



# **Relação entre violência nas relações íntimas e o cancro do colo do útero: Uma revisão integrada de literatura**

**Lara Figueiredo Pinheiro**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória

**janeiro de 2025**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Lara Figueiredo Pinheiro, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 43439 de/o Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 13 / 01 / 2025

LARA Pinheiro



## **Dedicatória**

Às mulheres que lutaram e continuam a lutar contra atos desumanos de violência por pessoas que, um dia, amaram tanto.



## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Vitória, por toda a disponibilidade, preocupação, interesse e sugestões fundamentais para a elaboração deste trabalho.

Aos meus pais e família que me permitiram voar, seguir este percurso, chegar até aqui e, num futuro próximo, ser médica. À minha mãe pela paciência infinita, e por ser sempre a primeira a acreditar e confiar em mim. Um agradecimento enorme por me terem dado esta oportunidade e por todo o amor e compreensão ao longo desta maratona de seis anos.

Aos meus amigos de casa, em especial ao Correia, por compreenderem sempre cada ausência, e me darem força e motivação nos momentos certos.

A todos os que me viram crescer na Covilhã, que foram a minha companhia diária, que me ensinaram tanto e que se tornaram a minha segunda casa. Aos meus amigos desta cidade tão especial que me tornaram numa pessoa melhor, mais confiante e, certamente, mais feliz. Às minhas colegas de casa, que cuidaram de mim desde o primeiro dia.

Às minhas afilhadas, por terem acreditado em mim de olhos fechados desde o primeiro dia.

Ao Pedro por ser, de longe, o meu braço direito em tudo o que faço.



## Resumo

**Introdução:** A violência nas relações íntimas (VRI) é um problema global que afeta mulheres de todas as idades e níveis socioeconómicos e que apresenta um impacto significativo na saúde física, mental, sexual e reprodutiva. A associação entre VRI e o cancro do colo do útero pode ser explicada por vários mecanismos, como a maior prevalência de comportamentos de risco entre vítimas, barreiras ao rastreio cervical e ao tratamento deste tipo de cancro, muitas vezes exacerbadas pelo trauma psicológico das vítimas e controlo imposto pelos seus parceiros abusivos, dificultando a deteção precoce e a adesão aos cuidados de saúde.

**Objetivo:** Analisar a relação entre a exposição à VRI e o cancro do colo do útero, considerando os vários tipos de violência, fatores de risco para a doença, barreiras de acesso aos serviços de saúde e adesão ao tratamento.

**Metodologia:** Revisão integrada de literatura que analisa estudos da PubMed, Scopus e SciELO com os termos: “intimate partner violence”, “cervical cancer” e “health risk and outcomes”. Foram escrutinados 74 artigos, dos quais foram selecionados 11 artigos.

**Resultados:** A pesquisa realizada sugere uma relação complexa entre a VRI e o cancro do colo do útero. Verificou-se que diferentes tipos de VRI, sobretudo física e sexual, aumentam significativamente o risco oncológico. A VRI associa-se a uma maior exposição a fatores de risco conhecidos para o cancro cervical, como o tabagismo e infeções sexualmente transmissíveis (ISTs). Correlaciona-se também com a existência de barreiras ao rastreio cervical, como a falta de autonomia e a interferência de parceiros abusivos, para além de contribuir para atrasos no tratamento, comprometendo o prognóstico. Estratégias como a auto-colheita da citologia cervical e o acesso a médicos de família à escolha das pacientes podem ter influência na redução destas consequências da VRI.

**Discussão e conclusões:** A VRI exerce um impacto significativo no risco e prognóstico do cancro do colo do útero através de diversas vertentes. Contudo não é possível comprovar a existência de um mecanismo de causa e efeito, o que destaca a necessidade de futuras investigações que explorem esta relação. Assim, torna-se essencial a implementação de políticas de saúde e medidas preventivas adequadas para combater os efeitos nocivos da VRI no cancro cervical.

## **Palavras-chave**

Violência nas relações íntimas;cancro do colo do útero;risco e consequências para a saúde



## Abstract

**Introduction:** Intimate partner violence (IPV) is a global problem that affects women of all ages and socioeconomic levels and has a significant impact on physical, mental, sexual, and reproductive health. The association between IPV and cervical cancer can be explained by various mechanisms, such as the higher prevalence of risk behaviors among victims, barriers to cervical screening and treatment, often exacerbated by the psychological trauma of victims and the control imposed by their abusive partners, which makes early detection and adherence to health care difficult.

**Objective:** To analyze the relationship between exposure to IPV and cervical cancer, considering the various types of violence, risk factors for the disease, barriers to accessing health services, and adherence to treatment.

**Methodology:** Integrated literature review analyzing studies from PubMed, Scopus, and SciELO databases using the terms: “intimate partner violence,” “cervical cancer,” and “health risks and outcomes.” A total of 74 articles were reviewed, and 11 were selected.

**Results:** The research conducted suggests a complex relationship between IPV and cervical cancer. Different types of IPV, especially physical and sexual, were found to significantly increase the risk of cancer. IPV is associated with greater exposure to known risk factors for cervical cancer, such as smoking and sexually transmitted infections (STIs). It is also correlated with barriers to cervical screening, such as lack of autonomy and interference from abusive partners, as well as contributing to delays in treatment and a compromised prognosis. Strategies such as self-collection of cervical cytology and access to family doctors of the patients' choice may help reduce these consequences of IPV.

**Discussion and Conclusions:** IPV has a significant impact on the risk and prognosis of cervical cancer in several ways. However, it is not possible to prove the existence of a cause and effect mechanism, which highlights the need for future research to explore this relationship. It is therefore essential to implement appropriate health policies and preventive measures to combat the harmful effects of IPV on cervical cancer.

## **Keywords**

Intimate partner violence;cervical cancer;health risk and outcomes



# Índice

Agradecimentos .....	vii
Resumo .....	ix
Abstract.....	xii
Lista de Figuras .....	xvii
Lista de Tabelas .....	xix
Lista de Acrónimos .....	xxi
1. Introdução.....	1
2. Materiais e métodos .....	5
2.1 Desenho da revisão .....	5
2.2 Estratégia de pesquisa .....	5
2.3 Seleção dos estudos .....	6
3. Resultados .....	9
3.1 Resultados relativos a objetivos específicos .....	16
3.1.1 Tipos de VRI e risco de cancro do colo do útero .....	16
3.1.2 Relação entre VRI e fatores de risco do cancro do colo do útero .....	17
3.1.3 Impacto da VRI no rastreio do cancro do colo do útero .....	17
3.1.4 Impacto da VRI no tratamento do cancro do colo do útero .....	19
3.1.5 Estratégias preventivas para vítimas de VRI .....	20
4. Discussão .....	22
5. Conclusões .....	30
6. Referências .....	33



## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Diagrama do processo de seleção dos artigos .....	7
--	---



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Estudos sobre relação entre violência nas relações íntimas e o cancro do colo do útero.....	10
--	----



## Lista de Acrónimos

HPV	Vírus do Papiloma Humano
ISTs	Infeções Sexualmente Transmissíveis
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
UTD	<i>Up-To-Date</i>
VCM	Violência Contra as Mulheres
VRI	Violência nas Relações Íntimas
WHO	<i>World Health Organization</i>



# 1. Introdução

A violência nas relações íntimas (VRI) é um problema global que afeta mulheres de todas as idades e níveis socioeconómicos. De acordo com a WHO (*World Health Organization*), violência nas relações íntimas, ou violência por parceiro íntimo, refere-se ao comportamento de um parceiro ou ex-parceiro íntimo que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controlo (1). Cerca de 1 em cada 3 (30%) mulheres foram sujeitas a violência física e/ou sexual por parte de um parceiro íntimo ou a violência sexual por parte de um não parceiro, ou ambas, durante a sua vida (1).

Experienciar este tipo de violência (física, sexual e psicológica) pode ter várias consequências negativas para as vítimas, causando problemas graves na sua saúde física, mental, sexual e reprodutiva. Entre eles, destaca-se o risco de depressão, ansiedade, síndrome do intestino irritável, dor crónica, enxaquecas, doença inflamatória pélvica, infeções urinárias, e infeções sexualmente transmissíveis (1,2).

Neste sentido, os profissionais de saúde têm a oportunidade de identificar e referenciar vítimas de VRI, conseguindo, desta forma, oferecer cuidados conforme as suas necessidades específicas, com foco para ações preventivas (3).

A associação entre VRI e o cancro do colo do útero pode ser explicada por vários mecanismos. A maioria dos fatores de risco conhecidos para o cancro cervical estão relacionados com a VRI, incluindo a infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV), os comportamentos sexuais de risco, o tabagismo e o stress psicossocial (4).

Assim, a prevenção e ação sobre o cancro do colo do útero, o quarto cancro mais comum globalmente entre mulheres (5), assume extrema importância nesta população. Em Portugal, em 2023, existiram 865 novos casos de cancro do colo do útero e 379 mortes pela doença, tornando-se o oitavo cancro mais frequente entre mulheres, neste país (6). O HPV é um fator de risco de extrema importância para o cancro cervical e está associado a 95-100% dos cancros escamosos e 75-95% dos cancros intra-epiteliais do colo do útero (7).

Efetivamente, existem vários mecanismos biológicos, principalmente relacionados com o stress, que podem explicar as elevadas taxas de doença crónica verificadas entre as

vítimas, já que os níveis de proteína C reativa, um marcador inflamatório, tendem a ser mais elevados nesta população (8). Elevados níveis de stress psicossocial podem suprimir o sistema imunitário pela aquisição de mecanismos de *coping* negativos, como uma dieta inadequada, sedentarismo e fumar. A VRI está também associada a comportamentos sexuais de risco, como relações desprotegidas, o que, em conjunto com os mecanismos referidos anteriormente, aumenta a probabilidade de contrair HPV e contribui para a persistência viral (4).

A ligação entre VRI e o cancro do colo do útero pode ocorrer tanto através destes fatores de risco anteriormente mencionados, que se tornam mais prevalentes em vítimas de violência, como por uma pobre adesão ao rastreio da doença – citologia cervical (4).

Em Portugal, devem-se rastrear regularmente todas as mulheres entre os 25 e os 60 anos de idade, com uma periodicidade de 5 em 5 anos (9). O rastreio é fundamental para permitir a deteção de lesões cervicais e diagnóstico precoce de fases iniciais da doença, antes de avançar para estadios invasivos. Contudo, em algumas regiões, a cobertura do rastreio na população ainda é insuficiente, demonstrando diferenças no acesso à citologia, o que indica a existência de fatores que impedem o acesso aos serviços de saúde. Entre eles, a violência no agregado familiar por parceiros ou familiares parece influenciar o uso dos cuidados de saúde pelas mulheres (10). O controlo imposto pelos parceiros das vítimas de violência pode influenciar a capacidade da mulher de procurar serviços médicos de prevenção e rastreio, atrasando o diagnóstico da doença (4). Efetivamente, a citologia cervical pode ser interpretada como um exame invasivo e re-traumatizante, trazendo mesmo *flashbacks*, especialmente para vítimas de abuso sexual. Estas mulheres têm mais probabilidade de sentir vergonha e uma intensa vulnerabilidade na realização deste exame do que outras mulheres sem historial de violência (11).

Nesta lógica, pode existir também um atraso e descontinuação do tratamento de lesões pré-cancerígenas, bem como atrasos na deteção de cancro do colo do útero, limitando as opções de tratamento (8). As barreiras aos cuidados de saúde enfrentadas pelas vítimas, desde o comportamento controlador do parceiro, à falta de apoio social e financeiro e aos níveis de stress relacionados, são responsáveis por este atraso (4).

Este estudo pretende, através de uma revisão integrada de literatura, analisar a associação entre a exposição à VRI e o cancro do colo do útero, tendo como objetivos específicos:

1. Descrever a relação entre os diferentes tipos de VRI (física, sexual e psicológica) e o cancro do colo do útero;
2. Analisar a elevada exposição aos fatores de risco de cancro cervical entre mulheres vítimas de VRI, tais como: fumar, stress psicossocial, comportamentos sexuais de risco e infeções sexualmente transmissíveis (incluindo o HPV);
3. Analisar a relação entre a VRI e a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, incluindo a descrição de possíveis barreiras de acesso existentes;
4. Avaliar o impacto da VRI na adesão ao tratamento do cancro cervical;
5. Descrever possíveis soluções para combater as consequências da VRI na prevalência e incidência do cancro do colo do útero.



## 2. Materiais e métodos

Nesta dissertação, optou-se por adotar a revisão integrada de literatura como metodologia. Este método envolve a análise de estudos com diferentes abordagens metodológicas, de modo a criar uma síntese compreensiva que permita resumir e validar o conhecimento já existente sobre o tema, com a finalidade de obter uma aplicação do mesmo na prática (12).

Dada a natureza e variedade dos estudos sobre o tema em questão, optou-se por uma revisão integrada de literatura ao invés de uma revisão sistemática.

### 2.1 Desenho da revisão

Elementos do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), incluindo o diagrama de fluxo, foram utilizados para orientar o processo desta revisão integrada (13). A figura 1 descreve o processo de pesquisa de dados em diferentes etapas, apresentando o número de artigos identificados, incluídos e excluídos, assim como os motivos de exclusão.

### 2.2 Estratégia de pesquisa

A pesquisa, realizada entre 15 de julho de 2024 e 18 de agosto de 2024, teve como recurso as seguintes bases de dados eletrônicas: *PubMed*, *Scopus* e *SciELO*. Foram utilizados os seguintes termos:

- Conceito 1: ("*Intimate Partner Violence*"[MeSH Terms] OR "*Domestic Violence*"[MeSH Terms] OR "*Spouse Abuse*"[MeSH Terms] OR "*intimate partner violence*"[tw] OR "*IPV*"[tw] OR "*domestic violence*"[tw] OR "*spouse abuse*"[tw] OR "*relationship violence*"[tw] OR "*gender-based violence*"[tw])
- Conceito 2: ("*Uterine Cervical Neoplasms*"[MeSH Terms] OR "*Cervical Cancer*"[tw] OR "*Cervical Neoplasms*"[tw] OR "*HPV-related cancer*"[tw] OR "*cervical carcinoma*"[tw])
- Conceito 3: ("*Risk Factors*"[MeSH Terms] OR "*Health Behavior*"[MeSH Terms] OR "*Psychosocial Impact*"[tw] OR "*Health Outcomes*"[tw] OR "*Immune Response*"[tw])

OR "Barriers to Care"[tw] OR "Screening"[tw] OR "Psychosocial Impact"[tw] OR "Health Outcomes"[tw] OR "Barriers to Care"[tw])

Não foram aplicadas restrições na data de publicação ou tipo de estudo.

### **2.3 Seleção dos estudos**

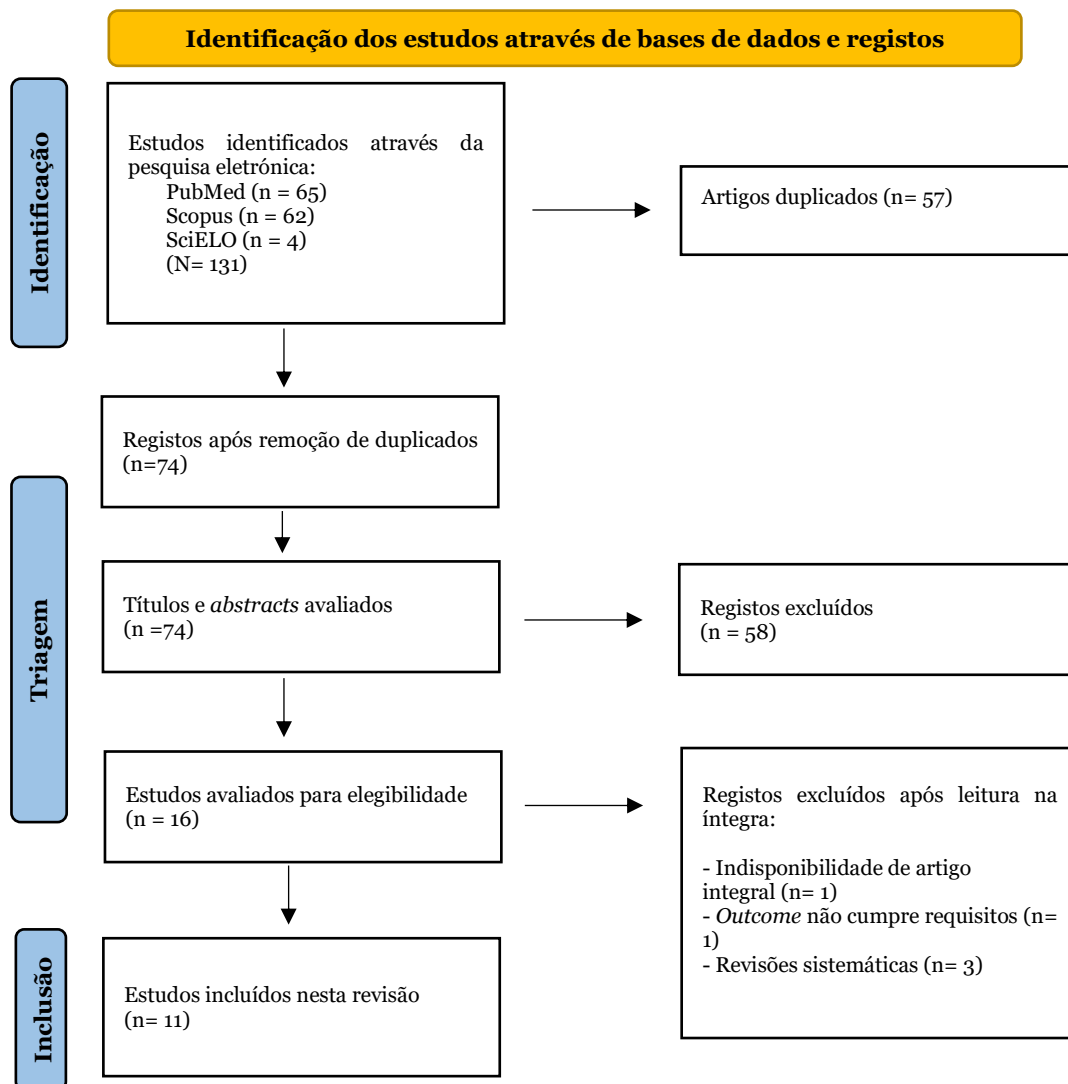
Depois de eliminados os artigos duplicados encontrados nas bases de dados eletrónicas, foram avaliados todos os títulos e *abstracts* de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Investigar mulheres (com pelo menos 15 anos) com histórico de VRI;
- Incidir na associação VRI e o cancro do colo do útero;
- Analisarem desde o impacto da VRI na incidência e progressão da doença até às consequências no rastreio do cancro cervical e adesão ao tratamento;
- Estudos publicados em inglês, português ou espanhol.

Foram retirados estudos de acordo com os seguintes critérios de exclusão:

- Estudos que não permitam a generalização dos resultados para a população geral, como as que exploram populações que vivem em condições desvantajosas e empobrecidas, e que também não ofereçam contribuições significativas sobre o tema;
- Estudos que se concentrem em outros tipos de cancro/ em outras doenças ou em outros tipos de violência não relacionada diretamente ao parceiro íntimo;
- Tratar-se de revisões de literatura.

De acordo com estes critérios, foram selecionados os artigos considerados relevantes para a revisão. Como se pode observar na figura 1, dos 16 artigos selecionados e lidos integralmente, foram incluídos 11 na revisão integrada. Dos artigos excluídos, 1 não estava disponível integralmente, 3 eram revisões sistemáticas e 1 não cumpria os *outcomes* requeridos.



**Figura 1.** Diagrama do processo de seleção dos artigos



### 3. Resultados

Foram escrutinados 74 artigos e analisados 11, publicados sob a forma de artigos científicos. Os artigos incluíam estudos observacionais e um relato de caso como abordagem metodológica, tendo sido publicados entre os anos de 2000 e 2023.

Os artigos selecionados apresentam uma distribuição geográfica, sendo que a maioria – cinco artigos (14–18) - foi conduzida nos Estados Unidos da América (EUA). Dois deles provêm do Brasil, um do estado de Rio de Janeiro (19), e o outro do estado de Espírito Santo (20). A Oceânia está representada com um artigo da Austrália (21), enquanto os restantes artigos remetem para os seguintes países: Quênia (22), Tailândia (23) e Jordânia (24).

Dos 11 artigos analisados, o estudo de Loxton et al. (21), realizado na Austrália, é o que apresenta a amostra maior, com  $n = 7312$ . O artigo com menor amostra está representado por um relato de caso de uma mulher caucasiana, de Martino et al. (16), seguido do estudo de Levinson et al. (15) com  $n=142$ , ambos dos EUA.

A maioria dos estudos utiliza uma abordagem quantitativa, apesar de o artigo de Martino (16) adotar um método qualitativo, com base em um relato de caso.

Estes estudos variam na amplitude de idade das amostras, mas a maioria concentra-se em mulheres em idade reprodutiva, sendo que o artigo com menor amplitude foi realizado na Austrália (21), com mulheres entre os 45-50 anos.

Muitos artigos analisados exploram a associação das duas variáveis em questão – VRI e cancro do colo do útero – através da análise da adesão e de barreiras ao rastreio cervical (15,17,19–22,24), um fator importante para permitir diagnósticos precoces da doença. Outros exploram esta associação de um modo geral por diversas vertentes, expondo prevalências dos diversos tipos de VRI e o seu impacto na mulher (14,18). Restam dois artigos: o estudo de Thananowan (23) explora o modo como os fatores psicossociais medeiam esta relação entre VRI e cancro cervical; o trabalho de Martino (16) estuda a relação da VRI com o atraso no tratamento do cancro cervical.

**Tabela 1.** Estudos sobre relação entre violência nas relações íntimas e o cancro do colo do útero

<b>Autor(es) (Ano de publicação) (Nº da referência)</b>	<b>País de realização do estudo</b>	<b>Objetivo do Estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>População e Amostra</b>	<b>Principais Resultados</b>
Coker et al. (2000)  (14)	Estados Unidos da América (EUA)	Avaliar a associação entre VRI (por tipo de violência, duração e frequência) e neoplasia cervical (cancro cervical ou tratamento de lesões cervicais);  Explorar o mecanismo pelo qual a VRI pode afetar o risco de neoplasia cervical.	Estudo transversal, desde fevereiro de 1997 até janeiro de 1999.  Realização de entrevistas presenciais (para despiste de IPV) e telefónicas (para recolha de histórico médico).	N = 1152 (18-65 anos) mulheres americanas recrutadas de clínicas de cuidados de saúde primários.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mulheres que sofreram VRI têm um risco 4,28 vezes maior de desenvolver cancro do colo do útero, em comparação com aquelas que nunca experienciaram VRI.</li> <li>O aumento da duração e da frequência de episódios de VRI foi associado ao risco de cancro cervical de forma dose-dependente, tanto para VRI física como sexual - formas de violência mais fortemente ligadas ao cancro cervical. VRI foi mais fortemente associada com cancro cervical do que com displasia cervical.</li> </ul>
Levinson et al. (2016)  (15)	EUA (Ohio)	Examinar barreiras ao rastreio do cancro do colo do útero entre mulheres vítimas de VRI e aceder a abrigos para violência doméstica. Comparar barreiras entre mulheres com o rastreio atualizado e desatualizado e avaliar a acessibilidade à auto-colheita para HPV.	Estudo transversal.  Através de questionários anónimos.	N = 142 mulheres de 11 abrigos para vítimas de violência doméstica, em Ohio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>23% das mulheres entrevistadas nos abrigos não possuíam o rastreio atualizado (“not up-to-date (UTD)”). Estas reportaram mais barreiras de acesso aos cuidados de saúde do que aquelas que tinham o rastreio atualizado (“UTD”).</li> <li>Não se encontraram diferenças significativas nas barreiras relacionadas com VRI entre mulheres atualizadas e não atualizadas no rastreio.</li> <li>Entre as mulheres que demonstraram preferência pela auto-colheita</li> <li>do teste de HPV, a maioria era “not UTD”.</li> </ul>

**Tabela 1.** Estudos sobre relação entre violência nas relações íntimas e o cancro do colo do útero

<b>Autor(es) (Ano de publicação) (Nº da referência)</b>	<b>País de realização do estudo</b>	<b>Objetivo do Estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>População e Amostra</b>	<b>Principais Resultados</b>
Martino et al. (2005) (16)	EUA	Descrever um caso de atraso no tratamento de cancro cervical devido a VRI.	Relato de caso.	Mulher de 41 anos, caucasiana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A paciente retardou por vários anos o tratamento de cancro cervical, tendo este progredido ao longo dos anos, devido provavelmente à violência doméstica de que era vítima. Isto levou a uma redução nas opções de tratamento viáveis e, consequentemente, pior prognóstico. Esta apenas revelou ser vítima de abuso mental, físico e doméstico de longa data na ausência do parceiro.</li> <li>A identificação precoce de casos de abusos nas relações é crucial para os profissionais de saúde ajudarem as vítimas a terem acesso aos cuidados que necessitam no tempo indicado.</li> </ul>
Gandhi et al. (2010) (17)	EUA	Avaliar a associação entre VRI e as taxas de rastreio do cancro da mama e do colo do útero.	Estudo transversal.  Revisão retrospectiva de gráficos de julho de 2004 a junho de 2005.	N = 382 mulheres com características minoritárias, em que a faixa etária dos 40-74 anos foi incluída para análise do rastreio do cancro da mama, e a dos 21-74 anos para análise do rastreio do cancro cervical.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das participantes, 16,5% são vítimas de VRI. Desta percentagem, a maioria das vítimas reportou abuso do tipo emocional (58,5%); 41,5% reportou abuso físico e/ou sexual.</li> <li>Ter o exame do Papanicolau atualizado está associado ao estado civil, seguro de saúde, número de idas aos serviços de saúde e ao tipo/localização da prática médica.</li> <li>Entre mulheres com 40 anos ou mais, as vítimas de violência física e/ou sexual tinham menores taxas de rastreio de cancro da mama e do colo do útero do que vítimas de abuso emocional. Não houve diferença nas taxas de realização do Papanicolau entre vítimas e não vítimas com menos de 40 anos.</li> </ul>

**Tabela 1.** Estudos sobre relação entre violência nas relações íntimas e o cancro do colo do útero

Autor(es) (Ano de publicação) (Nº da referência)	País de realização do estudo	Objetivo do Estudo	Metodologia	População e Amostra	Principais Resultados
Coker et al. (2009) (18)	EUA (Kentucky)	Determinar se as mulheres vítimas de violência têm maiores taxas de prevalência de cancro cervical invasivo.	Estudo transversal; análise dos dados disponíveis no Registo de Saúde das mulheres do Kentucky entre 2006 e 2009.	N= 4732 mulheres (18-88 anos) a viver no Kentucky.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das mulheres com historial de violência (abuso sexual infantil, sexo forçado ou violência nas relações íntimas), 3,5% já tiveram cancro cervical, comparado com 1,3% de mulheres sem historial de violência. As vítimas apresentam um risco 2,6 vezes maior de desenvolver cancro cervical do que aquelas sem historial de violência.</li> <li>• As mulheres que experienciaram os três tipos de violência referidos possuem as taxas mais altas de cancro do colo do útero.</li> <li>• Vítimas de violência que eram simultaneamente fumadoras possuíam as maiores taxas de cancro cervical.</li> </ul>
Rafael et al. (2017) (19)	Brasil, Rio de Janeiro	Avaliar o papel da violência física nas relações íntimas como fator de risco para um rastreio do cancro cervical inadequado.	Estudo de caso-controlo. Aplicação presencial de questionários.	N = 640 (25-64 anos, idade média = 44 anos) mulheres brasileiras (40.1% com mais de 40 anos).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A violência física contra a mulher associa-se a um duplo risco de rastreio do cancro do colo do útero inadequado, enquanto a coocorrência de violência no casal se associa a um risco quatro vezes maior.</li> <li>• Faixas etárias superiores a 50 anos demonstram maior associação a rastreios inadequados. A baixa escolaridade (&lt; 8 anos) da mulher e o abuso de álcool pelo casal aumentam significativamente todas as formas de violência na relação, aumentando consideravelmente o risco de um rastreio inadequado.</li> </ul>

**Tabela 1.** Estudos sobre relação entre violência nas relações íntimas e o cancro do colo do útero

<b>Autor(es) (Ano de publicação) (Nº da referência)</b>	<b>País de realização do estudo</b>	<b>Objetivo do Estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>População e Amostra</b>	<b>Principais Resultados</b>
Leite et al. (2018)  (20)	Brasil, estado do Espírito Santo	Analisar a associação entre VRI e não realizar o exame citopatológico nos últimos 3 anos.	Estudo transversal, desde março a setembro de 2014.  Através de entrevistas.	N = 706 mulheres brasileiras, entre os 30 a 59 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14,5% das mulheres não tinham realizado o exame citopatológico nos últimos 3 anos. Vítimas de violência sexual e física tinham, respetivamente, uma prevalência 64% e 94% maior de incumprimento do teste de Papanicolau do que as restantes mulheres. Estas têm consequentemente menores hipóteses de diagnósticos precoces de cancro cervical.</li> <li>• Não se encontrou associação entre vítimas de violência psicológica e a não realização do rastreio.</li> <li>• Mulheres que viviam com o parceiro, numa união consensual (não casadas), são o grupo com maior percentagem de não realização do teste citopatológico.</li> </ul>
Loxton et al. (2009)  (21)	Austrália	Estudar a associação entre VRI e o rastreio do cancro do colo do útero.  Avaliar o impacto do acesso a um médico à escolha da vítima no rastreio.	Estudo realizado como parte do Estudo Longitudinal Australiano sobre a Saúde das Mulheres (ALSWH), entre 1996 e 2004.  Questionários por email	N = 7312 (45-50 anos) mulheres australianas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de VRI estão associados a um inadequado rastreio do cancro cervical, mesmo depois de ajustadas as barreiras já conhecidas ao rastreio;</li> <li>• Vítimas de VRI recorriam mais ao médico de família do que outras mulheres, mas apresentavam maior taxa de rastreios inadequados para o cancro cervical. Esta associação negativa entre VRI e o rastreio deixa de ser significativa se for possível o acesso a um médico de família escolhido pela mulher.</li> </ul>

**Tabela 1.** Estudos sobre relação entre violência nas relações íntimas e o cancro do colo do útero

<b>Autor(es) (Ano de publicação) (Nº da referência)</b>	<b>País de realização do estudo</b>	<b>Objetivo do Estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>População e Amostra</b>	<b>Principais Resultados</b>
Dutta et al. (2018) (22)	Quênia	Avaliar a associação entre o rastreio do cancro cervical e fatores individuais e fatores de relacionamentos íntimos selecionados (idade, religião, educação, riqueza, exposição a planeamento familiar na TV, VRI).	Estudo transversal, desde maio de 2014 a outubro de 2014.  Aplicação de questionários.	N = 3222 (15-49 anos) mulheres quenianas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma maior taxa de rastreio para o cancro cervical está associada a idades mais avançadas, ao Cristianismo, a maiores níveis de educação (superior ao ensino secundário), a altos níveis económicos e à exposição ao planeamento familiar.</li> <li>• Religião muçulmana associa-se a uma probabilidade 5 vezes menor de adesão ao rastreio.</li> <li>• Mulheres que sofreram pelo menos um tipo de VRI têm uma probabilidade 1,28 vezes menor de realizar o rastreio.</li> </ul>
Thananowan et al. (2014) (23)	Tailândia	Examinar fatores psicossociais, como o stress, apoio social, autoestima e sintomas depressivos, como mediadores da relação entre VRI e cancro cervical em mulheres tailandesas com problemas ginecológicos.	Estudo transversal, desde julho de 2011 a dezembro de 2012.  Aplicação presencial de questionários.	N = 532 mulheres (15-65 anos) tailandesas com problemas ginecológicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 21,1% das participantes relataram ter sofrido algum tipo de VRI no ano anterior, sendo a violência física a mais prevalente (17,3%).</li> <li>• Mulheres que experienciam violência nas relações íntimas tendem a apresentar maiores níveis de stress, o que aumenta a probabilidade da existência de sintomas depressivos e diminui o apoio social e autoestima.</li> <li>• A VRI tem um efeito indireto positivo significativo no cancro do colo do útero através dos seguintes mediadores: apoio social, autoestima, stress e sintomas depressivos.</li> </ul>

**Tabela 1.** Estudos sobre relação entre violência nas relações íntimas e o cancro do colo do útero

Autor(es) (Ano de publicação) (Nº da referência)	País de realização do estudo	Objetivo do Estudo	Metodologia	População e Amostra	Principais Resultados
Urquhart et al. (2023)  (24)	Jordânia	Colmatar lacunas da investigação para compreender se a VRI é um preditor do rastreio do cancro do colo do útero na Jordânia.	Estudo transversal, entre 2017 e 2018.  Extração de dados do Inquérito Demográfico e de Saúde da Jordânia - baseado em questionários.	N = 6679 mulheres (20-49 anos) jordanianas que completaram o questionário sobre VRI e sobre conhecimento e rastreio do cancro cervical.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres vítimas de violência sexual nas relações têm menor probabilidade de terem conhecimento sobre o exame do Papanicolau; contudo, isto não tem impacto nas taxas de rastreio. Paradoxalmente, vítimas de violência emocional têm maior probabilidade de realizarem o rastreio. Violência física não apresenta associação com o rastreio.</li> <li>• A consciencialização e o rastreio cervical foram maiores entre mulheres mais velhas, com maior nível de escolaridade e maior riqueza.</li> <li>• Concluiu-se também que se as decisões sobre a saúde da mulher forem tomadas completamente pelo marido/ parceiro/ outra pessoa, esta tem menor probabilidade de ter conhecimento do rastreio do cancro cervical.</li> </ul>

A tabela 1 supramencionada apresenta as principais características dos 11 artigos incluídos na análise e resume os seus resultados.

### **3.1 Resultados relativos a objetivos específicos**

Devido à grande heterogeneidade dos resultados encontrados nos estudos existentes na literatura, analisou-se os resultados segundo as diferentes vertentes: tipos de VRI e risco de cancro do colo do útero; relação entre VRI e fatores de risco do cancro do colo do útero; impacto da VRI no rastreio e no tratamento de cancro cervical.

#### **3.1.1 Tipos de VRI e risco de cancro do colo do útero**

Os diferentes tipos de VRI experienciada - desde violência física, emocional/psicológica e sexual, - influenciam de diferentes formas o risco de cancro cervical, estando uns mais associados a este risco do que outros.

Segundo o estudo australiano (23), 21,1% das mulheres participantes relataram ter sofrido algum tipo de VRI no ano anterior, sendo a violência física o tipo mais prevalente – 17,3%. Entre os problemas ginecológicos das participantes, a prevalência de cancro do colo do útero foi a segunda mais alta, logo a seguir aos tumores benignos (23). Já no artigo (17), a violência emocional foi a mais reportada, em que 58,5% das mulheres diz ter sofrido este tipo de VRI. Neste mesmo estudo, 41,5% das participantes reportaram abuso físico e/ou sexual (17).

No estudo de 2000 (14), foi encontrada uma associação significativa entre ter experienciado VRI e um risco mais elevado de cancro do colo do útero – as vítimas tinham um risco 4,28 vezes maior de desenvolver cancro cervical do que aquelas que nunca tinham experienciado VRI. Esta associação foi mais forte com VRI física ou sexual, em comparação com as mulheres que experienciaram VRI psicológica (14). Para além disso, foi também encontrada uma relação dose-dependente, na medida em que mulheres que relataram ter passado mais tempo em relacionamentos violentos, experienciando mais lesões e sofrendo mais agressões físicas e sexuais, apresentaram um risco aumentado de cancro do colo do útero (14). Esta associação foi mais forte entre VRI e cancro do colo do útero do que entre VRI e displasia cervical, embora esta também esteja presente (14).

De acordo com o estudo (18), existe uma associação entre “violência contra as mulheres” (VCM), onde se engloba a VRI em estudo, e um aumento na prevalência do cancro

cervical – as vítimas apresentam um risco 2,6 vezes maior de desenvolver cancro do colo do útero em comparação com as mulheres que nunca sofreram VCM. Das mulheres com histórico de VCM, – que engloba a VRI, abuso sexual infantil ou sexo forçado – 3,5% já tiveram cancro do colo do útero, comparado com 1,3% de mulheres sem este histórico (18).

### **3.1.2 Relação entre VRI e fatores de risco do cancro do colo do útero**

A VRI pode aumentar a exposição a diversos fatores de risco conhecidos de cancro do colo do útero, como o tabaco (18). As vítimas têm mais probabilidade de fumar e de fumar durante mais tempo do que mulheres que nunca sofreram nenhum tipo de VCM, incluindo VRI (18). Importa realçar também que mulheres fumadoras e vítimas de algum tipo de VCM apresentavam a maior prevalência de cancro do colo do útero (4,6%), comparado com mulheres que nunca fumaram ou experienciaram algum tipo de violência (0,9%) (18). Além disto, as vítimas têm um maior risco de contrair ISTs e usar drogas ilegais (18).

Segundo o estudo tailandês (23), existe uma relação positiva entre a gravidade da VRI e o stress, sintomas depressivos, e cancro cervical. A gravidade da VRI está negativamente relacionada com autoestima e apoio social (23). Assim, os resultados deste estudo demonstram que a VRI não só exibe efeitos diretos sobre o apoio social, stress, sintomas depressivos e efeitos indiretos na autoestima, como tem um impacto significativo direto no cancro do colo do útero (23). O efeito indireto destas variáveis mediadoras no cancro cervical foi estatisticamente significativo (23).

### **3.1.3 Impacto da VRI no rastreio do cancro do colo do útero**

De acordo com o estudo australiano (21), as mulheres que sofreram VRI pelo menos oito anos antes do estudo, apresentaram maior probabilidade de não terem realizado citologia cervical nos últimos dois anos, relatando, por isso, um rastreio inadequado.

Está também documentado que mulheres que sofreram pelo menos um tipo de VRI têm uma probabilidade 1,28 vezes menor de terem sido rastreadas para o cancro cervical, em comparação com mulheres que nunca experienciaram VRI (22).

Segundo o artigo (20), 14,5% das mulheres que participaram no estudo não tinham realizado o exame citopatológico nos últimos 3 anos, sendo que as vítimas de violência

sexual e física tinham, respetivamente, uma prevalência 64% e 94% maior de incumprimento do teste de Papanicolau. Relativamente à VRI psicológica, não se encontrou relação estatística com a não realização do rastreio (20).

No estudo (24), os autores relataram que, apesar de não afetar as taxas de rastreio, as vítimas de VRI sexual tinham menor probabilidade de relatar conhecimento sobre o teste de Papanicolau enquanto, paradoxalmente, as vítimas de VRI emocional apresentaram maior probabilidade de realizar a citologia cervical em comparação com as mulheres que não sofreram este tipo de violência.

Neste seguimento, muitos artigos abordam outros fatores de risco que, quando combinados com um historial de VRI, contribuem para um risco ainda mais elevado de rastreio cervical inadequado. Entre os mais relevantes, destacam-se o álcool, a religião, a idade, o nível socioeconómico, a educação, a exposição à informação em saúde e o nível de autonomia nas decisões relacionadas à saúde.

O abuso de álcool por parte da mulher aumenta significativamente o risco de rastreio cervical inadequado em mulheres vítimas de violência grave, bem como em casais onde ocorre co-violência (violência proveniente tanto do homem como da mulher) (19).

Verificou-se que a religião muçulmana é um dos fatores associados a uma diminuição da adesão ao rastreio, sendo que mulheres muçulmanas têm uma probabilidade cinco vezes menor de o ter realizado, em comparação com mulheres protestantes ou cristãs (22). Por outro lado, o cristianismo está associado a maior probabilidade de um rastreio cervical adequado (22).

Os resultados no que toca à relação entre idade e rastreio cervical são contraditórios. O estudo (17) relatou que a violência física e/ou sexual foi associada a menor probabilidade de realizar o teste do Papanicolau entre mulheres de meia-idade, – dos 40 a 74 anos – não tendo sido encontrada a mesma relação em mulheres com menos de 40 anos. Por outro lado, outro artigo (24) documenta que maiores taxas de rastreio estão associadas a idades mais avançadas, com a maior proporção de mulheres com consciência e histórico de realização do teste de Papanicolau entre os 40-44 anos (75,7%) e os 45-49 anos (25,1%). Esta informação é corroborada pelo estudo realizado no Quênia (22), relatando uma relação entre idades mais avançadas e uma maior probabilidade de apresentar um rastreio cervical adequado.

O estudo (22) conclui que níveis socioeconómicos elevados se relacionam com maiores probabilidades de um rastreio cervical adequado. Esta relação é confirmada pelo artigo (24), verificando que o nível mais elevado de riqueza se associa a uma maior adesão ao teste de Papanicolau (24,1%), em comparação com o nível mais pobre (10,3%).

Foi relatado que mulheres com níveis de educação superiores ao ensino secundário possuem probabilidades 1,93 vezes maiores de terem realizado o rastreio quando comparadas com mulheres sem escolaridade (22). Da mesma forma, o estudo da Jordânia (24) documentou que mulheres com nível secundário de educação têm uma adesão ao teste de Papanicolau de 17%, comparado com 5,7% de adesão em mulheres sem nenhum nível de escolaridade. Estudos relatam que a exposição a mensagens de planeamento familiar na televisão nos meses prévios também apresentou associação com maiores taxas de rastreio (22).

A literatura existente demonstra que, se as decisões sobre a saúde da mulher forem tomadas completamente pelo seu marido/ parceiro/ outra pessoa, há uma menor probabilidade de esta mulher ter conhecimento e consciência sobre o rastreio do cancro do colo do útero (24). Neste seguimento e tendo em conta que a falta de autonomia pode agravar barreiras aos cuidados de saúde, o artigo (15) conclui que as vítimas de VRI que não possuíam a citologia cervical em dia relataram mais barreiras relacionadas com o acesso, como não saber onde ir, achar o exame demasiado caro ou demorado e não estar familiarizada com o exame. No entanto, não foram documentadas diferenças entre mulheres com o rastreio em dia e com o mesmo desatualizado no que diz respeito a barreiras relacionadas com VRI (15).

### **3.1.4 Impacto da VRI no tratamento do cancro do colo do útero**

Este tema encontra-se bem retratado no primeiro relato de caso elaborado sobre o assunto, em 2005 (16).

Segundo este artigo (16), a paciente de 41 anos ofereceu repetidamente resistência ao tratamento proposto, tal como o seu parceiro que, em todas as consultas discordava dos planos de tratamento, demonstrando um comportamento controlador e abusivo. Esta resistência levou a que a displasia cervical evoluísse para carcinoma invasivo (estadio IIb), o que complicou e atrasou bastante o tratamento e piorou o prognóstico. Foi apenas

na ausência do parceiro que esta mulher admitiu sofrer abuso físico, mental e doméstico de longa data (16).

Eventualmente, a paciente recebeu radioterapia, mas continuou a recusar a quimioterapia e não compareceu a consultas de acompanhamento posteriores (16).

### **3.1.5 Estratégias preventivas para vítimas de VRI**

Vítimas de VRI constituem uma população com necessidades particulares na área da saúde.

Como já foi descrito anteriormente, mulheres que experienciaram VRI apresentam maiores taxas de rastreio cervical inadequado, no entanto, estas recorrem mais frequentemente ao médico de família do que aquelas que não são vítimas (21). A associação negativa entre VRI e o rastreio do cancro do colo do útero deixa de ser significativa quando é possível o acesso a um médico de família à escolha da mulher (21).

Adicionalmente, o artigo (15) relatou que, mulheres que não possuíam a citologia cervical em dia mostraram uma preferência significativamente maior pela auto-colheita para o rastreio do cancro cervical, em comparação com mulheres com o rastreio atualizado.



## 4. Discussão

Os resultados desta revisão confirmam a complexidade da relação entre VRI e o cancro do colo do útero. Os estudos sugerem que os diferentes tipos de VRI influenciam de formas distintas a saúde cervical da mulher, estando o abuso físico e sexual mais fortemente associado, de uma forma dose-dependente, ao risco elevado de cancro do colo do útero do que o abuso psicológico (14).

Além de fatores diretamente associados à VRI, como o abuso físico e sexual, existem também vários fatores indiretamente relacionados, como o tabagismo e o rastreio inadequado, que contribuem para o aumento do risco de cancro do colo do útero em mulheres vítimas de VRI (14,18,19,22,23).

Deste modo, a literatura explora a forma como a VRI influencia indiretamente o risco de cancro do colo do útero, através de comportamentos de risco para a doença bastante comuns entre essas mulheres (18,19,23). Um exemplo disso é a associação entre o abuso de álcool por parte da mulher e o aumento do rastreio inadequado para o cancro cervical em situações de violência grave, o que contribui para um risco aumentado de cancro cervical (19). Além disso, as vítimas de VRI tendem a ser significativamente mais propensas a ter hábitos tabágicos (18,25), o que se associa significativamente a taxas mais elevadas de cancro cervical, em comparação com vítimas não fumadoras (18). Os resultados dos estudos sugerem que o tabagismo pode ser um mecanismo de *coping* para lidar com os efeitos psicológicos da VRI (25,26), já que a nicotina pode proporcionar alívio temporário dos sintomas de ansiedade e depressão, experienciados frequentemente pelas vítimas, reforçando esse comportamento (25). O tabagismo tem, não só um efeito carcinogénico direto no desenvolvimento do cancro do colo do útero (27), como também um efeito indireto através da promoção da infeção por HPV. Ao suprimir a imunidade celular contra a infeção por HPV, o tabagismo contribui para uma infeção mais prolongada e persistente pelo vírus, exacerbando o risco de cancro do colo do útero (28,29).

Neste sentido, há um risco aumentado entre as vítimas de contração de ISTs, nomeadamente do HPV (18). Existe uma forte evidência da relação entre VRI e o aumento dos comportamentos sexuais de risco, tais como ter múltiplos parceiros, sexo desprotegido, e uso de álcool e drogas antes da relação sexual (30,31). Além disso, os agressores têm também um maior envolvimento em comportamentos sexuais de risco,

como ter múltiplos parceiros e praticar sexo desprotegido fora da relação (31,32). A literatura demonstra também que as vítimas evitam negociar o uso de preservativo com o seu parceiro, devido ao medo de esta atitude gerar mais violência e abuso (33). Portanto, são necessários estudos que investiguem a relação entre estes comportamentos sexuais de risco em vítimas de VRI e o risco de cancro do colo do útero.

A VRI pode influenciar o risco de cancro cervical indiretamente através do stress crónico e da imunossupressão associada (14,18,23). O conceito de stress crónico refere-se ao impacto da ansiedade e da perceção de stress associado à VRI (14). Tal como os resultados do estudo (23) sugerem, a VRI tem um efeito indireto significativo no cancro do colo do útero através de mediadores como o apoio social, autoestima, stress e sintomas depressivos.

Está descrito que vítimas deste tipo de violência apresentam níveis de stress mais elevados, assim como maiores taxas de depressão e perturbações de ansiedade (23,34), o que leva à diminuição da autoestima e apoio social (23). Dois estudos recentes demonstram que níveis elevados de stress aumentam a probabilidade de progressão da neoplasia cervical (35) e da existência de um diagnóstico de lesão de alto grau (HSIL) (36). Os níveis elevados de stress podem afetar o risco de neoplasia cervical através de alterações na vigilância imunológica da mulher (37,38), sendo que, indivíduos imunocomprometidos estão mais suscetíveis a desenvolver uma série de infeções, incluindo o condiloma genital e a displasia cervical (39).

Assim, torna-se crucial implementar protocolos de saúde que incluam o rastreio e o tratamento de fatores psicossociais relacionados com a VRI, como o stress e sintomas depressivos (23). De igual modo, intervenções cujo objetivo seja fornecer apoio social às vítimas e proteger a sua autoestima podem ajudar a atenuar os efeitos negativos na saúde destas mulheres (23). Perguntas de rotina ou métodos de triagem deveriam fazer parte destes protocolos, de modo a detetar casos de VRI e garantir um encaminhamento adequado e seguro.

Outro aspeto importante evidenciado nesta revisão é o rastreio do cancro do colo do útero inadequado entre mulheres vítimas de VRI, o que inevitavelmente contribui para um aumento do risco de cancro cervical. São vários os artigos que realçam esta associação, sendo que as vítimas, especificamente as que sofreram violência física e sexual, têm uma probabilidade significativamente maior de não aderirem ao rastreio e, portanto, não terem a citologia cervical atualizada (20–22).

Estes achados podem resultar de um conjunto de fatores emocionais que atuam como barreiras ao rastreio. Estudos sugerem que estas vítimas veem a citologia cervical como um procedimento invasivo, vivido como uma experiência novamente traumática, que revela provas de agressão que a vítima está a tentar esconder, trazendo uma expectativa de dor, medo ou vergonha associada (17,19,40). A própria história e vivência de violência evoca sentimentos de medo, humilhação e baixa autoestima que podem resultar em mudanças comportamentais, agravando o isolamento destas mulheres e a dificuldade de cuidarem delas, da sua saúde e de outras pessoas à sua volta (41,42). De igual modo, vítimas de VRI podem ter menos probabilidade de marcar consultas para cuidados de rastreio e prevenção devido ao comportamento controlador do parceiro abusivo (16).

Quanto à violência emocional, os resultados são contraditórios, e foi até encontrada uma associação positiva entre este tipo de violência e uma maior probabilidade de realizar a citologia cervical, comparando com mulheres não vítimas (24). As razões para estes resultados não estão completamente esclarecidas na literatura, embora existam estudos que sugerem que, a associação significativa entre abuso emocional e maiores níveis de ansiedade possa resultar em sintomas físicos (43). De acordo com a literatura, a maioria das mulheres que experienciaram abuso emocional tiveram sintomas físicos como cefaleias, dor crónica e sangramento vaginal (44). Para além disso, segundo o estudo de Urquhart et al. (24), 87% das vítimas de violência emocional afirmaram que o espancamento não é justificado mesmo que a mulher discuta com o marido, em contraste com 84% das vítimas de violência física e 82% das vítimas de violência sexual. Estes resultados apoiam a hipótese de que vítimas de abuso emocional têm uma maior autonomia e, por isso, são capazes de recorrer mais frequentemente aos cuidados de saúde (24).

Além disto, os estudos revelam que existem outros fatores que contribuem para a ocorrência de um rastreio cervical inadequado e desatualizado, agravando essa relação quando associados à VRI. Entre eles está a religião – mulheres muçulmanas têm uma probabilidade cinco vezes menor de realizar o rastreio, em comparação com mulheres protestantes ou cristãs (22). A literatura sugere que estes resultados se devem a uma incompatibilidade entre os cuidados preventivos e os valores culturais e religiosos das mulheres muçulmanas (45), uma vez que o Islão proíbe a relação sexual antes do casamento e, portanto, o HPV relacionado com a promiscuidade não é considerado um fator de risco nesta cultura conservadora (46,47).

No que diz respeito à idade, os resultados são contraditórios, existindo evidência de uma relação entre idades mais avançadas e uma maior adesão ao rastreio (22,24),

provavelmente devido a uma maior sensibilização sobre a prevenção ao longo do tempo (22). Contudo, o estudo de Gandhi et al. (17) relata que uma menor probabilidade de realização do teste do Papanicolau se associa a idades superiores a 40 anos, o que se pode justificar pelo facto de que mulheres mais jovens realizam este rastreio em consultas de rotina para controlo contraceptivo e reprodutivo (21,46).

Outro resultado importante desta revisão indica que, se as decisões sobre a saúde da mulher forem tomadas completamente por outra pessoa (marido, parceiro), há uma menor probabilidade de esta ter consciência do rastreio cervical (24). Neste sentido, estão a surgir estudos sobre “coerção reprodutiva” no âmbito de VRI, em que os homens controlam o acesso e as decisões da mulher em matéria de saúde reprodutiva (48,49).

Paradoxalmente, apesar de as vítimas reportarem uma menor adesão ao rastreio do cancro do colo do útero por diversos motivos já explorados, um estudo relata que estas mulheres são as que recorrem mais frequentemente aos cuidados de saúde primários, demonstrando que o acesso aos cuidados de saúde não é uma barreira (21,50). Para além disto, quando é garantido às vítimas o acesso a um médico de família à sua escolha, – algo frequentemente reportado pelas mesmas como difícil de obter – a associação entre VRI e o cancro do colo do útero deixa de ser significativa (21). Isto realça a importância de mulheres que já estiveram com parceiros violentos se sentirem confortáveis e seguras com o seu médico, encorajando-as a aderir à citologia cervical (21).

A melhoria do acesso aos serviços de saúde para a população vítima de VRI pode ser implementada de várias formas, como estabelecer parcerias entre abrigos para vítimas e prestadores de serviços, fornecer vales financeiros, transporte e até sessões educativas sobre a importância do rastreio do cancro do colo do útero e as opções de testagem (15). A criação de unidades móveis que visitem áreas de difícil acesso e baixa adesão ao rastreio poderia facilitar o acompanhamento de vítimas nestas situações vulneráveis.

Campanhas de sensibilização pública devem também ser utilizadas de modo a aumentar a sensibilização sobre o rastreio do cancro do colo do útero e abordar estigmas e tabus relacionados à saúde sexual e reprodutiva da mulher, especialmente em sociedades onde a abordagem destes temas ainda é um tabu (22).

Neste seguimento, importa também destacar que a maior percentagem de mulheres que reporta preferir a auto-colheita para o rastreio do cancro do colo do útero corresponde àquelas com a citologia cervical desatualizada (15). Assim, a auto-colheita pode ser uma opção muito valiosa em mulheres com maior risco de não adesão ao rastreio,

especialmente vítimas de VRI, ajudando a ultrapassar algumas barreiras, como sentimentos de medo, dor, trauma e humilhação muitas vezes experienciados (15,24,51). Esta alternativa promove o controlo da mulher sobre o processo de triagem, o qual descrevem como sendo menos invasivo e mais pessoal, valorizando a autonomia que a auto-colheita lhes proporciona (51). Posto isto, é essencial que a investigação futura explore a eficácia de diferentes métodos de rastreio em vítimas de VRI, de modo a aumentar a adesão ao mesmo.

O tratamento do cancro do colo do útero é também influenciado pela vivência de VRI, com a literatura existente a sugerir que o atraso no tratamento da doença é uma consequência deste tipo de violência. O atraso no tratamento do cancro cervical contribui inevitavelmente para um pior prognóstico, aumento das taxas de mortalidade e para a necessidade de tratamentos mais invasivos e agressivos. De facto, são vários os fatores que podem contribuir para este atraso, desde encargos financeiros, acesso aos cuidados de saúde, influências culturais e medo de cancro. Contudo, em casos de vítimas de VRI, e tal como sugerido no relato de caso incluído nesta revisão (16), este atraso é principalmente uma consequência da VRI, sendo que a recusa de tratamento não foi inteiramente uma escolha da doente, mas sim algo a que foi forçada. Como já foi referido anteriormente, a VRI está associada a um risco acrescido de depressão, o que pode dificultar a capacidade da vítima de tomar decisões claras e ponderadas, além de comprometer a sua capacidade de autodeterminação (52).

Assim, é crucial que médicos e outros profissionais de saúde reconheçam que a violência doméstica ou a VRI podem ser um fator que contribui para o atraso no tratamento do cancro do colo do útero. Reconhecer os sinais, fazer as perguntas certas e as referências indicadas para a situação pode ajudar vítimas de VRI a obterem atempadamente os cuidados de saúde que precisam, já que as mulheres que se encontram nesta situação podem ver o seu acesso aos serviços médicos comprometido devido ao comportamento controlador do parceiro abusivo (16,17). É indispensável que profissionais de saúde recebam formação para adquirirem estas capacidades.

Esta revisão integrada apresenta várias limitações. A maior parte dos estudos incluídos têm uma metodologia transversal, o que permite explorar uma associação entre estas variáveis, mas não comprovar uma relação de causalidade (23). Além da incapacidade de provar causalidade, esta abordagem também não permite determinar a direção da relação entre as duas variáveis. Os resultados supramencionados demonstram a

necessidade de desenvolver mais estudos longitudinais sobre este tema de modo a avaliar a existência de uma relação causal entre VRI e o cancro do colo do útero.

Importa destacar que vários estudos utilizaram amostras de conveniência, ou seja, populações facilmente acessíveis aos investigadores (como abrigos para vítimas de VRI), que podem limitar a generalização dos resultados para a população geral, já que a amostra é constituída por um grupo específico com características e necessidades particulares, e resultam também em viés de seleção (14,15,17,23).

A subnotificação de casos de violência, incluindo VRI, constitui outra limitação dos estudos incluídos nesta revisão, uma vez que pode haver uma subestimação da sua prevalência e do seu impacto no cancro do colo do útero (15,17,22,24). Esta subnotificação resulta muitas vezes do medo, estigma ou falta de confiança no sistema de justiça e saúde que as vítimas experienciam frequentemente. Além disto, muitos estudos basearam-se em medidas de auto-relato de acontecimentos (15,20,21,23). Isto pode estar acoplado a um viés de memória, já que as mulheres podem não se lembrar de eventos passados com precisão, além de que estas podem dar apenas as respostas que considerem socialmente aceitáveis, não sendo completamente honestas na entrevista. A falta de informação detalhada é também algo transversal a vários estudos, especialmente sobre o historial de rastreio do cancro cervical, faltando informação como o tipo de teste realizado ou o intervalo entre os mesmos (14,17,24).

Adicionalmente, alguns estudos referem a possível influência de variáveis confundidoras nos seus resultados, distorcendo a associação observada entre VRI e o cancro do colo do útero (22,23). Estas variáveis incluem fatores como a idade, nível socioeconómico e acesso aos cuidados de saúde.

Apesar das limitações referidas, esta revisão realça a importância da integração de diversas estratégias para combater os efeitos da VRI, desde intervenções na prevenção, no diagnóstico precoce, a ações que promovam uma maior adesão ao tratamento do cancro do colo do útero. De igual modo, as limitações metodológicas (a maioria dos estudos adota métodos transversais) e a heterogeneidade das abordagens dos estudos existentes destacam a necessidade de mais investigações conduzidas com métodos mais robustos.

Em síntese, os resultados deste estudo comprovam que a VRI possui um impacto significativo e complexo na saúde das mulheres, influenciando tanto o risco como o

prognóstico do cancro do colo do útero. Este impacto é mediado por fatores diretos, como o abuso físico, sexual e psicológico a que as vítimas são expostas, e fatores indiretos, como a adoção de comportamentos de risco e a existência de barreiras ao rastreio cervical. Além disso, as particularidades socioculturais e o abuso de poder característico destas relações contribuem para a complexidade desta associação. Deste modo, esta revisão não só amplia o conhecimento científico sobre o tema, como também reforça a urgência da implementação de práticas de saúde inclusivas e acessíveis a esta população de risco que sejam adequadas para romper o ciclo de violência e melhorar a saúde destas mulheres.



## 5. Conclusões

Esta revisão constitui um ponto de partida para o aprofundamento e melhor caracterização da relação entre a VRI e o cancro do colo do útero. Fatores diretos como o abuso físico e sexual, bem como mecanismos indiretos como comportamentos de risco (tabagismo, comportamentos sexuais de risco, etc.), barreiras ao rastreio cervical e à adesão ao tratamento, destacam-se como as principais variáveis desta complexa relação.

A VRI representa não só um grave problema de saúde pública, mas também uma violação dos direitos humanos, exigindo uma abordagem integrada e multidisciplinar. Os serviços e profissionais de saúde devem estar preparados para fornecer cuidados de qualidade, holísticos e inclusivos, enquanto as políticas públicas devem priorizar a formação adequada, a identificação precoce de casos de violência e a referência segura das vítimas (16,53).

Medidas práticas, como o acompanhamento médico aliado ao suporte psicossocial, educação para a saúde e medidas de prevenção que englobem obstáculos emocionais e estruturais frequentes nesta população, são pilares essenciais para melhorar a saúde das vítimas. Investimentos em campanhas de sensibilização sobre a importância do rastreio do cancro do colo do útero e estratégias para melhorar o acesso, como unidades móveis de rastreio e métodos de auto-colheita, são fundamentais para combater as barreiras existentes nestas situações de maior vulnerabilidade.

Reconhecer as experiências das mulheres e compreender os fatores sociais e estruturais que perpetuam a VRI são passos fundamentais para criar soluções verdadeiramente transformadoras. Uma abordagem integrada deve focar-se tanto na saúde e prevenção de casos de cancro do colo do útero, como também nas desigualdades de género que sustentam esse ciclo, promovendo uma mudança global e duradoura.

Por fim, esta revisão destaca a necessidade de futuras investigações que explorem relações e mecanismos causais entre a VRI e o cancro do colo do útero, de forma a construir políticas e intervenções clínicas mais eficazes, que promovam a equidade no acesso a cuidados de saúde direcionados às vítimas. A criação de parcerias entre abrigos para vítimas de VRI e os prestadores de serviços, assim como a doação de vales financeiros e o fornecimento de transporte até aos hospitais ou centros de saúde são alguns exemplos de ações cruciais para proteger a saúde das mulheres. Além disto, é

crucial abordar as barreiras emocionais e sociais enfrentadas pelas vítimas, promovendo uma abordagem integral e que respeite as particularidades desta população. Compreender e agir sobre esta relação não é apenas uma questão de saúde, mas também um passo fulcral para a promoção e defesa da equidade, da dignidade e dos direitos das mulheres.



## 6. Referências

1. World Health Organization. Violence against women [Internet]. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Archives of family medicine. 2000;9(5):451–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10810951/>
3. Guedes RN, Silva ATMC da, Fonseca RMGS da. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Escola Anna Nery. 2009 Sep;13(3):625–31. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/XLfNzJBDxsfzzRzqLGj6vpw/>
4. Hindin P, Btoush R, Brown DR, Munet-Vilaro F. Intimate Partner Violence and Risk for Cervical Cancer. Journal of Family Violence. 2015;30(8):1031–43. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84944516003&doi=10.1007%2fs10896-015-9733-7&partnerID=40&md5=621e1fdc5606d2fd225cb6be3bfo40c9>
5. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
6. ICO/IARC HPV Information Centre. Human Papillomavirus and Related Cancers: Portugal, Fact Sheet 2023 [Internet]. Barcelona: ICO/IARC HPV Information Centre; 2023. Available from: [https://hpvcentre.net/statistics/reports/PRT\\_FS.pdf](https://hpvcentre.net/statistics/reports/PRT_FS.pdf)
7. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. Cervical Cancer Prevention: Health Professional Version. PDQ Cancer Information Summaries. 2014;5. Available from: <https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-prevention-pdq>
8. Reingle Gonzalez JM, Jetelina KK, Olague S, Wondrack JG. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. Preventive medicine. 2018 Sep 1;114:168–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29981792/>
9. Ministério da Saúde. Despacho n.º 8254/2017 | Diário da República, 2.ª série. 2017. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8254-2017-108189401>
10. Zoorob R, Anderson R, Cefalu C, Sidani M. Cancer Screening Guidelines. American Family Physician. 2001 Mar 15;63(6):1101–13. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/0315/p1101.html>

11. Watson V. Re-Traumatization of Sexual Trauma in Women's Reproductive Health Care. Chancellor's Honors Program Projects. 2016 May 1; Available from: [https://trace.tennessee.edu/utk\\_chanhonoproj/1950/](https://trace.tennessee.edu/utk_chanhonoproj/1950/)
12. Whittmore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005 Dec 1;52(5):546–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. Vol. 372, *The BMJ*. BMJ Publishing Group; 2021. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
14. Coker AL, Sanderson M, Fadden MK, Pirisi L. Intimate partner violence and cervical neoplasia. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 2000;9(9):1015–23. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0033636061&doi=10.1089%2f15246090050200051&partnerID=40&md5=4e63496a76e57eb8ab2d1d5470b83dcc>
15. Levinson KL, Jernigan AM, Flocke SA, Tergas AI, Gunderson CC, Huh WK, et al. Intimate Partner Violence and Barriers to Cervical Cancer Screening: A Gynecologic Oncology Fellow Research Network Study. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2016;20(1):47–51. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84951825992&doi=10.1097%2fLGT.000000000000153&partnerID=40&md5=b536ba9a30d96317a33e7efcdc8caa42>
16. Martino MA, Balar A, Cragun JM, Hoffman MS. Delay in treatment of invasive cervical cancer due to intimate partner violence. *Gynecologic Oncology*. 2005 Nov;99(2):507–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.06.034>
17. Gandhi S, Rovi S, Vega M, Johnson MS, Ferrante J, Chen PH. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2010;23(3):343–53. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77952230328&doi=10.3122%2fjabfm.2010.03.090124&partnerID=40&md5=a212eccfd2cc105a3604fa2f7876031>
18. Coker AL, Hopenhayn C, DeSimone CP, Bush HM, Crofford L. Violence against women raises risk of cervical cancer. *Journal of Women's Health*. 2009;18(8):1179–85. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0->

- [70349204353&doi=10.1089%2fjwh.2008.1048&partnerID=40&md5=71b464f37ef844c2bea264032c7de922](https://doi.org/10.1089%2fjwh.2008.1048&partnerID=40&md5=71b464f37ef844c2bea264032c7de922)
19. Rafael R de MR, Moura ATMS de. Severe intimate partner physical violence as a risk factor for inadequate cervical cancer screening. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33(12). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85040534246&doi=10.1590%2f0102-311X00074216&partnerID=40&md5=e90475eee7055924c95f74c05a57072d>
  20. Leite FMC, Amorim MHC, Gigante DP. Implication of violence against women on not performing the cytopathologic test. *Revista de Saúde Pública*. 2018;52. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000496>
  21. Loxton D, Powers J, Schofield M, Hussain R, Hosking S. Inadequate cervical cancer screening among mid-aged Australian women who have experienced partner violence. *Preventive Medicine*. 2009;48(2):184–8. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-59649108180&doi=10.1016%2fj.ypped.2008.10.019&partnerID=40&md5=afd1b20affcbb8320bd9a9267fbf4e373>
  22. Dutta T, Haderxhanaj L, Agle J, Jayawardene W, Meyerson B. Association between individual and intimate partner factors and cervical cancer screening in Kenya. *Preventing Chronic Disease*. 2018 Dec;15(180182):E157. Available from: <https://doi.org/10.5888/pcd15.180182>
  23. Thananowan N, Vongsirimas N. Factors Mediating the Relationship Between Intimate Partner Violence and Cervical Cancer Among Thai Women. *Journal of Interpersonal Violence*. 2016;31(4):715–31. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84952881205&doi=10.1177%2f0886260514556108&partnerID=40&md5=f59dec2f9b052bead7a7cdaac364dc6f>
  24. Urquhart G, Maclennan SJ, Guntupalli AM. Is there an association between intimate partner violence and the prevalence of cervical cancer screening in Jordan? *PLoS ONE*. 2023;18(8 August). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85169389733&doi=10.1371%2fjournal.pone.0290678&partnerID=40&md5=24ddc1d4f611a2e25d3e37fed1478bfb>
  25. Crane CA, Hawes SW, Weinberger AH. Intimate partner violence victimization and cigarette smoking: a meta-analytic review. *Trauma Violence Abuse*. 2013 Oct;14(4):305–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23878146/>

26. Lemon SC, Verhoek-Ofstedahl W, Donnelly EF. Preventive healthcare use, smoking, and alcohol use among Rhode Island women experiencing intimate partner violence. *Journal of women's health & gender-based medicine*. 2002;11(6):555–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12225629/>
27. Melikian AA, Sun P, Prokopczyk B, El-Bayoumy K, Hoffmann D, Wang X, et al. Identification of benzo[a]pyrene metabolites in cervical mucus and DNA adducts in cervical tissues in humans by gas chromatography-mass spectrometry. *Cancer Letters*. 1999 Nov 15;146(2):127–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10656617/>
28. Giuliano AR, Sedjo RL, Roe DJ, Harris R, Baldwin S, Papenfuss MR, et al. Clearance of oncogenic human papillomavirus (HPV) infection: effect of smoking (United States). *Cancer Causes Control*. 2002 Nov;13(9):839–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12462549/>
29. Alam S, Conway MJ, Chen HS, Meyers C. The Cigarette Smoke Carcinogen Benzo[a]pyrene Enhances Human Papillomavirus Synthesis. *Journal of Virology*. 2007 Jan 15;82(2):1053. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2224590/>
30. Mittal M, Senn TE, Carey MP. Mediators of the relation between partner violence and sexual risk behavior among women attending a sexually transmitted disease clinic. *Sexually transmitted diseases*. 2011 Jun;38(6):510–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21258269/>
31. Bauer HM, Gibson P, Hernandez M, Kent C, Klausner J, Bolan G. Intimate partner violence and high-risk sexual behaviors among female patients with sexually transmitted diseases. *Sexually transmitted diseases*. 2002;29(7):411–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12170131/>
32. Wu E, El-Bassel N, Witte SS, Gilbert L, Chang M. Intimate partner violence and HIV risk among urban minority women in primary health care settings. *AIDS and Behavior*. 2003 Sep;7(3):291–301. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1025447820399>
33. Mittal M, Senn TE, Carey MP. Fear of Violent Consequences and Condom Use among Women Attending a STD Clinic. *Women & health*. 2013 Nov ;53(8):10.1080/03630242.2013.847890. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3841968/>
34. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet (London, England)*. 2002 Apr 13;359(9314):1331–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11965295/>

35. Pereira DB, Antoni MH, Danielson A, Simon T, Efantis-Potter JN, Carver CS, et al. Life stress and cervical squamous intraepithelial lesions in women with human papillomavirus and human immunodeficiency virus. *Psychosomatic medicine*. 2003 May;65(3):427–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12764216/>
36. Coker AL, Bond S, Madeleine MM, Luchok K, Pirisi L. Psychosocial stress and cervical neoplasia risk. *Psychosomatic medicine*. 2003 Jul;65(4):644–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12883116/>
37. Goodkin K, Antoni MH, Helder L, Sevin B. Psychoneuroimmunological aspects of disease progression among women with human papillomavirus-associated cervical dysplasia and human immunodeficiency virus type 1 co-infection. *International journal of psychiatry in medicine*. 1993;23(2):119–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8395480/>
38. Goodkin K, Antoni MH, Blaney PH. Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. *Journal of psychosomatic research*. 1986;30(1):67–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3701669/>
39. Koutsky LA, Holmes KK, Critchlow CW, Stevens CE, Paavonen J, Beckmann AM, et al. A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection. *The New England journal of medicine*. 1992 Oct 29;327(18):1272–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1328880/>
40. Stubbs A, Szoeki C. The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: a systematic review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2022 Oct 1;23(4):1157–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33541243/>
41. Swan SC, Gambone LJ, Caldwell JE, Sullivan TP, Snow DL. A review of research on women's use of violence with male intimate partners. *Violence and Victims*. 2008;23(3):301–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18624096/>
42. Rafael R de MR, de Moura ATMS. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2014;63(2):149–53. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/yNPVCVLg38wSGdhCgiVRTfQ/abstract/?lang=pt>
43. Johnson JK, John R, Humera A, Kukreja S, Found M, Lindow SW. The prevalence of emotional abuse in gynaecology patients and its association with

- gynaecological symptoms. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2007;133(1):95–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16757091/>
44. Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*. 2004 Jan;14(1):19–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15001185/>
45. Martin M, LeBaron S. Attitudes toward cervical cancer screening among Muslim women: a pilot study. *Women Health*. 2004;39(3):63–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15256356/>
46. Asali F, Abdel-Razeq R, Al-Thunibat A, Okour A, Abu Mahfouz S, Abu Mahfouz I. Jordanian women's attitudes towards cervical cancer screening: has the pattern changed? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2020 May 18;40(4):564–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478428/>
47. Massetti GM, Townsend JS, Thomas CC, Basile KC, Richardson LC. Healthcare access and cancer screening among victims of intimate partner violence. *Journal of Women's Health (Larchmont)*. 2018 May;27(5):607–14. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5842092/>
48. Damra JK, Abujilban S. Violence against women and its consequences on women's reproductive health and depression: A Jordanian sample. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021 Mar 1;36(5–6):NP3044–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29673301/>
49. Grace KT, Anderson JC. Reproductive coercion: A systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2018 Oct 1;19(4):371–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27535921/>
50. Loxton D, Schofield M, Hussain R. History of domestic violence and health service use among mid-aged Australian women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2004;28(4):383–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15704705/>
51. Madding RA, Currier JJ, Yanit K, Hedges M, Bruegl A. HPV self-collection for cervical cancer screening among survivors of sexual trauma: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2024 Dec 1;24(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39272185/>
52. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002 Nov;23(4):260–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12406480/>

53. Leite FMC, Amorim MHC, Primo CC, Gigante DP. Violence against women and cervical cancer screening: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(15-16):2126-36. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85023604602&doi=10.1111%2fjocn.13328&partnerID=40&md5=3365386fe0113942acc75364d89234b5>