça, por ter sido a minha parceira e juíza na seleção e avaliação dos artigos incluídos na presente revisão, pelo seu empenho e por tantas vezes ter partilhado o seu conhecimento técnico, ensinando-me.

Por fim, quero agradecer à minha avó e aos meus pais porque sem eles fazer este mestrado nunca seria possível. Agradeço não só pelas oportunidades de enriquecimento curricular e motivação que me deram, bem como pelo exemplo de dedicação e empenho que me transmitiram ao longo do meu crescimento. Por me inculirem que o saber e a formação são prioridade e terem-se sacrificado para me proporcionar o acesso a estes, o meu muito obrigado a todos aqueles que acreditam em mim.

Resumo

A violência e o comportamento criminal consistem em problemas de saúde pública com elevado impacto a nível social e económico. Assume-se, portanto, de extrema importância a avaliação do risco de reincidência, a intervenção e a reintegração do ofensor na sociedade. A pandemia COVID-19 e as consequentes medidas de controlo implementadas vieram trazer consequências para o comportamento e saúde mental dos ofensores, bem como condicionar a resposta dada aos mesmos, nomeadamente no que concerne às intervenções de carácter presencial implementadas com esta população. Neste âmbito, as intervenções digitais possibilitam superar os desafios impostos pela pandemia, garantindo a continuidade da intervenção e reabilitação dos ofensores, ainda que à distância. Perante este cenário, surge a necessidade de mapear as intervenções com recurso a meios digitais existentes e que têm sido implementadas com ofensores adultos. Para o efeito, foram realizadas pesquisas nas bases de dados da EBSCO, da *PubMed*, e da *Web of Science*. Obtiveram-se inicialmente 1130 artigos. Dos 16 artigos considerados elegíveis e incluídos na presente revisão, identificaram-se dez intervenções digitais. Globalmente, os estudos apontam no sentido de uma maior eficácia das intervenções digitais com a população ofensora, comparativamente com intervenções tradicionais face-a-face. Constata-se, contudo, uma dispersão ao nível das populações e problemáticas trabalhadas, bem como do tipo de intervenções digitais utilizadas. Num contexto pandémico como o atual, as intervenções digitais consistem em ferramentas facilitadoras da intervenção psicológica com benefícios ao nível dos recursos humanos e económicos despendidos, e a sua utilização deve ser potenciada com vista a obtenção de melhores resultados com a população ofensora.

Palavras-chave: pandemia COVID-19, intervenções digitais, ofensores, revisão sistemática da literatura.

Abstract

The present study appears as a result of the impact of the COVID-19 pandemic, when governments exhaustively strive to find ways of detaining contamination by the virus SARS-COV-2, which according to the literature may have been one of the causes for the increase of domestic violence. According to the implementation of measures to avoid contamination, the remote support was prioritised, which led to the need of finding new ways of giving support. The present study aims to understand, through individual semi-structured interviews to people with a prior history of victimation, how support was given to the victims during the pandemic, and to understand the acceptance and opinion in relation to the required features of a mobile application for the risk assessment by victims of violence in intimate relationships. This made clear that there is a perception of the increase of violence and a consequent search for help, besides the less perception of safety and less resources available to the victim to get out of the relationship and ask for help, during the pandemic. In relation to the first confinement, there is a perception of home-prison as well as of the possible outbreak of danger by the participants, when they imagine themselves in a period of confinement with the aggressor of their past, adding that some survival strategies would have to be implemented to prevent violence. It became clear that there is a positive perception of the usefulness of a digital system to evaluate the risk, having validated its functions and safety mechanisms.

Keywords: Violence in Intimate Relationships; Victims; Risk Assessment; Remote Support; Pandemic.

Índice

1. Introdução	1
I. Intervenções Através De Meios Digitais Dirigidas a Ofensores	3
1. Comportamento Criminal e Reabilitação	3
2. A Intervenção Com Ofensores	6
3. Comportamento Criminal, Reabilitação e a Pandemia Por COVID-19.....	8
1. Intervenções Com Recurso a Meios Digitais	10
II. Método	13
1. Estratégia de Pesquisa	13
2. Critérios de Inclusão e Exclusão	14
3. Seleção dos Artigos	14
4. Avaliação da Qualidade dos Artigos	16
III. Resultados	18
1. Caraterização da Amostra.....	18
2. Caraterização das Intervenções Digitais.....	23
3. Intervenções Motivacionais.....	24
Journey to Change	24
Brief Negotiating Interviewing (BNI)	26
Motivational Assessment Program to Initiated Treatment (MAPIT)	27
Brief Motivational Gambling Intervention	35
4. Intervenções Cognitivo-Comportamentais	37
Therapeutic Education System (TES)	37

Online Cognitive Treatment for Problematic Anger	40
Breaking Free Online (BFO).....	42
Interpretation Bias Modification – Hostility (IBM-H)	42
Steering Clear First Offender Drink Driving Program.....	44
Brief Online Intervention to Address Aggression.	45
IV. Discussão	46
Implicações para a Prática	49
Conclusão	50
Referências Bibliográficas	51

1. Introdução

A presente Dissertação foi realizada com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Forense – Intervenção com Agressores e Vítimas. A investigação integrante desta dissertação fez parte do Projeto “App *SafeCheck* – Avaliação e Gestão do Risco com Vítimas de Violência nas Relações de Intimidade” financiada pela FCT, através do Apoio *Gender Research 4COVID-19*, referência 067, coordenado pela Prof.^a Doutora Anita Santos.¹ Perante o desenvolvimento deste projeto, houve a necessidade de fazer um levantamento das intervenções digitais dirigidas a ofensores que já estivessem implementadas, a sua pertinência exacerbou-se perante as regras da DGS em relação ao período pandémico da doença COVID-19 uma vez que afetou em larga escala os meios e recursos disponíveis para a intervenção com ofensores, particularmente aqueles que se encontravam em reclusão durante o período de pandemia, por verem os seus direitos restringidos, nomeadamente o acesso à intervenção psicológica e outras.

Assim, a presente revisão sistemática tem como objetivo elencar os estudos existentes sobre esta matéria, de forma a poder compreender a sua eficácia e a possível implementação destes de forma mais alargada e consistente, assim como avaliar os benefícios que intervenções através de meios digitais poderiam trazer não só para os ofensores, mas também para os técnicos que contactam com estes diariamente.

¹ A investigação integrante desta dissertação fez parte do Projeto “App *SafeCheck* – Avaliação e Gestão do Risco com Vítimas de Violência nas Relações de Intimidade” financiada pela FCT, através do Apoio *Gender Research 4COVID-19*, referência 067, coordenado pela Prof.^a Doutora Anita Santos. o estudo foi submetido para publicação com o título “A Systematic Literature Review on Interventions aimed at Offenders using Digital Means: Contributions for the COVID- 19 Pandemic Situation”.e aguarda revisão.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas partes, sendo que a primeira se traduz num enquadramento teórico no qual se explora o comportamento criminal, os programas de reabilitação dos ofensores e a sua génese e, por fim, a pertinência destes serem administrados através de meios digitais. A segunda parte da dissertação debruça-se no estudo empírico, nomeadamente a descrição e análise dos artigos incluídos na presente revisão.

I. Intervenções Através De Meios Digitais Dirigidas a Ofensores

1. Comportamento Criminal e Reabilitação

A violência é, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, entendida como um problema mundial de saúde pública. As ofensas criminais (*criminal offending*) incluem comportamentos que podem assumir contornos mais ou menos violentos, desde o roubo aos atos destrutivos e agressões, sejam estas de carácter sexual ou físico, envolvendo ferimentos e, em última instância, a morte (WHO, 2002). Nesta linha, os indivíduos que cometem estas ofensas – designadamente, ofensores – podem ser vistos como um grupo heterogéneo, caracterizados em diversas tipologias, consoante a ofensa em causa.

O crime está associado a outras problemáticas como o consumo de substâncias, a violência, a agressividade/raiva, a condução alcoolizada, o vício do jogo, entre outras (Toce-Gerstein et al., 2003). Altas taxas de consumo de substâncias são encontradas em ofensores. É estimado que 50-66% dos ofensores tenham critérios DSM para dependência e abuso de substâncias, enquanto que na população geral dos EUA é apenas de cerca de 9% (Substance Abuse and Mental Health Administration [SAMHSA], 2011). Adicionalmente, as percentagens de HIV entre os prisioneiros é aproximadamente três vezes superior à população em geral (Walters et al., 2014). De acordo com Braithwaite e Arriola (2008), 25% dos americanos infetados com HIV estão envolvidos no sistema criminal. De facto, a investigação sugere que o envolvimento na justiça criminal se relaciona com comportamento sexual de risco e maior prevalência de HIV, porque há maior contacto com grupos de risco, há maior prevalência de uso de drogas, de práticas de injetáveis, uma vez que, as redes de apoio e a coesão social nesta população são menores (Lang & Belenko, 2001; Walters et al., 2014).

À semelhança das drogas, o abuso de álcool representa um problema de saúde pública que tem sido associado a múltiplos resultados negativos, incluindo suicídio, acidentes de carros, violência doméstica, etc.. (e.g., Boschloo et al., 2012; Hasin et al., 2007). A investigação mostra que o afeto negativo tem um papel importante no desenvolvimento e manutenção dos problemas com o álcool, sendo frequente a comorbilidade com perturbações psiquiátricas (Grant et al., 2015).

Outra problemática relacionada ao crime é os problemas com o jogo. Nos EUA, a taxa de prevalência do distúrbio do jogo, na população adulta, é de cerca de 1% (Petry et al., 2005). No entanto, quando se fala de população relacionada com sistema de justiça criminal, a taxa de prevalência sobe para 19-33% (Williams et al., 2005). Esta problemática tem consequências significativas em múltiplos domínios do funcionamento, nomeadamente na área financeira, relacional, legal e social, suscitando, por vezes, problemas de saúde mental (Weinstock et al., 2017). A impulsividade e a raiva são traços que se manifestam na dificuldade com um conjunto de comportamentos imprudentes/precipitados incluindo, o vício do jogo/apostas, abuso de álcool e drogas, automutilação, violência física e sexual, etc. (Berg et al., 2015; Puhalla et al., 2016). O comportamento criminal tem um elevado impacto não só social, como económico (Anderson, 1999) e, nesse sentido, a avaliação do risco de reincidência deste tipo de comportamento, sua redução, e devida reintegração do ofensor na sociedade civil, assume-se de extrema importância (Callender, 2020). Contudo, e independentemente do tipo de ofensor, existem necessidades criminógenas que carecem de intervenção a fim de reduzir o risco de reincidência e que, se não forem acauteladas, traduzem-se num maior dano para a sociedade e para o próprio indivíduo (Walkers et al., 2014). No entanto, a maioria dos indivíduos envolvidos no sistema criminal não recebem o tratamento apropriado e entram num círculo vicioso de consumos e crime (Taxman et al., 2007). As

estimativas sugerem que cerca de 50% dos homens e 33% das mulheres reclusas, com perturbações de uso de substâncias, requerem serviços de tratamento na prisão (Belenko & Peugh, 2005). Contudo, as melhores estimativas disponíveis mostram que apenas cerca de 20% a 25% dos que necessitam de tratamento o recebem efetivamente (Taxman et al., 2007).

A prisão, além de dever promover a oferta de condições de trabalho, educação, formação profissional e lazer, adquire um importante papel na aquisição de competências por parte dos reclusos, através da promoção de programas de competências relacionais e interpessoais, que trabalham a mudança de atitudes, de cognições, de comportamentos e de estilos de vida (Czerwinski et al., 2014). Os programas de reabilitação foram pela primeira vez implementados nas prisões nos finais dos anos 60, mas da sua aplicação não resultaram melhorias visíveis, o que conduziu a um recuo na implementação destes programas e o retorno às políticas de justiça punitiva. Nos finais dos anos 80, um número razoável de meta-análises e de revisões sistemáticas emerge, apoiando a eficácia da reabilitação e a evidência científica começa a apontar para a existência de determinados fatores que podem influenciar o sucesso de uma intervenção, bem como para o tipo de programas mais prováveis de resultar na diminuição da reincidência (Durrant, 2018).

As instalações “correcionais” são cenários ideais para a realização de intervenções de prevenção, por exemplo, do abuso de substâncias e do HIV. As pessoas encarceradas/presos são acessíveis, com poucas exigências no seu tempo e são encorajadas a reavaliar as suas escolhas de vida. Uma vez livres da prisão, os ofensores, consumidores de substâncias, que não foram alvo de intervenção, são mais suscetíveis de recair no consumo de drogas e de serem reencarcerados, comparativamente aos que receberam tratamento (e.g, Matheson et al. 2011). Ainda assim, a adoção generalizada de intervenções psicossociais baseadas na evidência, para o tratamento do consumo de

substâncias, é pouco frequente, pois são identificadas várias barreiras à sua implementação. A principal tem a ver com os custos económicos. A implementação destas intervenções pode ser muito dispendiosa, requerendo muitas vezes recursos financeiros e de pessoal não tipicamente disponíveis em contextos de justiça criminal. Além disso, levantam-se barreiras relacionadas com a necessidade de fiabilidade, que nem sempre é possível garantir nas condições das prisões, em que a rotatividade de pessoal é grande. Assim, a compatibilidade limitada das intervenções baseadas na evidência, juntamente com as realidades do sistema de justiça criminal criam barreiras significativas na transferência para a prática de intervenções baseadas na evidência científica (Chaple et al., 2014, 2016).

2. A Intervenção Com Ofensores

Hoje sabe-se que a punição do comportamento criminal de um ofensor, por si só, não elimina a criminalidade e tem pouco efeito na sua probabilidade de reincidência. De igual modo, nem todos os ofensores reincidem. Estes dados alertam-nos para a necessidade de se efetuar a avaliação do risco de re-ofensa, no sentido de adequar a intervenção a implementar. Com vista a obtenção de melhores resultados, os programas de reabilitação de ofensores devem procurar ir ao encontro das necessidades destes ofensores e orientar-se tendo por base os princípios do risco, necessidade, e responsividade – os três pilares que sustentam o modelo Risco-Necessidade-Responsividade (RNR; Andrews & Bonta, 2010). De acordo com este modelo, as intervenções devem ser adequadas ao risco de reincidência, sendo importante a adaptação da duração e intensidade da intervenção tendo por base o risco de o ofensor reincidir; indivíduos com baixo risco de reincidência são pouco prováveis de beneficiarem de um tratamento para ofensores de alto risco. Neste sentido, programas mais intensivos deverão

ser direcionados aos ofensores de alto risco, enquanto ofensores de baixo risco beneficiariam de programas mais leves, curtos, ou até mesmo de nenhum programa.

Aliada à avaliação do risco, devem estar ainda as necessidades relacionadas com o comportamento criminoso, bem como a responsividade e adequação da intervenção às características e especificidades particulares do ofensor. As intervenções que contemplam estes princípios tendem a apresentar-se como mais eficazes, comparativamente com que as que não o fazem (Andrews & Dowden, 2005). Especificamente, Andrews e Bonta (2010) defendem que os programas de reincidência devem debruçar-se sobre as necessidades criminógenas. Os ofensores têm várias necessidades, algumas estão funcionalmente relacionadas com o comportamento criminal (fatores de risco dinâmicos), enquanto outras têm um efeito menor ou não causal em relação ao comportamento criminal.

Diferentes estudos secundários (meta-análises) na área da violência doméstica têm identificado o que funciona no aumento da eficácia de programas de intervenção, oferecendo evidência sobre como aumentar o impacto dessas intervenções. A investigação desenvolvida revelou a importância de considerar variáveis como o risco dos ofensores (o programa fornece os serviços mais intensivos para os ofensores de maior risco?), as necessidades dos ofensores (o programa dá resposta às necessidades dos participantes, como os problemas de abuso de substâncias que estão associados ao aumento da probabilidade de reincidências?) e a responsividade (está o programa adaptado às características individuais, como capacidades, motivações, preferências, personalidade, idade, género e cultura dos participantes?), que é a variável que menos atenção tem recebido por parte dos programas de intervenção (Levesque et al., 2012).

No caso do vício do jogo, de acordo com Suurvali e colaboradores (2009), os principais obstáculos ao tratamento são: o orgulho, a vergonha, a negação/disposição para

admitir um problema, falta de conhecimento em torno das opções de tratamento, custos financeiros, e falta de recursos/práticas, etc.. No entanto, quando há intervenção nestes problemas com o jogo, a taxa de sucesso é bastante alta, na redução da frequência e intensidade do jogo (Yakovenko et al., 2015).

Atualmente, os programas de intervenção que se encontram implementados, nem sempre recaem em intervenções cuja eficácia esteja já comprovada e verificam-se, entre elas, elevadas taxas de desistência dos indivíduos que os frequentam de forma voluntária. No caso dos indivíduos que são coercivamente obrigados a frequentá-los, por decisão judicial, a primeira limitação imposta ao sucesso da intervenção é a motivação para a mudança, que se assume como o ponto de partida imperativo na intervenção (Walkers et al., 2014).

3. Comportamento Criminal, Reabilitação e a Pandemia Por COVID-19

Com o desenrolar da pandemia COVID-19, as dinâmicas do comportamento criminal vieram também a alterar-se, ainda que não se possa afirmar ou prever com fidelidade as consequências da COVID-19 na criminalidade. Contudo, verificou-se já que alguns crimes desceram significativamente em determinados locais, da mesma forma que se assistiu a um aumento de outro tipo de crimes como fraudes e venda de bens contrafeitos, que é expectável que gradualmente se venham a intensificar (Stickle & Felson, 2020). Com a pandemia também se verificaram mudanças no comportamento dos ofensores.

Em Portugal, e de acordo com os dados do RASI 2020, as restrições impostas pela COVID-19, particularmente as de circulação e mobilidade, resultaram em evidente impacto na criminalidade registada em 2020. A análise mensal dos níveis de criminalidade permite identificar que as descidas mais acentuadas aconteceram durante

os estados de emergência, nomeadamente de março a maio e de outubro a dezembro (Sistema de Segurança Interna – Gabinete do Secretário Geral, 2021). Os resultados de 2020 constituem o valor mais baixo de sempre. Na criminalidade geral verificou-se uma diminuição nos (a) crimes de furto por carteirista e furto de objeto não guardado, (b) no crime de ofensa à integridade física voluntária simples, (c) no crime de condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2gl e (d) no crime de contrafação e falsificação de moeda e passagem de moeda falsa. Na criminalidade violenta/grave houve uma diminuição no crime de roubo em via pública (exceto esticção) e de crime de roubo por esticção (Sistema de Segurança Interna – Gabinete do Secretário Geral, 2021).

A população em reclusão é particularmente suscetível à COVID-19 devido aos ambientes sobrelotados em que vivem, frequentemente mal ventilados e com serviços de saúde subaproveitados. A mudança frequente de pessoal e o movimento de pessoas presas dentro e fora, e entre prisões, contribuem para múltiplos pontos de entrada da COVID-19 e para a sua rápida disseminação (Johnson et al., 2021). As pessoas encarceradas correm risco elevado de COVID-19, também pela alta de doenças crónicas que frequentemente lhes estão associadas, tais como diabetes e hipertensão. O facto de uma parte da população reclusa ser fisicamente vulnerável fez com que estes se sentissem naturalmente preocupados, exponenciando os seus níveis de *stress*, ansiedade e consequente necessidade de apoio psicológico (Khotari et al., 2021). Isto pode ser ainda mais exacerbado pelas medidas de prevenção e controlo de infeções nas prisões, que se concentram em restringir o acesso dos prisioneiros uns aos outros e aos visitantes externos. As medidas implementadas incluem o distanciamento social, o cancelamento de todas as visitas e limitação do tempo que os prisioneiros passam fora da sua cela. Isto resultou em pessoas presas a serem trancadas em celas durante 23 ou mais horas o que, claramente, provocou um impacto adverso na saúde mental e bem-estar destes indivíduos

(Johnson et al., 2021), podendo intensificar algumas das suas problemáticas, como violência, agressividade, raiva, consumos, entre outros.

Não só as prisões sofreram impacto do Covid-19, os tribunais suspenderam julgamentos, entre outras questões processuais que sofreram atrasos, o que leva a altos níveis de ansiedade junto dos reclusos, particularmente aqueles que se encontram em prisão preventiva – período normalmente marcado por especial vulnerabilidade, altos níveis de ansiedade e uma sensação de incerteza na espera de decisões judiciais. Estas emoções podem ser intensificadas pelo receio de contrair a doença e a imprevisibilidade das medidas tomadas para conter o contágio. Entre as várias restrições, a proibição das visitas familiares em muitos estabelecimentos prisionais não contribuiu para mitigar os níveis de ansiedade. O suicídio e a mutilação já registam taxas altas por todo o mundo, especialmente entre reclusos preventivos, o que ressalta a importância de manter a intervenção e apoio psicológico junto destes indivíduos, principalmente quando estes constituem um alvo vulnerável da doença COVID-19 (Hewson et al., 2020).

1. Intervenções Com Recurso a Meios Digitais

Assim, para intervir e tratar pode e deve pensar-se em novas formas e aprimorar as já conhecidas, de modo a ir ao encontro das necessidades e especificidades da população ofensora. Neste âmbito, as intervenções com recurso a meios digitais têm vindo a emergir desde o início dos anos 90 (Barber, 1990) e são referidas na literatura como intervenções eficazes de saúde pública, com maior expressão nos programas que visam a intervenção ao nível do uso de substâncias e redução de comportamentos de risco (Johnson et al., 2020). Uma intervenção digital traduz-se em qualquer tipo de intervenção que utilize os meios digitais para intervir, podendo assumir várias facetas tendo em conta o maior ou menor recurso à vertente digital. Neste sentido, pode incluir intervenções digitais por meio de aplicações móveis, intervenções baseadas na *web*, acessíveis via

computador, *tablet* ou *smartphone*, bem como plataformas eletrônicas numa modalidade *online* (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018). As intervenções computadorizadas têm o potencial de atingir um público mais vasto do que aquele que é possível utilizando os modelos tradicionais (Marsch, 2011). Simultaneamente, demonstraram ser tão eficazes como as abordagens de aconselhamento, relatando os sujeitos um maior envolvimento com o programa, períodos mais longos períodos de abstinência e maior satisfação (Bickel et al., 2011).

A tecnologia está cada vez mais, e de forma mais marcada, presente na maioria dos aspetos do nosso quotidiano. Este cenário é visível inclusive nos estabelecimentos prisionais, nos quais se assiste a uma realidade em que os reclusos, ainda que ilegalmente, obtêm acesso a *smartphones* e possuem destreza suficiente para deles fazer uso. Este facto traz algumas vantagens. Particularmente, o aumento do acesso a computadores e a partes da Internet permitiu que ofensores em muitos países tivessem acesso a uma gama muito mais ampla de cursos educacionais e vocacionais do que os oferecidos dentro das prisões (Bagaric et al., 2017). Além disso, o acesso às tecnologias digitais aumenta a possibilidade de recorrer a intervenções psicológicas ou psicossociais digitais baseadas em evidência, para ajudar os ofensores a superar algumas das dificuldades que enfrentam e que geralmente sustentam os seus crimes, incluindo intervenções para uso indevido de substâncias, comportamento violento e programas de habilidades mentais (The Centre for Social Justice, 2021).

No contexto pandémico causado pela doença COVID-19, perante os constrangimentos consequentes das medidas de restrição impostas ao longo do tempo (e.g., limitação à mobilização das pessoas aos serviços; acompanhamento terapêutico presencial, nomeadamente, nos grupos de intervenção, limitado quanto ao número de participantes ou possivelmente suspenso, se não reunidas as condições sanitárias), torna-

se imperativo analisar novas ferramentas e meios alternativos que se verifiquem úteis e possibilitem a intervenção com os ofensores (Spencer et al., 2021). Neste sentido, as intervenções com recurso a meios digitais assumem uma especial relevância, pois permitem contornar os desafios que se impõem na dinâmica presencial – o referencial teórico, a forma de comunicar, e o design da tecnologia permitem agrupar subgrupos ou ofensores de forma individual de acordo com as suas características, necessidades, e ou contexto (Kip, 2018), permitindo, ainda que à distância, uma intervenção consistente com o objetivo primário de prevenir a reincidência criminal através de fatores relacionados ao delito, como comportamento antissocial ou estratégias de *coping*.

Inclusive fora do contexto pandémico, o uso dos meios digitais na intervenção pode apresentar-se útil não só pelos constrangimentos acima enunciados, mas também quando os indivíduos que procuram a prevenção e a intervenção se encontram impossibilitados de comparecer aos programas por diversos motivos, sejam eles motivos financeiros, geográficos, ou até mesmo de agenda (Meijer, 2017; Nações Unidas, 2018). As intervenções baseadas na tecnologia demonstram também ser eficazes na promoção da adesão ao tratamento numa série de contextos de cuidados de saúde e comunidades (e.g., Free et al., 2013; Head et al., 2013). A tecnologia está a expandir-se exponencialmente, criando novas oportunidades de influenciar o comportamento.

Existem já várias intervenções através de meios digitais em contexto educativo, outras em contexto forense, maioritariamente versando o abuso de substâncias (devido à elevada prevalência de problemas aditivos entre os ofensores, como já referido anteriormente), ainda que a avaliação da eficácia destas últimas não esteja tão explorada quanto desejável. Ainda assim, alguma evidência científica sugere que a informação obtida numa base *web* pode ser ainda mais válida do que a informação recolhida face-a-face, especialmente quando se refere a tópicos sensíveis como o uso de substâncias e o

risco de HIV (e.g., Johnson et al., 2007). Várias vantagens têm sido associadas à metodologia *online*, a saber: (1) nenhum ou baixo contacto com investigador e outros elementos, o que aumenta o custo-benefício da investigação/intervenção; (2) permite uma recolha de dados automática e o *follow-up*; e (3) os resultados podem ser disseminados com baixa perda de fiabilidade (Hester & Miller, 2006).

Como tal, a elaboração desta revisão sistemática da literatura assume-se como imperativa para se conhecer o ponto atual da intervenção junto dos ofensores adultos, recolhendo todos os estudos e dados referentes à temática. A escassez de estudos a este nível, aliada à necessidade de se inovar e adaptar as intervenções de forma a melhor ir ao encontro das especificidades desta população, torna necessário agrupar o atual conhecimento acerca das intervenções dirigidas aos ofensores que fazem recurso a meios digitais. Neste sentido, a presente revisão sistemática da literatura tem como objetivo geral responder à questão de investigação: que intervenções através de meios digitais existem e têm sido implementadas com ofensores adultos? De forma a colmatar lacunas existentes, definiu-se, ainda, como objetivo específico, sempre que possível, avaliar a eficácia dessas mesmas intervenções.

II. Método

1. Estratégia de Pesquisa

A presente revisão sistemática foi conduzida tendo por base as diretrizes do *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Higgins & Green, 2011) e dos *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA; Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). Para o efeito, foram realizadas pesquisas paralelas e independentes em três bases de dados eletrónicas, nomeadamente, na EBSCO, na *PubMed*, e na *Web of Science*, utilizando a seguinte expressão de pesquisa: AB (batter* OR abuser* OR perpetrator* OR offend* OR domestic violence offend* OR aggress*

OR intimate partner aggress*) AND AB (digital intervent* OR digital therap* OR digital treat* OR digital program* OR digital strateg* OR digital train* OR web-based intervent* OR web-based therap* OR web-based treat* OR web-based program* OR web-based strateg* OR web-based train* OR online intervent* OR online therap* OR online treat* OR online program* OR online strateg* OR online train* OR internet-based intervent* OR internet-based therap* OR internet-based treat* OR internet-based program* OR internet-based strateg* OR internet-based train* OR computerized intervent* OR computerized therap* OR computerized treat* OR computerized program* OR computerized strateg* OR computerized train* OR computer-assisted intervent* OR computer-assisted therap* OR computer-assisted treat* OR computer-assisted program* OR computer-assisted strateg* OR computer-assisted train* OR e-health intervent* OR e-health therap* OR e-health treat* OR e-health program* OR e-health strateg* OR e-health train*). Na Web of Science, devido ao elevado número de artigos obtidos através da pesquisa por Abstract (AB), foram feitas alterações na expressão de pesquisa, restringindo-a apenas ao título (TI).

2. Critérios de Inclusão e Exclusão

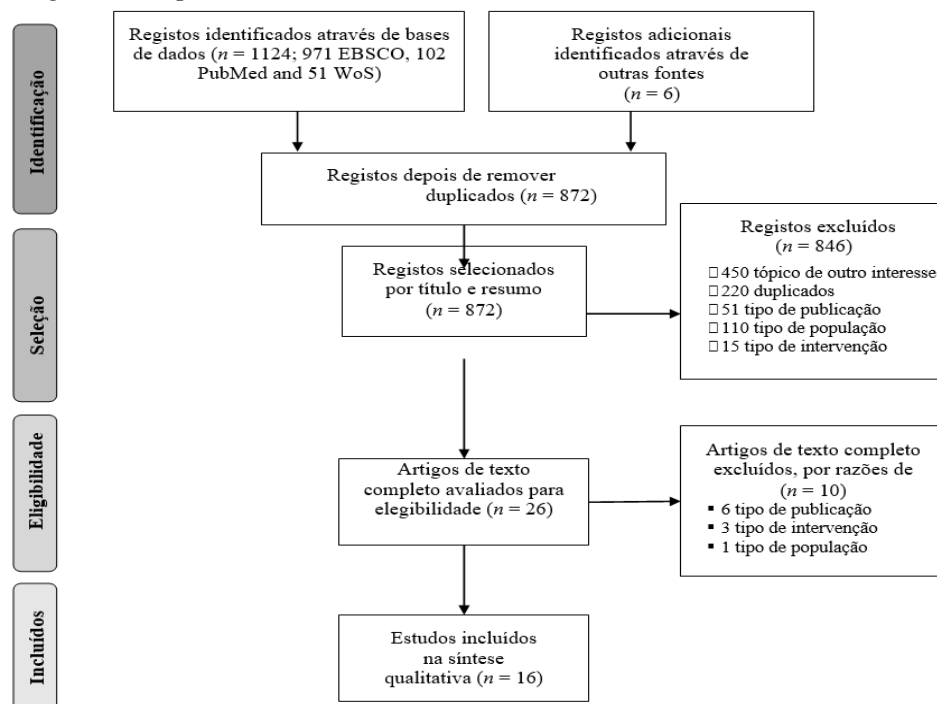
Foram incluídos na revisão todos os artigos que mencionam estudos empíricos quantitativos compreendendo a descrição e a análise de intervenções psicológicas ou psicossociais com recurso a meios digitais realizadas com ofensores adultos. Foram também incluídas amostras de indivíduos com traços elevados de raiva (*elevated 14raitanger*), não consistindo necessariamente em ofensores. Excluíram-se os artigos de âmbito teórico, bem como os artigos contendo estudos meramente qualitativos (e.g., estudos de caso).

3. Seleção dos Artigos

As pesquisas realizadas através das bases de dados eletrônicas geraram inicialmente 1124 artigos, aos quais se adicionaram seis artigos identificados por pesquisa manual através de outras fontes, perfazendo um total de 1130 artigos, publicados entre 1990 e 2021. O processo de seleção dos artigos a incluir na presente revisão decorreu em duas etapas (cf. Figura 1), asseguradas de forma independente por duas juízes. Numa primeira instância, foi realizada a triagem dos artigos por meio da leitura do título e do resumo dos mesmos. O desacordo entre juízes foi resolvido através de discussão e consenso. Obteve-se um acordo de 98.4% no cálculo da fiabilidade inter-juíz (cohen's $k = 0.70$; Scarpellini, 2020). No decorrer desta etapa, excluíram-se 846 artigos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos. Posteriormente, procedeu-se à leitura do texto completo dos restantes 26 artigos. Após análise integral, foram excluídos dez artigos: seis por não terem o tipo de publicação pretendida, três por não recorrerem a intervenções digitais, e um por não contemplar uma amostra de ofensores. Portanto, foram incluídos nesta revisão sistemática 16 artigos.

Figura 1

Fluxograma do processo de Revisão da Literatura



4. Avaliação da Qualidade dos Artigos

De modo a minimizar o risco de viés, duas juízes avaliaram, de forma independente, a qualidade dos estudos incluídos com recurso à *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies* (ver Tabela 1; *Effective Public Health Practice Project* [EPHPP], 1998). Esta ferramenta de avaliação permite classificar, de forma padronizada, enquanto forte, moderada, ou fraca, a metodologia utilizada nos estudos tendo por base: (1) possíveis enviesamentos na seleção da amostra; (2) o design do estudo; (3) a existência de confundidores (*confounders*); (4) a avaliação cega dos participantes (*blinding*); (5) a pertinência dos métodos de recolha; (6) a descrição dos dados, nomeadamente, no que respeita ao número de desistências de participantes; bem como (7) a integridade da intervenção realizada, e (8) suas análises. Eventuais discrepâncias na avaliação da qualidade dos artigos foram resolvidas através de discussão e consenso. A maioria dos estudos identificados (43.8%) apresenta uma fraca qualidade metodológica. Seis estudos (37.5%) revelam uma qualidade moderada e apenas três (18.8%) evidenciaram uma elevada robustez metodológica. Contudo, para o efeito da presente revisão, e dado o reduzido número de estudos incluídos, foram mantidos na revisão os estudos com menor qualidade metodológica, tendo esse mesmo dado em consideração nas implicações práticas dos resultados apresentados.

Tabela 1

Avaliações de avaliação de qualidade dos estudos incluídos através do Quality Assessment Tool for Quantitative Studies (EPHPP, 1998)

ID do Estudo	Viés de Seleção	Tipo de Estudo	Confundidores	Pesquisa Cega (blinding)	Coleta de Dados	Desistência/Abandono	Avaliação Global
Alemagno et al. (2009)	1	1	1	2	1	2	1
Chaple et al. (2014)	2	1	1	3	1	1	2
Chaple et al. (2016)	2	1	3	3	1	1	3
Cogle et al. (2017)	3	1	1	3	1	1	3
Cowell et al. (2018)	1	1	3	3	1	1	3
Elison et al. (2015)	2	2	1	3	1	2	2
Howie & Malouff (2014)	2	1	1	3	1	2	2
Johnson et al. (2020)	2	1	1	3	1	3	3
Lee et al. (2017)	3	1	1	2	1	3	3
Levesque et al. (2008)	1	2	1	3	3	3	3
Levesque et al. (2012)	2	2	1	3	1	3	3
Rosen et al. (2020)	2	1	3	2	1	1	2
Spohr et al. (2015)	1	1	1	2	1	2	1
Spohr et al. (2017)	1	1	1	2	1	2	1
Walters et al. (2014)	2	1	3	2	1	1	2
Wilson et al. (2017)	2	2	1	2	3	1	2

Nota: 1 = forte; 2 = moderado; 3 = fraco.

III. Resultados

O processo de seleção dos artigos, descrito anteriormente, resultou num número final de 16 artigos, publicados entre 2008 e 2020 (Figura 1), cujos resultados se apresentam na Tabela 2. A generalidade dos estudos foi realizada nos Estados Unidos da América (EUA) ($n = 14$), existindo apenas um estudo decorrido no Reino Unido e um na Austrália. Foram identificados vários desenhos de estudo, nomeadamente, ensaios clínicos aleatorizados ($n = 10$, 62.5%; Alemagno et al. 2009; Cogle et al., 2017; Cowell et al., 2018; Howie & Malouff, 2014; Lee et al., 2017; Levesque et al., 2012; Rosen et al., 2020; Spohr et al., 2015, 2017; Walters et al., 2014), estudos de coorte ($n = 3$, 18.8%; Elison et al., 2015; Levesque et al., 2008; Wilson et al., 2017), ensaios clínicos *open label* ($n = 2$, 12.5%; Chaple et al., 2014, 2016), e um ensaio clínico aleatorizado de intervenção atrasada (*randomized delayed-intervention controlled trial*) (6.3%; Johnson et al., 2020).

1. Caracterização da Amostra

Os 16 estudos incluem uma amostra total de 3352 indivíduos, com uma amostra mínima de 15 participantes e máxima de 507, e uma média de idades a variar entre os 30 (Wilson et al., 2017) e os 40.71 anos (Cogle et al., 2017), num intervalo de idades compreendido entre os 18 e os 73 anos. Alguns estudos não reportam o sexo ou a média de idades dos participantes ($n = 4$; Cowell et al., 2018; Lee et al., 2017; Levesque et al., 2008; Walters et al., 2014). Dos estudos que reportam tais dados, é possível apurar que, no geral, apresentam amostras maioritariamente compostas por ofensores do sexo masculino ($n = 7$, 43.8%; Alemagno et al., 2009; Chaple et al., 2014, 2016; Rosen et al., 2020; Spohr et al., 2015, 2017; Wilson et al., 2017) e que três estudos (18.8%; Elison et al., 2015; Levesque et al., 2008, 2012) contemplam uma amostra inteiramente masculina.

Tabela 2

Resumo dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura

Estudo	País	Design	Objetivos	Amostra				Medidas de Resultado	Intervenção Digital	Resultados e Principais Conclusões
				N	% homens	Idade M (DP)	Contexto			
Alemagno et al. (2009)	EUA	Ensaio clínico aleatorizado	Avaliar a eficácia do BNI comparativamente às usuais atividades educacionais na diminuição de comportamentos de risco ao nível sexual e com drogas	212	63.3%	36	Liberdade condicional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Testagem VIH ▪ Comportamentos VIH de risco <ul style="list-style-type: none"> ▪ ATBC 	BNI	<p>Ambos os grupos apresentaram uma redução significativa relativa à atividade sexual sem preservativo quando o parceiro estava sob o efeito de drogas ou no caso de estarem a realizar sexo para obtenção de dinheiro ou drogas.</p> <p>Contudo, comparativamente com o controlo, o grupo experimental (BNI) revelou uma taxa significativamente maior ao nível da testagem HIV e maior propensão em considerar mudanças comportamentais face aos seus comportamentos de risco</p>
Chaple et al. (2014)	EUA	Estudo clínico aberto	Analisar a viabilidade da implementação do TES no contexto prisional	494	69.9%	36.6 (9.6)	Prisional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assiduidade nas sessões <ul style="list-style-type: none"> ▪ CSS ▪ Satisfação dos participantes 	TES	<p>Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos. Ambos revelaram níveis de assiduidade semelhantes, bem como melhoria estatisticamente significativa nas estratégias de coping desde o início da intervenção até 3 meses após a libertação da prisão, mantendo os ganhos até os 6 meses após a libertação da prisão. O grupo de intervenção (E-TES) avaliou a experiência de tratamento mais favoravelmente do que o grupo de controlo. É viável implementar uma intervenção computadorizada, como a TES, para o tratamento do uso de substâncias em contexto prisional</p>
Chaple et al. (2016)	EUA	Estudo clínico aberto	Avaliar a efetividade da TES no contexto prisional	494	69.9%	36.6 (9.6)	Prisional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis de criminalidade e reinserção <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de substâncias ▪ Comportamentos VIH de risco 	TES	<p>Aos 3 e 6 meses pós-reclusão, ambas as condições de tratamento reportaram uma diminuição significativa nos níveis de criminalidade, no uso de substâncias e nos comportamentos de risco relativos ao uso de drogas injetáveis e sexuais. Não se verificaram diferenças significativas entre grupos, pelo que se conclui que o TES é igualmente efetivo quando comparado com o tratamento habitual.</p>
Cogle et al. (2017)	EUA	Ensaio clínico aleatorizado	Avaliar a eficácia do treino de interpretação hostil (IBM-H) nos	58	31%	40.71 (12.36)	Comunitário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ STAXI-2 ▪ DMCAS 	IBM-H	<p>Não foram encontradas diferenças significativas entre grupos relativas às expectativas de sucesso do tratamento. O grupo</p>

			resultados relativos à raiva e ao consumo de álcool numa amostra com PUA e raiva elevada					<ul style="list-style-type: none"> ▪ DrInC <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de bebidas/semana ▪ WSAP-H ▪ BDI-II ▪ CEQ ▪ TLFB 	MAPIT	experimental (IBM-H) apresentou melhores resultados ao nível do viés de interpretação no final da intervenção, ganhos que manteve até ao follow-up de 1 mês. No IBM-H foram também verificadas maiores reduções na raiva-traço e na expressão de raiva, comparativamente com o grupo de controlo O MAPIT apresenta-se como intervenção mais eficaz do que as restantes condições de tratamento (MI e SAU) e, por sua vez, menos caro do que a MI.
Cowell et al. (2018)	EUA	Ensaio clínico aleatorizado	Analisar o custo-efetividade do MAPIT vs. uma intervenção motivacional face-a-face (MI) dirigida ao consumo de substâncias	316			Liberdade Condicional			
Elison et al. (2015)	Reino Unido	Coorte	Explorar o potencial do BFO e analisar os seus resultados no apoio à recuperação do uso indevido de substâncias pelos reclusos e na procura de cuidados pós-reclusão	85	100%	34.8	Prisional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RPM ▪ WHOQoL-BREF ▪ SDS 	BFO	Verificaram-se diferenças significativas ao nível da qualidade de vida, avaliada pelo WHOQoL-BREF, e nos níveis de severidade de dependência de álcool e outras drogas, avaliados pelo SDS. Foram ainda verificadas reduções significativas no consumo semanal auto relatado de álcool e drogas
Howie & Malouff (2014)	Austrália	Ensaio clínico aleatorizado	Avaliar a eficácia de uma intervenção online para adultos com raiva disfuncional	75	20%	39.18 (12.53) *	Comunitário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adesão medida pelo número de módulos completados ▪ TAS 	Brief Online Cognitive Treatment for Anger	Verificou-se um efeito significativo entre os grupos nas pontuações de raiva no pós-tratamento, com o grupo experimental a apresentar menores níveis de raiva.
Johnson et al. (2020)	EUA	Ensaio clínico aleatorizado de intervenção atrasada	Desenvolver e testar uma intervenção online dirigida à agressão na presença de impulsividade relacionada com a emoção	215	24%	36.97	Comunitário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MOAS ▪ BPAQ ▪ FTA ▪ Daily peak anger report 	Brief Online Intervention targeting Agression	No pós-tratamento, o grupo experimental apresentou maiores melhorias ao nível da FTA, MOAS e BPAQ, comparativamente com o grupo de controlo em lista de espera. A impulsividade, avaliada pela FTA, diminuiu significativamente ao longo do tempo. Houve um efeito significativo do tempo nas subescalas da MOAS, verificando-se reduções significativas ao longo do tempo nas quatro subescalas de gravidade da agressão da MOAS. O pico diário de raiva diminuiu significativamente ao longo dos vários timepoints da intervenção, com efeitos que se mantiveram desde o pós-tratamento até três meses. O pico diário de raiva também diminuiu ao longo dos dias dentro dos vários timepoints da intervenção, indicativo da acumulação e prática de novas competências.
Lee et al. (2017)	EUA	Ensaio clínico aleatorizado	Analisar as características associadas ao status do sistema de justiça criminal como moderadores do resultado do tratamento entre participantes	507			Programas ambulatoriais para o tratamento de abuso de substâncias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PHQ ▪ BSI ▪ CSS ▪ EQ5D 	TES	Independentemente do estatuto perante o sistema de justiça criminal, não foram verificadas diferenças na taxa de participação no TES, na retenção no tratamento, ou nos níveis de abstinência de drogas e álcool pós-tratamento. Estes resultados suportam a viabilidade e aceitabilidade de intervenções baseadas na web dirigidas aos participantes de tratamentos para as dependências,

Levesque et al. (2008)	EUA	Coorte	Avaliar a viabilidade de uma intervenção computadorizada dirigida a agressores de violência doméstica	58	100%		Violência Doméstica	<ul style="list-style-type: none"> Feedback dos participantes 	Journey to Change	<p>incluindo aqueles que estão envolvidos em vários graus com o sistema de justiça criminal.</p> <p>O feedback foi muito positivo, com 90% dos participantes a considerar o programa fácil ou muito fácil de utilizar. Noventa e cinco por cento dos participantes consideraram o feedback personalizado claro e 98% consideraram o programa útil ou muito útil e que provavelmente ou definitivamente poderia ajudá-los a mudar as suas atitudes ou comportamentos.</p>
Levesque et al. (2012)	EUA	Ensaio clínico aleatorizado	Avaliar a eficácia do programa <i>Journey to Change</i> , enquanto complemento ao tratamento usual para agressores de violência doméstica	492	100%	33.4 (10.1) *	Violência Doméstica	<ul style="list-style-type: none"> Utilização do Preservativo Abuso 	Journey to change	<p>No follow-up, verificou-se uma maior propensão dos participantes do grupo experimental (UC + Journey) a estar no estágio de ação relativamente à utilização de estratégias saudáveis para se manter livre de violência, bem como apresentavam-se significativamente mais propensos a envolver-se em comportamentos indicativos de envolvimento na mudança, especialmente comportamentos relacionados à procura de ajuda fora do grupo (e.g., frequentar terapia de casal). Os participantes UC + Journey apresentaram-se também significativamente mais propensos a relatar o uso de preservativo comparativamente com o grupo de controlo.</p> <p>Verificou-se um efeito do tempo na pontuação do ATGS-8, com as atitudes em relação ao jogo em ambas as condições de tratamento a tornar-se mais negativas ao longo do tempo. Em ambos os grupos foi também verificada uma diminuição significativa na frequência de episódios de jogo, bem como na quantidade de dinheiro gasto em jogo no follow-up de 1 mês.</p>
Rosen et al. (2020)	EUA	Ensaio clínico aleatorizado	Analisar as atitudes relacionadas com o jogo, bem como a eficácia e as barreiras ao tratamento de uma intervenção online breve para a perturbação do jogo com indivíduos em liberdade condicional	126	87%	32.49 (7.27)	Liberdade Condicional	<ul style="list-style-type: none"> PGSI GCIAS ATGS-8 	Brief Motivational Gambling Intervention	<p>Verificou-se um efeito do tempo na pontuação do ATGS-8, com as atitudes em relação ao jogo em ambas as condições de tratamento a tornar-se mais negativas ao longo do tempo. Em ambos os grupos foi também verificada uma diminuição significativa na frequência de episódios de jogo, bem como na quantidade de dinheiro gasto em jogo no follow-up de 1 mês.</p>
Sporh et al. (2015)	EUA	Ensaio clínico aleatorizado	Avaliar o papel dos lembretes eletrónicos para objetivos relacionados com a liberdade condicional e o tratamento na previsão de resultados positivos iniciais do uso de substâncias	76	64.5%	36.2 (12.1)	Liberdade Condicional	<ul style="list-style-type: none"> TLFB 	MAPIT	<p>Observou-se um ligeiro aumento do número de metas a atingir da primeira para a segunda sessão, independentemente da seleção do lembrete. Contudo, os participantes que escolhem lembretes tendem também a delinear mais metas e, por sua vez, os que definiram um maior número de metas tendem a evidenciar melhores resultados no follow-up de dois meses. De um modo geral, os participantes que optaram por receber lembretes obtiveram resultados mais positivos comparativamente com os que optaram por não os receber. Os resultados obtidos sugerem que mensagens de texto e e-mail e lembretes podem estimular os esforços para mudanças a curto prazo.</p> <p>Participantes com pontuações mais elevadas na dimensão Better Life apresentaram uma</p>
Sporh et al. (2017)	EUA	Ensaio clínico aleatorizado	Avaliar a fiabilidade e validade preditiva de	113	63.7%	34.9 (12.2)	Liberdade Condicional	<ul style="list-style-type: none"> TLFB 	MAPIT	<p>Participantes com pontuações mais elevadas na dimensão Better Life apresentaram uma</p>

			um questionário breve sobre as razões pelas quais os ofensores completaram o período de liberdade condicional							participação mais significativa no tratamento em comparação com participantes com pontuações mais baixas. Não se verificou uma associação entre as pontuações da dimensão Tangible Loss e a frequência da participação no tratamento no follow-up. Contudo, verificou-se uma associação significativa da frequência de participação com a idade do participante e o nível de risco criminal, sendo que participantes mais velhos ou com maior risco revelavam-se mais propensos a frequentar o tratamento do que os participantes mais jovens ou de menor risco.
Walters et al. (2014)	EUA	Ensaio clínico aleatorizado	Descrever e avaliar o desenvolvimento da intervenção MAPIT	20	-	-	Liberdade Condicional	▪ TLFB	MAPIT	Dados preliminares apontam para elevados níveis de compromisso dos participantes relativamente a concluir o tratamento com sucesso e a terminar a liberdade condicional. Os motivos mais comuns para quererem completar o período de liberdade condicional envolvem os relacionamentos (55%) e motivos financeiros (20%). Cerca de dois terços optaram por receber lembretes sobre os objetivos delineados para o tratamento e liberdade condicional.
Wilson et al. (2017)	EUA	Coorte	Avaliar a viabilidade do programa <i>Steering Clear</i>	15	66.7%	30	Ofensores condenados pela primeira vez por condução embriagada	▪ Feedback dos participantes	Steering Clear	A utilidade do programa foi considerada elevada, com a maioria dos participantes a considerar o programa de fácil navegação, visualmente atrativo, e apresentando uma preferência pelo formato online vs. face-a-face. Todos os participantes relataram que o programa os fez pensar em mudar o modo de beber, além de pensar em não dirigir alcoolizado no futuro. Verificou-se ainda que a maioria dos participantes pretende continuar a usar a aplicação web do rastreador de bebidas, ferramenta opcional complementar ao programa principal. Estes resultados apontam para a importância de uma aplicação web enquanto componente digital adicional nos programas para condutores alcoolizados.

Nota. ATBC=Attitudes Toward Behaviour Change; ATGS-8=Attitudes Towards Gambling Scale-8; BDII-II=Beck Depression Inventory – Second Edition; BFO=Breaking Free Online; BNI= Brief Negotiation Interviewing; BPAQ=Buss-Perry Aggression Questionnaire; BSI=Brief Symptom Inventory; CEQ= Credibility/ Expectancy Questionnaire; CSS=Coping Strategy Scale; DMCAS=Drinking Motives Coping Anger Scale; DrInC=Drinker Inventory of Consequences; EQ5D=Euro Quality of Life Scale; EUA=Estados Unidos da América; FTA=Feelings Trigger

Action scale; GCIAS=Gambling Composite Index of the Addiction Severity Index; HIV=Vírus da Imunodeficiência Humana; IBM-H=Interpretation Bias Modification – Hostility; MAPIT=Motivational Assessment Program to Initiate Treatment; MOAS=Modified Overt Aggression Scale; PGSI=Problem Gambling Severity Index; PHQ=Patient Health Questionnaire; PUA=Perturbação do Uso de Álcool; RPM=Recovery Progression Measure; SDS=Severity of Dependence Scale; STAXI-2=State-Trait Anger Expression Inventory-2; TAS=State/Trait Anger-Expression Inventory; TES=Therapeutic Education System; TLFB=Timeline Feedback; URICA-DV-R=University of Rhode Island Change Assessment-Domestic Violence-Revised; WHOQoL-BREF=World Health Organization Quality of Life measure; WSAP-H=Word Sentence Association Paradigm – Hostility.

No que concerne ao contexto da amostra recolhida, verifica-se que a maioria dos estudos inclui na sua amostra indivíduos com ligação ao sistema de justiça criminal, designadamente, ofensores. Destes, seis estudos contemplam indivíduos em situação de liberdade condicional (Alemagno et al., 2009; Cowell et al., 2018; Rosen et al., 2020; Sporh et al., 2015, 2017; Walters et al., 2014). Três estudos são com indivíduos inseridos no contexto prisional (reclusos) (Chaple et al., 2014, 2016; Elison et al., 2015). Wilson et al. (2017) recorrem a uma amostra de ofensores condenados pela primeira vez por condução embriagada. Dois estudos intervêm numa amostra de agressores conjugais/violência doméstica inseridos em programa para agressores (Levesque et al., 2008, 2012). Não obstante, foram ainda encontrados três estudos que contemplam uma amostra comunitária de indivíduos com traços elevados de raiva (Cougale et al., 2017; Howie & Malouff, 2014) ou episódios de agressão (Johnson et al., 2020).

2. Caracterização das Intervenções Digitais

Foi identificado um total de dez intervenções digitais dirigidas a ofensores ou indivíduos com traços elevados de raiva ou episódios de agressão. Independentemente

dos seus objetivos principais, dez estudos contemplaram a avaliação da eficácia ou efetividade da intervenção digital utilizada (Alemagno et al., 2009; Chaple et al., 2016; Cogle et al., 2017; Elison et al., 2015; Howie & Malouff, 2014; Johnson et al., 2020; Lee et al., 2017; Levesque et al., 2012; Rosen et al., 2020; Spohr et al., 2015, 2017; Walters et al., 2014). Apenas três estudos analisaram a aceitabilidade (Levesque et al., 2008; Wilson et al., 2017) ou viabilidade da intervenção digital (Chaple et al., 2014). Dois estudos analisaram conjuntamente a aceitabilidade/viabilidade e a efetividade (Elison et al., 2015; Lee et al., 2017) e um último estudo efetuou a análise do custo-efetividade da intervenção digital utilizada (Cowell et al., 2018). As principais problemáticas em intervenção centraram-se no: (i) consumo de substâncias (Cowell et al., 2018; Chaple et al., 2014, 2016; Elison et al., 2015; Lee et al., 2017; Spohr et al., 2015, 2017; Walters et al., 2014; Wilson et al., 2017); (ii) expressão da raiva (Cogle et al., 2017; Howie & Malouff, 2014); (iii) violência doméstica (Levesque et al., 2008, 2012); (iv) comportamentos HIV de risco (Alemagno et al., 2009); (v) comportamento agressivo (Johnson et al., 2020) e (vi) problemas de jogo (Rosen et al., 2020). Para o efeito, oito estudos (50%) utilizam intervenções digitais de índole motivacional e oito estudos (50%) recorrem a abordagens cognitivo-comportamentais.

3. Intervenções Motivacionais

Journey to Change. De entre as intervenções motivacionais, dois estudos recorreram ao programa *Journey to Change* (Levesque et al., 2008, 2012). O *Journey to Change* consiste numa intervenção baseada no Modelo Transteórico de Mudança (*Transtheoretical Model of Behavior Change-Based Treatment*; Prochaska et al., 1992), que procura maximizar a congruência cliente-tratamento (ou seja, o grau de emparelhamento entre as perceções dos clientes acerca dos seus problemas e os benefícios do tratamento), fornecendo *feedback* individualizado de acordo com o estágio de

mudança em que o indivíduo se encontra. O *Journey to Change* foi delineado como intervenção complementar aos tratamentos tradicionais já existentes, para os ofensores de violência doméstica, oferecidos em formato de grupo (Levesque et al., 2008). A intervenção contemplou uma sessão inicial na qual é apresentada uma descrição do programa, instruções de utilização do computador e definições de “violência” e “acabar com a violência” (Levesque et al., 2008).

Os participantes foram avaliados e foi-lhes dado um *feedback* individual com base nos constructos centrais ao Modelo Transteórico de Mudança. Levesque et al. (2012) identificam algumas vantagens no uso deste programa, nomeadamente o facto de ser uma intervenção de baixo custo. Segundo os autores o impacto do programa pode ser aumentado intervindo, simultaneamente, em diferentes comportamentos.

Com este programa foi desenvolvido um estudo piloto (Levesque et al., 2008) e, posteriormente, um ensaio clínico (Levesque et al., 2012). No estudo de Levesque et al. (2008), a maioria dos participantes (64%) encontrava-se em estádios pre-ação em relação aos comportamentos de violência doméstica para com o seu parceiro: 16% estavam na pré-contemplação, 16% em contemplação e 33% em preparação. Na avaliação deste estudo-piloto do *Journey to Change*, o *feedback* foi muito positivo, com 90% dos participantes a considerar o programa fácil ou muito fácil de utilizar. Noventa e cinco por cento dos participantes consideraram o *feedback* personalizado claro e 98% acharam o programa útil ou muito útil, considerando que o mesmo, provavelmente ou definitivamente, os poderia ajudar a mudar as suas atitudes ou comportamentos violentos. Cerca de 30% dos participantes referiram que o programa lhe deu algo novo para pensar, abrindo as suas mentes, ou fornecendo informação e aconselhamento (Levesque et al., 2008).

Posteriormente, Levesque et al. (2012) realizaram um ensaio clínico, com o objetivo de estudar a eficácia do programa, com uma amostra significativamente superior, onde os participantes foram aleatoriamente divididos por um grupo de intervenção que recebeu o programa *Journey to Change* + a intervenção usual (UC + *Journey*) e um grupo de controlo que recebeu apenas a intervenção usual (*usual care* – UC). Ao nível da eficácia do ensaio clínico verificou-se, no *follow-up*, uma maior propensão dos participantes do grupo experimental (UC + *Journey*) a estar no estágio de ação relativamente à utilização de estratégias saudáveis para se manter livre de violência, bem como estes se apresentavam significativamente mais propensos a se envolver em comportamentos indicativos de envolvimento na mudança, especialmente comportamentos relacionados à procura de ajuda fora do grupo (e.g., frequentar terapia de casal). Apresentavam duas vezes mais probabilidade de usar livros de autoajuda e tinham maior facilidade em lidar com o *stress*. O programa teve ainda um impacto imediato na violência física baseada nos relatos das vítimas; no entanto, teve um impacto mais demorado nas ameaças e no abuso emocional. Os participantes UC + *Journey* mostraram-se também significativamente mais propensos a relatar o uso de preservativo comparativamente com o grupo de controlo (Levesque et al., 2012).

Brief Negotiating Interviewing (BNI). Um terceiro estudo utiliza a abordagem BNI (Alemagno et al., 2009). O BNI consiste numa sessão breve e única de aconselhamento (5 a 20 minutos) que incorpora o recurso à entrevista motivacional, providenciada através de um computador “*talking laptop*”. O modelo BNI procura identificar problemas e consequências, acontecimentos *stressores* e autorresponsabilidades, e recomenda opções de tratamento. Esta abordagem não é vista como um tratamento real, mas sim como uma etapa no processo de conexão com o sistema de tratamento (Alemagno et al., 2009).

A intervenção incidiu em seis áreas de risco, que se agrupam em duas categorias principais dependendo dos comportamentos de risco levados a cabo pelos ofensores. No que concerne aos comportamentos relacionados com o uso de drogas ilícitas são contemplados tópicos como emprestar e pedir emprestado equipamento de injeção, limpeza do equipamento para reutilização, e injeção. Para os ofensores em risco sexual foram abordados tópicos relativos ao sexo desprotegido com parceiros sexuais regulares ou casuais.

Alemagno et al. (2009) desenvolveram um ensaio clínico que estudou a eficácia de uma breve intervenção motivacional baseada no computador, com o objetivo de diminuir o risco de consumo de drogas e comportamentos sexuais e aumentar a testagem de HIV e DST numa coorte de indivíduos inseridos no sistema criminal/judicial.

No que diz respeito à eficácia desta abordagem, Alemagno et al. (2009), no *follow-up* do seu estudo, verificaram que ambos os grupos apresentaram uma redução significativa relativa à atividade sexual sem preservativo, quando o parceiro estava sob o efeito de drogas, ou no caso de terem relações sexuais para obtenção de dinheiro ou drogas. Contudo, comparativamente com o grupo de controlo, os ofensores do grupo experimental (BNI) revelaram uma taxa significativamente maior ao nível da testagem HIV, $\chi^2 = 8.4$, $df = 2$, $p = .004$, e maior propensão em considerar mudanças comportamentais face os seus comportamentos de risco. Adicionalmente, mais mudanças nas atitudes foram notadas no grupo experimental, comparativamente ao grupo de controlo. Alemagno et al. (2009) concluem que este é um programa promissor, para além de ser rentável, conveniente e efetivo.

Motivational Assessment Program to Initiated Treatment (MAPIT). Quatro outros estudos utilizaram o MAPIT (Cowell et al., 2018; Sporh et al., 2015, 2017; Walters et al., 2014). O MAPIT consiste numa aplicação baseada na *web*, composta por dois

módulos de 45 minutos, que integra três alvos comportamentais: (1) o abuso de substâncias, incluindo o início e o envolvimento no tratamento; (2) o cumprimento da liberdade condicional e o envolvimento futuro em comportamentos criminosos; e (3) a testagem e cuidados relativamente ao HIV. Trata-se de um programa que utiliza algoritmos baseados em teoria e um motor de conversão de texto em fala para fornecer *feedback* e sugestões personalizadas (Walters et al., 2014). Insere-se na categoria de “tecnologias persuasivas” na medida em que promovem a mudança de atitudes/comportamentos através do encorajamento, e não através da coersão (Walters et al., 2014). O *background* conceptual deste programa agrega três teorias principais: (a) o *extended parallel process model* (EPPM; Murray-Johnson et al., 2005; Witte et al., 1996), usado especialmente no desenvolvimento de mensagens de risco relacionadas com os três alvos comportamentais, anteriormente descritos. De acordo com este modelo, as mensagens de comunicação de risco devem caracterizar-se por ter informação pessoalmente relevante (suscetibilidade) e séria (gravidade). O MAPI mostra aos seus participantes, não só o risco de violação da liberdade condicional, com base em fatores históricos, como também que comportamentos futuros são mais suscetíveis de diminuir o risco de violação da liberdade condicional (Walters et al., 2014); (b) a teoria social cognitiva (*social cognitive theory*; SCT; Bandura, 1986), usada para explicar a tendência para os participantes se compararem uns aos outros em termos de uso de substâncias e risco de liberdade condicional e para enquadrar sugestões de estratégias utilizadas por outros. Em momentos-chave, o programa inclui pequenos testemunhos em vídeo de outros indivíduos em liberdade condicional, usados para promover a identificação e o envolvimento dos participantes (Walters et al., 2014); (c) a entrevista motivacional (MI; Miller & Rollnick, 2012), que é uma espécie de aconselhamento diretivo centrado na pessoa. O envolvimento é promovido através de um "tom" de intervenção que enfatiza a

autonomia, colaboração e evocação, bem como através do uso de perguntas abertas, afirmações e declarações sumárias. O enfoque inclui atividades para identificar estratégias que tenham maior probabilidade de produzir um resultado bem-sucedido na liberdade condicional. As estratégias de evocação incluem *feedback* personalizado e dinâmico, perguntas abertas orientadas e reforço seletivo das respostas (Walters et al., 2014).

O primeiro módulo do programa procura trabalhar a motivação para completar a liberdade condicional, fazer mudanças nos comportamentos, e os cuidados a ter relacionados ao uso de substâncias. O segundo módulo, aplicado aproximadamente 30 dias após o módulo 1, foca-se no estabelecimento de metas, estratégias de *coping* e no suporte social. Este módulo começa com a análise da motivação e do progresso do cliente em relação às metas que foram seleccionadas no decorrer do primeiro módulo (secção 1), seguindo-se uma secção focada no desenvolvimento de estratégias eficazes para a mudança (secção 2). O programa apresenta, por um lado, um resumo das estratégias preferidas do cliente e, por outro lado, sugere estratégias adicionais. Por último, o programa proporciona o envio de lembretes por *e-mail* ou texto relativos às metas indicadas pelo participante, caso este assim o queira.

Os utilizadores deste programa descrevem-no como respeitoso, fácil de usar e útil na promoção de mudanças ao nível do consumo de substâncias (Walters et al., 2014).

Cowell et al. (2018). Os autores avaliaram o custo-benefício de uma intervenção computadorizada, o MAPIT, comparativamente à Entrevista Motivacional presencial (MI) e à supervisão usual (SAU). Anteriormente, Lerch et al. (2017) haviam verificado que, comparativamente à SAU, quer o MAPIT quer a MI estavam associadas a um aumento na iniciação ao tratamento, embora só no MAPIT a diferença tenha sido estatisticamente significativa. Quando analisado o custo-eficácia do MAPIT, comparativamente com a

intervenção motivacional face-a-face (MI), o MAPIT apresentou-se como mais eficaz face às restantes condições de tratamento (MI e tratamento habitual) e, por sua vez, menos caro do que a MI (Cowell et al., 2018). A MI revelou-se mais cara e menos eficaz que o MAPIT.

Sporh et al. (2015). Neste estudo, os autores quiseram avaliar o envolvimento numa intervenção motivacional *online* (MAPIT), para redução do abuso de substâncias e iniciativa ao tratamento, especificamente relacionados com objetivos e lembretes eletrónicos. Especificamente, os autores pretendiam: (a) identificar a mais prevalente liberdade condicional antecipada e os objetivos de tratamento; (b) avaliar objetivos voluntários e a seleção de lembretes eletrónicos; (c) aceder ao papel dos lembretes na abstinência das substâncias e na participação no tratamento. Para dar resposta aos objetivos foi desenvolvido um estudo RCT (*randomized controlled trial*), numa amostra de adultos em liberdade condicional (dentro dos 30 dias após a data da sentença), com autorrelato de uso de drogas ilícitas nos últimos 90 dias. Foi realizada uma avaliação *baseline*, bem como um *follow-up*, 2 e 6 meses depois da intervenção. Na avaliação realizada ao papel dos lembretes eletrónicos para objetivos relacionados com a liberdade condicional e o tratamento na previsão de resultados positivos iniciais do uso de substâncias, os autores constataram um ligeiro aumento do número de metas a atingir da primeira para a segunda sessão, independentemente da seleção do lembrete. Contudo, verificaram que os participantes que escolheram receber lembretes tendem também a delinear mais metas e, por sua vez, os que definiram um maior número de metas tendem a evidenciar melhores resultados no *follow-up* de dois meses. De um modo geral, os participantes que optaram por receber lembretes obtiveram resultados mais positivos comparativamente com os que optaram por não os receber; os indivíduos que não selecionaram os lembretes requerem uma intervenção mais intensiva para que a mudança

do comportamento ocorra. Estes resultados sugerem que mensagens de texto e *e-mail* e lembretes podem estimular os esforços para mudanças a curto prazo. Os lembretes eletrônicos podem ter um papel importante na ajuda dos indivíduos a serem bem-sucedidos na liberdade condicional, não apenas em termos do aumento da motivação e habilidade, mas também incluindo os desafios que aumentam a probabilidade de ação comportamental (Sporh et al., 2015).

Sporh et al. (2017). O objetivo deste estudo era avaliar a fiabilidade e validade preditiva de um breve inquérito sobre as razões das pessoas para quererem completar a liberdade condicional. Em primeiro lugar, os autores estavam interessados em saber que tipo de razões seriam identificadas com maior frequência. Em segundo lugar, dado o debate controverso em torno da relevância dos fatores de risco estáticos e históricos (Andrews & Bonta, 2010), Sporh et al. (2017) estavam interessados em saber se as razões das pessoas variariam por sexo, etnia, ou nível de risco criminal. Finalmente, foi ainda objetivo do estudo saber se as razões das pessoas para querer completar a liberdade condicional estavam relacionadas com o resultado subsequente. Para tal, foi avaliada a estrutura dos fatores das perguntas, através da análise de componentes principais, a fiabilidade da escala, e examinada a relação entre o modelo de fatores mais adequado e o consumo de substâncias e o início do tratamento, no *follow-up* após dois meses.

Foi usada uma amostra de 113 indivíduos em liberdade condicional com uso de drogas, num ensaio clínico aleatorizado, que analisa a eficácia de duas intervenções motivacionais breves para redução de consumo de substâncias e aderência ao tratamento. Uma é o MAPIT (2 sessões de 45 minutos) e outra é a entrevista motivacional (2 sessões de 45 minutos). A entrevista motivacional (MI) é uma abordagem de tratamento comum que visa aumentar a motivação e o empenho na mudança (e.g., McMurrin, 2009). Um princípio básico do IM é que a linguagem do cliente prevê a mudança de comportamento

subsequente (Miller & Rollnick, 2012). Por exemplo, quando os clientes falam do seu desejo, capacidade, razões, ou necessidade de mudança (i.e., "*change talk*"), percebe-se que a linguagem usada é indicativa de motivação interna, o que por sua vez aumenta o compromisso de mudança. Pelo contrário, quando os clientes argumentam contra a mudança (i.e., "*sustain talk*"), o compromisso de mudança é nitidamente menor.

Perto do início da primeira sessão do MAPIT, o programa pediu aos participantes que identificassem as suas razões mais importantes para quererem completar a liberdade condicional. Foram gerados "temas" motivacionais a partir das entrevistas com os participantes: 1) Financeiro (por exemplo, "Para ter mais dinheiro"); 2) Tempo (por exemplo, "Para poder passar mais tempo a relaxar ou a fazer o que quero fazer"); 3) Liberdade (por exemplo, "Para deixar de ter de fazer o check-in com os outros quando quero fazer alguma coisa"); 4) Vergonha (por exemplo, " Para que as pessoas deixem de me julgar"); 5) Relações (por exemplo, "Para dar o exemplo aos meus filhos"); 6) Legal (por exemplo, "Para evitar ir para a prisão"); e 7) Continuar com a vida (por exemplo, "Para tornar a minha vida melhor"). O programa colocou duas questões em cada área, perfazendo um total de 14 itens. As pessoas foram instruídas verbalmente (e visualmente) por um narrador de computador a indicar se cada item era "Nada," "Um pouco," ou "Muito," verdadeiro para elas. As respostas dos participantes a estas perguntas foram utilizadas para adaptar as secções subsequentes do programa. Por exemplo, se uma pessoa indicasse relações como principal motivador, o programa incluiria afirmações e reflexões para reforçar esse tema. Da mesma forma, se uma pessoa indicasse a vergonha como principal motivador, o programa salientaria que "muitas pessoas têm vergonha de ter de dizer aos outros que estão em liberdade condicional" e "a liberdade condicional final é uma forma de remover este rótulo da sua vida".

As razões mais comuns para as pessoas quererem completar a liberdade condicional incluíram "continuar com a vida", pressão legal, e autonomia temporal. Foram encontradas diferenças significativas em função do grupo racial: os participantes brancos classificaram as razões financeiras e legais como mais importantes quando comparados com os participantes de raças minoritárias. Não foram encontradas diferenças significativas nas razões em função do gênero ou níveis de risco criminal.

Seis das sete faixas motivacionais foram significativamente associadas, quer à utilização de substâncias, quer à aderência ao tratamento, no acompanhamento no *follow-up* dois meses depois. As pessoas que identificaram razões relacionadas com a liberdade, preocupações legais, relações, e limitações de tempo tiveram significativamente menos dias de utilização de substâncias. As pessoas que apoiavam fortemente as relações e a vergonha tinham aumentado a frequência do tratamento, enquanto as pessoas que apoiavam fortemente as razões financeiras tinham significativamente menos dias de frequência no tratamento (Sporh et al., 2017).

Além disso, foi avaliada a estrutura dos fatores e a fiabilidade das perguntas através da análise de componentes principais. Foram identificados dois fatores. O primeiro - "*Tangible loss*", centrou-se em razões externas, atuais e quantificáveis para o sucesso da liberdade condicional. O segundo fator, "*Better Life*", centrou-se em razões internas, focalizadas no futuro, e qualitativas para o sucesso na liberdade condicional. Estas construções representam diferentes tipos de motivação para a mudança, referindo-se a primeira, a razões de mudança motivadas por recursos, e a segunda ao reconhecimento intrínseco do valor de uma melhor qualidade de vida. Maiores pontuações de "*Better Life*" associaram-se a menor consumo de substâncias e maior aderência ao tratamento, enquanto as pontuações na "*Tangible loss*" não se associaram significativamente ao consumo de substâncias ou aderência ao tratamento.

Walters et al. (2014). Os autores referem que o MAPIT está a ser avaliado através de um estudo RCT. Um total de 600 adultos em liberdade condicional foram distribuídos por três grupos: 1) um grupo que estava a receber uma intervenção baseada na entrevista motivacional, em pessoa; 2) um grupo que estava a receber a intervenção com um programa informático motivacional (o MAPIT); e 3) um grupo que estava a receber a intervenção usual. A seleção aleatória dos grupos foi bloqueada com base na pontuação de risco para determinar se o programa funciona tanto com delinquentes de baixo/médio risco, como com delinquentes de alto risco. Os participantes deveriam ter mais de 18 anos de idade, uma ida recente a tribunal e relatos de consumo pesado de drogas e álcool. Foram realizadas avaliação de *follow-up* 2, 6 e 12 meses após a intervenção, avaliando, a um primeiro nível, o envolvimento e retenção no tratamento do abuso de substâncias e na testagem do HIV e, num segundo nível, no consumo efetivo de substâncias, em comportamentos sexuais de risco, no progresso em liberdade condicional e no comportamento criminoso.

De acordo com os autores, o programa utilizou uma série de estratégias técnicas para adaptar perguntas e resumos. Uma estratégia básica foi enquadrar perguntas para captar conjuntos limitados de respostas. Em função da resposta do participante, o programa forneceu uma reflexão específica. O programa utilizou ainda conjuntos de perguntas mais complexas para identificar temas na forma como os participantes vão respondendo, e depois fornecer resumos que destaquem esses temas. O programa utilizou uma voz sintética, que varia em género, tom e dialeto regional, à semelhança de uma voz humana, cuja narração é gerada em tempo real, de forma a se aproximar mais dos participantes. Dentro de uma mesma frase são oferecidas centenas de combinações possíveis de redação, que são adaptadas em tempo real em função dos interesses do participante.

Uma vez concluído o programa de intervenção, os autores realizaram um estudo piloto com 21 participantes que teriam sido elegíveis para participar no ensaio clínico. Após a conclusão da intervenção, os participantes avaliaram-na, tendo sido bastante positivos quanto ao formato do programa, à narração, à integração dos dados, aos relatórios e aos sumários fornecidos. Os respondentes também sentiram que a intervenção teria efeito, ajudando-os a ser mais bem-sucedidos no tratamento.

Brief Motivational Gambling Intervention. Por fim, um estudo mais recente menciona a *Brief Motivational Gambling Intervention* (Rosen et al., 2020). Rosen et al. (2020) desenvolveram um estudo RCT, com viciados em jogo, em liberdade condicional, para explorar a eficácia e as barreiras ao tratamento destas pessoas. Foram recrutados 126 adultos maiores de 18 anos, que falavam inglês e que tinham recebido recentemente liberdade condicional. A participação no estudo envolveu, em primeiro lugar, a completção de medidas de avaliação em dois momentos distintos, separados por cerca de um mês. Uma avaliação inicial foi realizada, com a duração média de 15-20 minutos. Com base num conjunto de instrumentos, os participantes deram informação sobre o grau de severidade do seu problema com o jogo. Com base nesta avaliação da severidade do problema, apenas os indivíduos com PSGI > 3 foram incluídos no ensaio clínico. Assim, 102 participantes foram aleatoriamente distribuídos pelos dois grupos: grupo de intervenção e grupo de controlo.

Em segundo lugar, desenvolveu-se uma breve intervenção (10 minutos) baseada na evidência, que foi adaptada para utilização, *online*, com esta população de ex-criminosos. Esta intervenção consistiu numa intervenção motivacional breve que contempla *feedback* sobre o jogo problemático, a descrição dos fatores de risco para o desenvolvimento de problemas graves de jogo, e sugere maneiras de reduzir o risco de desenvolver problemas relacionados com o jogo. Tais estratégias envolvem limitar a

quantidade de dinheiro gasta no jogo, reduzir a quantidade de tempo e dias dedicados para o jogo, o não ver o jogo como uma forma de ganhar dinheiro, e passar tempo a realizar outras atividades. Dentro deste *feedback*, algumas perguntas interativas são colocadas periodicamente atuando como um indicador do esforço e compreensão. A intervenção conclui com um encaminhamento para tratamento. Os indivíduos que foram encaminhados para tratamento sem a intervenção foram informados dos recursos locais que pudessem ajudar a tratar os seus problemas de jogo (e.g., linhas de ajuda, grupos de autoajuda, aconselhamento profissional).

Um mês após a avaliação inicial, os participantes receberam um *link* para participar no *follow-up*. Embora os grupos de intervenção e controle não diferissem significativamente no *follow-up*, ambos os grupos se tornaram mais negativos nas suas atitudes em relação ao jogo, bem como diminuíram na sua frequência (por exemplo, episódios) e intensidade (por exemplo, dinheiro gasto) de jogo. Verificou-se um efeito do tempo na pontuação da *Attitudes Towards Gambling Scale-8* (ATGS-8), com as atitudes em relação ao jogo em ambas as condições de tratamento a tornarem-se mais negativas ao longo do tempo, $F(1.97) = 32.12, p < .001$. Em ambos os grupos foi também verificada uma diminuição significativa na frequência de episódios de jogo, $F(1.97) = 29.75, p < 0.001$, bem como na quantidade de dinheiro gasto em jogo no *follow-up* de 1 mês, $F(1.97) = 46.61, p < 0.001$. Os resultados globais deste estudo mostram que o vício descontrolado do jogo está largamente presente entre os ex-criminosos e que a autoconsciência do problema é baixa. A intervenção aumentou essa autoconsciência.

Os dados revelaram ainda que 85% dos jogadores tinham recebido anteriormente tratamento para problemas de abuso de substâncias. As crenças, por parte dos participantes, de que o tratamento será ineficaz ou que não existe um problema foram identificadas como as barreiras mais frequentes ao tratamento. A compreensão destas

barreiras permite determinar a melhor forma de encorajar a procura de tratamento (Rosen et al., 2020).

4. Intervenções Cognitivo-Comportamentais

Therapeutic Education System (TES). No leque das intervenções digitais baseadas em abordagens cognitivo-comportamentais, três estudos utilizam o TES (Chaple et al., 2014, 2016; Lee et al., 2017). O TES é das intervenções baseadas na evidência mais utilizadas e mais investigadas (Chaple et al., 2016), com provas dadas da sua eficácia (e.g., Bickel et al., 2008; Campbell et al., 2014). Consiste num programa de tratamento psicossocial computadorizado, baseado na *Community Reinforcement Approach* (CRA) e na *Terapia Cognitivo-Comportamental* (TCC). O TES compreende 48 módulos multimédia interativos, divididos por módulos centrais (32) e módulos opcionais, implementados durante 12 semanas, em módulos de 2h cada. Os módulos centrais focam-se: (1) no uso ou abuso de substâncias (e.g., competências de recusa de drogas, como lidar com pensamentos sobre o uso); (2) na redução do risco de HIV, AIDS, e infeções sexualmente transmissíveis (e.g., uso de drogas, HIV e hepatite, como identificar fatores precipitantes para sexo de risco); (3) regulação emocional e cognitiva (e.g., gestão de pensamentos negativos e da raiva); e (4) funcionamento psicossocial (e.g., resolução eficaz de problemas e competências de comunicação). Os módulos opcionais contemplam informações avançadas adicionais ao nível da redução do risco e do funcionamento psicossocial. O TES é um sistema de incentivos baseado em prémios (Stitzer et al., 2010), onde os participantes podem ganhar de forma intermitente prémios pela apresentação de urina/álcool de hálito negativo e completando módulos TES (até quatro por semana). Chaple et al. (2016) identificam algumas barreiras na implementação deste programa nas prisões, nomeadamente a necessidade de existir na prisão uma sala de informática e o

facto de alguns contextos prisionais puderem ter restrições quanto ao acesso dos reclusos à internet.

Chaple et al. (2014). O objetivo deste estudo foi explorar a fiabilidade da implementação do TES num contexto prisional, analisando a assiduidade nas sessões de tratamento, a satisfação com a intervenção computadorizada e a aquisição de habilidades. Para tal, 494 participantes com história de abuso de substâncias, de 10 prisões de quatro estados dos EUA, foram aleatoriamente distribuídos pelo grupo de controlo (*Standard care*) e pelo grupo experimental (TES - programa de intervenção em estudo).

Os resultados do estudo comprovaram a fiabilidade da intervenção. Em comparação com o tratamento habitual, o TES reduziu a taxa de desistência do tratamento e aumentou a abstinência no consumo de substâncias, nas últimas quatro semanas de tratamento. Em relação aos níveis de assiduidade nas sessões, obtiveram-se resultados semelhantes em ambas as condições de tratamento, não existindo diferenças significativas na dose de tratamento entre os grupos. Também ao nível das estratégias de *coping* não foram verificadas diferenças significativas entre grupos, apresentando ambos uma melhoria estatisticamente significativa desde o início da intervenção até 3 meses após a libertação da prisão, verificando-se uma manutenção dos ganhos até os 6 meses após a libertação da prisão. O grupo de intervenção (TES) avaliou a experiência do tratamento de um modo significativamente mais favorável do que o grupo de controlo. É, portanto, viável implementar uma intervenção computadorizada, como a TES, para o tratamento do uso de substâncias em contexto prisional (Chaple et al., 2014).

Chaple et al. (2016). Os autores desenvolveram um ensaio clínico aleatorizado, comparando um grupo de participantes que foram sujeitos à TES com um grupo que recebeu o tratamento usual, numa amostra de consumidores de substâncias na prisão. Este artigo concentra-se nos resultados após a libertação da prisão, ao nível do crime auto-

relatado, uso de drogas e risco de HIV aos 3 e 6 meses, e reincidência aos 12 meses. Aos 3 e 6 meses pós-reclusão, ambas as condições de tratamento reportaram uma diminuição significativa nos níveis de criminalidade, $OR = 1.01, p = .97$, no uso de substâncias, $OR = 0.99, p = .98$, e nos comportamentos de risco relativos ao uso de drogas injetáveis, $OR = 1.98, p = .24$, e sexuais, $OR = 1.13, p = .61$. Não se verificaram diferenças significativas entre grupos, pelo que se pode concluir que o TES é igualmente efetivo quando comparado com o tratamento habitual (Chaple et al., 2016). Apesar disso, os autores concluem que: (a) é viável implementar uma intervenção informatizada num ambiente prisional; (b) os participantes, em ambas as condições de intervenção (usual e TES), relataram melhorias substanciais na prática de criminalidade, consumo de substâncias e risco de HIV, após a saída da prisão; e (c) o TES e a intervenção usual/padrão foram igualmente eficazes na redução da criminalidade (reencarceramento e atividade criminosa), recaída no consumo de substâncias e comportamentos de risco para o HIV.

Lee et al. (2017). Este estudo envolve uma análise de dados secundários. O objetivo é estudar a aceitabilidade, viabilidade e eficácia das intervenções baseadas na Internet em populações envolvidas com o sistema de justiça criminal. Pediu-se a todos os participantes que auto relatassem o consumo de substâncias e que fornecessem amostras de urina e filtros de drogas e álcool no hálito, duas vezes por semana durante a fase de tratamento. Quando analisadas as características associadas ao estatuto do sistema de justiça criminal enquanto moderadoras do resultado do tratamento, os autores constataram que, independentemente do estatuto, não foram verificadas diferenças na taxa de participação no TES, na retenção no tratamento ou nos níveis de abstinência de drogas e álcool pós-tratamento. Estes resultados suportam a viabilidade e aceitabilidade de intervenções baseadas na *web* dirigidas aos participantes de tratamentos para as

dependências, incluindo aqueles que estão envolvidos em vários graus com o sistema de justiça criminal.

Online Cognitive Treatment for Problematic Anger. Um quarto estudo contempla uma intervenção cognitiva para tratamento da raiva problemática (Howie & Malouff, 2014). Esta intervenção, através da reestruturação cognitiva, visa promover a consciência de padrões de pensamento disfuncionais e dotar os indivíduos de técnicas para modificá-los. Trata-se de uma adaptação de um programa de nove sessões de Deffenbacher e McKay (2000).

A intervenção contempla três componentes: quatro módulos interativos baseados na *web*, automonitorização como tarefa de casa, e contacto semanal por *e-mail*. O Módulo 1 baseia-se na psicoeducação sobre a raiva normal *versus* a raiva problemática e nos processos cognitivos irracionais (erros cognitivos) comuns associados à raiva excessiva e prolongada (pensamento tudo-ou-nada, leitura da mente, rotulagem, adivinhação, catastrofização, culpabilização). O Módulo 2 foca-se na reestruturação cognitiva, no qual os participantes são introduzidos ao modelo cognitivo ABC de Ellis (1962). Este modelo procura explicar a mudança psicológica através da compreensão da relação entre cognições, emoções e comportamentos, sendo que o A representa o acontecimento ativador responsável pelo desencadear da reação cognitiva, emocional e comportamental; o B representa as crenças (*beliefs*) e interpretação sobre esse acontecimento ou situação; e o C compreende as consequências emocionais e/ou comportamentais dessa mesma interpretação. Neste sentido, os participantes são propostos a desafiar as cognições de raiva, substituindo-as por cognições mais adaptativas. O Módulo 3 centra-se na identificação de pensamentos adaptativos dos participantes que estavam a funcionar bem para reduzir a raiva em situações de raiva recentes, bem como no desenvolvimento de um pensamento alternativo generalizado para situações inesperadas, e no uso da imaginação

como um meio para ensaiar pensamentos redutores de raiva para eventos antecipados no futuro. No Módulo 4 é trabalhada a manutenção dos ganhos e a prevenção de recaída. As instruções escritas pediam aos participantes para completar um módulo por semana, no prazo de quatro semanas. Contudo, os quatro módulos ficavam disponíveis aos participantes desde o início da intervenção. Cada módulo requeria aproximadamente 1-1,5 horas para completar. Os participantes eram contactados, semanalmente, via *e-mail*, convidando-os a responder às questões sobre o tema da semana e a realizar os trabalhos de casa desse mesmo módulo.

O objetivo de Howie e Malouff (2014) foi desenvolver um estudo clínico aleatorizado para avaliar a eficácia deste breve tratamento cognitivo para a raiva. A amostra incluiu 75 adultos que foram aleatoriamente distribuídos pelo grupo experimental – intervenção – ou por um grupo controlo – lista de espera. Estes participantes em lista de espera teriam acesso à intervenção *online* em aproximadamente quatro semanas, ou seja, após a conclusão da avaliação.

Verificou-se um efeito significativo entre os grupos nas pontuações de raiva no pós-tratamento, $F = 7.16, p = .002$, com o grupo experimental a apresentar menores níveis de raiva. Além disso, a magnitude destas mudanças/diferenças foi grande. Os resultados dão, assim, apoio à eficácia de uma abordagem cognitiva, desenhada num programa relativamente breve, de quatro módulos, que parece ser suficiente para promover mudanças nos indivíduos que se envolvem na intervenção. O estudo concluiu ainda que 10 dos 37 (27%) participantes afetados à condição de tratamento não iniciaram a intervenção e não completaram a avaliação pós-tratamento. Embora não se saibam as razões para esta perda de amostra, a sua não participação sugere que este tipo de intervenções pode não servir/não ser compatível com todos os níveis/tipos de problemas de raiva (Howie & Malouff, 2014).

Breaking Free Online (BFO). Um quinto estudo utiliza o programa *Breaking Free Online* (BFO; Elison et al., 2015). O BFO, disponível no formato de terapia assistida por computador (CAT), visa auxiliar os reclusos a fortalecer a sua resiliência e a construir o seu capital de recuperação, através do desenvolvimento de um leque de ferramentas e estratégias de *coping* baseadas nos princípios da TCC e do *mindfulness*. Investigação recente indica uma base de evidência emergente para o programa BFO no tratamento do consumo indevido de substâncias na comunidade (e.g., Davies et al., 2015).

Em termos de resultados quantitativos, verificaram-se diferenças significativas ao nível da qualidade de vida, avaliada pelo World Health Organization Quality of Life measure (WHOQoL-BREF), $F = -0.815$, $df = 84$, $p < .0001$, e nos níveis de severidade de dependência de álcool, $F = -2.486$, $df = 84$, $p < .0013$, e outras drogas, $F = -4.744$, $df = 84$, $p < .0001$, avaliados pelo Severity of Dependence Scale (SDS). Foram ainda verificadas reduções significativas no consumo semanal de álcool relatado pelos participantes, $F = -5.654$, $df = 84$, $p < .0001$, e drogas, $F = -6.186$, $df = 84$, $p < .0001$.

Interpretation Bias Modification – Hostility (IBM-H). Um sexto estudo recorre ao treino de *Interpretation Bias Modification – Hostility* (IBM-H; Cougle et al. 2017).

O IBM-H consiste num programa que pretende alterar o viés na interpretação de situações que pode levar as pessoas a inferir uma intenção hostil às ações ou atitudes de outros. Para este efeito, o programa contempla oito sessões. Em cada sessão são apresentados no computador, de forma aleatória, cenários hipotéticos e ambíguos (64 em cada sessão; 512 no total da intervenção), nos quais os participantes se devem imaginar. Estes cenários foram desenvolvidos e testado previamente, em estudos anteriores. Os cenários abrangem um leque de temas relacionados com a raiva, nomeadamente, o sentir-se ignorado, sentir-se criticado, ter o caminho bloqueado, sentir-se desvalorizado ou

desrespeitado, situações na condução, desentendimentos, e traços irritantes de outras pessoas.

Os participantes do grupo de controlo – HVC - assistiram a oito vídeos que discutiam hábitos saudáveis e autocuidados, incluindo tópicos como exercício, dieta, higiene, apoio social, atividades saudáveis e sono. Esta intervenção foi baseada em estudos de outros investigadores (e.g., Keough & Schmidt, 2012; Schmidt et al., 2014), que consideraram esta psicoeducação credível.

No que concerne aos resultados desta intervenção, os autores não encontraram diferenças significativas entre grupos relativas às expectativas de sucesso do tratamento, $t = 0.54, p = .59$. O grupo experimental (IBM-H) apresentou melhores resultados ao nível do viés de interpretação no final da intervenção (menor hostilidade e maior “viés benigno”), $\chi^2 = 6.25, df = 1, p < .005$, ganhos que manteve até ao *follow-up* de 1 mês, $\chi^2 = 8.03, df = 1, p < .001$. No grupo IBM-H foram também verificadas maiores reduções na raiva-traço, $\beta = -2.75, p < .05$, e na expressão de raiva, $\beta = -2.10, p < .10$, comparativamente com o grupo de controlo. O efeito do IBM-H na redução da raiva-traço foi indireto, mediado através do viés de interpretação; no caso do efeito na expressão de raiva, o efeito da intervenção IBM-H foi direto. A IBM-H teve efeitos mais fortes na expressão da raiva do que nos traços da raiva, fornecendo pistas importantes sobre os mecanismos específicos subjacentes à eficácia do IBM-H. É possível que intervenções como a IBM-H sejam menos suscetíveis de prevenir a ocorrência de raiva do que de reduzir a duração da raiva ou evitar explosões de raiva.

Ao contrário do que se esperava, não se observaram efeitos da IBM-H no álcool consumido ou nas consequências relacionadas com o consumo de álcool. Os autores concluem que a IBM-H, por si só, pode não ser suficientemente potente para ter impacto na frequência ou nas consequências do consumo de álcool, ou o tempo de estudo pode

não ter sido suficientemente amplo para detetar esse tipo de efeitos. Por fim, realçar que a perda da amostra no estudo foi baixa (6.7%), o que mostra motivação por parte dos participantes e a taxa de conclusão das sessões foi elevada.

Steering Clear First Offender Drink Driving Program. Um sétimo estudo refere o programa *Steering Clear* (Wilson et al., 2017). O *Steering Clear* consiste numa intervenção *online* personalizada de cinco módulos (2h cada), cujo objetivo passa por promover nos primeiros ofensores uma maior consciência sobre o seu próprio alcoolismo ao dirigir e comportamentos associados ao álcool, a fim de evitar a reincidência. O programa pode ser utilizado via internet, através do computador, telemóvel ou *tablet* e visa maximizar o envolvimento dos ofensores através do seu formato interativo e guiado por avatares. Os primeiros módulos são seguidos de módulos de planeamento e ação relativos a estratégias de *coping* que têm por objetivo a manutenção de ganhos e a prevenção da recaída. Uma segunda fase da intervenção contempla ainda uma componente motivacional, nomeadamente, o modelo de intervenção breve para a gestão do consumo de álcool, recorrendo à entrevista motivacional do Modelo Transteórico.

A utilidade deste programa foi considerada elevada ($M = 90.80$, $SD = 20.97$), com a maioria dos participantes a considerar o programa *online* de fácil navegação, visualmente atrativo e preferindo-o comparativamente ao formato face-a-face. Todos os participantes relataram que o programa os fez pensar em mudar o modo de beber, além de pensar em não conduzir alcoolizado no futuro. Esta descoberta é importante, uma vez que a maioria dos primeiros infratores são considerados de alto risco no consumo de álcool e até um terço dos primeiros infratores auto-relatam a condução sob o efeito do álcool nos 6 meses seguintes a uma primeira condenação. Verificou-se, ainda, que a maioria dos participantes pretende continuar a utilizar a aplicação *web* do rastreador de bebidas, ferramenta opcional, complementar ao programa principal. Estes resultados

apontam para a importância de uma aplicação *web* enquanto componente digital adicional nos programas para condutores alcoolizados.

Brief Online Intervention to Address Aggression. Um último estudo, mais recente, faz referência a uma intervenção *online* dirigida à agressão (Johnson et al., 2020). Esta intervenção contempla seis breves sessões interativas baseadas em técnicas comportamentais para diminuir a excitação e a agressão. Numa primeira fase os autores pilotaram a intervenção, presencialmente com quatro pessoas. Numa segunda fase, 235 participantes foram aleatoriamente designados para fazer a intervenção *online* imediatamente (grupo de intervenção), ou após um período de lista de espera (grupo controlo).

A primeira sessão remete para uma visão geral do tratamento e psicoeducação sobre precipitantes típicos do comportamento agressivo, bem como sinais cognitivos, fisiológicos, e comportamentais de alerta para a existência de raiva. A segunda sessão visa identificar os fatores de risco e os primeiros sinais de raiva e situações que frequentemente provocam agressão no indivíduo. A terceira sessão foca-se na introdução e no treino de estratégias de regulação e gestão da raiva, entre as quais, o relaxamento (e.g., respiração diafragmática) e o “sair de cena” de um conflito até acalmar. A quarta sessão é dedicada à exploração e *feedback* personalizado sobre as situações contempladas na auto-monitorização registada pelo indivíduo. Na quinta sessão é criado um plano de intenção de implementação para utilizar como uma estratégia de *coping* face a futuras situações de alto risco para raiva. Por último, na sexta sessão é feita uma avaliação do programa e providenciado *feedback* da intenção de implementação.

Apenas 74% dos indivíduos afetados à intervenção começaram o tratamento, e apenas 43% completaram o acompanhamento pós-tratamento. A taxa de atrito da amostra ultrapassou, assim, os níveis de 23%-41%, observados noutras investigações (e.g., Howie

& Malouff, 2014). Não foram identificados preditores significativos da perda da amostra, no entanto, os autores consideram que a natureza demorada dos registos de auto-monitorização e a ausência de uma componente de *coaching* podem ter contribuído para o atrito. Os participantes que completaram a intervenção classificaram-na como útil, relevante, e suscetível de ser proveitosa no futuro. Também relataram a perceção de melhorias no seu funcionamento, bem-estar, e objetivos relacionados com a raiva.

No que respeita aos principais resultados obtidos no pós-tratamento, o grupo experimental apresentou maiores melhorias ao nível da *Feelings Trigger Action scale* (FTA), da *Modified Overt Aggression Scale* (MOAS), e do *Buss-Perry Aggression Questionnaire* (BPAQ), comparativamente com o grupo de controlo em lista de espera. A impulsividade, avaliada pela FTA, diminuiu significativamente ao longo do tempo, $p < .001$, adjusted $r^2 = 0.15$, 90% CI = [0.08, 0.24], $d = 0.84$. Houve um efeito significativo do tempo nas subescalas da MOAS, verificando-se reduções significativas ao longo do tempo nas quatro subescalas de gravidade da agressão, $p < .001$, $\eta^2 = 0.17$, 90% CI = [0.11, 0.22], $d = 0.91$. O pico diário de raiva diminuiu significativamente ao longo dos vários *timepoints* da intervenção, $p < .001$, adjusted $r^2 = 0.04$, 90% CI = [0.00, 0.09], $d = 0.41$, com efeitos que se mantiveram desde o pós-tratamento até três meses, $p = .50$. O pico diário de raiva também diminuiu ao longo dos dias dentro dos vários *timepoints* da intervenção, indicativo da acumulação e prática de novas competências.

IV. Discussão

A presente revisão sistemática identificou 16 estudos que descrevem dez intervenções através de meios digitais dirigidas a ofensores adultos ou indivíduos com traços elevados de raiva. As intervenções digitais identificadas na nossa análise, dividiram-se em duas áreas: intervenções motivacionais e intervenções cognitivo-comportamentais. Entende-se que a motivação individual para a ressocialização dos

ofensores pode ser escassa, por isso, a motivação é um bom indicador de envolvimento, com pesquisas clínicas a reforçar a importância do processo de mudança de comportamento para a eficácia desse processo.

De entre as intervenções motivacionais, quatro estudos utilizaram o MAPIT (MAPIT; Walters et al., 2014), dois outros estudos recorrem ao programa *Journey to Change* (Levesque et al., 2008, 2012), um estudo utilizou a abordagem *Brief Negotiating Interviewing* (BNI; Alemagno et al., 2009) e o último recorreu ao *Brief Motivational Gambling Intervention* ((Rosen et al., 2020). Tratam-se de métodos orientadores e centrados no ofensor para aumentar a motivação e compromisso com a mudança. As intervenções motivacionais analisadas concentram-se em obter o discurso do ofensor sobre motivos, necessidades ou compromisso de mudança. Decorrem em módulo, ou em sessões, podendo ser implementados como uma intervenção autónoma, um prelúdio para outros tratamentos ou combinada com outros elementos. Isto permite também que a intervenção possa ser adequada às particularidades do ofensor, alinhando-se com as suas problemáticas específicas e aumentando consequentemente a sua motivação para a conclusão da intervenção. Walters et al. (2014) defendem a versatilidade destas intervenções numa série de áreas de mudança de comportamento, como uso de drogas e álcool, adesão à medicação e comportamentos de risco para HIV.

Importa ainda ressaltar que analisado o custo-efetividade do MAPIT em comparação com a intervenção motivacional face-a-face (MI), o MAPIT apresentou-se como mais eficaz face às restantes condições de tratamento (MI e tratamento habitual) e, por sua vez, menos caro do que a MI (Cowell et al., 2018). Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente no desenvolvimento de intervenções digitais para mudança de comportamento, incluindo algumas que direcionam o uso de drogas e álcool e o início do tratamento. As intervenções automatizadas possuem várias vantagens potenciais sobre as

intervenções face a face, como custo-eficácia (*cost-effectiveness*) e maior fidelidade na entrega (*delivery*) do tratamento (Cowell et al., 2018).

As intervenções digitais no caso do uso de drogas e álcool variam muito no seu formato e estilo (Chaple et al., 2016). Oscilam entre formatos relativamente simples, como avaliação com *feedback* adaptado, e formatos complexos que envolvem avaliações interativas, definição de metas, prática de habilidades e automonitorização e como supra-descrito, de acordo com parecem potencializar a adesão, minimizar a desistência e privilegiar melhores resultados no *follow-up* (MAPIT; Walters et al., 2014).

Mais recentemente, foram feitas tentativas para aprimorar essas abordagens com métodos para encorajar a desistência do crime promovendo características positivas dos criminosos (Chaple et al., 2014, 2016; Cogle et al. 2017; Elison et al., 2015; Howie & Malouff, 2014; Johnson et al., 2020; Lee et al., 2017; Wilson et al., 2017). Existem, no entanto, oportunidades para melhorar a reabilitação nas prisões, e fora dela, usando técnicas de intervenção digital para expandir a capacidade de fornecer intervenções baseadas em evidências. Além do mais, as intervenções digitais, pelo seu formato “móvel” podem funcionar como uma extensão da intervenção realizada na prisão, possibilitando a continuidade da aquisição e manutenção de ganhos nos indivíduos ao longo do tempo.

Quanto às intervenções cognitivo-comportamentais analisadas, três estudos abordam o TES (Chaple et al., 2014, 2016; Lee et al., 2017), um recorre ao IBM-H (Cogle et al. 2017), um outro o BFO (Elison et al., 2015), uma intervenção cognitiva para tratamento da raiva problemática, uma intervenção *online* dirigida à agressão (Johnson et al., 2020) e, ainda, o programa *Steering Clear* (Wilson et al., 2017) e a literatura defende que as intervenções cognitivo-comportamentais parecem reduzir significativamente a reincidência de ofensores na comunidade (Barnes et al., 2017).

Os ofensores necessitam de educação, assistência financeira, formação profissional, assistência no emprego e habilidades de vida na comunidade, juntamente com as habilidades de autogestão associadas aos seus problemas relacionados com o crime.

Atualmente, perante uma pandemia mundial, os ofensores em reclusão e, também, em regimes de liberdade condicional, vêm as suas oportunidades de educação, intervenção psicológica e, até as visitas dos seus familiares, limitadas ou suspensas um pouco por todo o mundo (Heard, 2021). Esta condicionante traz consequências para a sua saúde mental e, neste âmbito, as intervenções digitais assumem-se de particular interesse.

Implicações para a Prática

As intervenções digitais podem ser facilitadoras em várias áreas no contexto de reabilitação e tratamento de ofensores, nomeadamente: (i) o contacto direto com o supervisor do ofensor (discutir planos de reabilitação, programas relacionados a crimes, perspetivas de emprego, acomodação ou questões familiares); (ii) acesso a programas de educação / apoio; (iii) fomento de responsabilidade própria/dependência reduzida de outros; (iv) contacto mais fácil com a família e amigos (a desistência do crime foi associada a uma alta qualidade das relações familiares, boa comunicação entre pai e família durante a prisão e alta frequência de contacto na prisão).

Em alguns países, o número de funcionários que vão presencialmente trabalhar para as cadeias passou para metade, muito possivelmente comprometendo o apoio da saúde física e mental dos ofensores (Hewson et al, 2020). As prisões precisam de criar respostas imediatas para o risco de declínio da saúde mental dos seus reclusos, exponenciado pelo isolamento, suspensão de atividades e programas e proibição de visitas presenciais em algumas prisões, para que estes não sofram consequências a longo prazo ao nível da sua saúde mental e bem-estar, para poder corresponder aos objetivos de

reabilitação destes indivíduos a que se propõe (Heard, 2021). Sendo assim não só os ofensores fariam uso dos meios digitais como alguns dos funcionários poderiam manter funções desde suas casas através destes.

Conclui-se que, perante a pandemia COVID-19, e mesmo em ambiente de reclusão, os ofensores que já se encontram fechados e isolados do mundo exterior, poderiam ter continuado a receber apoio e a ser alvo de intervenção psicológica através de meios digitais.

Conclusão

Dado o elevado impacto social e económico do comportamento criminal, sendo que o ofensor irá regressar à sociedade, a intervenção com estes deve ser uma preocupação de todos. A pandemia por SARS-COV-2 provocou uma sensação de reclusão sentida por quase toda a população pela imposição de períodos de quarentena, promovendo um sentimento de empatia para com os ofensores em Estabelecimentos Prisionais privados de visitas familiares, das suas atividades diárias, de acompanhamento psicológico e de intervenções do mesmo carácter por estas serem do tipo presencial. É facto que as intervenções e os tratamentos com recurso a meios digitais podem contornar desafios que se impõem na dinâmica presencial.

Os avanços impostos pela pandemia no campo tecnológico podem ser mantidos e aperfeiçoados finda esta crise epidémica, para que se tornem ferramentas aliadas e facilitadoras da intervenção psicológica e, que como revemos no presente documento, pode ser alargado para o campo da reabilitação e intervenção com ofensores.

Referências Bibliográficas

- * Alemagno, S., Stephens, R., Stephens, P., Shaffer-King, P., & White, P. (2009). Brief motivational intervention to reduce HIV risk and to increase HIV testing among offenders under community supervision. *Journal of Correctional Health Care*, *15*(3), 210–221. <https://doi.org/10.1177/1078345809333398>
- Anderson, D. (1999). The aggregate burden of crime. *Journal of Law and Economics*, *42*(2), 611–642. <http://dx.doi.org/10.1086/467436>
- Andrews, D., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, *16*(1), 39–55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>
- Andrews, D., & Dowden, C. (2005). Managing correctional treatment for reduced recidivism: A meta-analytic review of programme integrity. *Legal and Criminological Psychology*, *10*(2), 173–187. <https://doi.org/10.1348/135532505X36723>
- Bagaric, M., Fischer, N., & Hunter, D. (2017). The hardship that is internet deprivation and what it means for sentencing: Development of the internet sanction and connectivity for prisoners. *Akron Law Review*, *51*(2), 1–28.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Barber, J. (1990). Computer-assisted drug prevention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *7*(2), 125–131. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(90\)90008-E](https://doi.org/10.1016/0740-5472(90)90008-E)
- Barnes, G., Hyatt, J., & Sherman, L. (2017). Even a little bit helps: An implementation and experimental evaluation of cognitive-behavioral therapy for high-risk probationers. *Criminal Justice and Behavior*, *44*(4), 611–630. <https://doi.org/10.1177/0093854816673862>

- Belenko, S., & Peugh, J. (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269-281. <https://doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.08.023>
- Berg, M., Latzman, D., Bliwise, G., & Lilienfeld, O. (2015). Parsing the heterogeneity of impulsivity: A meta-analytic review of the behavioral implications of the UPPS for psychopathology. *Psychological Assessment*, 27, 1129–1146. <https://doi.org/10.1037/pas0000111>
- Bickel, K., Christensen, R., & Marsch, A. (2011). A review of computer based interventions used in the assessment, treatment, and research of drug addiction. *Substance Use & Misuse*, 46, 4-9. <https://doi:10.3109/10826084.2011.521066>
- Boschloo, L., Van den Brink, W., Penninx, H., Wall, M., & Hasin, S. (2012). Alcohol-use disorder severity predicts first-incidence of depressive disorders. *Psychological Medicine*, 42(4), 695-703. <https://dx.doi.org/10.1017/S0033291711001681>
- Braithwaite, R. L., & Arriola, K. R. (2008). Male prisoners and HIV prevention: A call for action ignored. *American Journal of Public Health*, 98(9), 145–149. https://doi.org/10.2105/ajph.98.supplement_1.s145
- Callendar, J. (2020). Justice, reciprocity and the internalisation of punishment in victims of crime. *Neuroethics*, 13, 43–54. <https://doi.org/10.1007/s12152-018-9367-6>
- *Chaple, M., Sacks, S., McKendrick, K., Marsch, L., Belenko, S., Leukefeld, C., Predergast, M., & French, M. (2014). Feasibility of a computerized intervention for offenders with substance use disorders: a research note. *J Exp Criminol*, 10(1), 105–127. <https://doi.org/10.1007/s11292-013-9187-y>
- *Chaple, M., Sacks, S., McKendrick, K., Marsch, L., Belenko, S., Leukefeld, C., Predergast, M., & French, M. (2016). A comparative study of the therapeutic

- education system for incarcerated substance-abusing offenders. *The Prison Journal*, 96(3), 485–508. <https://doi.org/10.1177/0032885516636858>
- *Cogle, J., Summers, B., Allan, N., Dillon, K., Smith, H., Okey, S., & Harvey, A. (2017). Hostile interpretation training for individuals with alcohol use disorder and elevated trait anger: A controlled trial of a web-based intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 99, 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.09.004>
- *Cowell, A., Zarkin, G., Wedehase, B., Lerch, J., Walters, S., & Taxman, F. (2018). Cost and cost-effectiveness of computerized vs. in-person motivational interventions in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 87, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.01.013>
- Czerwinski, T., König, E., & Zaichenko, T. (2014, setembro). *Youth and adult education in prisons. Experiences from Central Asia, South America, North Africa, and Europe*. DVV International. https://www.dvv-international.de/fileadmin/files/ipe_69_eng_web.pdf
- Davies, G., Elison, S., Ward, J., & Laudet, A. (2015). The role of lifestyle in perpetuating substance dependence: A new explanatory model, the lifestyle balance model. *Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy*, 10, 1–8.
- Deffenbacher, L., & McKay, M. (2000). *Overcoming situational anger and general anger: Client manual*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Dores, A. (2015). *O que há a discutir sobre prisões?* <http://hdl.handle.net/10071/14134>
- Douglas, T. (2014). Criminal rehabilitation through medical intervention: Moral liability and the right to bodily integrity. *The Journal of Ethics*, 18(2), 101–122. <https://doi.org/10.1007/s10892-014-9161-6>

- Durrant, R. (2018). *An introduction to Criminal Psychology* (2nd ed.). Routledge
- Effective Public Health Practice Project, EPHPP. (2009). Quality Assessment Tool for Quantitative Studies. <http://www.ehpp.ca/tools.html>
- * Elison, S., Weston, S., Davies, G., Dugdale, S., & Ward, J. (2015). Findings from mixed-methods feasibility and effectiveness evaluations of the “Breaking Free Online” treatment and recovery programme for substance misuse in prisons. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(2), 176–185. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1090397>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NY: Lyle Stuart.
- Free, C., Phillips, G., Galli, L., Watson, L., Felix, L., Edwards, P., (2013a). The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: A systematic review. *PLoS Medicine*, 10(1), 100-362. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001362>
- Gerstein, M., Gerstein, R., Volberg, A. (2003). A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction*, 98(12), 1661–72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14651495/#:~:text=https%3A//doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00545.x> DOI: [10.1111/j.1360-0443.2003.00545.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00545.x)
- Gonçalves, R. (2007). Promover a mudança em personalidades anti-sociais: Punir, tratar e controlar. *Análise Psicológica*, 25(4), 571–583. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000400003&lng=pt&tlng=en
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H.,...Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the national

- epidemiologic survey on alcohol and related conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757-766. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Hasin, S., Stinson, S., Ogburn, E., & Grant, F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830-842. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.830>
- Head, J., Noar, M., Iannarino, T., & Harrington, N. (2013). Efficacy of text messaging-based interventions for health promotion: A meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 97, 41–48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.08.003>
- Heard, C. (2021). Commentary: Assessing the global impact of the Covid-19 pandemic on prison populations. *Victims & Offenders*, 15(7-8), 848–861. <https://doi.org/10.1080/15564886.2020.1825583>
- Hester, R. K., & Miller, J. H. (2006). Computer-based tools for diagnosis and treatment of alcohol problems. *Alcohol Research & Health*, 29, 36–40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16767852/>
- Hewson, T., Shepherd, A., Hard, J., & Shaw, J. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of prisoners. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 568–570. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30241-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30241-8)
- Higgins J. & Green S. (Eds.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Cochrane. <https://www.training.cochrane.org/handbook>
- * Howie, A., & Malouff, J. (2014). Effects of online cognitive treatment for problematic anger: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 310–318. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.939103>

- Johnson, L., Guttridge, K., Parkes, J., Roy, A., & Puggle, E. (2021). Scoping review of mental health in prisons through the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, *11*, e046547. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046547>
- * Johnson, S., Zisser, M., Sandel, D., Swerdlow, B., Carver, C., Sanchez, A., & Fernandez, E. (2020). Development of a brief online intervention to address aggression in the context of emotion-related impulsivity: Evidence from a wait-list controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *134*, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103708>
- Joinson, N., McKenna, K., Postmes, T., & Reips, D. (2007). *The Oxford Handbook of Internet Psychology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199561803.001.0001>
- Keough, E., & Schmidt, B. (2012). Refinement of a brief anxiety sensitivity reduction intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 766-772. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027961>
- Kip, H., Bouman, Y., Kelders, S., & van Gemert-Pijnen, J. (2018). eHealth in treatment of offenders in forensic mental health: A review of the current state. *Front. Psychiatry*, *9*(42), 1–19. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00042>
- Kothari, R., Forrester, A., Greenberg, N., Sarkissian, N., & Tracy, D. (2020). COVID-19 and prisons: Providing mental health care for people in prison, minimising moral injury and psychological distress in mental health staff. *Medicine, Science and the Law*, *60*(3), 165–168. <https://doi.org/10.1177/0025802420929799>
- Lang, M., & Belenko, S. (2001). A cluster analysis of HIV risk among felony offenders. *Criminal Justice and Behavior*, *28*, 24-61. <https://doi.org/10.1177/0093854801028001002>

- * Lee, J., Tofighi, B., McDonald, R., Campbell, A., Hu, M., & Nunes, E. (2017). Acceptability and effectiveness of a web-based psychosocial intervention among criminal justice involved adults. *Health and Justice*, 5(3), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40352-017-0048-z>
- Lerch, J., Walters, T., Tang, L., & Taxman, S. (2017). Effectiveness of a computerized motivational intervention on treatment initiation and substance use: Results from a randomized trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 80, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.07.002>
- * Levesque, D., Driskell, M., Prochaska, M., & Prochaska, O. (2008). Acceptability of a stage-matched expert system intervention for domestic violence offenders. *Violence and Victims*, 23(4), 432–445. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.23.4.432>
- * Levesque, D., Ciavatta, M., Castle, P., Prochaska, M., & Prochaska, O. (2012). Evaluation of a stage-based, computer-tailored adjunct to usual care for domestic violence offenders. *Psychology of Violence*, 2(4), 368–384. <https://doi.org/10.1037/a0027501>
- Marsch, A. (2011). Technology-based interventions targeting substance use disorders and related issues: An editorial. *Substance Use & Misuse*, 46, 1-3. <https://doi:10.3109/10826084.2011.521037>
- Matheson, I., Doherty, S., & Grant, A. (2011). Community-based aftercare and return to custody in a national sample of substance-abusing women offenders. *American Journal of Public Health*, 101(6), 1126. <https://doi:10.2105/AJPH.2010.300094>
- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, 14, 83-100. <https://doi.org/10.1348/135532508X278326>

- Meiker, S. (2017). Rehabilitation as a positive obligation. *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*, 25(2), 145–162. <https://doi.org/10.1163/15718174-25022110>
- Miller, R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7), 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Murray-Johnson, L., Witte, K., Boulay, M., Figueroa, M. E., Storey, D., & Tweedie, I. (2005). Using Health Education Theories to Explain Behavior Change: A Cross-Country Analysis. *International Quarterly of Community Health Education*, 25(1), 185–207. <https://doi.org/10.2190/1500-1461-44GK-M325>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018, dezembro). *Utilização das TIC na Intervenção Psicológica*. http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/utiliza_o_das_tic_na_i.pdf
- Petry, M., Stinson, S., & Grant, F. (2005). Comorbidity of DSM-4 pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 564–74.
- Prochaska, O., DiClemente, D., & Norcross, C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Puhalla, A., Ammerman, A., Uyeji, L., Berman, E., & McCloskey, S. (2016). Negative urgency and reward/punishment sensitivity in intermittent explosive disorder.

Journal of Affective Disorders, 201, 8–14.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.045>.

* Rosen, L., Weinstock, J., & Peter, S. (2020). A randomized clinical trial exploring gambling attitudes, barriers to treatment, and efficacy of a brief motivational intervention among ex-offenders with disordered gambling. *Journal of Forensic Sciences*, 65(5), 1646–1655. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14476>

Schmidt, B., Capron, W., Raines, M., & Allan, P. (2014). Randomized clinical trial evaluating the efficacy of a brief intervention targeting anxiety sensitivity cognitive concerns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 1023–1033. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036651>

Sistema de Segurança Interna – Gabinete do Secretário Geral (2021). *Relatório Anual de Segurança Interna 2020*. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNDQ1N%3d>

Smith, A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage.

Spencer, C., Stith, S., & King, E. (2021). Preventing maltreatment at home: A meta-analysis examining outcomes from online programs. *Research on Social Work Practice*, 31(2), 138–146. <https://doi.org/10.1177/1049731520969978>

* Spohr, S., Taxman, F., & Walters, S. (2015). The relationship between electronic goal reminders and subsequent drug use and treatment initiation in a criminal justice setting. *Addictive Behaviors*, 51, 51–56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.005>

- * Sporh, S., Taxman, F., & Walters, S. (2017). People's reasons for wanting to complete probation: Use and predictive validity in an e-health intervention. *Eval Program Plann*, 61, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.01.001>
- Stickle, B., & Felson, M. (2020). Crime rates in a pandemic: The largest criminological experiment in history. *American Journal of Criminal Justice*, 45(4), 525–536. <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09546-0>
- Stitzer, L., Petry, M., & Peirce, M. (2010). Motivational incentives research in the national drug abuse treatment clinical trials network. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(1), 61–69. doi:[10.1016/j.jsat.2009.12.010](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.12.010)
- Substance Abuse & Mental Health Services (SAMSHA) (2011). *Results from the 2010 national survey on drug use and health [NSDUH]: Summary of national findings*. NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11–4658, 143 pages. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved February 22, 2013, online at <http://oas.samhsa.gov/NSDUH/2k10NSDUH/2k10Results.pdf>
- Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, C., & Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25(3), 407–424. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9129-920>
- Taxman, S., Perdoni, L., & Harrison, D. (2007). Drug treatment services for adult offenders: The state of the state. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(3), 239–254. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.12.019>
- The Centre for Social Justice. (2021). *Digital technology in prisons: Unlocking relationships, learning and skills in UK prisons*. <https://www.centreforsocialjustice.org.uk/wp-content/uploads/2021/01/CSJJ8671-Digital-In-Prisons-INTS-210114-WEB.pdf>

- United Nations. (2018). *Introductory handbook on the prevention of recidivism and the social reintegration of offenders*. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/18-02303_ebook.pdf
- * Walters, S., Ondersma, S., Ingersoll, K., Rodriguez, M., Lerch, J., Rossheim, M., & Taxman, F. (2014). MAPIT: Development of a web-based intervention targeting substance abuse treatment in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(1), 60–65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.07.003>
- Weinstock, J., April, L. M., & Kallmi, S. (2017). Is subclinical gambling really subclinical? *Addictive behaviors*, 73, 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.014>
- Witte, K., Cameron, A., McKeon, K., & Berkowitz, M. (1996). Predicting risk behaviors: Development and validation of a diagnostic scale. *Journal of Health Communication*, 1, 317–341. <https://doi.org/10.1080/108107396127988>
- Williams, J., Royston, J., & Hagen, F. (2005). Gambling and problem gambling within forensic populations: A review of the literature. *Criminal Justice Behavior*, 32(6), 665–89. <https://doi.org/10.1177/0093854805279947>
- * Wilson, H., Palk, G., Seehan, M., Wishart, D., & Watson, B. (2017). Steering clear of driving after drinking: A tailored e-health intervention for reducing repeat offending and modifying alcohol use in a high-risk cohort. *Int. J. Behav. Med*, 24(5), 694–702. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9664-1>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/
- Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, R., Hodgins, C., & Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: Systematic review

and meta-analysis. *Addictive behaviors*, 43, 72–82.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.011>