

# As Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo

*Eliana Maria Bottas Dourado\**

## Introdução

As nove primeiras regiões metropolitanas do país surgiram em 1973 e a Região Metropolitana de São Paulo foi uma dessas primeiras regiões, criada por Lei Complementar Federal. Posteriormente formaram-se outras regiões e atualmente existem no país vinte e seis regiões metropolitanas.

No Estado de São Paulo que dispõe de uma rede urbana completa e diversificada existem importantes cidades de porte médio que vem ganhando destaque nos últimos 30 anos. Dentre estas cidades destacam-se as que compõem as três Regiões Metropolitanas.

Serão observadas as diferenças quanto à situação dos municípios de cada região no que diz respeito ao IDH e IPRS como também o que vem ocorrendo nas três Regiões Metropolitanas de São Paulo no que tange a Área da Saúde.

## Métodos

Como fonte principal foi utilizado o banco de dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), tendo sido feito uso também de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Informática do SUS (DATASUS)<sup>(1)</sup>, Pacto da Atenção Básica<sup>(2)</sup> e Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano (EMPLASA).

Utilizou-se também o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), que mede a qualidade de vida e resulta da média aritmética de três indicadores:

---

\*Médica Sanitarista da equipe de planejamento da Coordenadoria de Planejamento de Saúde. E-mail: ebottas@saude.sp.gov.br

esperança de vida ao nascer (longevidade), educação, renda. É classificado em baixo, médio e alto cuja variação é a seguinte:

- até 0,499 – desenvolvimento humano baixo;
- entre 0,500 a 0,799 – desenvolvimento humano médio;
- maior que 0,800 – desenvolvimento humano considerado alto<sup>(3)</sup>.

Foi utilizado ainda o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) indicador criado pela Fundação SEADE destinado a subsidiar a formulação e a avaliação de políticas públicas no âmbito municipal. Este índice preserva as três dimensões componentes do IDH - renda, escolaridade e longevidade, mas incorpora várias alterações metodológicas que permitem captar mudanças nas condições de vida dos municípios em curto espaço de tempo. Os indicadores que compõem este índice foram combinados gerando cinco grupos sendo que os dois primeiros englobam municípios em melhores condições de riqueza longevidade e escolaridade e os três últimos grupos englobam municípios em piores condições<sup>(4)</sup>.

Os principais indicadores levantados para análise foram: Coeficiente de Mortalidade Infantil, Coeficiente de Mortalidade Materna, Coeficiente de Mortalidade por Homicídios e a Mortalidade Proporcional CID10 – Corresponde ao percentual de óbitos por capítulo da CID10 sobre o total de óbitos da região. Foram também levantados dados sobre número notificado de casos de Sífilis Congênita e de nascidos vivos de mãe adolescente.

## Histórico

O primeiro recenseamento ocorrido no Brasil foi em 1872; nesta ocasião o município de São Paulo contava com 3.385 habitantes e quando da virada do século XIX para o século XX a população era de 230 mil habitantes<sup>(5)</sup>. Este crescimento foi resultante principalmente da imigração estrangeira que ocorreu no final do século XIX. São Paulo, capital só veio atingir o seu primeiro milhão de habitantes em 1934 e o segundo milhão foi logo alcançado, 14 anos depois,

em 1948. Esse crescimento abrupto causou uma série de problemas tanto ambientais quanto habitacionais, viários e sanitários. Ocorreu também nesta ocasião o êxodo do campo para as cidades com o início da revolução industrial.

A criação das Regiões Metropolitanas foi uma decorrência desta urbanização. Houve necessidade de se resolver um conjunto de problemas existentes em municípios contíguos cada vez mais ligados a um núcleo urbano principal, problemas esses que iam além das competências políticas das esferas municipais.

Antes da promulgação da atual constituição as Regiões Metropolitanas eram criadas por Leis Complementares Federais e atualmente sob a égide da Constituição Federal de 1988 passaram a ser criadas por Leis Complementares Estaduais.

Inicialmente as Regiões Metropolitanas foram criadas tendo por base o aglomerado urbano, população e alta densidade demográfica. Após a década de 90 passou-se a levar em conta a estrutura produtiva.

Segundo os novos critérios, do ponto de vista quantitativo considera-se como uma área de metropolização aquela em que o principal município tenha pelo menos 800 mil habitantes. Podem ocorrer situações onde em algumas regiões o núcleo central ainda não tenha atingido a metropolização plena, mas os municípios em torno podem apresentar densidade demográfica igual ou superior a 60 hab/km<sup>2</sup>.

As três Regiões Metropolitanas do Estado são:

- Região Metropolitana de São Paulo criada em 08/06/1973 pela lei complementar Federal 14/73 que foi uma das nove primeiras regiões metropolitanas do país. Compõe-se de 39 municípios sendo o Município de São Paulo o pólo da região.
- Região Metropolitana da Baixada Santista criada em 30/07/1996 pela Lei Complementar Estadual 815/96 compõe-se de 9 municípios sendo o Município de Santos o pólo da região.
- Região Metropolitana de Campinas criada em 19/06/2000 pela lei Complementar Estadual 870/2000, compõe-se de 19 municípios sendo o Município de Campinas o pólo da região.

No que diz respeito, à área geográfica, as três regiões correspondem a 5,67% da área do Estado de São Paulo e 0,16% da área do Brasil. Segundo o último censo a população que reside nessas três áreas corresponde a 58,6% da população do Estado e 12% da população do Brasil.

Só na Região Metropolitana de São Paulo residem 10,5% da população do Brasil e 48,3% da população do Estado.

Segundo dados do ano 2000 o PIB destas três regiões corresponde a 63,2% do PIB do Estado, e 22,1% do PIB do país. A Região Metropolitana de São Paulo foi responsável por 47,6% do PIB estadual e 16,7% do PIB nacional.

Com esses dados iniciais pode-se concluir que essas regiões têm uma importância econômica tanto para o Estado quanto para o país sendo necessário observarmos como vêm se comportando os indicadores de saúde ao longo do tempo.

## **Região Metropolitana de São Paulo**

A Região Metropolitana de São Paulo, também conhecida por Grande São Paulo reúne 39 municípios do Estado de São Paulo em intenso processo de conurbação (uma extensa área urbana surgida do encontro ou junção de duas ou mais cidades). É a maior região metropolitana do país. De acordo com o último censo, no ano 2000, a região contava com 17.852.244 habitantes sendo que só o município de São Paulo contava com 10.434.252 habitantes. Há uma acentuada desigualdade entre a distribuição populacional nos diferentes municípios e isto influi no desequilíbrio da força política dos municípios que a compõe.

Esta região engloba cinco DIR (DIR I a DIR V), Direções Regionais de Saúde que são instâncias da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Vinte municípios desta região estão em Gestão Plena do Sistema correspondendo a 51,28% dos municípios nesta condição de gestão.

Os municípios que compõe esta Região são: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Cajamar, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itapeverica da Serra, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra, Vargem Grande Paulista<sup>(6)</sup>.

A região possui uma área territorial de 8.051 km<sup>2</sup> sendo que 2.139 km<sup>2</sup> são de área urbanizada. O município pólo da região é o município de São Paulo.

O livro São Paulo Segregação, Pobreza e Desigualdades Sociais<sup>(7)</sup> relata que 55% dos pobres do Estado de São Paulo residem na Região Metropolitana de São Paulo indicando com isto que a pobreza também é um fenômeno metropolitano. Foi considerado pobreza, famílias cuja renda per capita, foi inferior a um quarto do salário mínimo, demonstrando que convive-se nessa região com imensas desigualdades e isto reflete na qualidade de vida e saúde da população.

## **Região Metropolitana de Campinas**

Esta é a mais nova Região Metropolitana do Estado e está formada por 19 municípios, a saber: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jguariúna,

Monte-Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos, Vinhedo.

Possui municípios pertencentes às DIR XII (Campinas) e DIR XV ( Piracicaba) com o município de Engenheiro Coelho. Treze municípios ou 68,42% dos seus municípios têm Gestão Plena do Sistema.

A maior concentração de empresas de telecomunicação do país e um dos mais importantes pólos de pesquisa científica do Brasil estão localizados nesta região que é contígua à Região Metropolitana de São Paulo e nos últimos anos ocupa uma importante posição econômica no nível estadual e nacional.

Os municípios desta região ocupam uma área de 3.348 km<sup>2</sup>, o que corresponde a 0,04% da superfície brasileira e 1,48% da superfície do Estado de São Paulo. Campinas é o pólo da Região.

### **Região Metropolitana da Baixada Santista**

A Região Metropolitana da Baixada Santista apresenta uma "metropolização emergente" diferente das duas outras regiões metropolitanas do Estado que já possuem uma "metropolização plena". Lembramos aqui que é considerado "metropolização plena" aquela região em que o principal município tem pelo menos 800 mil habitantes. A exigência quanto aos demais municípios é uma densidade demográfica superior a 60 habitantes por km<sup>2</sup>.

É a primeira região metropolitana brasileira sem status de capital estadual.

Conta com o parque industrial de Cubatão e o complexo portuário de Santos. Apresenta além de atividade industrial, atividade de turismo. É responsável por mais de um terço de todo o comércio exterior do Brasil.

Os municípios que compõem esta região são: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente, correspondem a DIR XIX ( Santos). Compreende uma área de 2.422 km<sup>2</sup> e todos os seus municípios são de Gestão Plena do Sistema.

### **Comparando as Regiões**

Segundo o Urbanista Gouvêa<sup>(8)</sup> as regiões metropolitanas no Brasil cresceram tanto que se tornaram inadministráveis. Menciona o problema da desigualdade populacional, política e social das regiões metropolitanas e no quanto isto dificulta a gestão das mesmas. Analisando o IDH e o IPRS das três regiões metropolitanas do Estado de São Paulo pode-se entender a desigualdade relatada pelo urbanista.

As três regiões situam-se relativamente próximas, são interligadas por grande rede viária, possuem dimensões geográficas diferentes, têm distribuição populacional semelhante, contribuem com percentuais diferentes para o PIB, possuem municípios com diferentes Índices de Desenvolvimento Humano e Responsabilidade Social e têm diferenças em alguns coeficientes que serão aqui demonstrados. A tabela 1 apresenta, a distribuição quanto ao percentual dos municípios segundo os graus de IDH e IPRS nas três Regiões Metropolitanas.

**Tabela 1**

**Número e percentual de municípios segundo classificação de IDH e IPRS  
Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo, 2000 e 2001**

IDH /IPRS	RM de São Paulo		RM de Campinas		RM de Santos	
	Nº de municípios	Percentual	Nº de municípios	Percentual	Nº de municípios	Percentual
IDH Alto	17	43,59%	13	68,42%	1	11,11%
IDH Médio	22	56,41%	6	31,58%	8	88,89%
IDH Baixo	0	0%	0	0%	0	0%
IPRS – Grupo1	10	25,64%	12	63,16%	1	11,11%
IPRS – Grupo2	22	56,41%	2	10,53%	3	33,33%
IPRS – Grupo3	0	0%	2	10,53%	0	0%
IPRS Grupo4	3	7,69%	2	10,53%	3	33,33%
IPRS Grupo5	4	10,26%	1	5,26%	2	22,22%

Fonte: Secretaria de Economia e Planejamento-Governo do Estado de São Paulo / SEADE/UNESCO (Dados absolutos)

Nota-se pelos dados acima que a Região Metropolitana de Campinas é a que apresenta percentualmente maior número de municípios com IDH alto e no grupo 1 de IPRS. A Região Metropolitana de Santos tem só um município, Santos, com IDH alto e IPRS no Grupo1.

## Dados Epidemiológicos

Foram selecionados alguns indicadores e coeficientes, cujo objetivo principal é caracterizar comparativamente as três Regiões Metropolitanas.

Como primeira causa de mortalidade proporcional as três regiões têm Doenças Cardio Circulatórias. A tabela 2 apresenta o comportamento dos óbitos por Infarto e Doenças Cardio Circulatórias no ano de 2004.

**Tabela 2**

**Número de óbitos por infarto<sup>(\*)</sup>, por doenças circulatórias, total geral de óbitos, percentuais de óbitos por infarto sobre o total por doenças circulatórias e de doenças circulatórias sobre o total de óbitos, segundo Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo, 2004.**

Localidades	Infarto	Circulatórias	Total óbitos	% Infarto Circula	%Circula Total Ob
RM de São Paulo	10569	36380	110961	29,05	32,79
RM de Campinas	1170	3898	13858	30,02	28,13
RM de Santos	748	2903	11206	25,77	25,91
Estado de São Paulo	20091	74306	242981	27,04	30,58

Fonte: SEADE

(\*) Infarto CID I 21 a I 24.9

O percentual de óbitos por doenças circulatórias foi maior na Região Metropolitana de São Paulo e menor na Região Metropolitana de Santos e este fato se repetiu nos quatro anos anteriores. O percentual de Infarto nas Circulatórias foi maior na Região Metropolitana de São Paulo.

No capítulo das Circulatórias também foi observado o comportamento da mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (I 60 a I 69) em menores de sessenta anos. (Tabela 3 e 4).

A Região Metropolitana de São Paulo apresentou percentual de óbitos por AVC maior que as demais regiões e também maior que o percentual do Estado. A região de Campinas foi a que apresentou menor percentual exceção ao ano de 2004 que teve percentual um pouco maior que o do Estado de São Paulo e que a região de Santos, mas inferior ao da Região Metropolitana de São Paulo.

**Tabela 3**

**Número de óbitos por Acidente Vascular Cerebral(\*) em menores de 60 anos, total de óbitos por AVC e respectivo percentual segundo ano de ocorrência nas Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo, 2000 a 2004.**

Ano	RMSP			RMC			RMS		
	AVC<60	Total AVC	%AVC<60	AVC<60	Total AVC	%AVC<60	AVC<60	Total AVC	%AVC<60
2000	2652	9222	28,76	294	1182	24,87	266	1018	26,13
2001	2672	9066	29,47	261	1052	24,81	254	1004	25,3
2002	2634	9179	28,7	248	1114	22,26	226	990	22,83
2003	2605	9045	28,8	259	1066	24,3	262	976	26,84
2004	2499	9353	26,72	295	1185	24,89	230	984	23,37

Fonte: SEADE

(\*) CID I 60 a I 69

**Tabela 4**

**Número de óbitos por Acidente Vascular Cerebral em menores de 60 anos, total de óbitos por AVC e respectivo percentual segundo local e ano de ocorrência. Estado de São Paulo, 2000 a 2004.**

Ano	AVC<60	Total AVC	%AVC<60
2000	5345	20923	25,55
2001	5282	20673	25,55
2002	5040	20692	24,36
2003	5161	20369	25,34
2004	5103	21023	24,27

Fonte: SEADE

(\* ) CID I 60 a I 69

Os óbitos por Neoplasias são a segunda causa de mortalidade proporcional nas três regiões metropolitanas.

**Tabela 5**

**Número de óbitos por Neoplasias, total de óbitos segundo Regiões Metropolitanas e Estado de São Paulo. Período 2000 a 2004**

Regiões	2000		2001		2002		2003		2004	
	Óbitos Neopl.	Total Óbitos	Óbitos Neopl.	Total Óbitos	Óbitos Neopl.	Total Óbitos	Óbitos Neopl.	Total Óbitos	Óbitos Neopl.	Total Óbitos
Estado de São Paulo	35.383	237.726	36.104	234.073	37.146	236.753	38.050	239.321	39.184	242.981
Região M de São Paulo	17.328	110.555	17.683	108.835	17.894	109.608	18.438	110.250	18.737	110.961
Região M de Campinas	2.050	13.273	2.162	13.161	2.208	13.510	2.312	13.704	2.308	13.858
R M de Santos	1.478	11.307	1.607	11.190	1.621	11.383	1.604	11.099	1.779	11.206

Fonte: SEADE

As tabelas 5 e 6 mostram o número de óbitos por neoplasias, o total de óbitos e a evolução do percentual de neoplasias no total de óbitos comparando as regiões. O percentual de óbitos por neoplasias vem aumentando nas três regiões como também no Estado e isto é uma característica mundial.



## Tabela 6

**Percentual de óbitos por Neoplasias no Estado de São Paulo e nas Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo. Período 2000 a 2004**

Regiões	2000	2001	2002	2003	2004
Estado de São Paulo	14,88	15,42	15,69	15,90	16,13
RM de São Paulo	15,67	16,25	16,33	16,72	16,89
RM de Campinas	15,44	16,43	16,34	16,87	16,65
RM de Santos	13,07	14,36	14,24	14,45	15,88

Fonte: SEADE

Em relação às Causas Externas este capítulo ocupa o terceiro lugar em mortalidade proporcional nas regiões metropolitanas de São Paulo e Campinas e o quarto lugar na Região de Santos.

As regiões metropolitanas de São Paulo e Campinas apresentaram nos anos de 2003 e 2004, percentual de homicídios nos óbitos por causas externas, superior ao apresentado pelo Estado de São Paulo. O maior coeficiente de Mortalidade por homicídio nos dois anos observados foi na região Metropolitana de São Paulo, sendo que em 2004 ocorreu uma diminuição de percentual e de coeficiente em relação a 2003 nesta região e uma diminuição mais acentuada nas Regiões de Campinas e Santos. Houve diminuição no coeficiente do Estado, mas o percentual de homicídios nas causas externas sofreu menor redução que nas regiões metropolitanas. (Tabela 7).

## Tabela 7

**Número de habitantes, total de óbitos por homicídios, coeficiente de mortalidade por homicídios(\*), óbitos por causas externas e percentual de homicídios sobre causas externas segundo Regiões Metropolitanas e Estado de São Paulo. Ano 2003 e 2004.**

Município	Pop.	Óbitos Homic	Coef. M.Homic	Óbitos C.Ext	%Homicídios/C.Ext
RMSP 2003	18628453	8989	48,25	16048	56,01
RMSP 2004	18865441	6985	37,03	14284	48,90
RM Campinas 2003	2483596	915	36,84	1970	46,45
RM Campinas 2004	2.529.571	753	29,77	1892	39,8
RM Santos 2003	1555846	621	39,91	1391	44,64
RM de Santos 2004	1580851	405	25,62	1288	31,44
Estado 2003	38709339	13854	35,79	30939	44,78
Estado 2004	39239362	11168	28,46	29009	38,50

Fonte: DATASUS /SEADE

(\*) por 100.000 habitantes

Destaca-se o alto percentual de causas mal definidas apresentado pela Região Metropolitana de Santos enquanto as demais regiões e o próprio Estado apresentam um percentual que é compatível com países desenvolvidos.

Causa Mal Definida é a terceira causa de mortalidade proporcional da Região Metropolitana de Santos. Laurenti<sup>(9)</sup> em seu artigo “A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não transmissíveis diz: ...” não existem dados de mortalidade por causas sem a presença de mal definidas, porém, em elevado número de vezes, esta proporção é baixa, aceitando-se como tal, aquela inferior a 4% - 6%”. Os valores citados são encontrados segundo o autor em países desenvolvidos. Mesmo com o alto percentual de causas mal definidas é possível, segundo Laurenti, fazer um diagnóstico, pois as causas preponderantes não se alteram, os percentuais que acabam sofrendo alterações são os menores que ganham maior peso.

As tabelas 8 e 9 demonstram a situação da mortalidade por Causas Mal Definidas nas Regiões Metropolitanas de São Paulo e também a situação do Brasil e do Nordeste.

**Tabela 8**

**Percentual de óbitos por Causas Mal Definidas (\*) no Estado de São Paulo e nas Regiões Metropolitanas de São Paulo, Campinas e Santos, 1999 a 2004**

Regiões Estado de São Paulo	Ano 1999	Ano 2000	Ano 2001	Ano 2002	Ano 2003	Ano 2004
Estado São Paulo	3,30	3,31	3,22	3,47	3,33	3,23
RM São Paulo	1,19	1,20	1,13	1,44	1,35	1,27
RM Campinas	4,96	4,98	5,42	5,40	5,96	5,61
RM Santos	12,64	12,40	12,55	12,69	11,61	11,20

Fonte: SEADE (\*) CID R99

**Tabela 9**

**Percentual de óbitos por Causas Mal Definidas (Capítulo XVIII da CID 10) no Brasil e Região Nordeste, 1999 a 2002**

Localidades	Ano 1999	Ano 2000	Ano 2001	Ano 2002
Brasil	15,09	14,34	14,12	13,65
Região Nordeste do Brasil	30,33	28,39	27,51	26,77

Fonte: MS/ SVSI/ DASIS/ SIM

Em relação à mortalidade materna os coeficientes mais baixos foram encontrados na região de Campinas. A Região Metropolitana de São Paulo melhorou este coeficiente a partir do ano 2000, mas ainda continua com coeficientes altos. A Região Metropolitana de Santos apresentou altos coeficientes de mortalidade materna. Nos países ou regiões desenvolvidas, sócio-economicamente este coeficiente varia entre quatro e dez, no máximo 12 a 15 por cem mil nascidos vivos.<sup>(10)</sup> O preocupante na mortalidade materna é saber que os números apesar de altos podem estar subestimados tendo em vista que esses números podem aumentar após a busca feita pelos comitês de morte materna. (Tabela 10).

**Tabela 10**  
**Coeficiente de Morte Materna<sup>(\*)</sup> nas Regiões Metropolitanas**  
**do Estado de São Paulo. Período 1999 a 2003**

Localidades	1999	2000	2001	2002	2003
RM de São Paulo	52,84	46,83	34,92	33,40	29,80
RM de Campinas	21,88	17,49	21,71	13,71	8,37
RM de Santos	47,11	49,86	57,62	39,16	52,17
Estado São Paulo	46,3	41,33	35,76	34,82	30,22

Fonte: SEADE

(\*) por 100.000 nascidos vivos

Outro indicador observado foi o coeficiente de Mortalidade Infantil. Sabe-se que a urbanização apesar de deteriorar as condições de vida nas grandes cidades, nas metrópoles, também contribui para o acesso mais fácil das populações carentes aos serviços públicos de saúde e a adoção de ações simplificadas como terapia de reidratação oral, incentivo ao aleitamento materno, cobertura vacinal apropriada, acabam reduzindo a mortalidade infantil independente até mesmo da qualidade dos serviços de saúde.

A mortalidade infantil vem decrescendo tanto no Estado quanto nas regiões metropolitanas. A região com melhor coeficiente de mortalidade infantil no período de 1998 a 2004, foi a Região Metropolitana de Campinas e a com pior coeficiente a Região Metropolitana de Santos. Apesar da região de Santos ter coeficiente de mortalidade infantil superior ao Estado de São Paulo ocorreu discreta diminuição no período conforme demonstrado na tabela 11.

**Tabela 11**

**Coefficiente de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos segundo Regiões Metropolitanas e Estado de São Paulo. Período 1998 a 2004**

Mortalidade Infantil	Ano 1998	Ano 1999	Ano 2000	Ano 2001	Ano 2002	Ano 2003	Ano 2004
RM de São Paulo	17,90	16,29	15,80	15,35	15,10	14,23	13,96
RM de Campinas	14,11	14,22	13,51	12,78	11,57	12,21	12,21
RM de Santos	22,05	20,32	22,19	21,05	21,61	20,43	18,17
Estado de São Paulo	18,67	17,49	16,97	16,07	15,04	14,85	14,25

Fonte:SEADE

Comparando-se a mortalidade infantil dessas regiões com a do Brasil em 2002 que foi segundo a OMS de 37 por 1.000 nascidos vivos vemos que há avanços a comemorar, mas se compararmos com o coeficiente da Noruega e Dinamarca do mesmo ano que foi de 4 por 1.000 nascidos vivos vemos que ainda temos muito o que avançar.

Observou-se também o comportamento dos casos notificados de sífilis congênita uma vez que esta contribui na mortalidade perinatal (período compreendido entre o intervalo da 22ª semana de gestação e o sétimo dia de vida) e por ser a Sífilis uma patologia que pode ser diagnosticada e tratada no pré-natal evitando o óbito perinatal e seqüelas no recém nato.

Em 2004 o Estado de São Paulo teve 971 casos de sífilis congênita notificados sendo que desses casos 68,59% ocorreram na Região Metropolitana de São Paulo e 80,84% dos casos ocorreram nas três regiões metropolitanas do Estado.(Tabela 12).

**Tabela 12**

**Número de casos de Sífilis Congênita notificados no Estado de São Paulo segundo as Regiões Metropolitanas e demais municípios do Estado com seus respectivos percentuais, 2004.**

Localidade	Nº casos de Sífilis Congênita	Percentual
RM São Paulo	666	68,59%
RM Campinas	63	6,49%
RM de Santos	56	5,77%
Total Regiões Metropolitanas	785	80,84%
Demais municípios	186	19,16%
Total do Estado	971	100,00%

Fonte: Sistema Nacional de Agravos Notificáveis-Sinan- Div.Vigil.Epidemiológica- Progr.Est.DST/ Aids - SP

Foi analisada também a mortalidade por Diabetes em menores de 60 anos de idade, pois este dado faz parte do Pacto de Atenção Básica e é um fator de risco para Doenças Cardio Circulatórias (Tabela 13). A região metropolitana com maior percentual de óbitos por diabetes foi a Região de Santos nos últimos três anos. A região de Campinas apresentou percentual discretamente maior do que as demais regiões no ano 2000 e, a região de São Paulo apresentou maior percentual em 2001.

**Tabela 13**

**Número de óbitos por Diabetes(\*) em menores de 60 anos, total de óbitos por Diabetes e respectivo percentual segundo ano de ocorrência nas Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo, 2000 a 2004.**

Ano	RM de São Paulo			RM de Campinas			RM de Santos		
	Diab<60	Total Diab	%Diab<60	Diab<60	Total Diab	%Diab<60	Diab<60	Total Diab	%Diab<60
2000	926	3959	23,39	86	363	23,69	99	426	23,24
2001	861	3786	22,74	78	367	21,25	79	359	22,01
2002	825	3641	22,66	71	382	18,59	99	387	25,58
2003	827	3736	22,14	75	370	20,27	91	387	23,51
2004	872	3779	23,07	80	339	23,6	111	415	26,75

Fonte: SEADE

(\*) CID E 10 a E 14

O percentual de óbitos em menores de 60 anos por Diabetes vem diminuindo no Estado no período de 2000 a 2003 tendo apresentado um discreto aumento em 2004.

O Estado de São Paulo teve percentual maior que as regiões metropolitanas no ano 2000.(Tabela 14).

**Tabela 14**

**Número de óbitos por Diabetes(\*) em menores de 60 anos, total de óbitos por Diabetes e respectivo percentual segundo ano de ocorrência. Estado de São Paulo, 2000 a 2004.**

Ano	Diab<60	Total Diab	%Diab<60
2000	2062	8650	23,84
2001	1856	8184	22,68
2002	1832	8096	22,63
2003	1822	8295	21,97
2004	1902	8306	22,9

Fonte: SEADE

(\*) CID E 10 a E 14

Como último indicador observou-se o percentual de adolescentes grávidas. A região que apresentou maior percentual de gravidez na adolescência foi a Região Metropolitana de Santos inclusive com percentuais superiores ao do Estado e a com menores percentuais foi a Região Metropolitana de São Paulo. (Tabela 15).

**Tabela 15**

**Percentual de mães adolescentes<sup>(\*)</sup> nas Regiões Metropolitanas e no Estado de São Paulo, 2000 a 2003**

Localidades	Ano 2000	Ano 2001	Ano 2002	Ano 2003
RM de São Paulo	17,66%	17,56%	16,85%	16,08%
RM de Campinas	19,48%	18,46%	17,46%	16,73%
RM de Santos	20,46%	20,26%	20%	18,87%
Estado de São Paulo	19,45%	19,15%	18,42%	17,53%

Fonte: SEADE

(\*) Faixa etária 10 a 19 anos

É preocupante o percentual de Gravidez na Adolescência que alguns municípios vem apresentando. A adolescência é um período de instabilidade, de transformações e uma gravidez nesta fase pode comprometer o futuro tanto da mãe quanto da criança. A Região de Santos apresenta um percentual de gravidez na adolescência maior do que as demais regiões.

### Considerações finais

As três regiões tiveram importante desenvolvimento, mas os problemas sociais são grandes e os municípios têm diferentes graus de dificuldades refletindo nos seus indicadores de saúde.

Nesses últimos trinta anos ocorreram mudanças no perfil epidemiológico tanto nas Regiões Metropolitanas quanto no Estado de São Paulo. Anteriormente havia predomínio dos óbitos por doenças infecto-contagiosas, atualmente temos o predomínio das doenças circulatórias como primeira causa de morte nas três regiões chamando atenção entre elas o grande percentual de infarto do miocárdio. Os percentuais de óbitos por AVC e Diabetes em menores de 60 anos sugerem que há necessidade de continuar investindo no controle da Hipertensão e da Diabetes com objetivo de reduzi-los.

No tocante aos óbitos por Neoplasias verifica-se um aumento dos mesmos nas regiões e no Estado e certamente o aumento da longevidade está contribuindo para isto.

As causas externas e em particular os homicídios são um problema sério das regiões metropolitanas. O coeficiente de mortalidade por homicídios está entre os indicadores sociais que integram o Índice de Desenvolvimento Social e esse índice vem piorando no Brasil. Para minorar esse problema há necessidade de ações intersetoriais envolvendo várias secretarias como Educação, Cultura, Saúde, Trabalho, Bem Estar Social.

As causas mal definidas acabam sendo um indicador da qualidade dos serviços. É preocupante a situação da região de Santos e de alguns municípios das demais regiões que não foram aqui registrados. Há necessidade de sensibilizar os profissionais para o preenchimento correto da declaração de óbito, o que pode ser feito com treinamentos e capacitação em serviço.

A mortalidade Infantil e a Materna, indicam a necessidade de investimento na atenção ao pré-natal e parto.

Essas regiões são privilegiadas, ocorreram grandes avanços no tocante à assistência e vigilância à saúde ao saneamento básico, mas há muito trabalho a ser feito para melhorar ainda mais os indicadores de saúde aqui observados.

Refletindo-se sobre o aqui exposto pode-se pensar na viabilidade de um projeto de saúde para as três regiões com ajuda das instituições científicas onde vários coeficientes fossem estudados e se chegasse a um consenso quanto a metas a serem estipuladas para melhorá-los num período de 5 a 10 anos. Estipulasse as atitudes a serem tomadas para obtenção dos resultados, envolvendo as diversas secretarias e instituições, COSEMS e também a mídia para colaborar no processo de educação em saúde do cidadão. Formar-se-ia a consciência da necessidade constante de avaliação e controle para o alcance das metas previamente acordadas. Assumiria-se um compromisso técnico de melhorar a qualidade de vida dessas regiões no período previamente estipulado. Seria um trabalho não só do governo, nem de partidos políticos, mas, de toda a comunidade.

## **Referências Bibliográficas**

1. DATASUS. Informações de Saúde. World Wide Web  
<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>, 14 mar. 2005.
2. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
Pacto da Atenção Básica. World Wide Web  
[http://www.saude.sp.gov.br/sessp\\_antiga.html](http://www.saude.sp.gov.br/sessp_antiga.html), 14 mar. 2005.
3. PNUD, Brasil. Desenvolvimento Humano e IDH. World Wide Web,  
<http://www.pnud.org.br/idh/>, 15 abr. 2005.

4. SEADE. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. World Wide Web, <http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs>, 15 jun. 2005.
5. LESER, W. P. Problemas de saúde em áreas metropolitanas. In: Anais do Seminário de Saúde nas Áreas Metropolitanas Brasileiras. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1976. pp.31-51.
6. EMPLASA. Regiões Metropolitanas de São Paulo. World Wide Web, <http://www.emplasa.sp.gov.br/>, 5 abr. 2005.
7. MARQUES, E.; TORRES, H. Atores e ações sobre a segregação e a pobreza urbana. In: São Paulo segregação, pobreza e desigualdades sociais. São Paulo: Senac, 2005. pp. 213-320.
8. GOUVÊA, R. G. Dividir para multiplicar. Revista Rumos, nov.-dez./2005, pp.16-19
9. LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não transmissíveis. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9 oct./dec. 2004.
10. LAURENTI, R. ; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Caderno de Saúde Pública, v. 16, jan./mar. 2000.