



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**

**GABRIEL ÍCARO PINHEIRO OLIVEIRA**

**TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR TRANSTORNOS MENTAIS NA  
BAHIA NO PERÍODO DE 2011 A 2021**

**SALVADOR  
2023**

**GABRIEL ÍCARO PINHEIRO OLIVEIRA**

**TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR TRANSTORNOS MENTAIS NA  
BAHIA NO PERÍODO DE 2011 A 2021**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Medicina, da Escola Bahiana de Medicina e  
Saúde Pública como requisito parcial para a  
aprovação no 4º ano de Medicina.

Orientadora: Dra. Alcina Marta de S. Andrade

**SALVADOR  
2023**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. OBJETIVOS.....	8
2.1 Geral.....	8
2.2 Específicos .....	8
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	9
4. MÉTODO.....	15
4.1. Desenho de Estudo.....	15
4.2 Local de Estudo .....	15
4.3 Fonte de Dados .....	15
4.4. Período de Estudo .....	16
4.5. Variáveis de Estudo .....	16
4.6. Plano de Análise .....	16
4.7. Considerações éticas .....	17
5. RESULTADOS .....	18
REFERÊNCIAS .....	22

## RESUMO

**Introdução:** Os transtornos mentais são doenças que afetam o humor, as emoções e o comportamento das pessoas, e a sua causa é influenciada por fatores genéticos e ambientais. Estudos no Brasil mostram que transtornos mentais comuns atingem de 25 a 40% da população, sendo mais prevalentes em alguns locais e ocupações. É importante compreender como a mortalidade por transtornos mentais afeta a população baiana para fornecer informações que possam contribuir para a saúde mental da região. **Objetivos:** Investigar a tendência de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais na Bahia no período de 2011 a 2021. **Metodologia:** Estudo descritivo observacional de série temporal, com dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pela Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) no período de 2011-2021. A população do estudo foram os óbitos de pessoas acima de 14 anos que tiveram como causa básica transtornos mentais e comportamentais, inclusos no capítulo V do CID-10. As variáveis foram: número de óbitos, sexo, macrorregião de residência, faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade e estado civil. Foram calculados os Coeficientes de Mortalidade e realizada uma regressão linear simples para verificar a tendência temporal. **Resultados:** Foi identificada tendência ascendente do risco de mortes devido a esses transtornos, com um aumento de 65% nos óbitos, 995 em 2011 para 1457 em 2021. O coeficiente de mortalidade mostrou uma tendência ascendente, com 9,1 e 9,7 mortes/100.000 habitantes em 2020 e 2021, respectivamente. O aumento foi estatisticamente significativo apenas para homens. O grupo etário com a maior proporção de mortes foi de 50 a 59 anos, seguido por 40 a 49 anos, que representaram mais de 42,4% das mortes. O estudo encontrou uma proporção maior de mortes entre homens e indivíduos pardos. **Conclusão:** no período de 2011 a 2021, no Estado da Bahia houve uma tendência crescente do risco de morrer por transtornos mentais e comportamentais, especialmente entre os homens, com significância estatística. No período estudado, a maior parte dos óbitos se ocorreu entre indivíduos entre 40-60 anos, do sexo masculino, ensino fundamental incompleto ou sem escolaridade, e solteiros. As macrorregiões Leste e centro Leste foram as que apresentaram maiores proporções de óbitos.

**Palavras Chave:** saúde mental; mortalidade, transtornos mentais e comportamentais

## ABSTRACT

**Introduction:** Mental disorders are illnesses that affect people's mood, emotions, and behavior, and their cause is influenced by genetic and environmental factors. Studies in Brazil show that common mental disorders affect 25 to 40% of the population, being more prevalent in some locations and occupations. It is important to understand how mortality from mental disorders affects the population of Bahia to provide information that can contribute to the mental health of the region. **Objectives:** This study aims to investigate the trend of mortality from mental disorders in the population of Bahia and estimate mortality rates per year and sex. **Methodology:** This is an observational descriptive study of a time series, using secondary data from the Mortality Information System (SIM), provided by the Health Department of the State of Bahia (SESAB) for the period from 2011 to 2021. The study population consisted of deaths among people over 14 years of age who had mental and behavioral disorders as the basic cause of death, included in chapter V of the ICD-10. The variables were: number of deaths, sex, macro-region of residence, age group, race/skin color, education level, and marital status. Mortality rates were calculated, and a simple linear regression was performed to verify the temporal trend. **Results:** A growing trend was identified in the number of deaths due to these disorders, with an increase of 65% from 995 in 2011 to 1457 in 2021. The mortality rate also showed an ascending trend, with 9.1 and 9.7 deaths/100,000 inhabitants in 2020 and 2021, respectively. The increase was statistically significant only for men. The age group with the highest proportion of deaths was 50 to 59 years, followed by 40 to 49 years, which accounted for over 42.4% of deaths. The study found a higher proportion of deaths among men and mixed-race individuals. **Conclusion:** From 2011 to 2021, there was an increasing trend in the risk of dying from mental and behavioral disorders in the state of Bahia, especially among men, with statistical significance. During the studied period, the majority of deaths occurred among individuals between 40-60 years old, male, with incomplete or no primary education, and unmarried. The Eastern and Central Eastern macro-regions showed the highest proportions of deaths.

**Key words:** mental health; mortality; behavioral disorders; mental disorders

## 1. INTRODUÇÃO

Transtornos mentais são uma série de doenças classificadas pela Classificação Internacional de Doenças -10ª.Revisão (CID 10), que embora os sintomas variem de uma forma ampla se definem por um conjunto de alterações de humor, ideias, emoções, comportamento e relacionamento do indivíduo consigo mesmo e com outras pessoas (1). São exemplos de transtornos mentais o transtorno depressivo maior, esquizofrenia, transtorno bipolar do humor, transtorno de ansiedade generalizada dentre outros. A etiologia desses transtornos ainda possui inúmeros aspectos a esclarecer, mas estado da arte mostra que existe uma combinação de fatores genéticos com fatores ambientais (sociais e sócioeconômicos, familiares e desenvolvimento) que são determinantes para sua ocorrência (1,2). Devido a diferentes fatores ambientais, a distribuição da prevalência de transtornos mentais difere em relação a ocupação e região de moradia (3).

Nesse contexto, alguns estudos no território brasileiro demonstraram uma prevalência de 25-40% dos transtornos mentais comuns, grupo que inclui principalmente transtornos de humor, ansiedade e transtorno somatoformes (THAS). (4–8). Apesar das diferenças na prevalência a depender do local do país, o acometimento por transtornos se mostra sempre acima de ¼ da população dos estudos o que demonstra a necessidade de atenção à saúde mental. Um painel da OMS sobre saúde mental constatou forte associação entre doenças mentais e uso e abuso de substâncias psicoativas como álcool, tabaco e cannabis, além de classificar esses transtornos como uma das principais causas de anos vividos com incapacidade, no mundo. (1) Além dos transtornos já citados, os transtornos psicóticos, que envolvem, entre outras patologias, esquizofrenia e transtorno bipolar do humor, são frequentemente associados a uma mortalidade maior tanto por causas naturais quanto por acidentes e suicídio (9), sendo que transtornos mentais em geral já foram associados a 40% dos casos de suicídio em um estudo feito em São Paulo (10)

No que se refere a distribuição dos casos por sexo e faixa etária, os dados disponíveis evidenciam uma heterogeneidade de comportamentos a depender do tipo de transtorno. Existe uma tendência maior de mulheres desenvolverem doenças mentais da ordem de humor e ansiedade, enquanto as percentagens de homens com abuso de álcool e outras drogas são maiores (8). Existe também um aumento constante destes transtornos nas faixas etárias mais novas e uma diminuição da prevalência nos grupos de idosos +65 anos.(8).

Diante disso, se torna necessário uma investigação mais aprofundada de como a mortalidade por transtornos mentais afeta a população baiana, para se ter a real dimensão desse problema de saúde. A saúde mental é uma área frequentemente negligenciada e que passa muitas vezes invisibilizada nas discussões sobre os problemas sociais, sendo necessário direcionar maior atenção para entender como a mortalidade é afetada por transtornos mentais e, desta forma, mostrar evidências que sinalizem como os profissionais e o sistema de saúde podem cuidar da saúde mental. Além disso, percebe-se que os estudos da área abrangem frequentemente uma região ou contexto referente a uma unidade de saúde ou uma cidade-área do país. Sendo assim, torna-se necessário conhecer a realidade do estado da Bahia.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL:**

- Analisar a tendência da mortalidade associada a transtornos mentais na Bahia no período entre 2011 e 2021.

### **2.2 ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar os óbitos relacionados a transtornos mentais segundo variáveis biológicas e sociodemográficas na Bahia no período entre 2011 e 2021
- Estimar o coeficiente de mortalidade por transtornos mentais por ano e por sexo.



### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

São considerados transtornos mentais e comportamentais alterações que clinicamente demonstram mudanças de ideias, humor, emoções e comportamentos associados à angústia pessoal e prejuízo ao funcionamento de uma ou mais esferas da vida. É necessário que o conceito de transtorno mental seja diferenciado de um período curto de alteração de humor, uma variação normal e dentro do espectro de mudanças de estado humano, que não significa uma perturbação mental, a outra condição é representada por uma anormalidade contínua e/ou recorrente apresentando prejuízos ao indivíduo(1,11).

#### **3.1 Classificação dos transtornos de humor**

Os transtornos de humor caracterizam -se principalmente por alterações patológicas do humor, cognitivas e psicomotoras. Os sintomas dessas doenças variam em intensidade, repetição e até em evolução do quadro – podendo inclusive haver uma remissão espontânea em alguns casos. Outros, porém, apresentam um curso crônico ao longo da vida, com sintomas incapacitantes. Quando tratados, os transtornos de humor apresentam um prognóstico favorável se houver uma boa adesão do paciente e família ao tratamento. Os principais transtornos de humor, estão classificados em dois grandes grupos pela CID-10<sup>a</sup>. Revisão e o DSM-IV: Transtorno de Humor Bipolar (ou afetivo) e os transtornos depressivos. (11)

São considerados transtornos mentais e comportamentais alterações que clinicamente demonstram mudanças de ideias, humor, emoções e comportamentos associados à angústia pessoal e prejuízo ao funcionamento de uma ou mais esferas da vida. É necessário que o conceito de transtorno mental seja diferenciado de um período curto de alteração de humor, uma variação normal e dentro do espectro de mudanças de estado humano, que não significa uma perturbação mental, a outra condição é representada por uma anormalidade contínua e/ou recorrente apresentando prejuízos ao indivíduo(1,11).

##### **3.1.1 Transtorno depressivo (F32)**

Depressão é um termo que pode significar um estado afetivo normal, um sintoma ou uma síndrome/doença, que é o Transtorno Depressivo Maior (F32) e outras manifestações depressivas. Como um estado afetivo normal não é objeto de atenção médica, e a depressão

como um sintoma é decorrente de uma causa de base, como por exemplo abuso de substâncias, o quadro que se torna alvo de atuação médica é o quadro clínico do transtorno depressivo.(11,12)

O quadro clínico inclui um humor depressivo, acrescido ou não de falta de interesse e motivação. O humor é modulado para depressão de forma autônoma, de modo que não é funcional distrair o paciente do sofrimento pois ele volta a sentir-se deprimido. Existe uma redução ou ausência da capacidade hedônica (prazer e felicidade relacionado a situações onde ela é cabível), com possibilidade de manifestações mais irritadas e uma tendência a mau-humor e sensibilidade extrema a eventos negativos.(11,12)

O paciente apresenta na maioria dos casos uma lentificação psicomotora e uma falta de energia que afeta a mente e o corpo em diferentes graus de intensidade, o que caracteriza a depressão leve, moderada e grave. É expressa por uma dificuldade em levantar da cama, especialmente pela manhã, e iniciar as atividades, que pode persistir ao longo do dia e evoluir para um quadro de exaustão e isolamento. No ambiente psíquico, o paciente tende a lentificação dos processos, uma confusão mental ou dificuldade de raciocínio, expressando uma importante dificuldade de hierarquizar os problemas e tomar iniciativa para resolução deles.(1,11,12)

Alguns casos depressivos, entretanto, demonstram algum grau de agitação psicomotora, principalmente quando associado a transtorno de ansiedade. O paciente se encontra inquieto, mexendo em objetos ou balançando as pernas, por exemplo. Quadros de agitação e lentificação psicomotora podem coexistir.(11)

Em resumo, o paciente depressivo apresenta alterações no humor, volição e psicomotricidade, que se encontram distorcidos para a negatividade, afetando assim pensamentos e sentimentos. O indivíduo se encontra indeciso e avalia a si mesmo de maneira negativa, assim como todos os eventos ao seu redor. Existem diferentes graus de depressão e de comprometimento da vida do paciente que está depressivo.(11)

Além do Transtorno Depressivo Maior, existem outros subtipos detalhados na literatura, como a distímia, a depressão bipolar e a depressão psicótica, todas classificadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5.(11)

### **3.1.2 Transtorno do Humor Afetivo (ou bipolar) (F31)**

O Transtorno bipolar (TB) tem suas características conhecidas desde a Grécia Antiga, porém foi o psiquiatra alemão Emil Kraepelin, em 1921, que sintetizou e sistematizou o que seriam as bases da psicopatologia dessa doença. O TB se define por uma oscilação entre episódios depressivos e maníacos (também chamado de eufórico ou irritável), além de períodos de eutímia relativa. Além do humor, é perceptível, assim como na Depressão Maior, alterações no sono, nível de energia, psicomotricidade, pensamento, volição entre outras funções psíquicas (11).

Esse transtorno se apresenta de uma maneira muito variável nos portadores, de modo que alguns autores preferem utilizar o termo espectro bipolar, alegando que raciocinar a doença assim auxilia na compreensão de sintomas e avaliação dos pacientes, além do próprio diagnóstico (11). Com relação a classificação nosológica, entretanto, a Psiquiatria reconhece duas formas principais: transtorno bipolar Tipo I e Tipo II. O TB I corresponde a manifestações clássicas da doença, com episódios de mania e depressão ou apenas de mania. Por outro lado, o TB II corresponde a episódios de hipomania e depressão, com um predomínio maior da fase depressiva da doença e quadros maníacos mais brandos.(12)

O episódio maníaco, no TB, é caracterizado por alterações das funções psíquicas como humor, afeto, pensamento, psicomotricidade e atenção. Há uma predominância de humor e afetos expansivos, entusiasmo com interações sociais, sexuais ou profissionais. É necessária uma avaliação minuciosa do quadro clínico pois a sintomatologia se apresenta de maneira muito heterogênea entre os portadores, podendo haver inclusive sintomas depressivos subsindrômicos(11,12). Nesses casos, o paciente apresenta uma labilidade emocional intensa, com instabilidade afetiva de brusca inflexão para o lado depressivo frente a um estímulo negativo, mas também uma rápida volta ao humor expansivo e irritável, que é o estado predominante na fase de mania. Ao longo do dia sensações de bem-estar podem se intercalar com desconforto insuportável, nervosismo inquietação e agressividade(11,12).

Na mania, além de alterações de humor citadas, são marcantes as alterações afetivas e cognitivas, além de uma ativação psicomotora que leva a taquipsiquismo, elevação da energia e atividades físicas intensas. Nessa fase do transtorno, pensamentos e sentimentos são

distorcidos para o sentido “positivo”, com um acréscimo de autoestima e segurança de si. Essas noções são frequentemente associadas a um otimismo exagerado, uma tendência de supervalorização de temas eróticos, religiosos e de riqueza, onde o sujeito se encontra com ideias sobrevalorada de grandeza, poder e inteligência. Isso leva a um desbalanceamento na percepção de habilidades pessoais ou de pessoas próximas e até a delírios grandiosos com conteúdo baseado nessas ideias. Associado ainda com um aumento da impulsividade e ausência de crítica, essa situação é um risco a danos graves a vida social, financeira e a saúde do paciente.(11,12)

O paciente com mania experimenta uma rápida e incessante sucessão de pensamentos, com uma fala logorreica impossível de ser interrompida. O Discurso torna-se arborizado, isso é, cada ideia levando a outra e com uma associação não necessariamente rígida entre elas. O paciente pensa mais rápido do que consegue falar, ocasionando uma dificuldade de se compreender a direccionalidade do pensamento. As alterações psicomotoras podem levar a alterações cognitivas ou virse-versa, não importando qual sintoma leva a outro. Estes pacientes frequentemente tornam-se socialmente inconvenientes e invasivos, pela necessidade de dominar e se expressar no diálogo a todo o momento.(11,12)

Nos quadros maníacos psicóticos, as alucinações são frequentes na modalidade auditiva principalmente, mas também visual. Estas podem surgir como ordens, influências, inspiração proféticas de cunho religioso. Os sintomas psicóticos podem ser tanto congruentes quanto incongruentes com humor, e essas alterações podem causar confusão mental, sololóquios, discurso desconexo, comportamento desorganizado a ponto de inviabilizar o diagnóstico diferencial com episódios esquizofrênico em um corte transversal do acompanhamento. A não identificação e não tratamento do transtorno, de maneira compulsória se necessário, trás grandes prejuízos e pode gerar danos irreparáveis ao paciente nos mais variados contextos.(11,12)

### **3.2 Esquizofrênia (F20)**

O termo esquizofrenia foi proposto por Eugen Bleuler, psiquiatra, para designar esse transtorno mental de características fisiopatológicas e etilogênicas heterogêneas. Derivado do grego schizo significa cindido e phrê significa mente. Denota-se, portanto, a característica talvez mais

marcante da esquizofrenia, que é a psicose, uma alteração do juízo de realidade. Além da distorção da realidade e alheamento, percebe-se nos pacientes esquizofrênicos alterações de crença e pensamento, os delírios, alterações na sensopercepção, as alucinações. Demais funções psíquicas, como afeto, humor podem ou não se encontrar alterados. É importante entender que esse transtorno é bem abrangente e tem apresentações diferentes. Não é o objetivo desse artigo esgotar todo conteúdo sobre tal doença, mas sim apenas dar uma visão geral sobre a tal (11,12).

É importante salientar que não existem sintomas patognomônicos para esquizofrenia, o diagnóstico é feito a partir de dados da anamnese e sinais e sintomas apresentados pelo paciente. É importante, inclusive, uma investigação sobre o contexto de vida do paciente uma vez que pacientes esquizofrênicos costumam apresentar uma personalidade pré-morbida ao longo da infância, adolescência até que se destaque um quadro agudo da doença. É notável em muitos pacientes uma desadaptação psicossocial desde essas fases mais jovens, com um retraimento socio emocional, introversão acentuada, tendência ao isolamento e comportamento desconfiado e excêntrico. Eles podem ser pessoas de poucos amigos na escola e até apresentar uma má adaptação ao trabalho. (11)

O quadro agudo da esquizofrenia pode acontecer de maneira abrupta ou insidiosa. Quando insidioso, percebe-se pequenas alterações que normalmente são atribuídas a traços de personalidade e se agravam lentamente até que se tenha sintomas psicóticos, o que para os cuidadores justifica a procura por atendimento médico. O paciente se torna progressivamente mais isolado, perde interesse pelas coisas e pessoas a sua volta e pode até adquirir interesses excêntricos e esotéricos. Quando o quadro se instala de maneira abrupta, é evidente uma angústia sob a justificativa de que “algo está para acontecer”, o paciente tem um comportamento muito desconfiado, podendo apresentar insônia, agitação e agressividade. Dessa forma, logo o paciente é levado a atendimento por familiares.(11)

Os sintomas da esquizofrenia são divididos em cinco grupos. Sintomas positivos, que agrupam alterações referentes a percepção (alucinações), pensamento (delírio), linguagem (discurso desorganizado) e no comportamento bizarro; O segundo grupo são os sintomas negativos, onde há uma diminuição nas funções de discurso e pensamento, que geram alogia, um embotamento afetivo, anedonia, diminuição de volição e impulso. Além desses dois principais, existem mais três grupos: humor disfórico; ativação/hostilidade; preocupação autista.(11,12)

### **3.2 Políticas Públicas em Saúde Mental**

O modelo de cuidado em saúde mental em todo o Brasil e na Bahia é feito através das Redes de Atenção Psicossocial. A RAPS, como são chamadas, são compostas por diferentes serviços e aparatos de saúde, incluindo unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial (CAPS), hospitais psiquiátricos e leitos de saúde mental em hospitais gerais. Essa rede é responsável por fornecer cuidados em saúde mental, incluindo casos de abuso de substâncias. A ideia é fornecer um atendimento e apoio humanizado que vá além de tratamento medicamentoso e que vise a inclusão social do indivíduo.(13–15)

Criada através da Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, em 2011, a RAPS inclui vários níveis de complexidade, passando desde a atenção básica até atendimento especializado em hospitais psiquiátricos. Ela surge na reforma psiquiátrica como um esforço contra a visão hospitalocêntrica predominante anteriormente, que gerava internações prolongadas e afastava o indivíduo com transtornos mentais da sociedade. (13–15)

Dentro dessa rede, um dos principais e mais estratégicos serviços são os CAPS, que oferecem atendimentos em diferentes modalidades baseado na necessidade do paciente. O Caps se encontra no nível secundário e complexidade e oferece, portanto, um serviço mais especializado e intensivo no cuidado com saúde mental. Eles estão organizados em três tipos que se diferem de acordo com a e público-alvo e a dificuldades de atendimento. O CAPS I fornece atendimento para pacientes em crise, mas que ainda não precisam de internação hospitalar, oferecendo um acompanhamento intenso e prevenindo internações em hospitais psiquiátricos através de atividades terapêuticas individuais ou em grupo. O CAPS II, por sua vez, oferece um serviço focado em casos mais graves, mas nos quais o indivíduo ainda possui certo grau de autonomia. Ele funciona em horário comercial, contando com equipes multidisciplinares. Por fim o CAPS III oferece tratamento para pacientes com condições mais graves e persistentes nas quais os indivíduos apresentam uma dificuldade importante de manter suas atividades diárias. Ele oferece o serviço 24h por dia e 7 dias por semana, incluindo feriados, e com possibilidade de internações de curta duração, se necessário, mas focando na inserção social do indivíduo.(13–15)

## **4. MÉTODO**

### **4.1. Desenho de Estudo:**

Trata-se de um estudo descritivo observacional de série temporal, com dados secundários da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia acessíveis a partir do portal de Vigilância da Saúde, realizado entre o período de 2011 a 2021. Acesso: <https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/>.

### **4.2 Local de Estudo:**

A Bahia é uma das 27 Unidades Federativas do Brasil (UF). Está localizada na região Nordeste. Além disso, ela faz limite com Minas Gerais, Espírito Santo, Goiás, Tocantins, Piauí, Pernambuco, Alagoas e Sergipe, e apresenta uma longa faixa litorânea, mais de 1.100 km de extensão, banhada pelo Oceano Atlântico.

Este estado é o quinto mais extenso do Brasil, com 564.760,427 Km<sup>2</sup>. Ademais, segundo o último censo realizado em 2010, a Bahia é o segundo mais populoso, apresentando 14.016.906 habitantes. Dessa forma, apresenta uma densidade demográfica de 24,82 hab/Km<sup>2</sup>. Do total de habitantes a maioria, 70,1% (10.102.476), reside na zona urbana e a minoria, 27,9% (3.914.430), na rural. Ademais, é equilibrada a proporção entre os indivíduos do sexo feminino (50,9%) e masculino (49,1%).

Contudo, apesar do grande tamanho territorial e populacional, o estado ainda apresenta sérios problemas sociais, representado pelo baixo IDH (0,66) e o alto valor do índice de GINI (0,49), quando comparados com os outros estados brasileiros – a Bahia ocupa, respectivamente, a 22<sup>a</sup> e 9<sup>a</sup> no ranking dessas aferições entre todas as UFs do Brasil. Outros dados aferidos pelo IBGE, como a segurança alimentar de apenas 54,7% das famílias do estado e a rede de esgoto sanitário presente em 62,82% dos municípios corroboram para esse quadro.

Nesse estudo, para melhor análise e entendimento dos dados, foi utilizada a divisão do estado da Bahia em nove macrorregiões: Centro-Leste, Centro-Norte, Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste, Sul. Assim, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PRD) do Estado da Bahia de 2020, a região mais populosa é a Leste, que contém Salvador – capital do Estado -, com população estimada em 2020 de 4.782.233 habitantes, enquanto a menos populosa é Centro Norte com população estimada de 807.806 habitantes.

### **4.3 Fonte de Dados:**

Foram utilizados dados secundários de domínio público do Sistema de Informação sobre

Mortalidade/SIM. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é um sistema de vigilância epidemiológica nacional que reúne dados sobre os óbitos ocorridos no país. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo território nacional. Os dados de mortalidade foram acessados através do site [www.saúde.ba.gov.br/suvisa](http://www.saúde.ba.gov.br/suvisa) no período de 17 a 22 de abril de 2023.

**4.4. Período de Estudo:** O estudo foi realizado com dados do SIM referentes ao período entre 2011 a 2021.

#### **4.5. Variáveis de Estudo:**

O estudo considerou as seguintes variáveis:

- Número de óbitos relacionados a transtornos mentais e comportamentais incluídos no capítulo V do CID-10 > ou igual a 15 anos (2011 a 2021)
- Macrorregião de residência (Centro-Leste, Centro-Norte, Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste, Sul)
- Faixa etária (15-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79 e >80 anos)
- Raça/cor (branca, preta, amarela, parda ou indígena)
- Escolaridade (nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos ou mais)
- Estado civil (solteiro, casado, viúvo, separados judicialmente, outro)
- Sexo (masculino, feminino)

#### **4.6. Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão para o estudo foram:

- Óbitos ocorridos entre indivíduos residentes na Bahia e com idade entre a partir de 15 anos.
- Óbitos entre indivíduos com transtorno mental ou comportamental segundo o capítulo V da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas de saúde 10ª revisão

#### **4.7. Plano de Análise:**

Os dados foram armazenados no Microsoft Office Excel, no qual foram analisadas a distribuição percentual das variáveis categóricas e onde elaborou-se os gráficos e tabelas. Uma regressão linear foi realizada para verificar a tendência temporal do Coeficiente de Mortalidade



por ano, sexo e macrorregião de residência utilizando-se o SPSS versão 23.0. Foram calculados os respectivos valores do  $\beta$  e  $R^2$ . Os valores de p-valor  $< 0,05$  foram considerados estatisticamente significante.

**Cálculo do Coeficiente de Mortalidade:** O numerador foi considerado o número de óbitos por local de residência por ano e no denominador a população exposta no mesmo ano, o resultado da razão foi multiplicado por  $10^5$ . O coeficiente de mortalidade foi calculado por ano e por sexo.

#### **4.8. Considerações éticas:**

Essa pesquisa utilizou exclusivamente dados secundários anônimos de acesso livre e disponíveis na plataforma da Superintendência de Vigilância da Saúde da Secretaria da Saúde do estado da Bahia e, por isso, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em consonância com o que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## 5. RESULTADOS

No período do estudo foram registrados 11.709 óbitos na Bahia que tiveram como causa básica transtorno mental ou comportamental (Tabela 1). Quando se analisou a série temporal, foi possível observar que no período houve um aumento de 65% no número de óbitos por transtornos mentais ou comportamentais passando de 995 em 2011 para 1457 em 2021. Os óbitos no último ano da série estudada representaram 12,44% do total do período na Bahia (Tabela 1).

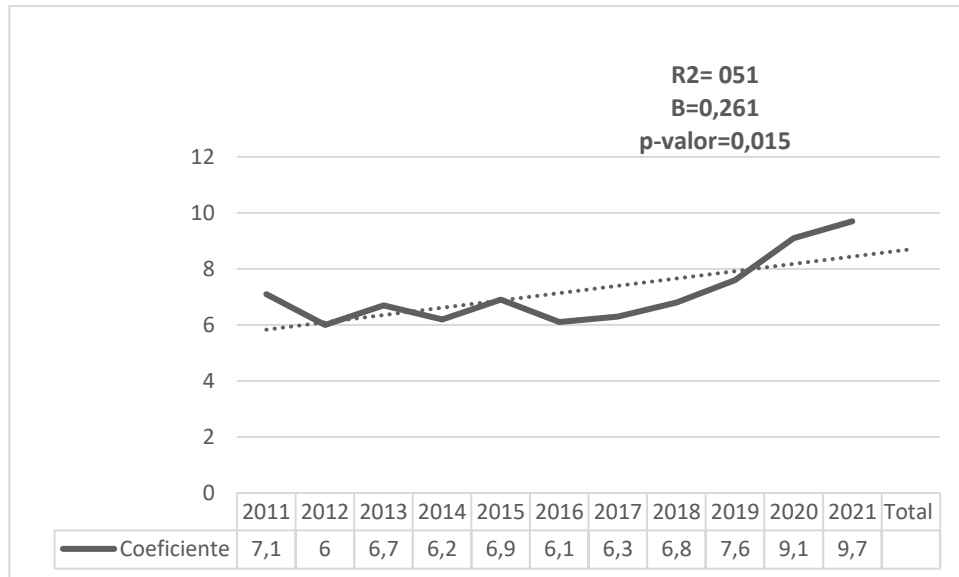
**Tabela 1. Número e distribuição proporcional dos óbitos por transtorno mental ou comportamental e coeficiente e mortalidade (105) por ano. Bahia, 2011 a 2021.**

<b>Ano</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Coeficiente</b>
2011	995	8,50	7,1
2012	855	7,30	6
2013	1.010	8,63	6,7
2014	943	8,05	6,2
2015	1.056	9,02	6,9
2016	925	7,90	6,1
2017	967	8,26	6,3
2018	1.005	8,58	6,8
2019	1.131	9,66	7,6
2020	1.365	11,66	9,1
2021	1.457	12,44	9,7
<b>Total</b>	<b>11709</b>	<b>100,00</b>	

**Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM**

No que se refere ao coeficiente de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais observou-se no período uma tendência ascendente do risco de morrer por estas causas sendo os anos de 2020 e 2021, os últimos da série histórica, os que apresentaram maior risco, 9,1 e 9,7 óbitos/100.000 hab, respectivamente. A tendência de crescimento da mortalidade se confirmou da regressão linear com significância estatística ( $p$ -valor=0,015),  $R^2=0,51$  e variação positiva,  $B=0,261$  (Gráfico 1)

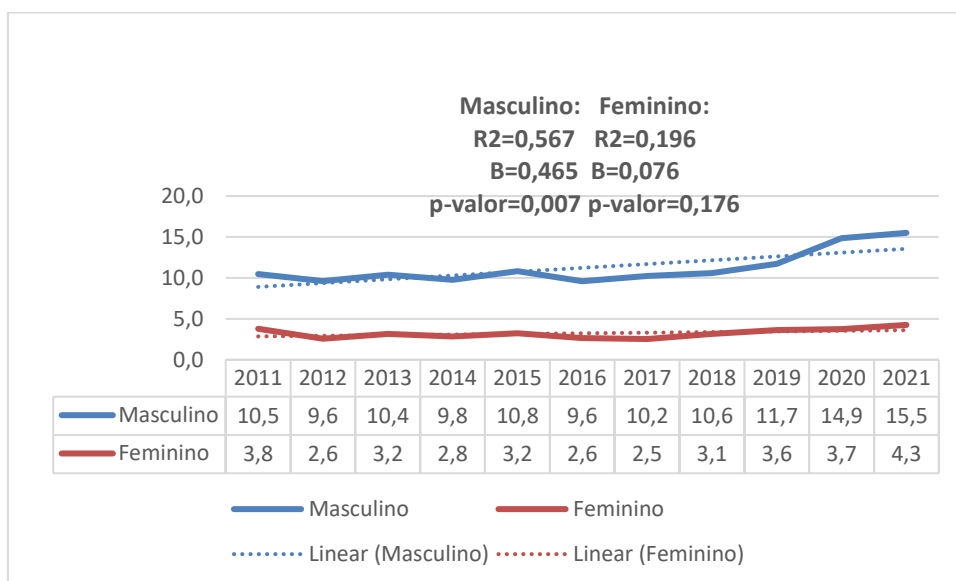
**Gráfico 1. Coeficiente de mortalidade (10<sup>5</sup>) por transtornos mentais e comportamentais segundo ano do óbito. Bahia, 2011 a 2021**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Os coeficientes de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais por sexo revelaram uma tendência crescente ( $R^2=0,567$ ) estatisticamente significativa, apenas para o sexo masculino (valor- $p=0,007$ ), (Gráfico 2).

**Gráfico 1. Coeficiente de mortalidade (10<sup>5</sup>) por transtornos mentais e comportamentais segundo ano do óbito e sexo. Bahia, 2011 a 2021**



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A faixa etária com maior proporção de óbitos foi a de 50 a 59 anos, seguida pela faixa de 40 a 49 anos, as duas faixas concentraram mais de 42,4% dos óbitos. A menor proporção de óbitos foi observada na faixa etária de 15 a 19 anos que concentrou apenas 0,43% dos óbitos por distúrbios mentais e comportamentais no estado da Bahia no período do estudo. Além disso, a maior parte dos óbitos ocorreram entre indivíduos do sexo masculino (76,93%) e entre os de raça/cor parda que representaram 64,20% do total de óbitos estudados (Tabela 2).

**Tabela 2. Número e distribuição percentual dos óbitos por transtornos mentais e comportamentais segundo variáveis biológicas (faixa etária, sexo e raça/cor). Bahia, 2011 a 2021**

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (N=11.709)</b>		
15 a 19 anos	50	0,43
20 a 29 anos	450	3,84
30 a 39 anos	1489	12,72
40 a 49 anos	2368	20,22
50 a 59 anos	2597	22,18
60 a 69 anos	1793	15,31
70 a 79 anos	1259	10,75
80 anos e mais	1703	14,54
<b>Sexo (N=11.708)</b>		
Masculino	9007	76,93
Feminino	2701	23,07
<b>Raça/cor (N10.669)</b>		
Branca	1726	16,18
Preta	2023	18,96
Amarela	34	0,32
Parda	6849	64,20
Indígena	37	0,35

**Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM**

Ao se analisar a distribuição dos óbitos por distúrbios mentais e comportamentais na Bahia, no período estudado, por escolaridade chamou atenção a concentração entre indivíduos sem nenhuma escolaridade e com 1-3 anos de estudo, 33,08% e 32,18%, respectivamente. Em relação ao estado civil, foi entre os solteiros que ocorreu a maior proporção de óbitos (62,51%) e na macrorregião Leste esteve a maior concentração de óbitos do período (27,69%), (Tabela 3).

**Tabela 3. Número e distribuição proporcional dos óbitos por transtornos mentais e comportamentais segundo variáveis sociodemográficas (escolaridade, estado civil e macrorregião de residência. Bahia, 2011 a 2021**

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade(N=8.582)</b>		
Nenhuma	2839	33,08
1-3 anos	2762	32,18
4-7 anos	1844	21,49
8-11 anos	967	11,27
12e+	170	1,98
<b>Estado civil (N=9.451)</b>		
Solteiro	5908	62,51
Casado	2005	21,21
Viúvo	1107	11,71
Separado judicialmente	431	4,56
<b>Macrorregião de Residencia</b>		
<b>(N=11.698)</b>		
Centro-Leste	1710	14,62
Centro-Norte	856	7,32
Extremo Sul	619	5,29
Leste	3239	27,69
Nordeste	724	6,19
Norte	867	7,41
Oeste	709	6,06
Sudoeste	1509	12,90
Sul	1465	12,52

**Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM**

## 6. DISCUSSÃO

No período do estudo foram registrados 11.709 óbitos por distúrbios mentais e comportamentais no estado da Bahia. A tendência de crescimento do risco de morrer por esta causa no período, por ano e para o sexo masculino, foi confirmada na regressão linear, com significância estatística. Os óbitos se concentraram entre os indivíduos de 40 a 59 anos de idade, do sexo masculino, pardos, de baixa escolaridade, solteiros e residentes na macrorregião Leste.

A tendência de crescimento do coeficiente de mortalidade no período com aumento acentuado nos anos de 2020 e 2021, coincidindo com o período da pandemia de COVID-19. Este aumento da mortalidade por transtornos mentais e comportamentais possivelmente deveu-se as dificuldades enfrentadas no período dentre estas o medo generalizado entre a população com relação a possibilidade de contrair os vírus ao frequentar espaços públicos, incluindo hospitais. Além disto, as medidas de controle da pandemia que incluíam restrição da circulação de pessoas que casou um prejuízo a saúde mental ainda havia as preocupações relacionadas a pandemia (16,17). Segundo Santos Júnior et al, houve uma diminuição na hospitalização por transtornos mentais, demonstrando a dificuldade que a população teve no acesso aos serviços de saúde, uma vez que a mortalidade foi crescente apesar da diminuição da taxa de internação (18). Foi demonstrado em outros estudos que houve queda da hospitalização por doenças mentais e esses dados, em conjunto com os do presente estudo, corroboram com o raciocínio de que a crise causada pela pandemia impactou a qualidade de vida da população, comprometeu as atividades laborais e de lazer e a dificultou em relação a mobilidade pública prejudicando os atendimentos em saúde mental no período pandêmico.(17,19,20). Alem disso, Ribeiro et al encontraram em seuestudo um padrão crescente do coeficiente de mortalidade em Minas Gerais em 2020.

No que se referiu a maior mortalidade no sexo masculino com tendencia de crescimento estatisticamente significativa, existem questões associadas a sociedade brasileira, e, portanto, a baiana, que moldam o comportamento masculino e feminino e a forma como as pessoas de cada sexo se cuidam e se expõem a riscos. No estudo de Barros et al se identificou uma forte associação entre sedentarismo, ser ex-fumante e ainda apresentar cinco ou mais comportamentos considerados não saudáveis pelo estudo em homens quando comparados as mulheres com depressão (21). Esse mesmo estudo demonstrou uma associação mais forte para

depressão apenas entre mulheres no que foi chamado de High Drinking Episode, que é a ingestão de seis ou mais doses alcoólicas de vez. Além disso, Souza et al já haviam identificado uma tendência de mortalidade de tres para um entre indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 15-24 anos, comparado ao sexo feminino por suicídio em um estudo que analisou a mortalidade por suicídio em capitais do Brasil, nas décadas de 70, 80 e 90 (22). Moura et al, por sua vez, em um estudo que analisou dados do atendimento pré hospitalar em Teresina, Piauí, identificaram maior mortalidade pré-atendimento entre o sexo masculino, apesar de haver mais tentativas de suicídio no sexo feminino. Suicídio é enquadrado no capítulo V do CID 10<sup>a</sup>. Revisão, e este dado corrobora com os achados do presente estudo sobre as diferenças encontradas tanto na proporção de óbitos quanto nos coeficientes de mortalidade entre os sexos. A partir da extrapolação desses dados, conjectura-se que as diferenças comportamentais entre os sexos podem influenciar a tendência de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais. (21,22)

Com relação a maior concentração de óbitos por transtornos mentais e comportamentais entre os menos escolarizados encontrada nesse estudo, foi perceptível que existe uma discrepância entre a proporção de óbitos e a escolaridade dos indivíduos que mostra uma correlação inversa entre escolaridade e mortalidade por estas causas. A partir disto é plausível prospectar que os anos de estudo servem como um fator de proteção, nesse caso por dar mais suporte e propiciar ferramentas para lidar com os próprios problemas de saúde (23–26). Além disso, pessoas com uma condição socioeconômica melhor, que em sua maioria são mais escolarizadas, possivelmente tendem a ter maior acesso ao sistema de saúde e receberem assistência de melhor qualidade. Segundo Santos et al, em um estudo que analisou a mortalidade por depressão na Bahia no período de 2002 a 2012 se encontrou uma associação entre estas mesmas variáveis, corroborando com os resultados do presente estudo (23). Já Lampert et al, em um estudo feito com uma população de idosos no Rio Grande do Sul, descartou uma associação direta entre escolaridade e depressão em sua amostra contrariando outros estudos (26). Entretanto, foi possível associar a depressão com um estrato de renda mais baixo tanto nesse estudo como no de Oliveira et al, reforçando a ideia de que uma menor condição econômica contribui para piora da saúde mental indiretamente e, conseqüentemente, para maiores taxas de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais.(25)

O estado civil foi outra variável analisada nesse estudo, com solteiros concentrando cerca de 60% dos óbitos por transtornos mentais e comportamentais do período. O casamento como

instituição social fornece ao indivíduo uma ampliação da rede de apoio, seja pelo contato com a família do cônjuge como pela criação de um novo núcleo familiar. Os resultados desse estudo corroboram com hipóteses levantadas no estudo de Santos et al, em 2016 acerca da influência positiva do casamento para pacientes com saúde mental debilitada, especialmente os idosos (23).

No recorte racial, os óbitos do período estudado ocorreram majoritariamente (64,20%) entre pardos. Existem diferenças socioeconômicas que podem influenciar no acesso a estruturas de saúde entre essas populações. Nessa perspectiva, Fiorio et al encontrou em um estudo feito com a população de Vitória do Espírito Santo que existe uma razão de risco maior de negros morrerem por transtornos mentais(27). Ainda assim, análise a partir do recorte racial possui uma série de fatores socioeconômicos, históricos e culturais que podem influenciar na sua interpretação e, por isso, é necessário um estudo mais aprofundado para avaliar os possíveis fatores de confusão que interferem nesta análise.

Por fim, quando se distribuiu os óbitos por macrorregiões de saúde de residência, a disposição dos óbitos se mostrou numericamente compatível com os próprios dados do contingente populacional com maior proporção na macrorregião Leste. Nesta macrorregião, segundo dados do IBGE, encontram-se as cidades mais desenvolvidas e com maior contingente populacional do estado, como Salvador, Lauro de Freitas, Camaçari e Simões Filho, o que corrobora com a maior proporção de óbitos.(28)

Diante do exposto, fica evidente a importância e o alcance dos problemas de saúde mental na população baiana, de modo que os esforços de gestores de saúde deveriam ser direcionados para atenção aos grupos que se encontram em maior vulnerabilidade. O entendimento acerca da amplitude da mortalidade por causas relacionadas a saúde mental na Bahia se mostrou escasso e houve dificuldades de se encontrar trabalhos anteriores realizados no estado. É oportuno que os próximos estudos tenham um acompanhamento longitudinal e prospectivo da amostra para responder questões que ainda não foram completamente elucidadas.

Este estudo possui limitações, entre elas o fato de transtornos mentais terem inúmeras características que influenciam na sua ocorrência dificultando o seu diagnóstico e, conseqüentemente a definição da causa dos óbitos o que pode gerar subnotificação. Além disso, houve falta de informação referente a algumas variáveis por uma falha de preenchimento da Declaração de Óbitos que é o instrumento que alimenta o sistema de



informação sobre mortalidade/SIM. Outro ponto relevante é o fato do capítulo V do CID-10<sup>a</sup>. Revisão abarcar várias doenças e transtornos que juntos são englobados como “transtornos mentais e comportamentais”, porém essas doenças possuem características que divergem entre si e, portanto, seria interessante trabalhos que avaliassem cada doença específica. Entretanto, acredita-se que esse estudo pela amplitude da cobertura do sistema de informação utilizado serve como uma linha de base para entender a realidade da saúde mental na Bahia.

## 7. CONCLUSÃO

Concluiu-se que no período de 2011 a 2021, no Estado da Bahia houve uma tendência crescente do risco de morrer por transtornos mentais e comportamentais, especialmente entre os homens, com significância estatística. No período estudado, a maior parte dos óbitos se ocorreu entre indivíduos entre 40-60 anos, do sexo masculino, ensino fundamental incompleto ou sem escolaridade, e solteiros. As macrorregiões Leste e centro Leste foram as que apresentaram maiores proporções de óbitos.

## 8. REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde [Internet]. The World Health Report. 2002. 206 p. Available from: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)
2. Ludermir AB, de Melo Filho DA. Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders. *Rev Saude Publica*. 2002;36(2):213–21.
3. Coledam DHC, Alves TA, de Arruda GA, Ferraiol PF. Prevalence of common mental disorders among Brazilian workers: systematic review and meta-analysis. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2022;27(2):579–91.
4. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2008;24(7):1641–50.
5. Costa AG da, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):73–9.
6. Costa JSD da, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP de, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2002;5(2):164–73.
7. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Dutilh Novaes HM, Galvão César CL. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1639–48.
8. Viana MC, Andrade LH. Prevalência em toda a vida, distribuição por idade e sexo e idade de início de transtornos psiquiátricos na área metropolitana de São Paulo, Brasil: Resultados do estudo epidemiológico de transtornos mentais São Paulo megacity. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34(3):249–60.
9. Gianvecchi VAP, Jorge MHP de M. Suicide in the state of São Paulo, Brazil: comparing Public Safety and Health data. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2022;27(6):2427–36.
10. Lúcia A, Sampaio P, Caetano D. Revisão de literatura-Literature review Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica Mortality in psychiatric patients: literature review Faculdade Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (Sampaio ALP, Caetano D).
11. Neto MRL, Elkis H. *Psiquiatria Básica*. 2º. Porto Alegre; 2007.
12. Meleiro AMA da S. *Psiquiatria - Estudos fundamentais*. 2018.
13. Dunningham WA, Filho ADSA. Saúde mental - Caderno de atenção básica nº34. Vol. 20, *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. 2016. 186 p.
14. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia [Internet]. 2023. p. Saúde mental. Available from: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-mental/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. 2017. p. Anexo V. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html).
16. Delgado CE, Silva EA, Barbosa de Castro EA, Carbogim F da C, de Araújo Püschel VA, Cavalcante RB. Infodemia de COVID-19 e saúde mental de adultos e idosos: uma revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]*. 2021;55:1–11. Available from: <http://ezproxy.library.dal.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=154327721&site=ehost-live>
17. Duarte M de Q, Santo MA da S, Lima CP, Giordani JP, Trentini CM. Covid-19 and the impacts on mental health: A sample from Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciencia e Saude*

- Coletiva. 2020;25(9):3401–11.
18. Santos Júnior LC, Gaujac C, Andrade RAR, Amaral RC do. Morbidade por problemas mentais – análise de séries temporais no período anterior e durante a pandemia do COVID-19. *Research, Society and Development*. 2021;10(2):e32910212602.
  19. Original A. A pandemia de covid-19 e a morbidade hospitalar por transtorno mental e comportamental no Brasil : uma análise de série temporal interrompida , janeiro de 2008 a julho de 2021. 2023;32(1):1–13.
  20. Ribeiro CCF, Gonçalves AMS, Araújo AA, Nunes ED, Silva JMA, Albuquerque LN de, et al. Internações por transtornos mentais e comportamentais em Minas Gerais. *Research, Society and Development*. 2022;11(15):e52111536832.
  21. Barros MB de A, Medina L de PB, Lima MG, de Azevedo RCS, Sousa NF da S, Malta DC. Association between health behaviors and depression: findings from the 2019 Brazilian National Health Survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2021;24.
  22. Souza ER de, Minayo MC de S, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*. 2002;18(3):673–83.
  23. Santos PHS, Carmo ÉA, Ribeiro BS, Soares C de J, Santana MLAD, Bomfim E dos S. Perfil da Mortalidade por Depressão em Idosos no Estado da Bahia. *Revista Kairós-Gerontologia [Internet]*. 2016;19(3):245–56. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/33208>
  24. Fernandes M das GM, Nascimento NF de S, Costa KN de FM. Prevalência e Determinantes de Sintomas Depressivos em Idosos Atendidos na Atenção Primária de Saúde. *Revista Rene Fortaleza*. 2010;11(1):19–27.
  25. Oliveira MF De, Silva AO, Adelaide M, Paredes S, Bezerra VP, Silva AO, et al. [The symptomatology of self-referred depression by elderly people who live in a shantytown]. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2012;17(8):2191–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22899159>
  26. Lampert CDT, Ferreira VRT. Factors associated with depressive symptomatology in the elderly. *Avaliacao Psicologica*. 2018;17(2):205–12.
  27. Fiorio NM, Flor LS, Padilha M, de Castro DS, Molina M del CB. Mortalidade por raça/cor: Evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2011;14(3):522–30.
  28. Bahia | Cidades e Estados | IBGE [Internet]. Cited [2022 Sep 24]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>.

