UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANTONIO JOSÉ CORREA DE PAULI

Fatores psicossociais associados ao desempenho das capitais brasileiras na adesão ao isolamento social

RIBEIRÃO PRETO
2022

ANTONIO JOSÉ CORREA DE PAULI

Fatores psicossociais associados ao desempenho das capitais brasileiras na adesão ao isolamento social

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Prof.ª Dr.ª Jacqueline de Souza

RIBEIRÃO PRETO
2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

Pauli, Antonio José Correa de
Fatores psicossociais associados ao desempenho das capitais brasileiras na adesão ao isolamento social. Ribeirão Preto, 2022.
106 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Jacqueline de Souza

1. Governança. 2. Infraestrutura. 3.Cidades. 4.Desenvolvimento Sustentável. 5.Promoção da Saúde.

PAULI, Antonio José Correa de

Fatores psicossociais associados ao desempenho das capitais brasileiras na adesão ao isolamento social

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e irmã, Ivete e Ingrid, pela luta diária, apoio, carinho, amor e até mesmo as “altas confusões”, que fazem parte intrínseca de quem sou. À Kiara e Marrie, pela companhia e carinho incondicional.

À Janaína pelo suporte, pelas conversas, carinho, cumplicidade, amor e por cada pedacinho da minha vida que tem sido mais iluminado só por você existir nela.

À minha orientadora Jacqueline de Souza pelos ensinamentos, paciência, acolhimento, parceria e o acompanhamento durante toda esta trajetória. Pelo imensurável suporte e participação na confecção desta dissertação. Agradeço e muito, assim como a tenho de exemplo como pessoa e como profissional.

Aos meus amigos, ao grupo de estudos, familiares e toda a minha rede de apoio, que além de fonte de suporte, dão a vida um sabor mais gostoso!

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e a equipe de profissionais da pós-graduação assim como a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - pela bolsa concedida para a realização do presente trabalho.

RESUMO

PAULI, Antonio José Correa de. **Fatores psicossociais associados ao desempenho das capitais brasileiras na adesão ao isolamento social**. 2022. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Considerando as cidades e o bem-estar das pessoas e partindo do pressuposto que a maior presença do estado em relação à infraestrutura e governança influenciou positivamente a adesão da população às medidas de isolamento social durante o período da pandemia da COVID-19, neste estudo buscou-se observar fatores psicossociais que possam ser associados a tal adesão. Para isto foram elencados dados e indicadores, sob a ótica das cidades inteligentes, acerca da governança, da infraestrutura e das condições de bem-estar nas capitais brasileiras e comparou-se o panorama encontrado com o desempenho no Índice de Permanência Domiciliar (IPD). Trata-se de um estudo descritivo documental, cujos dados e indicadores foram selecionados através de um arcabouço documental sobre avaliação e acompanhamento das cidades inteligentes, com intuito de criar um cenário comparativo entre as 27 capitais brasileiras. Os resultados analisaram quesitos acerca da saúde, cultura, educação, direitos humanos, trabalho, IDHM e o desempenho no isolamento social, divididos entre a estrutura oferecida pelo estado, as prerrogativas de bem estar associadas ao estado e o desempenho das capitais em relação às medidas de isolamento social e possíveis fatores associados. Encontrou-se claro recorte de desempenho nos quesitos estudados entre as capitais da região Centro-Sul e o Norte e Nordeste do país e notável permanecimento domiciliar dentre as capitais nordestinas nos períodos observados. Sugere-se que as condições de infraestrutura e de governança das regiões e capitais podem influenciar na adesão às medidas de isolamento social e que fatores específicos locais podem e devem ter exercido influência na adesão da população as proposições em saúde, reafirmando a necessidade do planejamento nacional com aplicações adaptadas as necessidades e vulnerabilidades locais, para assim alcançar maior condição e adesão as medidas outorgadas pelo estado. Por fim, futuros estudos ou programas que objetivem o bem-estar nas cidades, podem e devem relacionar a infraestrutura, a governança e ambiência das cidades aos aspectos psicossociais relevantes ao comportamento dos indivíduos e dos grupos para maior efetividade das medidas em termos de adesão e proteção da comunidade.

Palavras-chave: Governança. Infraestrutura. Cidades. Desenvolvimento Sustentável. Promoção da Saúde

ABSTRACT

PAULI, Antonio José Correa de. **Psychosocial factors associated with the performance of Brazilian capitals in adhering to social isolating**. 2022. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Considering cities and people's well-being and assuming that a greater presence of the state in relation to infrastructure and governance positively influenced the population's adherence to social isolation measures during the period of the COVID-19 pandemic, this study sought to observe psychosocial factors that may be associated with such adherence. For this, data and indicators were listed, from the point of view of smart cities, about governance, infrastructure and well-being conditions in Brazilian capitals and the panorama found was compared with the performance in the Índice de Permanência Domiciliar (IPD). This is a descriptive documentary study, whose data and indicators were selected through a documentary framework on the evaluation and monitoring of smart cities, in order to create a comparative scenario between the 27 Brazilian capitals. The results analyzed questions about health, culture, education, human rights, work, IDHM and performance in social isolation, divided between the structure offered by the state, the well-being prerogatives associated with the state and the performance of capitals in relation to measures of social isolation and possible associated factors. A clear cut of performance was found in the questions studied between the capitals of the Center-South region and the North and Northeast of the country and a notable permanence in the home among the Northeastern capitals in the periods observed. It is suggested that the infrastructure and governance conditions of the regions and capitals can influence adherence to social isolation measures and that specific local factors can and should have influenced the population's adherence to health propositions, reaffirming the need for national planning with applications adapted to local needs and vulnerabilities, in order to achieve greater condition and adherence to the measures ordered by the state. Finally, future studies or programs that aim at well-being in cities can and should relate the infrastructure, governance and ambience of cities to the psychosocial aspects relevant to the behavior of individuals and groups for greater effectiveness of measures in terms of adherence and community protection.

Palavras-chave: Governance. Infrastructure. Cities. Sustainable Development. Health Promotion

RESUMEN

PAULI, Antonio José Correa de. **Factores psicosociales asociados al desempeño de las capitales brasileñas en la adhesión al aislamiento social**. 2022. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Asumiendo que la mayor presencia del Estado en relación a infraestructura y gobernabilidad influyó positivamente en la adhesión de la población a las medidas de aislamiento social durante el período de la pandemia de COVID-19, este estudio buscó observar factores psicosociales que puedan estar asociados a dicha adhesión. Para ello, se enumeraron datos e indicadores, desde el punto de vista de las ciudades inteligentes, sobre las condiciones de gobernabilidad, infraestructura y bienestar en las capitales brasileñas y se comparó el panorama encontrado con el desempeño en el Índice de Permanencia Domiciliar (IPD). Se trata de un estudio documental descriptivo, cuyos datos e indicadores fueron seleccionados a través de un marco documental sobre evaluación y seguimiento de ciudades inteligentes, con el fin de crear un escenario comparativo entre las 27 capitales brasileñas. Los resultados analizaron cuestiones sobre salud, cultura, educación, derechos humanos, trabajo, IDHM y desempeño en aislamiento social, divididos entre la estructura que ofrece el estado, las prerrogativas de bienestar asociadas al estado y el desempeño de las capitales en relación a las medidas del aislamiento social y posibles factores asociados. Se constató un claro corte de desempeño en las cuestiones estudiadas entre las capitales de la región Centro-Sur y del Norte y Nordeste del país y una permanencia notable en el hogar entre las capitales del Nordeste en los períodos observados. Se sugiere que las condiciones de infraestructura y gobernanza de las regiones y capitales pueden influir en la adherencia a las medidas de aislamiento social y que factores locales específicos pueden y deben haber influido en la adherencia de la población a las propuestas de salud, reafirmando la necesidad de una planificación nacional con aplicaciones adaptadas a las necesidades y vulnerabilidades locales, a fin de lograr una mayor condición y apego a las medidas otorgadas por el Estado. Finalmente, futuros estudios o programas que apunten al bienestar en las ciudades pueden y deben relacionar la infraestructura, la gobernanza y el ambiente de las ciudades con los aspectos psicosociales relevantes al comportamiento de individuos y grupos para una mayor efectividad de las medidas en términos de adherencia y protección comunitaria.

Palavras-chave: Gobernancia. Infraestructura. Ciudades. Desenvolvimiento Sustentable. Promoción de la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição anual per capita do orçamento empenhado de saúde nas capitais brasileiras. Brasil, 2018. 23

Figura 2 – Distribuição de estabelecimentos de saúde de natureza jurídica pública por 100 mil habitantes nas capitais brasileiras. Brasil, 2018. 25

Figura 3 – Distribuição do número de estabelecimentos de saúde públicos e privados por 100 mil habitantes nas capitais brasileiras. Brasil, 2018. 27

Figura 4 – Distribuição das capitais brasileiras por região de acordo com o percentual de cobertura da Atenção Básica nas capitais brasileiras. Brasil, 2015 a 2020. 29

Figura 5 – Distribuição das capitais brasileiras por região de acordo com o percentual de cobertura da ESF nas capitais brasileiras. Brasil, 2015 a 2020. 31

Figura 6 – Série temporal da distribuição do número de CAPS por 100 mil habitantes nas capitais brasileiras distribuídas por região. Brasil, 2015 a 2020. 33

Figura 7 – Distribuição anual per capita do orçamento empenhado de Cultura nas capitais brasileiras. Brasil, 2018. 35

Figura 8 – Distribuição de equipamentos culturais sob gestão municipal a cada 100 mil habitantes nas capitais brasileiras. Brasil, 2018. 36

Figura 9 – Distribuição anual per capita do orçamento empenhado de Educação nas capitais brasileiras. Brasil, 2018. 38

Figura 10 – Distribuição do número de escolas da rede pública e privada nas capitais a cada 100 mil habitantes. Brasil, 2018. 39

Figura 11 – Distribuição das capitais de acordo com a média de anos de estudo das pessoas com 15 anos ou mais em 2018 e a média do município no IDEB do ensino fundamental das escolas públicas em 2019. Brasil, 2018-2019. 41

Figura 12 – Distribuição anual per capita do orçamento empenhado de Urbanismo nas capitais brasileiras. Brasil, 2018. 43

Figura 13 – Distribuição em ranqueamento das capitais de acordo com o percentual de cobertura de esgotamento sanitário, arborização e urbanização de vias públicas. Brasil, 2010. 44

Figura 14 – Distribuição das capitais de acordo com o número de conselhos municipais, políticas e programas, abordagem do tema na legislação municipal geral (orçamentária, lei orgânica e plano diretor) e as leis municipais especificas de direitos humanos. Brasil, 2019. ...46

Figura 15 – Distribuição do número médio de salários mínimos recebidos pelos trabalhadores formais, do percentual da população ocupada e do percentual da população com renda mensal per capita de até ½ salário mínimo de acordo com as capitais por região. Brasil, 2019. 48

Figura 16 – Distribuição das capitais por região de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (renda, educação, longevidade e geral) Municipal das capitais brasileiras. Brasil, 2010. 49

Figura 17 – Distribuição das capitais pelo ranqueamento em relação à média do IPD diário considerando os períodos entre 28/02/2020 até 16/08/2020; 10/12/2020 até 10/03/2021; e 28/02/2020 até 07/06/2021. Brasil, 2020 a 2021. 51

Figura 18 – Distribuição das capitais pela soma dos ranqueamentos obtidos em todos os indicadores analisados resultando em uma pontuação final de desempenho. Brasil, 2021. 53

Figura 19 – Distribuição das capitais de acordo com o ranqueamento IPD e a pontuação final de desempenho. Brasil, 2021. 54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 OBJETIVO 20
3 MÉTODO 20
4 RESULTADOS 22
4.1 Estrutura oferecida pelo estado no nível local 22
4.2 Prerrogativas de bem estar associadas ao estado no nível local 45
4.3 O desempenho das capitais em relação às medidas de isolamento social e possíveis fatores associados. 50
5 DISCUSSÃO 55
6 CONCLUSÃO 84
6 REFERÊNCIAS 87

1 INTRODUÇÃO

O que são cidades?

A organização dos territórios no âmbito municipal parte de uma delimitação que considera as regiões urbanas e rurais. Tal delimitação tem caráter primordial na diferenciação entre cidades e municípios. De acordo com o decreto-lei 311/1938 ainda vigente, o município consiste no espaço delimitado tanto pelo perímetro urbano quanto rural. A cidade por sua vez, diz respeito apenas ao perímetro urbano, desse modo as cidades são polos econômicos e inovadores nas quais significante parte de população vive (IBGE, 2016).

Esse aglomerado de pessoas e atividades torna as cidades vulneráveis para diversos estressores, sejam de origem natural ou oriunda das ações humanas. Nas últimas décadas foram elaboradas diversas pesquisas sobre os impactos de diferentes desastres nas cidades, considerando planejamentos necessários, recuperação e medidas de adaptação quanto a estes desastres (SHARIFI, KHAVARIAN-GARMSIR, 2020).

O que é resiliência urbana?

Neste âmbito, o conceito de resiliência urbana tem perpassado o debate sobre a capacidade das cidades em lidar com as adversidades. Destacam-se, portanto quatro principais componentes incorporados a este conceito, sendo eles: a resiliência ao desastre industrial; a resiliência climática; a resiliência econômica; e a resiliência social, todos eles relacionados aos objetivos essenciais das cidades frente às contingências: prevenir potenciais ameaças; resistir aos impactos do evento em questão; reagir às crises causadas por estes impactos; recuperar a funcionalidade da cidade e aprender com o acontecimento (TIMASHEV, 2017).

Ribeiro e Gonçalvez pontuam as dimensões da resiliência urbana como física, natural, econômica, institucional e social e que para a sua efetivação é necessário um ambiente que consiga combinar diferentes tipos de conhecimentos e técnicas, formulados de maneira capaz de tomar decisões e alocar os diferentes recursos necessários para a consolidação dos sistemas, programas e ações de resiliência nas cidades (RIBEIRO, GONÇALVES, 2019).

O que são *smart cities*?

Na perspectiva de Timashev (2017), há duas possíveis interpretações de *smart cities* (cidades inteligentes). A primeira dita que a cidade deve equipar as infraestruturas e serviços de maneira otimizada, como um caminho para criar uma cidade resiliente e a segunda coloca

que a otimização é através de uma resiliente rede de serviços e infraestruturas equipadas com ‘tecnologias inteligentes’ para criar uma cidade inteligente (TIMASHEV, 2017).

Assim, as cidades inteligentes podem ser construídas pela implementação otimizada de cinco elementos chave: a relação ganha-ganha entre as trocas de bens e serviços na localidade (equilíbrio entre os resultados das decisões no ambiente urbano, de modo que todos os participantes tenham os ganhos maximizados e os prejuízos minimizados); o uso mínimo de recursos naturais e a eficiência energética; a comunicação livre e fluida entre os *stakeholders*; a geração e integração de tecnologias de informação e comunicação; e uma boa rede de operações, que tenha segurança nos suprimentos e no meio ambiente, utilizando de maneira otimizada as estruturas, providenciando os meios necessários para a comunicação social dos participantes da cidade e para a melhoria da sustentabilidade urbana (TIMASHEV, 2017).

Na perspectiva de Mendes (2020), para uma cidade se tornar inteligente essa deve desenvolver-se utilizando as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) voltadas e aprovadas pelos cidadãos, que incentivem o desenvolvimento continuo e auxiliem na remodelagem das gestões locais para empreendimentos sustentáveis de médio e longo prazo, considerando os nuances das lógicas público e privadas nas contratações, parcerias e ações (MENDES, 2020).

A noção de sustentabilidade, nesse contexto do aumento exponencial da população aderindo à vida urbana, surge para confrontar o novo paradigma gerado pelo risco ao meio ambiente e ao socioeconômico, assim sendo, as comunidades não sustentáveis, conforme seu crescimento desorganizado, tendem a consumir seus recursos mais rapidamente e de maneira não otimizada, congestionando seus sistemas de produção e serviços e estressando os processos e funções do ambiente urbano, como transporte, infraestrutura, descarte do lixo, poluição, consumo energético, habitação, trabalho e outras mazelas urbanas relacionadas ao desenvolvimento humano e psicossocial (BIBRI, KROGSTIE, 2017; FLORES, TEIXEIRA, 2017).

Assim a sustentabilidade no meio urbano tem por princípios melhorar o bem estar dos cidadãos e da sociedade como um todo. Para tal, recomenda-se um planejamento administrativo integrado, que considere os benefícios dos sistemas ecológicos, proteja e nutra tais recursos para gerações futuras (FLORES, TEIXEIRA, 2017). A ideia de uma comunidade urbana sustentável envolve também o entendimento da conexão entre a economia, a sociedade e o meio ambiente, além das otimizações de serviços, infraestruturas, integrações tecnológicas e de comunicação, de modo a promover a igualdade e inclusão social enquanto objetivos adicionais e não menos importantes do desenvolvimento urbano (FLORES, TEIXEIRA, 2017).

A governança e a infraestrutura: no âmbito das *smart cities*

A governança e a infraestrutura urbana são comumente apontadas como aspectos fortemente necessários para qualquer cidade, sendo característica intrínseca das definições e condições para cidades sustentáveis, resilientes e/ou inteligentes (CoST, 2020; OECD, 2019; SHARMA, BORAH, MOSES, 2021; AN, TANG, 2020).

O termo governança no meio público abrange conceitos relacionados à gestão, como a efetividade, a transparência, a legalidade, o *accountability* (prestação e transparência das contas e ações públicas), a equidade, participação e inclusão social e os direitos humanos. Desse modo a boa governança representaria as condições ideias destes e outros critérios que possam trazer qualidade de vida e eficiência do uso dos recursos para o território (BUTA, TEIXEIRA, 2020).

No Brasil, o decreto nº 9.203 de 22 de novembro de 2017, concebe a governança pública como "conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade" (BRASIL, 2017).

A *International Development Association* é uma espécie de departamento executivo do *World Bank* e é responsável pelas funções de créditos e programas de crescimento econômico para os países mais necessitados, atualmente consiste na principal fonte de auxílio financeiro dos 74 países mais pobres do mundo. De acordo com esta associação, a governança deve conter quatro pilares: a promoção de práticas financeiras sustentáveis; a maximização do impacto na entrega de serviços públicos; o aumento da confiança nas instituições e a construção de melhores dados e análises (IDA, 2019).

Ainda vale relatar a relação direta encontrada entre governança e qualidade de vida; seja em âmbito nacional, onde uma maior qualidade da governança é relacionada com a felicidade nacional (HELLIWELL et al, 2018); em nível local, onde quesitos como, a participação e o *accountability* apresentam relação positiva com a qualidade de vida nas cidades (CÁRCABA et, 2017); a relação entre elementos da governança inteligente (colaboração, transparência, participação e parcerias, comunicação e *accountability* digital) e a percepção dos cidadãos sobre a influência na qualidade de vida na cidade (GUIMARÃES et al, 2020).

Nesse sentido, com o cenário de expansão das cidades, outra questão de destaque é o planejamento urbano mais apurado com vistas ao desenvolvimento socioeconômico através de investimentos e manutenção da entrega dos serviços públicos, principalmente através das infraestruturas urbanas (FERREIRA, NASCIMENTO, 2010).

A infraestrutura das cidades compreende tanto os recursos físicos relacionados ao transporte, educação, saneamento básico, eletricidade, internet, quanto os seus impactos

positivos ou negativos no ambiente, na saúde das pessoas e no ciclo da pobreza. As cidades inteligentes desenvolvem infraestruturas e tecnologias para melhorar o uso dos recursos pelos cidadãos (ALMEIDA, COTA, RODRIGUES, 2020; MEDEIROS, OLIVEIRA, 2020).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ao disponibilizar dados para apoiar as políticas de enfrentamento à pandemia de COVID-19, relaciona os recursos da rede assistencial de saúde entre físicos e humanos promovendo dados como o número de profissionais de saúde; o número de estabelecimentos físicos que oferecem serviços de saúde; e o número dos principais equipamentos utilizados nos atendimentos demandados pela pandemia, caracterizando a importância da relação entre a estrutura e o desenvolvimento do trabalho do capital humano na área da saúde (IBGE, 2019).

No contexto das cidades inteligentes, portanto, a governança e a infraestrutura assumem papel essencial e no cenário atual uma série de recursos e tecnologias corroboram a melhoria na tomada de decisão, nos processos e nas estruturas inteligentes que, com propostas como a Internet das Coisas (IOT), sensores, *big data*, governança eletrônica, governança participativa e governança por dados, são capazes de tornar a gestão mais eficiente, inclusiva, com otimizados recursos e resultados (ALLAM, NEWMAN, 2018).

A partir dessas asserções depreende-se que a lógica da gestão das cidades embora tenha ênfase em questões como planejamento urbano e desenvolvimento da infraestrutura física tem por finalidade aspectos como equidade, inclusão social, direitos humanos e melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas. Tais aspectos versam os princípios essenciais do atual sistema de saúde público brasileiro, e entende-se que as políticas de planejamento urbano, o modelo de governança e as políticas e oferta de saúde podem ser considerados essenciais quando se pensa no desenvolvimento humano e psicossocial. Desse modo, se faz necessário uma articulação entre os aspectos supracitados para a efetivação dos princípios do SUS, com vistas à promoção da resiliência social e urbana diante da pandemia do COVID-19.

Os desafios das pandemias no ambiente urbano

Diferentemente de uma endemia, no qual as condições de saúde e os resultados dos casos seguem o esperado, uma pandemia ocorre quando há um aumento súbito do número de pessoas com a condição de saúde específica em uma grande área geográfica, assumindo proporções globais (GRENNAN, 2019).

Nessas situações, o desenho estrutural urbano pode ser mitigador ou ampliador dos efeitos de tal condição de saúde, pois historicamente, as cidades e a saúde das populações são conectadas. Entre os atributos de um ambiente urbano, temos a qualidade das moradias, a

densidade e o uso da terra, a acessibilidade, o desenho do local assim como as infraestruturas (transporte, parques, energia) e as atividades econômicas (indústrias, comércio e serviços), sendo que essa gama de características é intrínseca à saúde. No passado, a peste bubônica contribuiu para o surgimento da Renascença na Europa, as últimas três epidemias de cólera inspiraram um movimento sanitarista global focado nas cidades coloniais e a gripe espanhola salientou os aspectos não farmacológicos de uma pandemia, como as estratégias de mitigação de contágio (ex: isolamento social) (LAI et al, 2020).

Considerando a pandemia, conforme apontado por Banai (2020), características das cidades como o lugar onde a mesma se encontra e seus fatores ambientais próprios (sejam naturais ou criados pelo homem); sua estrutura de telecomunicações e ciberespaço, que em parte subsidiou a transferência de algumas formas de relações sociais; sua densidade e desenhos de moradia, locomoção e trabalho; o acesso dos cidadãos às infraestruturas e oportunidades da cidade; e até mesmo o conceito de cidade-região, onde a mesma é responsável parcial pela qualidade de vida de áreas rurais e outras municipalidades dependentes dos produtos e serviços, são afetadas diretamente pelo cenário pandêmico (BANAI, 2020).

Nas cidades inteligentes, o enfrentamento da pandemia tem exemplos e funcionamentos que aumentam as chances de sucesso, por exemplo, tecnologias de vigilância e busca ativa de indivíduos infectados, como aplicativos para smartphones e redes de monitoramento com uso de Inteligência Artificial (LAI et al, 2020).

Não obstante, *smart cities* visam contemplar mudanças socio estruturais de minimização e enfrentamento não apenas dos efeitos de uma pandemia viral, mas também outros desafios relacionados a sustentabilidade de seus sistemas, através do uso de sua infraestrutura inteligente, otimizada e eficiente, assim como a relação entre os cidadãos e as suas necessidades pessoais e de grupo de maneira integralmente sustentável. Ainda de acordo com uma revisão sistemática de literatura, uma cidade inteligente só o realmente é se for sustentável em primeiro lugar (YIGITCANLARA et al, 2019).

Os desafios da pandemia da COVID-19

Desde dezembro de 2019 o vírus da COVID-19 é divulgado mundialmente, sendo o *status* de pandemia declarado pelo diretor geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedors Adhanom, no dia 11 de março de 2020 (OMS, 2020). Os primeiros casos da COVID-19 foram identificados em 8 de dezembro de 2019, através de um surto de pneumonia em um hospital da cidade de Wuhan, China, tendo o código genético do vírus sido divulgado no dia 29 de dezembro do mesmo ano (CRODA, GARCIA, 2020).

De acordo com Pan et al. (2020) o surto em Wuhan pode ser dividido em cinco períodos: sem intervenções até 10 de janeiro; imigração massiva de pessoas entre 10 e 22 de janeiro; *lockdown* da cidade, suspensão do tráfico e quarentena entre 23 de janeiro e 1 de fevereiro; intensificação das medidas com centralização na quarentena e tratamento entre 2 e 6 de fevereiro; e checagem de sintomas universal após dia 17 de fevereiro. Ainda de acordo com os autores, uma "série de intervenções públicas multifacetadas" foi associada a um melhor controle do surto do vírus naquele país.

Ressalta-se que não se trata da primeira epidemia da história da humanidade, pois apenas neste século já houveram diversas outras experiências como a Síndrome Respiratória Aguda (SARS), o vírus Influenza (H1N1), casos de Ebola no continente africano e até mesmo situações amplamente divulgadas no Brasil, como os casos de Chicungunha e Zika vírus, todas afetando a vida nas cidades (MORENS et al, 2020).

Nestas situações, decisões urgentes e dinâmicas se fazem necessárias para a minimização dos impactos. A participação do setor da saúde é imprescindível, todavia é também necessária a participação da sociedade como um todo (ONGs, movimentos locais, defesa civil, economia, educação, transporte, proteção social, etc.) nas decisões e ações, de maneira coordenada e que estimule a participação e a adesão às propostas. Exemplo disso é a questão do próprio isolamento social (FREITAS, SILVA, CIDADE, 2020).

Distanciamento Social e Isolamento social vertical e horizontal

O termo distanciamento/isolamento social, em tempos pré COVID-19, foi mais comumente associado à solidão e do que às políticas de distanciamento/isolamento social para redução de contagio. Um estudo de revisão aponta que na literatura é encontrada relação entre o isolamento social e a solidão com piores resultados cardiovasculares e de saúde mental, assim como a qualidade de vida no geral; e em contraponto, coloca a importância do fortalecimento e manutenção das redes sociais (familiares ou não) na redução dos problemas indicados (LEIGH-HUNT, 2017).

Todavia, no cenário atual, este termo assume outros significados, pois um dos quesitos chave nos modelos de enfrentamento à pandemia ao redor do mundo é o controle da taxa de transmissão do vírus, uma vez que se considera que a doença é transmitida principalmente através das diferentes interações sociais (FARBOODI, JAROSCH, SHIMER, 2020).

Enquanto o isolamento dos indivíduos contaminados e suspeitos (isolamento vertical) é uma das principais medidas em protocolos para contenção de disseminação, essa já se mostra insuficiente para o caso da pandemia do COVID-19, tornando a recomendação geral para a

redução do número total de mortes a adoção de políticas de distanciamento social e isolamento horizontal (permanência domiciliar/redução da circulação de pessoas nas cidades) (HELLEWELL et al, 2020; NIU, XU, 2020, FIOCRUZ, 2021).

De acordo com o 12º Relatório do time de resposta do *Imperial College of London* em colaboração com o *WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling*, *MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis*, e o *Abdul Latif Jameel Institute for Disease and Emergency*, apenas com intervenções reduzindo o contato social dos idosos em 60% e da população geral em 40%, ocorreria a redução de 40 milhões de mortes (em um cenário de 7 bilhões de infectados) para 20 milhões, sendo uma estratégia insuficiente, porém altamente capaz de proteger vidas (WALKER et al, 2020).

Um estudo realizado nos Estados Unidos sobre os impactos econômicos e as políticas de isolamento social apontou que em cenários de políticas de mitigação da movimentação social e com modelo de trabalho em casa, as taxas de morte podem cair de 2.5% para 1.75%, chegando até 0.15% de mortalidade nos casos de políticas mais drásticas e que poderiam gerar uma queda de cerca de 25% no consumo (JONES, PHILIPPON, VENKATESWARAN, 2020).

Este mesmo estudo, refere que na economia Estado Unidense, o custo por pessoa da doença transitaria entre $ 12.700 em uma economia "*Laissez-faire*", que contabiliza os efeitos da pandemia sem a intervenção estatal e $ 8.100 através de políticas públicas otimizadas para transferir os custos de fatalidades para um eficaz isolamento social (JONES, PHILIPPON, VENKATESWARAN, 2020).

Estudos prévios sobre pandemias e cidades

Realizado em 2007 sobre um fenômeno ocorrido entre 1918 e 1919, todavia de conteúdo pertinente a situação mundial de 2020, um artigo que investigou as intervenções não farmacêuticas implementadas pelas cidades norte americanas durante a pandemia de Influenza, encontrou que o fechamento de escolas e a proibição de aglomerações públicas foram as medidas mais aplicadas, e que as cidades que implementaram essas medidas antecipadamente demoravam mais para atingir picos de mortalidade, assim como os mantinham mais baixos que as outras, havendo relação também com menores taxas das totalidades percentuais de falecimento nas populações urbanas (MARKEL et al, 2007).

Em relação à temática das pandemias e cidades, os autores de um estudo de revisão focado nas iniquidades abordaram os diferentes impactos da COVID-19, destacando a questão da vulnerabilidade urbana e a importância dos padrões e dinâmicas da disseminação das

doenças para o enfrentamento de tais fenômenos nas cidades (SHARIFI, KHAVARIAN-GARMSIR, 2020)

Outra revisão sistemática sobre cidades inteligentes e a internet das coisas demonstra que os contextos dos estudos é geralmente o dos países desenvolvidos e em cidades que já executam programas voltados para o desenvolvimento de modelos de *smart cities* (JOÃO, SOUZA, SERRALVO, 2019).

Um estudo realizado no Brasil afim de identificar os pesquisadores brasileiros que estudam cidades inteligentes assim como suas contribuições, avaliou que as áreas de Ciências da Computação e Engenharia Elétrica são as que mais publicam, enquanto um dos tipos de estudo que são recomendados ao fim, são os que busquem compreender os resultados das iniciativas de cidades inteligentes que reflitam as necessidades e expectativas da população, assim como esses recursos são convertidos em efetivações para os cidadãos (LAZZARETTI et al, 2019).

O presente estudo

Ao observar os estudos sobre as cidades inteligentes, nota-se o grande enfoque no cerne tecnológico e comunicacional (TIC) dessas tecnologias, e embora exista enquadramento de características relacionadas ao bem-estar da população, o enfoque tanto dos estudos realizados quanto do tema em si acaba por não transparecer a importância do comportamento humano no contexto da resiliência das cidades. A relação da pandemia com a necessidade de mudança no comportamento de circulação e contato das pessoas exemplifica a importância de se desenvolver estudos que considerem a dimensão humana para prever e propor planos de saúde pública diante das possíveis crises. Entender o comportamento das pessoas auxilia no estabelecimento, efetividade e adesão das políticas públicas para a sociedade.

Por fim, o presente trabalho visa observar fatores psicossociais traduzidos em um novo modelo de arranjo para as cidades e sua relação entre seus usuários e o meio em que estão inseridos, durante uma situação de pandemia, estabelecendo como questões de pesquisa: 1) Quais as diferenças de infraestrutura e governança entre as capitais brasileiras? 2) Existe relação entre o desempenho destas capitais em relação à infraestrutura e governança e a adesão da população ao isolamento social? A hipótese do estudo portanto é de que a maior presença do estado em relação à infraestrutura e governança influenciou positivamente a adesão da população às medidas de isolamento social durante o período da pandemia da COVID-19.

2 OBJETIVO

Identificar as diferenças de infraestrutura e governança nas diferentes capitais brasileiras e a relação com o desempenho na adesão da população ao isolamento social.

Objetivos específicos

Analisar a presença ou participação dos bens públicos quanto à oferta de saúde, cultura, educação e urbanismo entre as capitais do país.

Averiguar o desempenho das capitais em relação à proteção dos direitos humanos, às questões de trabalho e renda, e adesão da população ao isolamento social.

Comparar a adesão da população ao isolamento social das diferentes capitais considerando as possíveis influências das demais variáveis observadas.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo documental, com foco nas 27 capitais do Brasil e desenvolvido a partir de fonte de dados secundários e abertos disponíveis nas plataformas brasileiras.

Para a definição dos indicadores foi adotado como referencial o seguinte arcabouço documental: ISO 37120 e 37122 (ISO 37120, 2018; ISO 37122, 2019), Programa Cidades Sustentáveis/Indicadores Cidades Sustentáveis 2021-2024 (PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS, 2021) e o Ranking de Competitividade dos Municípios (CLP, 2021)

A ISO 37120 é a primeira norma técnica referente à sustentabilidade em comunidades urbanas, definindo metodologias de avaliação do desempenho dos serviços urbanos e da qualidade de vida e a norma 37122 apresenta indicadores para cidades inteligentes (ISO 37120, 2018; ISO 37122, 2019).

O Programa Cidades Sustentáveis é uma agenda de sustentabilidade urbana para o Brasil, que abrange elementos sociais, ambientais, políticos, econômicos e culturais considerados essenciais para o planejamento municipal. Sendo estruturado em 12 eixos temáticos alinhados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O programa, do Instituto Cidades Sustentáveis, oferece indicadores, ferramentas e metodologias de apoio a gestão pública e planejamento urbano (PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS, 2021).

Já o Ranking de Competitividade dos Municípios propõe 55 indicadores relacionados às instituições, sociedade e economia, por meio dos quais avalia a competitividade dos municípios acima de 80 mil habitantes (CLP, 2021). A partir deste arcabouço documental e considerando o objetivo proposto, elencou-se três principais temas para a seleção dos indicadores, a saber, infraestrutura, rede de saúde e qualidade de vida.

No tocante à infraestrutura, foram considerados os dados do IBGE sobre cobertura do esgotamento sanitário, arborização e urbanização, o conjunto dos equipamentos culturais (IBGE, 2018; 2019; 2021) e do Censo Escolar da Educação Básica de 2018 do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2018) sobre a média dos anos de estudos e a nota no IDEB do ensino fundamental. Também se averiguou os orçamentos de educação, urbanismo e habitação no Sistema de Finanças Municipais Brasileiro (SINCONFI, 2021).

Quanto à rede de saúde consideraram-se a cobertura da AB e da ESF de acordo com os Painéis de Indicadores da Atenção Primária (SISAPS, 2021), o número de estabelecimentos de saúde públicos e privados, as despesas orçamentárias com saúde, assim como o número de CAPS (aqui elencado como principal marcador da rede de atenção psicossocial), na série temporal de 2015 a 2020, disponibilizados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2021).

Já em relação à qualidade de vida, elencaram-se como indicadores o IDH publicado no Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios (ATLAS BRASIL, 2013), salários médios recebidos pelos trabalhadores formais, o percentual da população ocupada e o percentual de trabalhadores com renda mensal per capita de até ½ salário mínimo divulgados pelo IBGE (IBGE, 2019). Ainda neste quesito, foram coletados dados também do IBGE (IBGE, 2019) relacionados à proteção dos direitos humanos, a saber o número de conselhos municipais, de políticas e programas que o poder executivo mantém sobre este tema, se tais direitos são tratados na legislação orçamentaria (LDO, PPA, LOA), na Lei orgânica e Plano Diretor, e por último, se o município conta com leis especificas relacionadas, como proteção contra violências e/ou promoção de direitos.

Para a variável desfecho, desempenho na adesão ao isolamento social, estabeleceu-se o Índice de Permanência Domiciliar (IPD), fruto de uma pesquisa colaborativa entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pesquisadores de universidades brasileiras e que atualmente se configura em um dos índices disponibilizados pela instituição supracitada na tentativa de elaborar e difundir dados e informações que possam auxiliar no enfrentamento e entendimento da pandemia do COVID-19 (BARRETO et al, 2021).

Sua metodologia consiste em utilizar os dados fornecidos pelo Google LLC, através da iniciativa Google Mobility Reports, para formular um índice relativo baseado na média da diferença entre a permanência residencial e outros locais (sendo estes separados em: Mercados & Farmácias; Trabalho; Trânsito & Estações; Varejo & Lazer; e Parques). Essa observação visa comparar a efetividade das medidas de isolamento social em algum dado momento e recorte regional, no qual quanto maior o valor no índice, maior é a permanência residencial e menor a circulação de pessoas nas modalidades citadas anteriormente (GOOGLE, 2020). O IPD, portanto, consiste em um índice que informa a circulação de pessoas em um dado momento e local (FIOCRUZ, 2021).

Os dados foram duplamente coletados em planilha do Excel e como critério de qualidade as planilhas de ambas as coletas foram confrontadas visando identificação de possíveis erros. A análise dos dados compreendeu uma estatística descritiva elencando percentuais, médias e desvio-padrão das variáveis quantitativas, bem como esquemas de ranqueamento das capitais considerando os indicadores adotados.

Para a interpretação dos resultados considerou-se tanto os destaques individuais, quanto por regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste), e ainda a soma dos *ranks* obtidos visando identificar as capitais com melhor desempenho nos quesitos analisados (quanto menor a pontuação, melhor o desempenho). Por fim tais pontuações foram confrontadas com os IPDs correspondentes a cada capital.

No presente estudo foram utilizadas informações de domínio público disponíveis em plataformas de livre acesso e não contou com coleta de dados com seres humanos. Desse modo, o estudo enquadra-se no parágrafo único do Artigo 1 da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais não necessitando de avaliação pelo CEP/CONEP.

4 RESULTADOS

4.1 Estrutura oferecida pelo estado no nível local

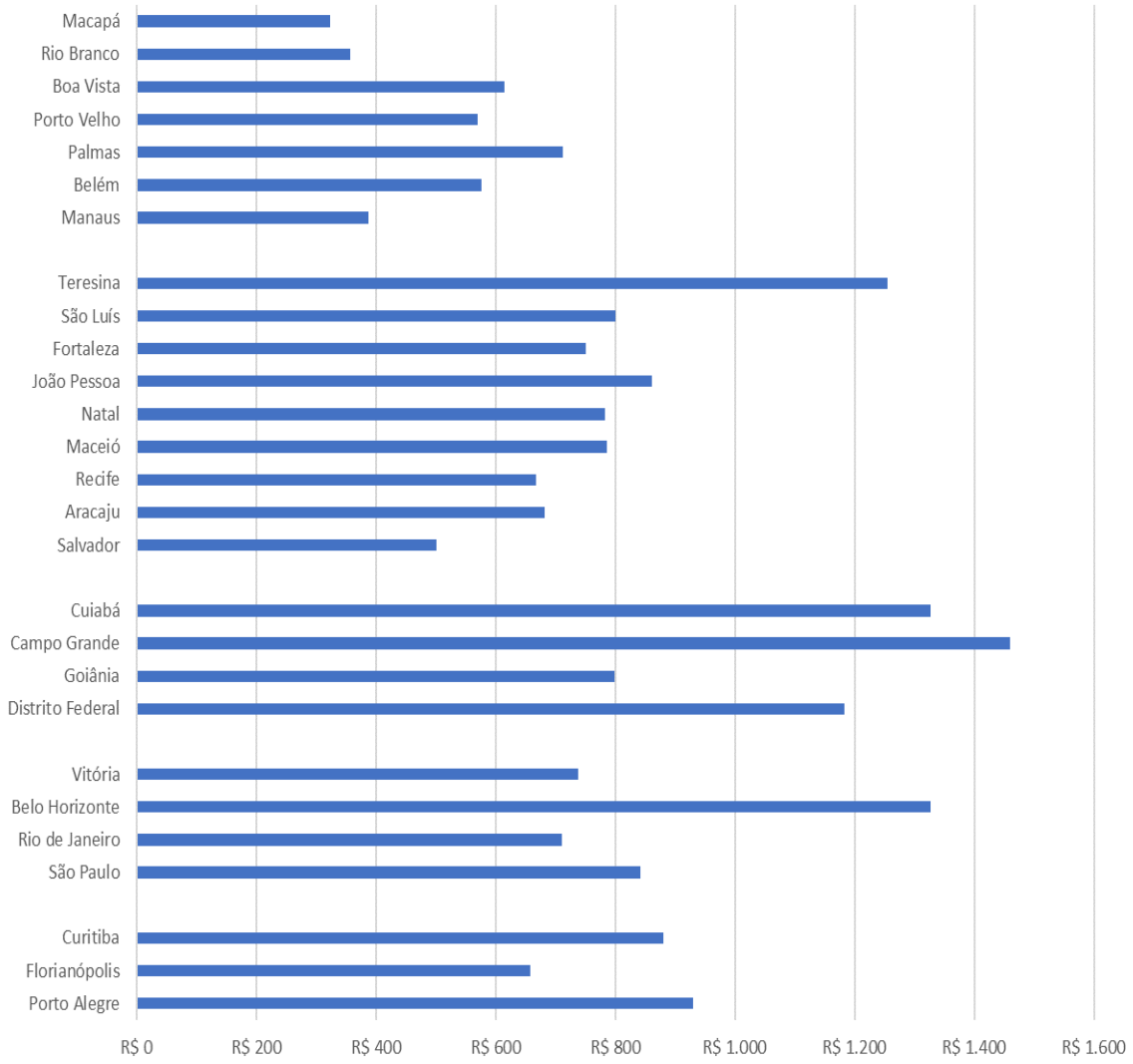
Neste capitulo são apresentados indicadores e dados sobre o desempenho das capitais no tocante à estrutura física de saúde, de educação e a qualidade urbanística, considerando ainda os orçamentos empenhados pela administração municipal nos mesmos temas.

O intuito é observar as diferenças da presença ou participação dos bens públicos quanto à oferta desses itens nas capitais, ou seja, averiguar onde a presença pública na infraestrutura foi maior ou menor entre as capitais.

Quesito saúde

Em relação aos orçamentos empenhados, conforme pode ser observado na figura 1, a maioria das capitais apresentou gastos, em média, na faixa de R$500,00 a R$800,00 por pessoa/ano. A região Norte apresentou média consideravelmente menor que a das outras regiões, enquanto o Centro-Oeste figura como uma das mais importantes em termos de gasto empenhado dispendido quando comparada com as demais regiões.

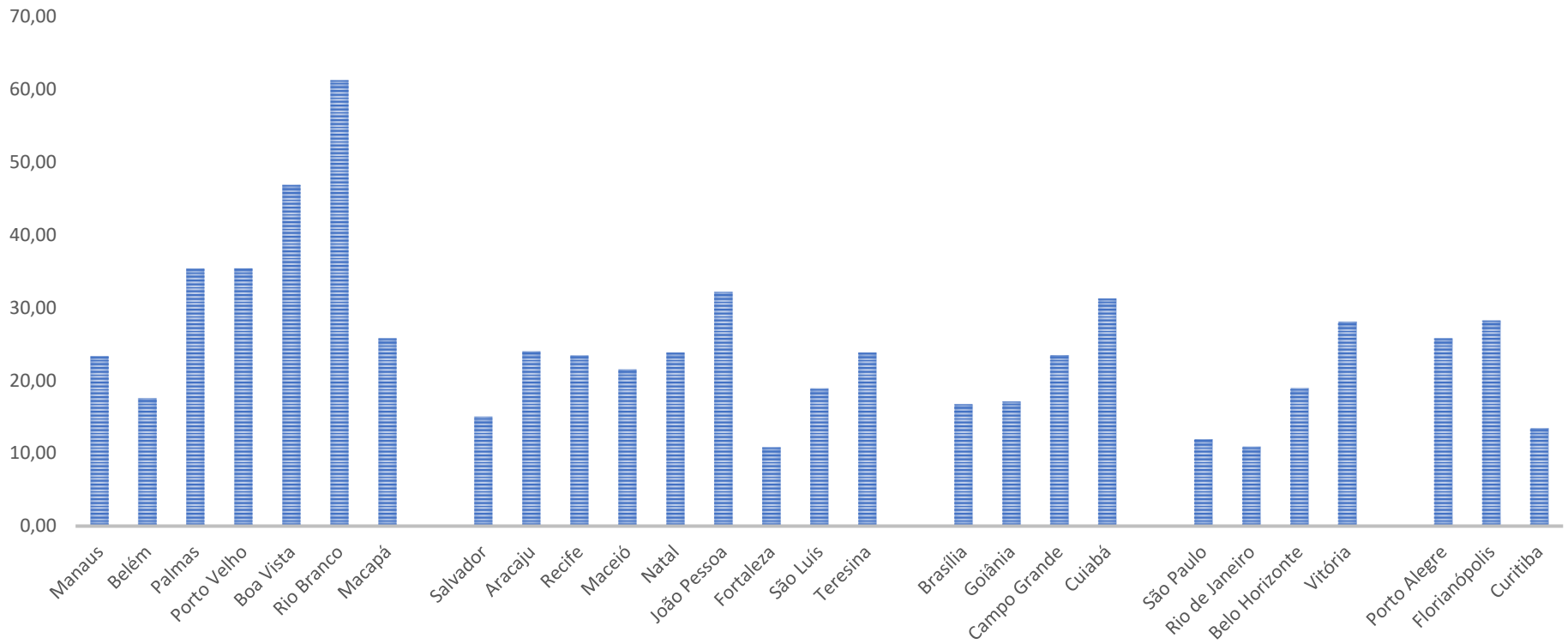
Figura 1 – Distribuição anual per capita do orçamento empenhado de saúde nas capitais brasileiras. Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo banco de dados do Tesouro Nacional Finbra (Finanças do Brasil). Acessado em https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/. Brasil, 2021.

A figura 2 apresenta o número total de estabelecimentos de saúde de natureza jurídica pública para cada 100 mil habitantes. Conforme pode ser observado, Rio Branco tem um importante destaque em relação a este quesito e a região Norte se diferencia com maior número em relação às demais regiões.

Figura 2 – Distribuição de estabelecimentos de saúde de natureza jurídica pública por 100 mil habitantes nas capitais brasileiras. Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo CNE data-sus. Acessado em http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp. Brasil, 2021.

Legenda: As capitais estão organizadas por estados, do norte indo ao sul, afim de facilitar a visualização por região.

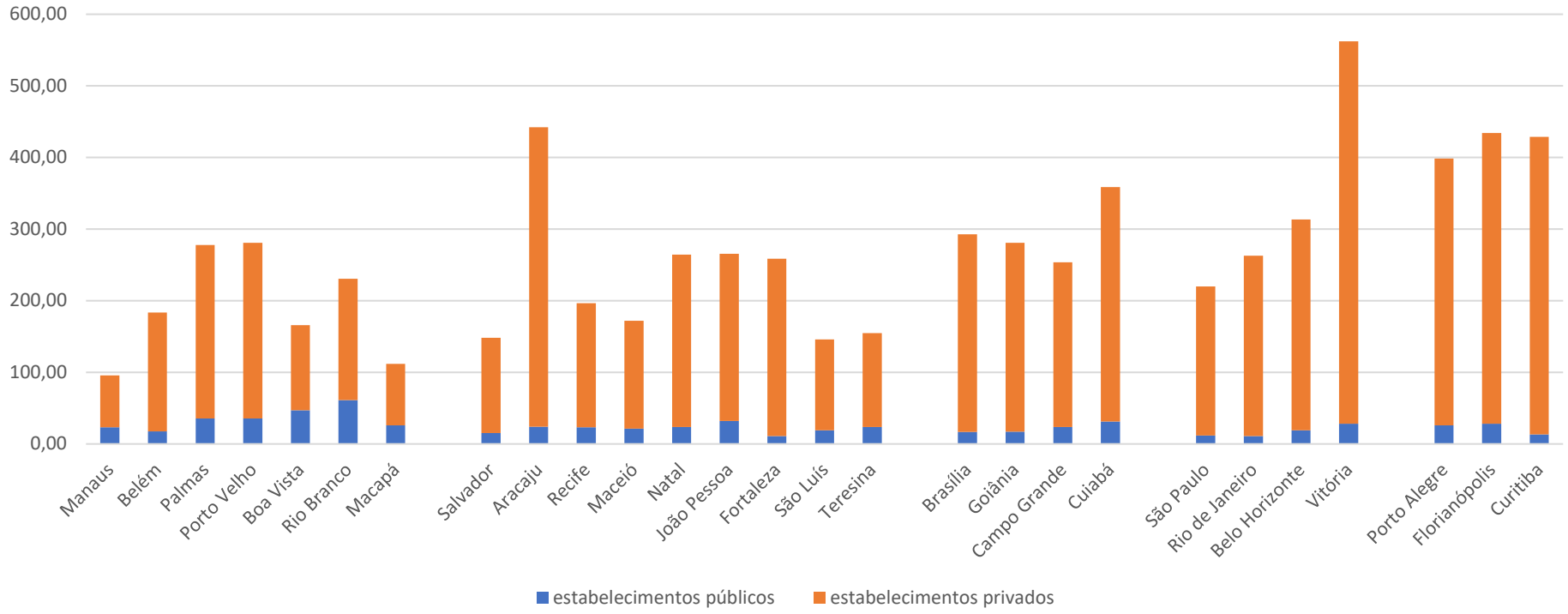
Apesar da maior concentração pública no número de estabelecimentos de saúde ocorrer no Norte, o orçamento empenhado de saúde (FIGURA 1) tende a ser menor que o das demais regiões. Rio Branco consta com um dos menores orçamentos (FIGURA 1), porém apresenta o maior número destes estabelecimentos públicos (FIGURA 2).

O Nordeste tem certa equanimidade no número de estabelecimentos entre as capitais, com exceção de Fortaleza. Salvador apresentou o menor orçamento (FIGURA 1) e o segundo pior desempenho no número de estabelecimentos públicos de saúde (FIGURA 2).

São Paulo e Rio de Janeiro, as duas maiores capitais do Brasil em número de habitantes, são as que contaram com menor número de estabelecimentos de saúde pública. No tocante ao orçamento empenhado (FIGURA 1), ambas contam com orçamento dentro da média das demais (FIGURA 2).

A figura 3 representa o total de estabelecimentos de saúde públicos e privados em cada capital brasileira. Conforme pode ser observado, de um modo geral, há um predomínio do setor privado em todas as capitais do país e é na região sul onde a proporção de estabelecimentos privados é maior.

Figura 3 – Distribuição do número de estabelecimentos de saúde públicos e privados por 100 mil habitantes nas capitais brasileiras. Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo CNE data-sus. Acessado em http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp. Brasil, 2021.

Legenda: Os números estão agrupados para demonstrar o total de estabelecimentos de saúde nas capitais brasileiras. A categoria de organizações internacionais foi excluida por não constarem unidades das mesmas na maioria das capitais observadas.

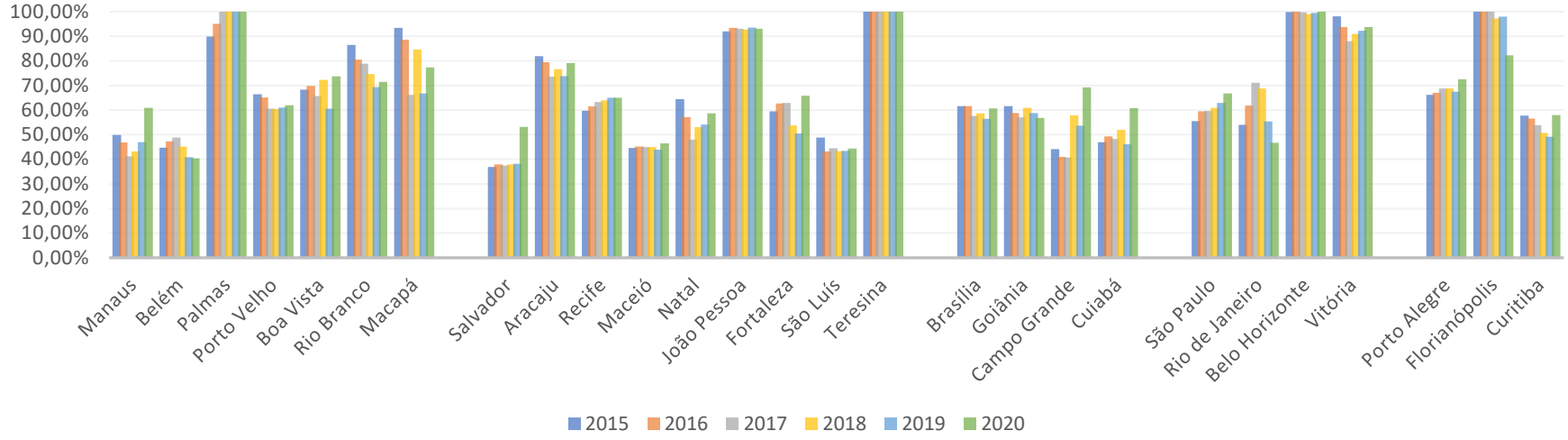
A oferta de estabelecimentos privados de saúde encontrada foi maior que a pública em todas as capitais, sendo que na região Norte, a proporção pública foi superior às demais regiões (FIGURA 3) e a totalidade da oferta dos estabelecimentos menor (FIGURA 3).

Manaus e Macapá são as capitais onde constaram menores números de estabelecimentos de saúde tanto públicos quanto privados (FIGURA 3), assim compõe o grupo de capitais com os menores orçamentos empenhados (FIGURA 1).

Em contrapartida, Vitória e Aracaju foram as capitais com maior número de serviços privados quando comparadas com as demais (FIGURA 3), no entanto, seus orçamentos empenhados foram semelhantes à média das demais capitais (FIGURA 1).

A figura 4 apresenta a cobertura da Atenção Básica nas capitais Brasileiras. Conforme pode ser observado, em cada região exceto o Centro-Oeste, houve uma capital alcançando os 100% de cobertura, a saber Palmas, Teresina, Belo Horizonte e Florianópolis. O Centro-Oeste tendeu a apresentar menor cobertura no geral e no Norte e Nordeste foram encontradas as capitais com menores porcentagens. No ano de 2020, houveram casos de alta variação considerando os anos anteriores, tendo nove capitais aumentado sua cobertura em relação ao período anterior e quatro decrescido.

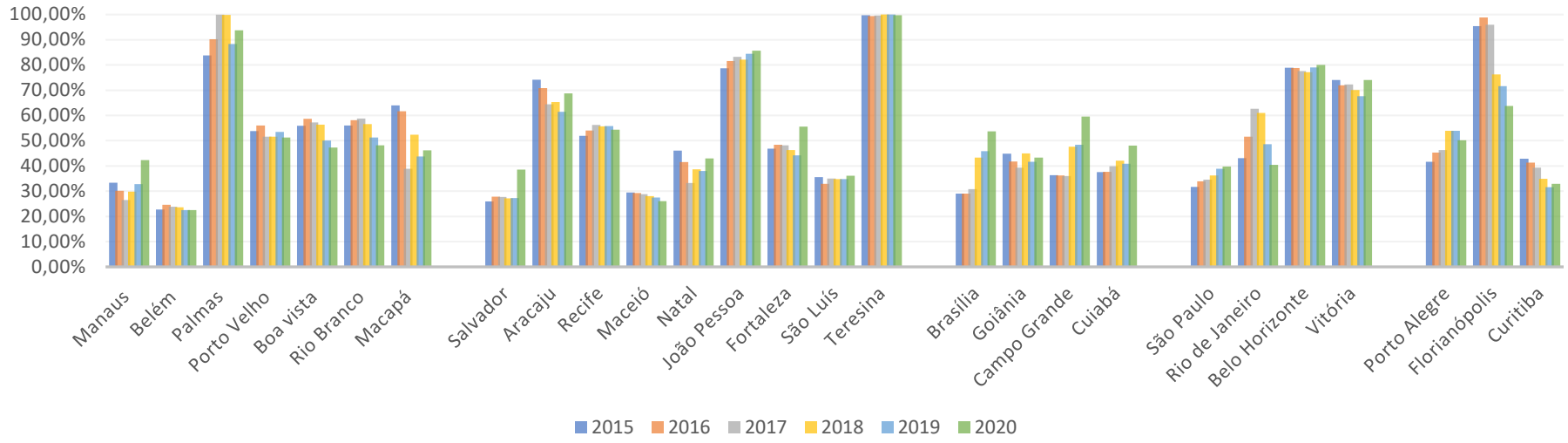
Figura 4 – Distribuição das capitais brasileiras por região de acordo com o percentual de cobertura da Atenção Básica nas capitais brasileiras. Brasil, 2015 a 2020.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo Painel de Indicadores da APS (SISAP). Acessado em https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/. Brasil, 2021.

Em relação à cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme pode ser observado na figura 5, Teresina foi a única que manteve cobertura próxima aos 100% em todo o período observado, sendo que Palmas alcançou a margem de 100% e reduziu sua cobertura nos anos posteriores. Florianópolis que apresentou médias acima de 90% de cobertura, decresceu consideravelmente para 76% em 2017 e manteve-se em queda nos posteriores anos analisados. Novamente as menores médias entre as capitais estiveram nas regiões Norte e Nordeste, porém em todas as regiões é possível notar baixas coberturas, assim como nas capitais da região Centro-Oeste como um todo.

Figura 5 – Distribuição das capitais brasileiras por região de acordo com o percentual de cobertura da ESF nas capitais brasileiras. Brasil, 2015 a 2020.



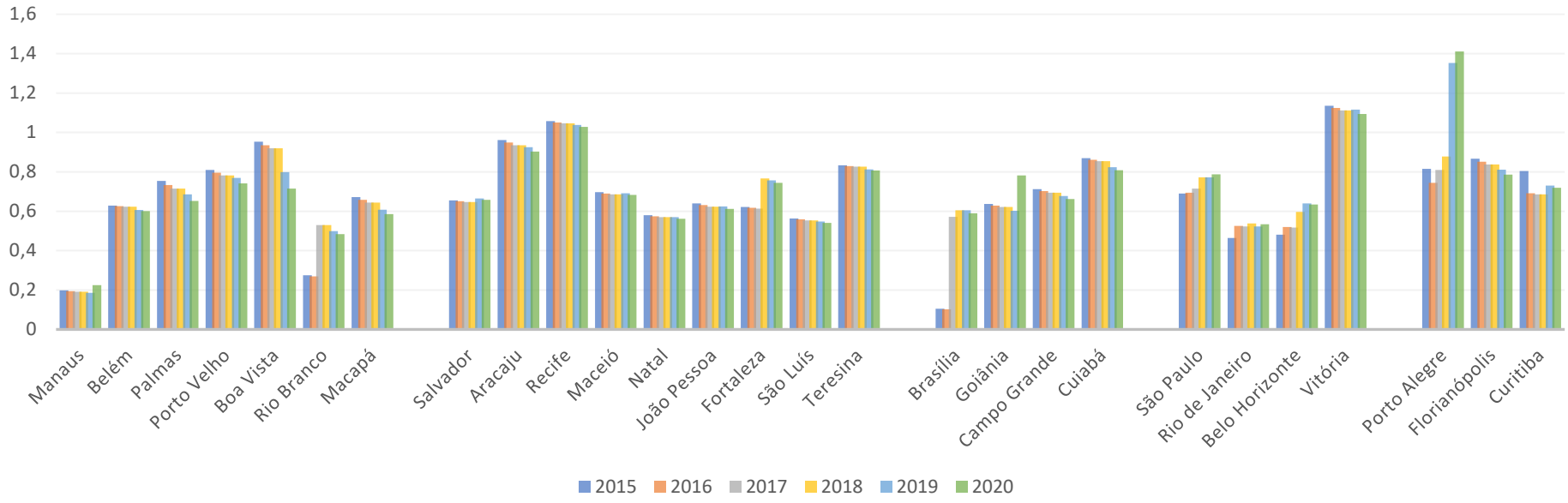
Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo Painel de Indicadores da APS (SISAP). Acessado em https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/. Brasil, 2021.

Ambos os gráficos permitem visualizar que no ano de 2020, com exceção do Rio de Janeiro e Florianópolis, as capitais tenderam a manter ou aumentar suas coberturas da AB/ESF e as capitais com as menores coberturas na AB também constaram com as menores coberturas na ESF. De um modo geral, a cobertura da ESF acompanhou proporcionalmente as variações positivas e negativas na AB. Vitória e Belo Horizonte, que apresentavam alta cobertura da AB, constaram com cobertura em cerca de 70% a 80% na ESF.

Dentre as quatro capitais com as menores coberturas na ESF (todas no Norte e Nordeste), Manaus e Salvador aumentaram a cobertura em 2020 enquanto Belém e Maceió mantiveram cobertura próxima do observado durante o período. No Centro-Oeste Brasília e Goiânia não aumentaram sua cobertura da AB, sendo que apenas Goiânia não aumentou a cobertura tanto da ESF quanto da AB.

A figura 6 apresenta a evolução do número de CAPS das capitais brasileiras por 100 mil habitantes entre os anos de 2015 a 2020. Dentre as três capitais que apresentavam os menores números de CAPS por habitante em 2015, apenas Manaus manteve a baixa oferta deste serviço, enquanto Rio Branco e Brasília atingiram a média geral das capitais. A partir de 2018 até 2020, Porto Alegre foi a capital com a maior oferta per capita.

Figura 6 – Série temporal da distribuição do número de CAPS por 100 mil habitantes nas capitais brasileiras distribuídas por região. Brasil, 2015 a 2020.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNE-DATASUS). Acessado em, http://cnes2.datasus.gov.br/. Brasil, 2021.

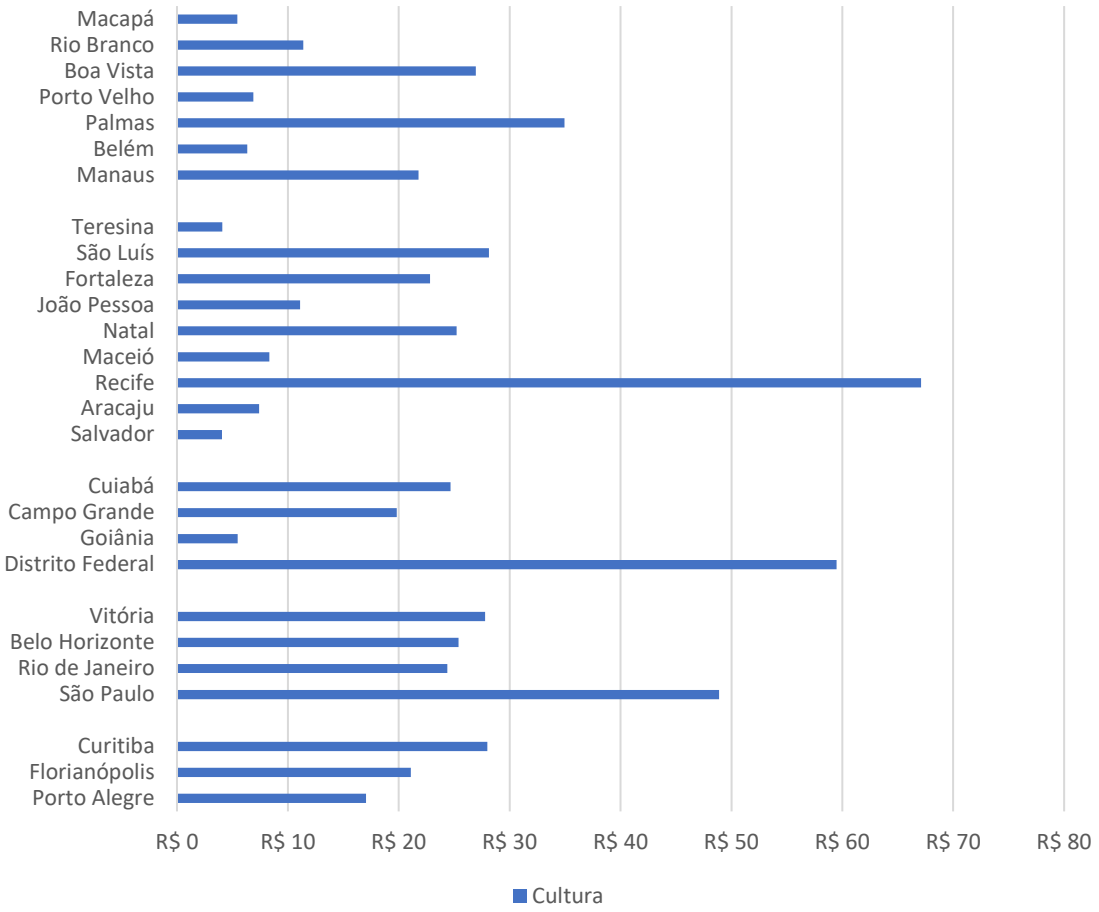
Considerando o período analisado, identifica-se que Vitória, desde 2015, se destacava em relação ao número de CAPS. Só não está em primeiro lugar pois porto Alegre teve um incremento importante nos dois últimos anos analisados, quase duplicando seu número de unidades por habitante.

Brasília triplicou o número de CAPS por habitante a partir de 2017 e Rio Branco duplicou a partir do mesmo ano. Na região Nordeste, pode-se encontrar maior estabilidade do número de CAPS no período analisado.

Quesito Cultura

A figura 7 apresenta o orçamento empenhado per capita na área de cultura nas capitais brasileiras em 2018, sendo que das oito capitais que gastaram menos que R$ 10,00 por cidadão no ano em questão, apenas Goiânia não está localizada no Norte ou Nordeste. Ainda se observou que estas regiões apresentaram maior oscilação entre as capitais nos gastos quando comparadas com as demais regiões.

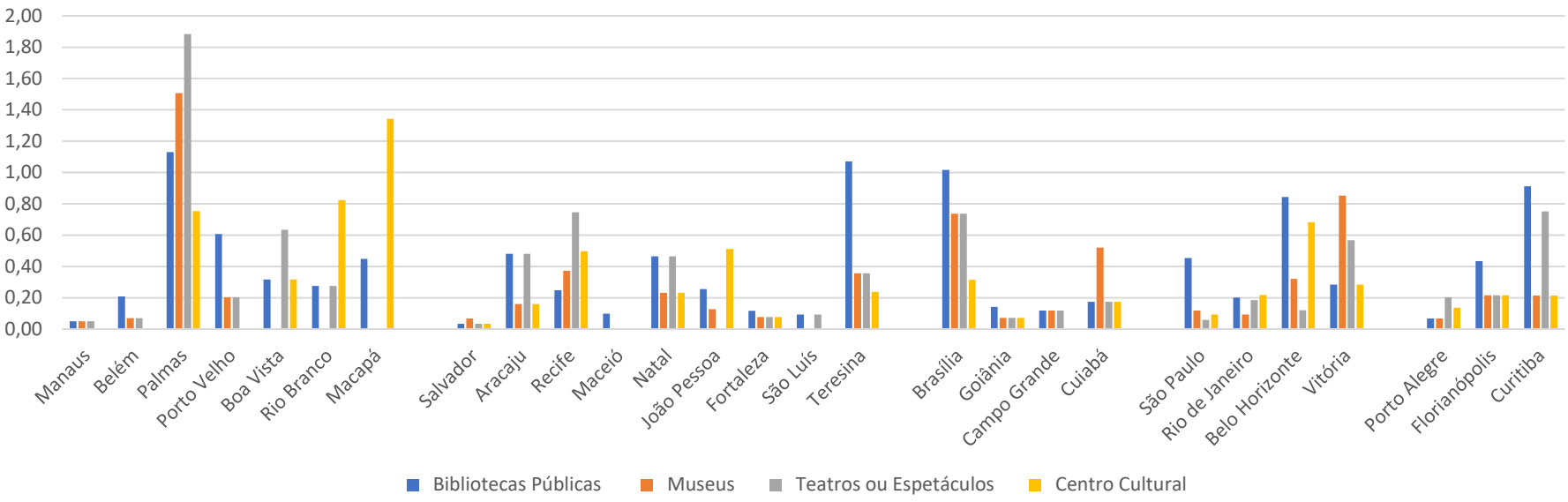
Figura 7 – Distribuição anual per capita do orçamento empenhado de Cultura nas capitais brasileiras. Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo banco de dados do Tesouro Nacional Finbra (Finanças do Brasil). Acessado em https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/. Brasil, 2021.

Na figura 8 pode ser observado o número de unidades por cem mil habitantes de bibliotecas públicas, museus, teatros ou salas de espetáculos e centros culturais cuja propriedade é do município. De modo geral, encontrou-se baixo número de equipamentos sob a posse municipal nas capitais brasileiras.

Figura 8 – Distribuição de equipamentos culturais sob gestão municipal a cada 100 mil habitantes nas capitais brasileiras. Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pela pesquisa do IBGE intitulada "Munic", realizada em 2018. Acessado em https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html. Brasil, 2021.

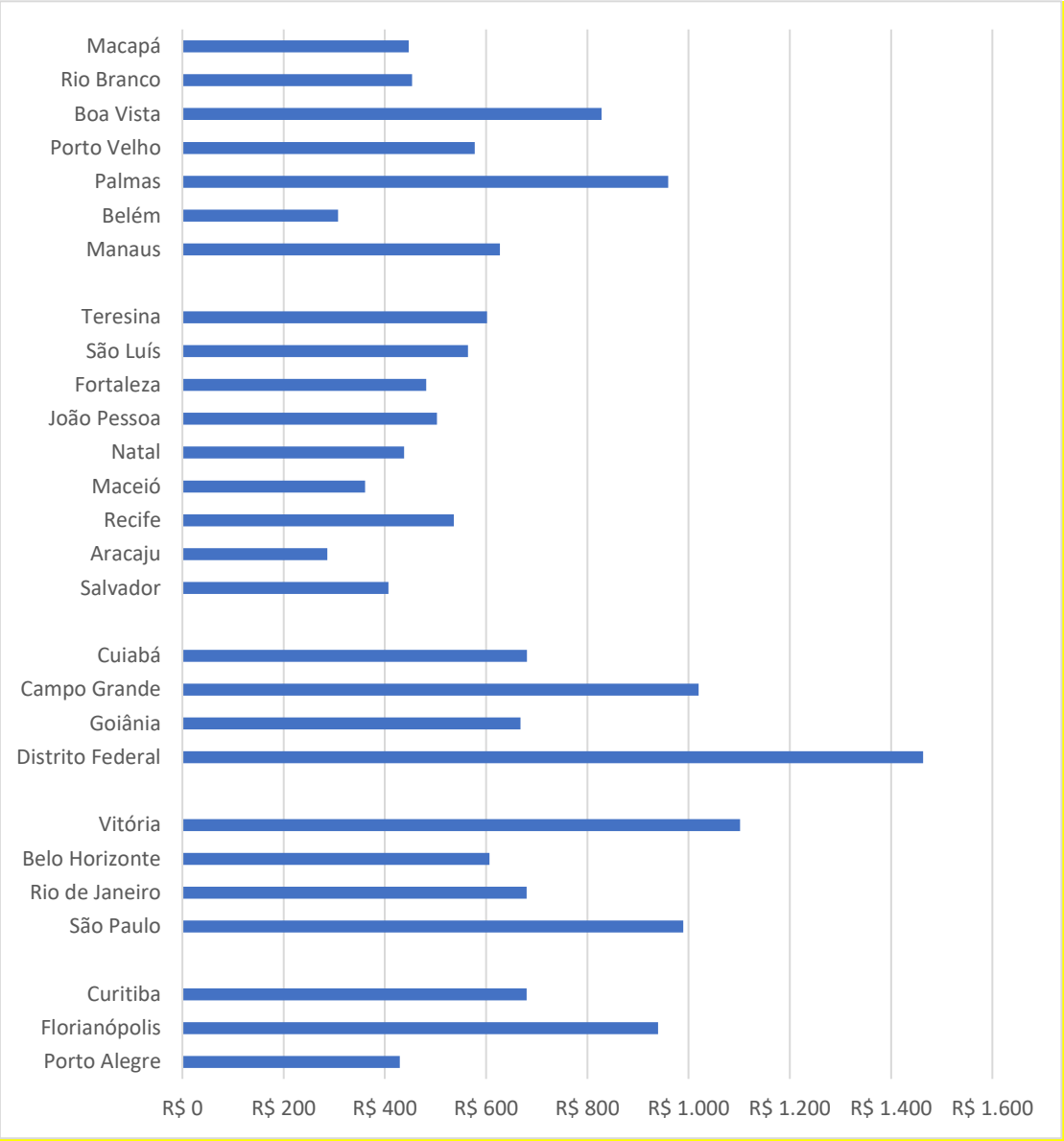
Legenda: As capitais estão agrupadas por região.

Palmas apresenta relativa maior quantidade desses equipamentos (vale lembrar que é a capital menos populosa do Brasil). Na região Norte concentraram as capitais com menor pluralidade de equipamentos (FIGURA 8). Por outro lado, as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste se destacaram nesta pluralidade e também comportam as capitais com orçamentos per capita desta área comparativamente maiores (FIGURA 7).

Quesito Educação

A figura 9 apresenta os gastos empenhados com educação em 2018. Os menores valores encontrados estiveram em cerca de R$ 300,00 enquanto os maiores por volta de R$ 1000,00, com destaque para o valor empenhado pelo Distrito Federal. Identificou-se menores gastos na região Norte e principalmente Nordeste em comparação com o eixo Centro-Sul.

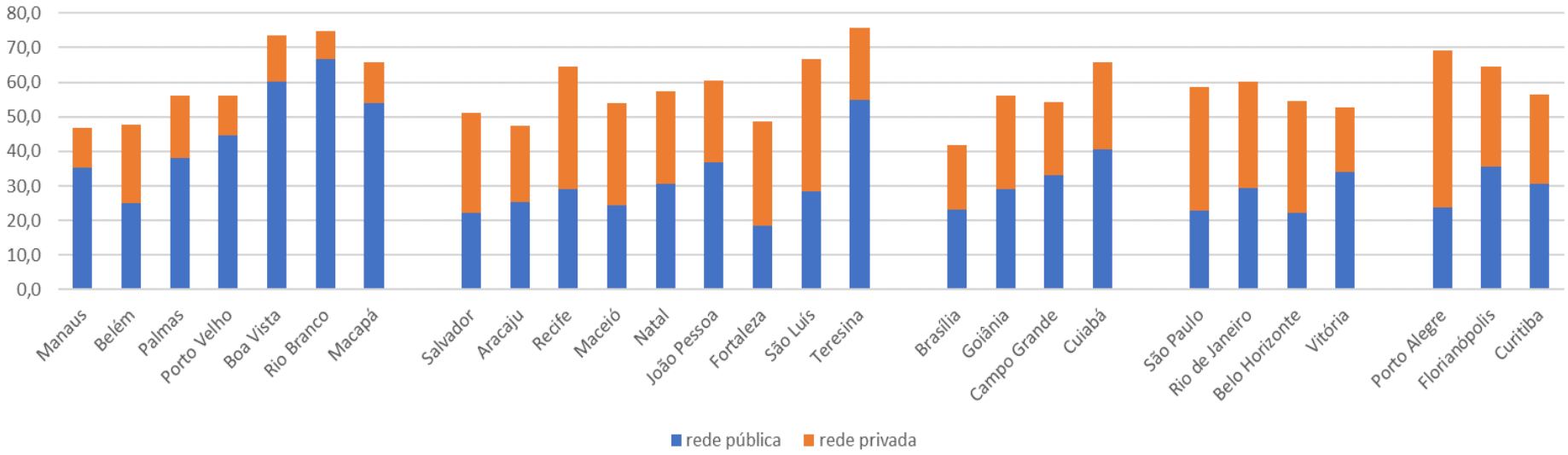
Figura 9 – Distribuição anual per capita do orçamento empenhado de Educação nas capitais brasileiras. Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo banco de dados do Tesouro Nacional Finbra (Finanças do Brasil). Acessado em https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/. Brasil 2021.

A figura 10 apresenta o número de escolas da rede pública e privada nas capitais brasileiras em 2018. A proporção da rede pública pôde ser observada em maior grau no Norte, enquanto que nas demais regiões a iniciativa privada quase se sobrepõe à pública.

Figura 10 – Distribuição do número de escolas da rede pública e privada nas capitais a cada 100 mil habitantes. Brasil, 2018.



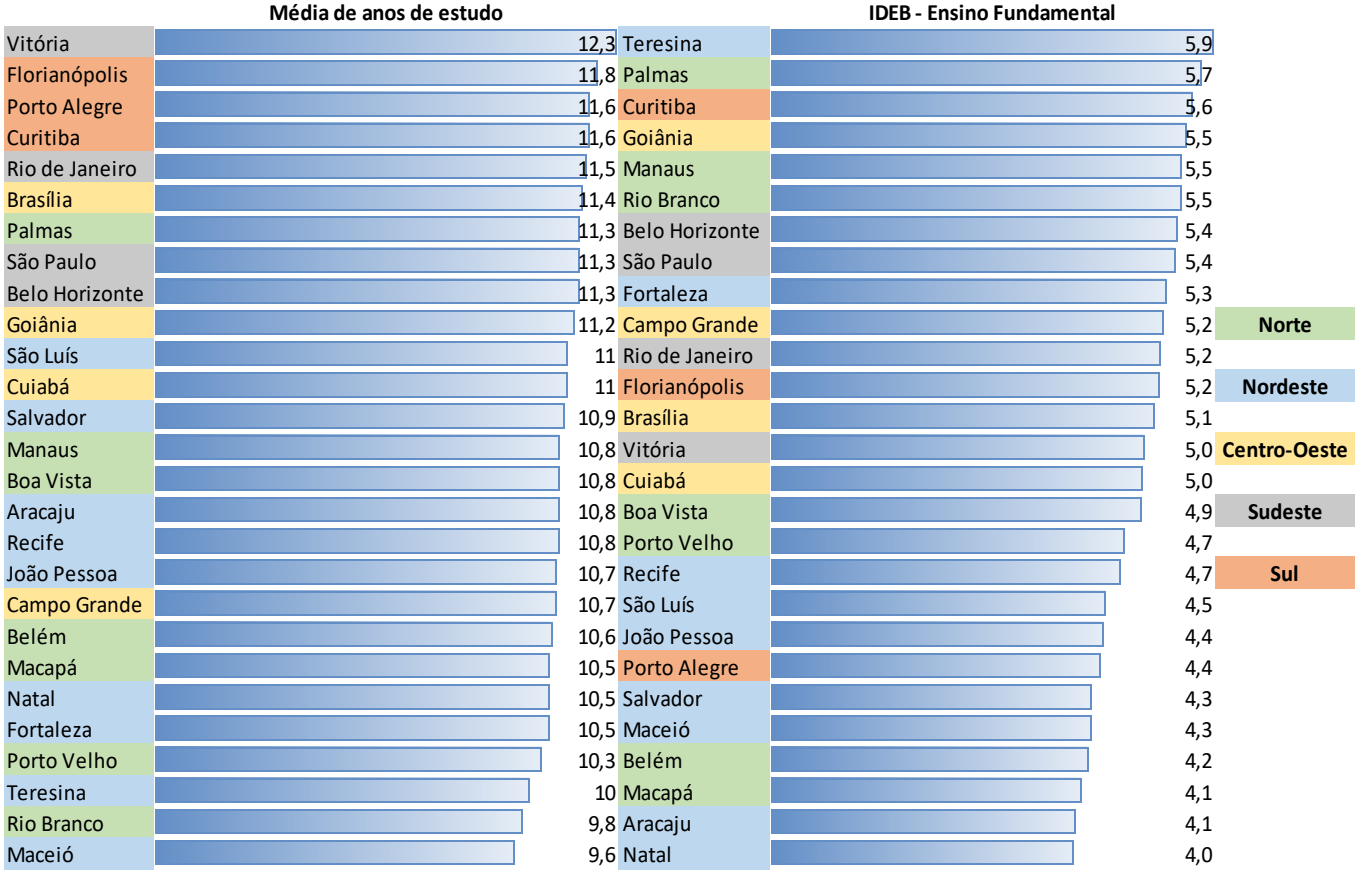
Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) com os Microdados do Censo Escolar da Educação Básica 2018. Acessado em https://www.gov.br/inep/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/microdados/censo-escolar. Brasil, 2021.

No Distrito Federal foi onde mais se gastou com educação no período analisado (FIGURA 9), corroborando o perfil da região Centro-Oeste que se destacou nessa despesa. No entanto, Brasília apresentou menor número de escolas de modo geral (FIGURA 10).

A discrepância entre as capitais no número de escolas é menor que a encontrada nos orçamentos empenhados (FIGURA 9). O Sudeste apresentou menor número de escolas no total e o maior predomínio do setor privado no geral em relação às públicas (FIGURA 10).

Abaixo na figura 11 pode ser observada a média de anos de estudo assim como a média do município na nota do IDEB do ensino fundamental. Em relação aos anos de estudo, destacou-se o predomínio Centro-Sul nas primeiras posições do *ranking*. Todavia ao observar a nota no IDEB, o desenho por região é mais plural nas primeiras colocações, mas o predomínio do Norte e Nordeste nas últimas posições foi nítido.

Figura 11 – Distribuição das capitais de acordo com a média de anos de estudo das pessoas com 15 anos ou mais em 2018 e a média do município no IDEB do ensino fundamental das escolas públicas em 2019. Brasil, 2018-2019.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) em 2018. Acessado em https://www.gov.br/inep/pt-br. Brasil, 2021.

Legenda: As cores representam os agrupamentos por região, assim como a ordem das capitais o ranqueamento.

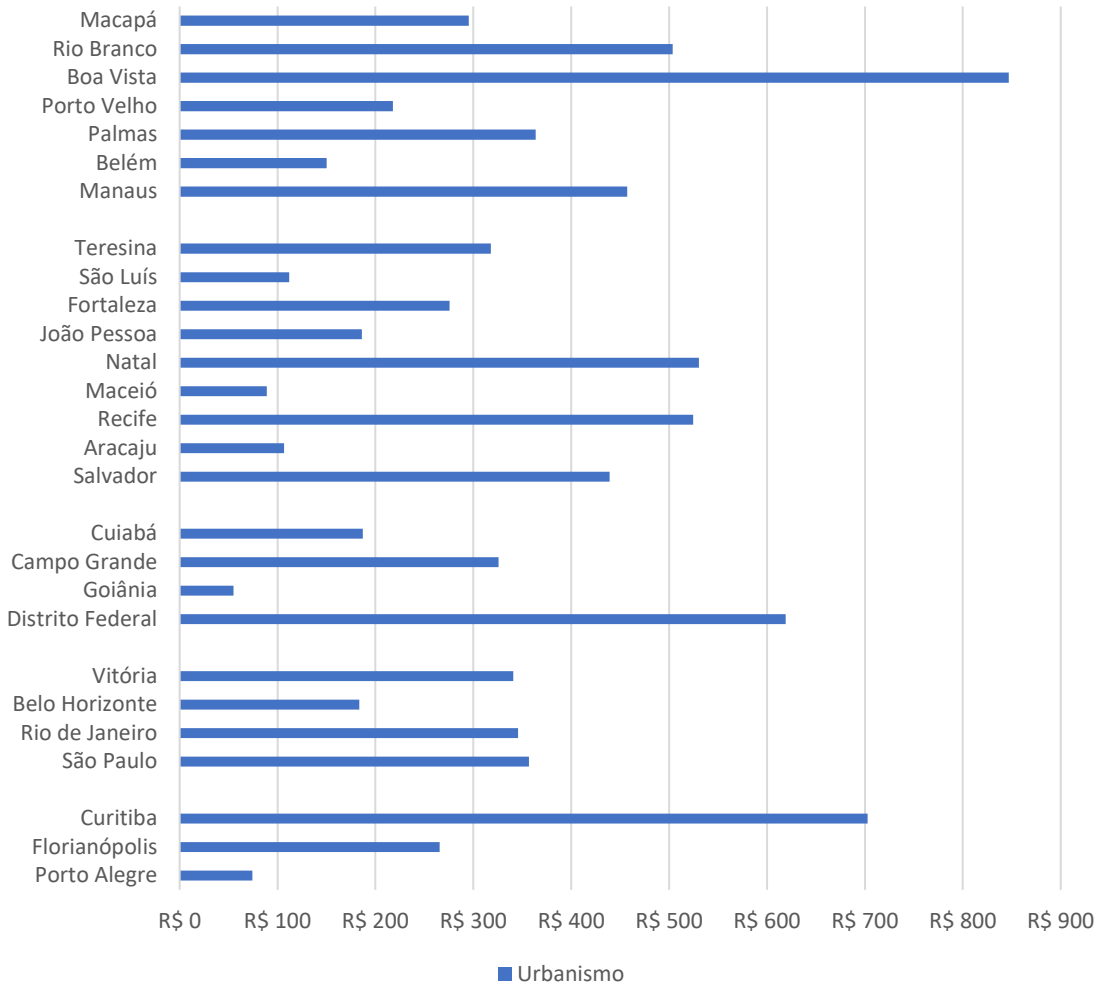
Indo contra a tendência do predomínio Centro-Sul no ranqueamento da média de anos de estudo (FIGURA 11) Palmas, a sétima colocada, apresentou o maior orçamento de sua região (FIGURA 9) e uma proporção de duas escolas públicas para uma privada (FIGURA 10). Teresina, a primeira colocada do IDEB apresenta cenário semelhante, diferenciando-se apenas com mal desempenho em relação às médias de anos de estudo entre as capitais (FIGURA 11).

As capitais do sul e sudeste, com destaque para Florianópolis e Vitória, apresentaram predomínio na média de anos de estudo e não desempenharam tão bem em relação ao IDEB. Ao mesmo tempo constatou-se significante diferenciação dos orçamentos empenhados entre as mesmas (FIGURA 9) e proporção semelhante entre as escolas públicas e privadas (FIGURA 10).

Quesitos de Urbanização

Na figura 12 pode ser observado o orçamento empenhado per capita de Urbanismo nas capitais brasileiras no ano de 2018. Boa Vista foi a capital com maior gasto per capita, com cerca de R$ 840,00, enquanto Porto Alegre teve o menor aporte, apenas cerca de R$ 74,00 por indivíduo no ano em questão. Nota-se significativa diferença entre os gastos quando observadas as capitais brasileiras.

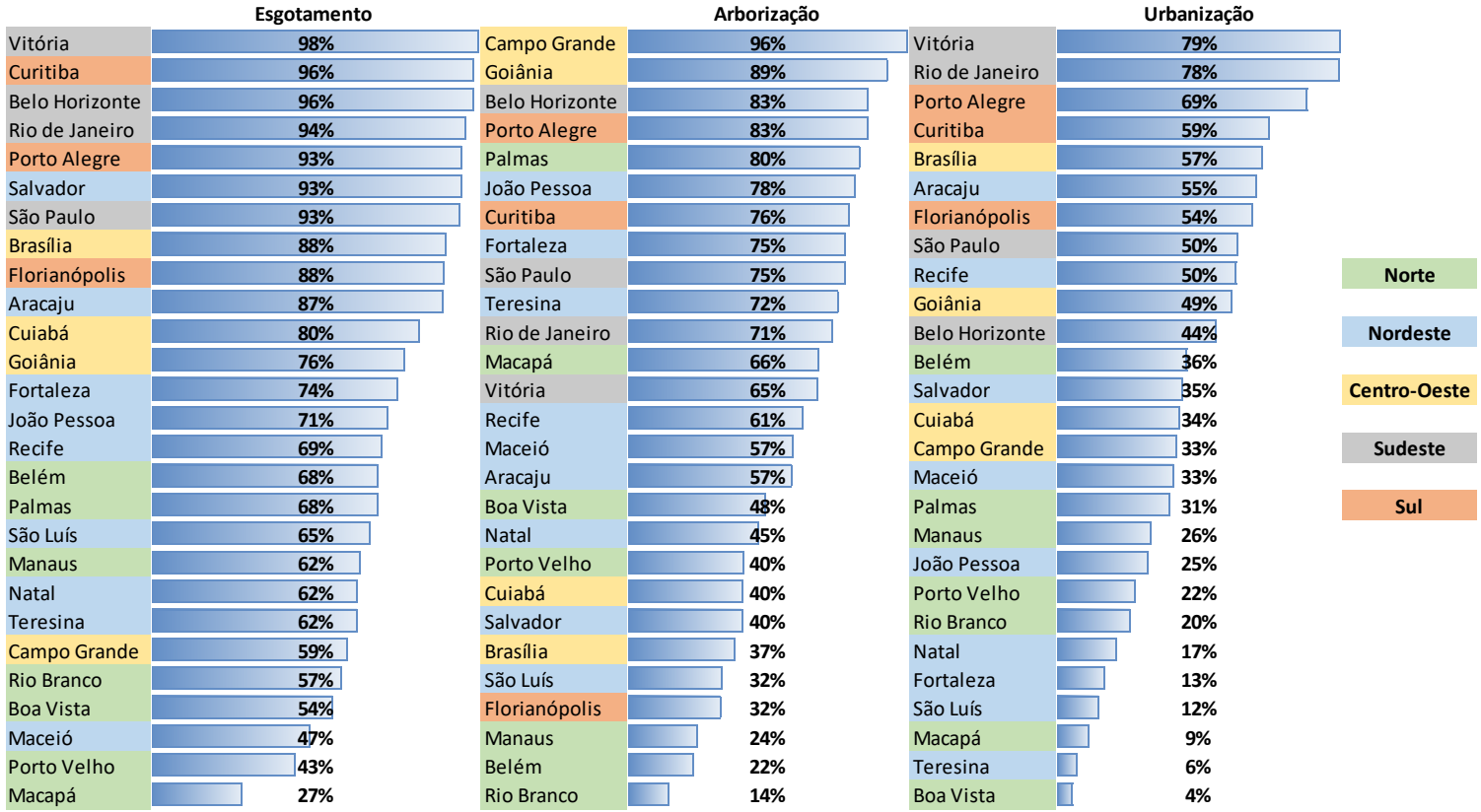
Figura 12 – Distribuição anual per capita do orçamento empenhado de Urbanismo nas capitais brasileiras. Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo banco de dados do Tesouro Nacional Finbra (Finanças do Brasil). Acessado em https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/. Brasil, 2021.

Conforme disposto na figura 13, nota-se nas principais características urbanísticas elencadas pelo último grande levantamento do IBGE, as capitais das regiões Norte e Nordeste com as piores colocações e o Centro-Sul com as melhores.

Figura 13 – Distribuição em ranqueamento das capitais de acordo com o percentual de cobertura de esgotamento sanitário, arborização e urbanização de vias públicas. Brasil, 2010.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo Instituto de Pesquisa Brasileiro (IBGE) em 2010, previsto para atualização em 2022. Acessado em https://cidades.ibge.gov.br/. Brasil, 2021.

Legenda: As capitais estão postas de acordo com seu ranqueamento, e as cores representam agrupamentos por região das capitais. As barras representam proporcionalmente a diferença das capitais nas coluna.

No esgotamento existia a predominância das capitais localizadas no Centro-Sul do país nas primeiras colocações, sendo que apenas sete capitais constavam com rede de esgoto em mais de 90% das moradias. As capitais do Norte ocupam a maior parte das últimas posições.

Na arborização Campo Grande e Goiânia, capitais do Centro-Oeste, ocupavam as primeiras colocações. Capitais do Norte e Nordeste tem aparições dentre as 10 primeiras colocadas, e as três últimas colocadas são do Norte (Manaus, Belém e Rio Branco).

Quanto a taxa de urbanização, Vitória e Rio de Janeiro colocam o sudeste nas primeiras colocações seguidas por Porto Alegre e Curitiba, duas capitais do sul. Em 2010, apenas nove capitais contavam com mais de 50% de seu território urbanizado, tendo a maioria das capitais do Norte e Nordeste apresentado menos de 30%, com o pior resultado de Boa Vista, em 4%.

Nesses três indicadores nota-se grande discrepância entre as primeiras e últimas colocações. Em suma a região Norte e Nordeste apresentou menor urbanização, arborização e esgotamento sanitário (FIGURA 13) e maiores gastos na urbanização (FIGURA 12) enquanto na região Sul e Sudeste ocorreu o movimento contrário (FIGURA 12; FIGURA 13). Capitais com comparativamente maior urbanização também contavam com melhor *ranking* em esgotamento.

4.2 Prerrogativas de bem estar associadas ao estado no nível local

No segundo capitulo foram alocados indicadores e dados que refletissem fatores relacionados com a possibilidade de bem estar da população, observando o trabalho e renda, o IDHM e a efetivação dos direitos humanos.

Assim, através desse panorama que reflete a qualidade de vida e presença do estado, espera-se poder observar diferenças acerca da possibilidade de viver bem nas capitais.

Quesito Direitos Humanos

A figura 14 apresenta o número de conselhos municipais relacionados aos direitos humanos, o número de políticas e programas que o poder executivo mantém sobre este tema, se direitos humanos são tratados na legislação orçamentaria (LDO, PPA, LOA) assim como na Lei orgânica e Plano Diretor, e por último, se o município conta com leis especificas para tratar deste tema, como proteção contra violências e/ou promoção de direitos.

Figura 14 – Distribuição das capitais de acordo com o número de conselhos municipais, políticas e programas, abordagem do tema na legislação municipal geral (orçamentária, lei orgânica e plano diretor) e as leis municipais especificas de direitos humanos. Brasil, 2019.

Conselhos Municipais		Políticas e Programas		Legislação Municipal		Leís Específicas	
São Paulo	6	Brasília	12	Curitiba	5	Porto Alegre	14
Brasília	6	Goiânia	12	Rio Branco	5	Cuiabá	14
Goiânia	6	Teresina	12	Campo Grande	5	Belo Horizonte	12
Porto Alegre	5	Maceió	11	Brasília	4	Florianópolis	12
Cuiabá	5	Recife	10	Goiânia	4	Rio de Janeiro	11
Florianópolis	5	Palmas	10	Maceió	4	São Paulo	11
Salvador	5	São Paulo	9	Recife	4	Aracaju	11
Recife	5	Belo Horizonte	9	Belo Horizonte	4	Teresina	11
Vitória	5	Porto Alegre	8	Rio de Janeiro	4	Rio Branco	9
Fortaleza	5	Rio de Janeiro	8	Boa Vista	4	Brasília	9
Belo Horizonte	4	Aracaju	8	Palmas	3	Goiânia	9
Rio de Janeiro	4	Curitiba	8	São Paulo	3	Maceió	9
Aracaju	4	Manaus	8	Aracaju	3	Salvador	9
Teresina	4	Belém	8	Manaus	3	Recife	8
Rio Branco	4	Salvador	7	Salvador	3	Campo Grande	7
Maceió	4	Rio Branco	6	Vitória	3	Palmas	7
Campo Grande	4	Vitória	5	Porto Velho	3	Vitória	7
Palmas	4	Campo Grande	5	Natal	3	Natal	7
Curitiba	4	Florianópolis	4	Porto Alegre	2	Belém	6
Porto Velho	4	Porto Velho	4	Macapá	2	Curitiba	5
São Luís	4	Macapá	4	Teresina	1	Porto Velho	5
Manaus	4	Cuiabá	3	Cuiabá	1	São Luís	5
Macapá	4	Fortaleza	3	Fortaleza	1	Fortaleza	3
João Pessoa	4	São Luís	3	São Luís	1	Manaus	2
Natal	3	João Pessoa	3	João Pessoa	1	Macapá	2
Belém	3	Natal	2	Belém	0	Boa Vista	1
Boa Vista	2	Boa Vista	1	Florianópolis	0	João Pessoa	1

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pela pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) do IBGE (2019). Acessado em https://cidades.ibge.gov.br/. Brasil, 2021

Legenda: As capitais estão postas de acordo com seu ranqueamento, e as cores representam agrupamentos por região das capitais. O número máximo de conselhos era seis; o número máximo de políticas e programas era 14; o número máximo de legislações municipais era cinco; o número máximo de leís especificas era 15.

Referente às ações do executivo municipal, dentre os conselhos municipais apenas três capitais apresentaram os seis tipos de conselhos relacionados à direitos humanos, tendo a maioria das capitais entre quatro a cinco tipos de conselhos dentre os seis analisados e apenas três capitais contado com três conselhos ou menos (FIGURA 14). Nas políticas e programas, novamente três capitais lideram conjuntamente no ranqueamento, todavia desta vez 13 capitais apresentaram metade ou menos do número de ações públicas (FIGURA 14).

As capitais com os maiores ranqueamentos nos conselhos municipais (FIGURA 14) também tenderam apresentar resultados superiores na quantidade de políticas e programas para direitos humanos, ocorrendo o mesmo com os piores desempenhos.

Referente às ações voltadas ao ambiente legislativo municipal, na observação das leis orçamentárias, plano diretor e lei orgânica o tema de direitos humanos apareceu em todas as leis em apenas três capitais enquanto em outras duas não houve menção do tema nesse arcabouço legal (FIGURA 14). Em dois terços das capitais, o tema foi citado em ao menos três das legislações observadas (FIGURA 14). Nas leis especificas versando sobre direitos humanos desenvolvidas pelo legislativo, destaca-se o desempenho do Centro-Sul frente ao Norte e Nordeste como nos outros quesitos observados (FIGURA 14). As duas primeiras colocadas apresentaram 14 temas abordados em leis de um universo de 16, enquanto as duas últimas empataram com pontuação de uma lei. Considerando ainda que apenas oito capitais pontuaram acima de 10 leis, indica-se grande abismo entre as primeiras e últimas colocadas, assim como grande diferenciação entre as regiões, dadas exceções como Aracaju e Teresina (FIGURA 14).

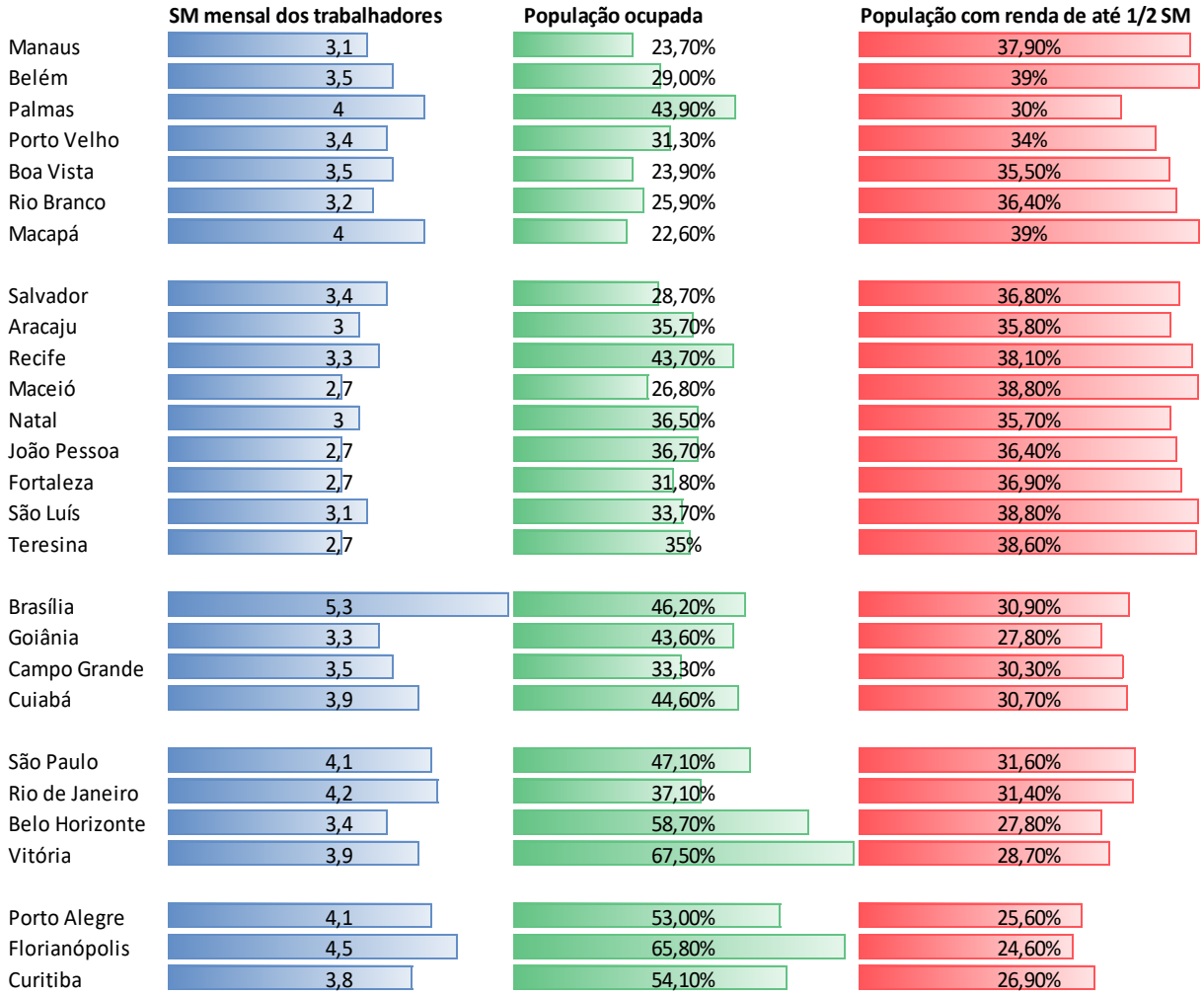
As capitais com desempenho superior nas leis municipais referentes ao orçamento e planejamento da cidade não tenderam a apresentar os mesmos resultados nas leis específicas criadas para lidar com os temas de direitos humanos (FIGURA 14).

Nota-se ao observar os quatro resultados, os melhores ranqueamentos das capitais da região Centro-Sul e, com algumas exceções, nas últimas posições tendência do Norte e Nordeste (FIGURA 14). Nas diferentes instâncias de institucionalização dos direitos humanos observadas no estudo houve tanto oscilação de posicionamento de uma mesma capital entre os ranqueamentoings nos quatro diferentes quesitos analisados (ex: Florianópolis, Cuiabá e Fortaleza) assim como capitais que tenderam a manter uma mesma colocação (ex: Vitória, Brasília e Joao Pessoa) nas quatro áreas observadas (FIGURA 14).

Quesito Trabalho

A figura 15 apresenta o salário médio mensal dos trabalhadores formais, o percentual da população ocupada e percentual da população com renda mensal per capita de até ½ salário mínimo em 2019.

Figura 15 – Distribuição do número médio de salários mínimos recebidos pelos trabalhadores formais, do percentual da população ocupada e do percentual da população com renda mensal per capita de até ½ salário mínimo de acordo com as capitais por região. Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pelo IBGE, no Cadastro Central de Empresas 2019. Acessado em https://cidades.ibge.gov.br/. Brasil, 2021.

Legenda: As barras representam quanto uma capital distoa da primeira colocada em cada coluna.

Conforme pode ser observado na figura 15 o número médio de salários mínimos recebidos pelos trabalhadores formais apresentou as médias mais baixas no Nordeste e predominância dos maiores valores no Centro-Sul, com destaque para uma capital do Centro-Oeste: Brasília.

No percentual de população ocupada as ocupações variaram entre 22,6% até 67,5%. Capitais do Norte apresentaram os menores percentuais enquanto os maiores são observados no Sudeste e Sul. As capitais da região Nordeste também apresentam baixo percentual de pessoas ocupadas em relação as regiões Centro-Sul.

Em relação ao percentual da população que vive com uma renda de até meio salário mínimo, a região Nordeste conta com os maiores percentuais, entre 36% a 39% seguida pelas capitais da região Norte com 30% a 39%. A região sul apresenta o menor percentual de pessoas com baixa renda, em cerca de 25% enquanto as capitais do Centro-Oeste e Sudeste apresentam resultados semelhantes entre elas em torno dos 30% da população.

Quesito IDHM

A figura 16 apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por capital, dividido por subcategoria e ao final, pelo ranqueamento do índice geral.

Figura 16 – Distribuição das capitais por região de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (renda, educação, longevidade e geral) Municipal das capitais brasileiras. Brasil, 2010.

	IDHM - Renda	IDHM - Educação	IDHM - Longevidade	Rankeamento	IDH-M - Geral
Manaus	83%	66%	74%	Florianópolis	85%
Belém	82%	67%	75%	Vitória	85%
Palmas	83%	75%	79%	Brasília	82%
Porto Velho	82%	64%	76%	Curitiba	82%
Boa Vista	82%	71%	74%	Belo Horizonte	81%
Rio Branco	80%	66%	73%	São Paulo	81%
Macapá	82%	66%	72%	Porto Alegre	81%
Salvador	84%	68%	77%	Rio de Janeiro	80%
Aracaju	82%	71%	78%	Goiânia	79%
Recife	83%	70%	80%	Palmas	79%
Maceió	80%	64%	74%	Cuiabá	79%
Natal	84%	69%	77%	Campo Grande	78%
João Pessoa	83%	69%	77%	Recife	77%
Fortaleza	82%	70%	75%	Aracaju	77%
São Luís	81%	75%	74%	São Luís	77%
Teresina	81%	75%	74%	Teresina	77%
Brasília	87%	74%	86%	Natal	76%
Goiânia	84%	74%	86%	João Pessoa	76%
Campo Grande	84%	72%	79%	Salvador	76%
Cuiabá	83%	73%	80%	Fortaleza	75%
São Paulo	86%	73%	84%	Boa Vista	75%
Rio de Janeiro	85%	72%	84%	Belém	75%
Belo Horizonte	86%	74%	84%	Manaus	74%
Vitória	86%	81%	88%	Porto Velho	74%
Porto Alegre	86%	70%	87%	Macapá	73%
Florianópolis	87%	80%	87%	Rio Branco	73%
Curitiba	86%	77%	85%	Maceió	72%

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos radar IDHM, em trabalho elaborado em conjunto pelo IPEA, PNUD e Fundação João Pinheio, 2019. Acessado em https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34682. Brasil, 2021.

Legenda: As cores representam os agrupamentos por região e as barras representam quanto uma capital distoa da primeira colocada em cada coluna. Na última coluna, temos o arranjo por ranqueamento.

Ainda conforme pode ser observado na figura 16 no quesito renda, Brasília, Florianópolis e todas as outras cidades da região sul e sudeste, com exceção do Rio de Janeiro (por um ponto percentual) assumem as três primeiras colocações. As últimas colocações ficam com capitais da Região Norte e Nordeste, Rio Branco e Maceió.

Na educação, Vitória, Florianópolis e Curitiba são as primeiras colocadas, enquanto Maceió e Porto Velho obtém as piores colocações, juntamente com outras capitais do norte. Observando a longevidade, as primeiras posições ficam com Vitória, Porto Alegre e Florianópolis, e as últimas ficam com Macapá e Rio Branco.

No ranqueamento do Índice em sua totalidade, nota-se a predominância das regiões Sul e Sudeste nas primeiras colocações, enquanto as últimas ficam com o Nordeste e Norte. Apenas nove capitais apresentaram IDHM igual ou superior a 80%, alcançando a faixa de muito alta, enquanto o resto se enquadrou no padrão alto, entre 70% a 79,9% (Atlas Pnud, 2013).

4.3 O desempenho das capitais em relação às medidas de isolamento social e possíveis fatores associados.

Neste capitulo são apresentados os resultados das capitais em relação ao desempenho na adesão ao isolamento social com intuito de comparar com o panorama de estrutura e possibilidade de bem estar nas capitais, apresentado no estudo.

O intuito é averiguar se existe relação entre uma maior presença do estado, observável através do cenário posto e a maior ou menor aderência ao isolamento social nas capitais.

Índice de Permanência Domiciliar

Pode ser observado na figura 17 a média do índice IPD em três diferentes períodos. O primeiro intervalo abrange o primeiro semestre de 2020, o segundo entre 10 de dezembro de 2020 e 10 de março de 2021 e o terceiro engloba desde o início do índice até o fim do primeiro semestre de 2021. As regiões Sul e Nordeste apresentaram os melhores ranqueamentos e a região Norte os piores.

Figura 17 – Distribuição das capitais pelo ranqueamento em relação à média do IPD diário considerando os períodos entre 28/02/2020 até 16/08/2020; 10/12/2020 até 10/03/2021; e 28/02/2020 até 07/06/2021. Brasil, 2020 a 2021.

28/02/2020 - 16/08/2020		10/12/2020 - 10/03-2021		28/02/2020 - 07/06/2021	
Florianópolis	71,4	Florianópolis	44,5	Florianópolis	58,7
João Pessoa	64,3	Porto Alegre	37,8	Salvador	44,2
Teresina	62,8	Salvador	31,7	Teresina	43,6
Salvador	61,4	Curitiba	29,9	Vitória	42,9
Aracaju	60,0	São Paulo	29,7	Porto Alegre	42,3
Fortaleza	57,5	Teresina	28,7	Aracaju	40,2
Vitória	56,9	Porto Velho	28,7	João Pessoa	40,2
Natal	54,5	Manaus	28,5	Fortaleza	39,9
Recife	53,7	Vitória	28,4	São Paulo	37,5
Rio de Janeiro	53,4	Fortaleza	28,2	Rio de Janeiro	36,9
Porto Alegre	51,7	Belo Horizonte	28,1	Natal	36,0
São Paulo	50,0	Rio de Janeiro	26,9	Curitiba	35,3
Maceió	49,0	Natal	23,1	Recife	34,8
Macapá	48,0	João Pessoa	22,8	Belo Horizonte	34,8
Belo Horizonte	45,4	Recife	22,3	Cuiabá	31,4
Cuiabá	44,8	Cuiabá	22,2	Porto Velho	28,0
Curitiba	43,5	Aracaju	21,0	Maceió	27,5
Brasília	42,6	Campo Grande	19,2	Goiânia	27,0
Palmas	42,6	Goiânia	18,4	Palmas	26,8
Belém	42,5	Brasília	16,0	Brasília	25,9
Rio Branco	42,0	Palmas	15,0	Macapá	24,7
Boa Vista	41,7	Boa Vista	14,9	Campo Grande	24,1
São Luís	41,0	Maceió	11,7	Boa Vista	22,0
Goiânia	40,5	Macapá	9,3	São Luís	20,3
Porto Velho	40,2	São Luís	7,7	Belém	20,1
Campo Grande	31,7	Belém	6,3	Manaus	15,3
Manaus	28,5	Rio Branco	-3,2	Rio Branco	14,4

Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos pela plataforma de monitoramento de covid-19 por big data da Fundação Oswaldo Cruz (2020). Acessado em https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/. Brasil, 2021.

Florianópolis foi a capital que ocupou a primeira posição nos três períodos observados. Porto Velho e Manaus são as únicas capitais do Norte a estar entre as 10 primeiras colocadas, todavia apenas no período entre 10/12/2020 até 10/03/2021. Rio Branco foi a única capital a apresentar IPD menor durante a pandemia do que durante ela (IPD com valor negativo) e divide com Manaus as piores colocações. Nota-se em todas as capitais, maior IPD no primeiro período observado, queda no segundo e um leve decréscimo no terceiro (FIGURA 17).

A figura 18 apresenta a distribuição das capitais pela soma dos ranqueamentos obtidos em todos os indicadores analisados (quanto menor a pontuação final, melhores colocações as capitais tiveram). Houve predominância do Sul e Sudeste nas primeiras posições, com aparições de capitais de todas as regiões dentre as dez melhores colocadas. As dez últimas colocações são ocupadas pelas capitais do Norte e Nordeste.

Figura 18 – Distribuição das capitais pela soma dos ranqueamentos obtidos em todos os indicadores analisados resultando em uma pontuação final de desempenho. Brasil, 2021.

	Estab. Saúde pub.	Equip. cult. pub.	Esgot. arb. e urb.	Ideb e anos estud.	Escolas pub.	Orçamentos	AB	ESF	CAPS	Direitos H.	IDHM Geral	Pop. ocupada	Salário e renda min.	Pontuação final
Vitória	8	6	7	8	11	11	6	6	1	5	3	1	8	79
Florianópolis	7	13	7	8	9	16	4	3	7	5	2	2	2	84
Palmas	4	5	17	17	7	18	3	2	12	4	11	6	9	113
Porto Alegre	9	15	14	12	22	7	10	14	3	3	7	5	4	124
Belo Horizonte	18	12	6	9	26	6	2	5	22	3	7	3	9	127
Teresina	12	6	13	18	3	13	1	1	8	3	16	17	24	135
Curitiba	24	7	8	4	13	15	20	21	11	4	5	4	7	141
Cuiabá	6	12	12	12	6	19	22	18	6	5	11	11	8	146
Recife	15	9	9	16	16	16	12	9	2	3	15	12	21	154
Campo Grande	14	17	10	11	12	10	21	16	13	5	11	9	6	154
São Paulo	25	15	10	4	24	10	14	22	10	3	8	7	8	158
Boa Vista	2	17	22	14	2	9	11	10	5	8	21	25	14	159
Brasília	22	7	12	11	23	5	16	20	26	2	4	8	5	160
Aracaju	11	14	16	20	19	16	8	7	4	4	15	15	18	166
Porto Velho	3	11	20	23	5	15	13	11	9	6	23	19	15	171
Rio de Janeiro	26	15	10	10	15	11	15	12	24	3	10	13	9	172
Goiânia	21	16	16	12	17	8	18	17	17	2	8	10	11	172
Rio Branco	1	11	16	15	1	18	9	8	25	4	26	24	18	176
João Pessoa	5	18	17	25	8	17	5	4	19	7	17	14	21	177
Macapá	10	12	15	14	4	19	7	13	18	7	24	26	16	185
Natal	13	10	13	21	14	15	19	19	21	6	17	16	19	202
São Luís	19	23	22	13	18	13	25	23	23	7	17	18	23	243
Fortaleza	27	20	19	20	27	16	17	15	15	7	19	20	23	244
Belém	20	20	19	17	20	13	26	27	20	6	21	22	19	248
Salvador	23	21	14	16	25	24	27	25	16	4	17	21	17	250
Manaus	16	25	19	17	10	20	23	24	27	5	22	27	22	256
Maceió	17	26	17	19	21	21	24	26	14	3	26	23	26	261

Fonte: Elaborado pelo autor. Brasil, 2021.

Legenda: As cores representam os agrupamentos por região. Equip. cult. pub = soma dos ranqueamentos dos itens bibliotecas públicas, museus, teatros ou salas de espetáculos, centros culturais e estádios ou ginásios dividida pelo número de itens (5). Esgot. arb. e urb = soma dos ranqueamentos dos itens saneamento adequado, arborização de vias públicas e urbanização de vias públicas dividida pelo número de itens (3). Ideb e anos estud. = soma dos ranqueamentos dos itens média de anos de estudo e IDEB – ensino fundamental dividida pelo número de itens (2). Orçamentos = soma dos ranqueamentos dos itens das despesas orçamentárias de saúde, urbanismo, habitação e educação dividida pelo número de itens (4). Direitos h. = soma dos ranqueamentos dos conselhos municipais, políticas e programas, legislação municipal geral e leís especificas de direitos humanos dividida pelo número de itens (4). IDHM Geral = soma dos ranqueamentos dos itens IDHM – Renda, IDHM – Educação, IDHM – Longevidade e IDHM dividida pelo número de itens (4). Salário e renda min = soma dos ranqueamentos dos itens salário mínimo mensal dos trabalhadores formais e percentual da população com renda minima per capita de até ½ salário minimo dividida pelo número de itens (2).

Vitória e Florianópolis são as capitais que conquistaram as melhores colocações quando comparados todos os segmentos de dados (FIGURA 18) assim como bons desempenhos no IPD (FIGURA 17) enquanto Manaus e Maceió se destacaram pelos piores posicionamentos no geral (FIGURA 18) e no IPD, destacando negativamente Manaus neste último (FIGURA 17).

Salvador que se destacou com bons posicionamentos no IPD (FIGURA 17), teve a terceira pior colocação na soma dos ranqueamentos (FIGURA 18) e é exemplo do contraste do desempenho da região Nordeste no IPD e na pontuação final dos ranqueamentos.

A figura 19 sintetiza a distribuição das capitais de acordo com o ranqueamento do IPD e a pontuação final de desempenho (apresentada anteriormente na figura 17).

Figura 19 – Distribuição das capitais de acordo com o ranqueamento IPD e a pontuação final de desempenho. Brasil, 2021.

ranking	$\bar{x}$ IPD	ranking	Pontuação final
Florianópolis	59	Vitória	79
Salvador	44	Florianópolis	84
Teresina	44	Palmas	113
Vitória	43	Porto Alegre	124
Porto Alegre	42	Belo Horizonte	127
Aracaju	40	Teresina	135
João Pessoa	40	Curitiba	141
Fortaleza	40	Cuiabá	146
São Paulo	38	Recife	154
Rio de Janeiro	37	Campo Grande	154
Natal	36	São Paulo	158
Curitiba	35	Boa Vista	159
Recife	35	Brasília	160
Belo Horizonte	35	Aracaju	166
Cuiabá	31	Porto Velho	171
Porto Velho	28	Rio de Janeiro	172
Maceió	28	Goiânia	172
Goiânia	27	Rio Branco	176
Brasília	26	João Pessoa	177
Palmas	26	Macapá	185
Macapá	25	Natal	202
Campo Grande	24	São Luís	243
Boa Vista	22	Fortaleza	244
São Luís	20	Belém	248
Belém	20	Salvador	250
Manaus	15	Manaus	256
Rio Branco	14	Maceió	261

Fonte: Elaborado pelo autor. Brasil, 2021.
Legenda: As cores representam os agrupamentos por região.

5 DISCUSSÃO

Dentre os 5.568 municípios do Brasil, as capitais são as cidades onde vive quase ¼ da população do país, sendo usualmente os principais polos de desenvolvimento socioeconômico de seus entornos e estados (IBGE, 2018; PNDU, 2021). Não obstante, as capitais atuam como centros de trabalho, polos educacionais e culturais, referências de saúde, centros de serviços (principalmente no tocante à iniciativa pública) e funcionam também como elo entre as cidades de seu entorno (IBGE, 2018).

Sendo a composição dos centros urbanos imbuída de infraestrutura relacionada ao saneamento, transporte, urbanística, industrial, etc., cabe ressaltar a necessidade da harmonia entre os dispêndios nestas diferentes estruturas que compõe e suportam as atividades socioeconômicas, de acordo tanto com as necessidades da população quanto com a capacidade orçamentária de cada capital/região (ASAI, CORRÊA, 2020; POMPEU, MATOS, 2020).

Na área da saúde, as capitais geralmente são referência não só em tratamentos específicos da atenção terciária, mas também na coordenação da rede de saúde local, assim como no desenvolvimento da atenção primária (RAMOS, SETA, 2019). Estes aspectos ressaltam a importância de desenvolver estudos focando as capitais do país.

Ainda no tocante à saúde essa, se considerada mais do que a ausência de doença, versa sobre o bem-estar como requisito fundamental para uma boa condição de vida (VIAPIANA, GOMES, ALGUQUERQUE, 2018). Assim, além dos serviços tradicionais de saúde, a cidade deve ofertar o acesso a espaços que forneçam a possibilidade do cuidado e estímulo físico e mental (SPERANDIO, FILHO, MATTOS, 2016).

No presente estudo, as capitais tenderam a apresentar gastos em saúde na faixa de R$ 500 a R$ 800 per capita anual (FIGURA 1). Estes gastos no Brasil têm definição na lei complementar nº 141/12, que designa quais são os itens custeados em saúde assim como o mínimo a investir pelos municípios, a saber 15% da arrecadação dos principais impostos municipais (ISSQN, IPTU, entre outros) (BRASIL, 2012). De modo semelhante a Emenda Constitucional nº 86, de 2015, estabelece 15% da Receita Corrente Líquida como o valor mínimo que deve ser repassado pela União nas ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2015).

Na conjuntura brasileira, as despesas em saúde são arcadas pelas três esferas do governo, sendo que em 2018, de acordo com levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da consultoria Contas Abertas, a média das despesas municipais em saúde ficou em torno de R$ 430,12 per capita ao ano (cerca de 1/3 do total empenhado pelos três entes, cuja participação

federal costuma ser menor e a estadual, maior) (CFM, 2020). Desse modo, observa-se que as capitais apresentaram maior valor orçamentário empenhado do que a média dos municípios brasileiros. Destaca-se que a eficiência dos grandes centros populacionais de mais de 100 mil pessoas é cerca de quatro vezes superior à dos municípios com menos de 5 mil habitantes (SILVA, FRANCISCO et al, 2020).

O processo urbanizatório e de desenvolvimento socioeconômico brasileiro ocorreu em diferentes escalas e períodos nas regiões do país, desenvolvendo as economias locais de maneira diversificada, de modo que o estado brasileiro tem como desafio a equalização das desigualdades. Esse processo auxilia a explicação da acentuada diferença entre os orçamentos da região Norte e do restante do país (MENDES, 2021).

A partir dos anos 1980 o processo de desindustrialização e financeirização da economia enfraqueceu a indústria e reestabeleceu a posição agroexportadora do país, isto é, passaram a ser mais lucrativos os investimentos financeiros do que o investimento nas indústrias e outros capitais produtivos (MARICATO, COLOSSO, COMARÚ, 2018). Outros desafios dizem respeito aos efeitos de uma crise global de 2008 postergada no Brasil pelas políticas anticíclicas e que acrescentaram dificuldades na gestão orçamentária (MARICATO, COLOSSO, COMARÚ, 2018). A austeridade fiscal (BRASIL, 2016), a desaceleração do PIB e dos investimentos federais em infraestrutura nos últimos anos, figuram como alguns desses desafios (MARICATO, COLOSSO, COMARÚ, 2018).

O baixo desempenho das capitais da região Norte faz parte de um cenário da redução da participação federal no repasse dos recursos e aumento da participação municipal na última década, assim como da tendência e necessidade das capitais de manterem uma rede de saúde elaborada para atender um grande contingente populacional (ROSSI et al, 2018).

Um estudo observando os gastos federais, estaduais e municipais nas grandes regiões do Brasil entre 2004 a 2017 destacava o perfil do gasto público, no qual o governo federal que deveria atuar como equalizador, investiu 34% per capita a mais no Sudeste do que no Norte, sendo essa diferença ainda maior quando observados os orçamentos de estados e municípios, dadas as diferenças de renda e capacidade de arrecadação (IPEA, 2018). Mesmo com a tendência de saída da população dos grandes centros, o crescimento populacional e a migração em maior proporção nas regiões Norte e Nordeste continuou em expansão e ampliou os desafios do processo de consolidação da infraestrutura urbana nessas regiões (FNP, 2020).

Por vez, o fato dos maiores orçamentos empenhados estarem na região Centro-Oeste indica a situação do desenvolvimento socioeconômica encontrada na região e suas capitais. Tal região é a mais impulsionada pela renda do agronegócio no país e também a única a apresentar

relação positiva entre a renda e os gastos das famílias durante 2020 (KANTAR, 2021). Esse desenvolvimento econômico impulsionou direta e indiretamente os orçamentos das capitais, de modo que se a média Brasileira de vendas de imóveis subiu 8,4% nos três primeiros semestres de 2020, no Centro-Oeste este valor foi de 69,3%, tendo efeito claro no aquecimento do mercado interno e na arrecadação por impostos das prefeituras (CBIC, 2020).

O orçamento da saúde compõe os gastos relacionados ao desenvolvimento das atividades de vigilância em saúde, atenção integral e universal em todos os níveis de complexidade, na produção, aquisição e distribuição de insumos da rede, nos investimentos diretos na rede física do SUS assim como nas atividades administrativas e remunerações das folhas de pagamento (BRASIL, 2012). Desse modo esperava-se que as regiões com maior número de estabelecimentos de saúde também fossem as com maior orçamento empenhado neste quesito.

No entanto, Rio Branco e a região Norte como um todo apresentaram-se de modo diferente, sugerindo certa incompatibilidade em relação à infraestrutura e orçamento na saúde. Este fato levanta a questão da qualidade da rede de saúde como um todo, tendo em vista os gastos decorrentes do bom funcionamento dos dispositivos de saúde e considerando tanto a questão física quanto os recursos humanos, sua dinâmica de trabalho e que os recursos empregados certamente são insuficientes para atender níveis de qualidade postos em outras capitais com infraestrutura consolidada e maiores orçamentos empenhados.

A densidade demográfica (menor na região Norte, com destaque para Rio Branco) pode ser fator explicativo para a necessidade de mais estabelecimentos de saúde públicos conforme identificado em Rio Branco e na região. Entende-se que com tal densidade se faz necessária a pulverização das estruturas físicas visando atingir os grupos populacionais dos diferentes territórios locais e desfavorecendo o gasto público eficiente (IBGE, 2018; VARELA, MARTINS, FÁVERO, 2018). Ainda vale considerar a baixa concentração de médicos e enfermeiros na região Norte, os gastos com folha de pagamento e encargos trabalhistas tendem a ser menores do que os de outras regiões onde as infraestruturas estão mais consolidadas e concentram números per capita de profissionais da saúde em muito superiores (SEPARAVISH, COUTO, 2021).

Salvador, que apresentou tanto baixo número de estabelecimentos de saúde quanto baixo orçamento empenhado, já constava em outros anos como capital com menores gastos per capita na saúde, como pode ser observado em levantamento de fonte jornalística (CREMEB, 2016). Não obstante, figuras como o presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, assim como o ex-secretário de saúde do estado efetuaram declarações na mídia acerca

de problemas de gestão e execução orçamentária, desvios de verbas, falta de leitos hospitalares sob gestão municipal em Salvador, irregularidades em contratações e prestação de serviços por parte de Organizações Sociais de Saúde (OSS) e até um caso no qual houve postergação da inauguração de um hospital (Hospital Geral do Estado HGE) por conta de um "planejamento inadequado na cozinha" (CREMEB, 2016).

Por outro lado, na última década, Salvador esteve entre as primeiras colocadas no índice Firjan de Gestão Fiscal, com boas notas em requisitos como autonomia, liquidez, gastos com pessoal e investimentos, o que dá indícios de que uma gestão eficaz dos recursos não é o suficiente, se fazem necessários também arranjos políticos e administrativos no processo de formulação e execução da agenda pública de gastos (IFGF, 2021).

São Paulo e Rio de Janeiro apresentaram baixo número de equipamentos de saúde públicos, todavia seus orçamentos foram equiparáveis ao das outras capitais. Este reflexo pode advir da maior densidade demográfica dessas capitais, pois na hora de alocar unidades de saúde, as mesmas tendem a cobrir um maior contingente populacional diferentemente da região Norte acima mencionada. Assim o maior fluxo socioeconômico dessas cidades não inibe a necessidade de gastos com pessoal (ambas estão entre as maiores concentrações de médicos e enfermeiros per capita do país) e com a utilização de recursos e insumos para o funcionamento da rede pública de saúde (IBGE, 2021).

Além do mais, a infraestrutura urbana, o PIB e o percentual da população com acesso a água potável, todas maiores no Sudeste, são fatores significantes quanto à eficiência e qualidade do gasto público em saúde (SILVA, Francisco et al, 2020). Em outras palavras sugere-se que os gastos em saúde mais relevantes nessas capitais correspondam aos custos com profissionais, insumos e manutenção tendo em vista que se tratam de serviços maiores e talvez mais complexos em termos de recursos humanos e tecnologias de saúde.

Por outro lado, tendo em vista os grandes bolsões de pobreza típicos das grandes capitais, pode haver defasagem no atendimento das populações mais vulneráveis e necessitadas do atendimento público se considerado que, comparativamente, existe menor estrutura pública de saúde e alta concentração de pessoas nestas duas capitais, que além de pontos de migração, são referências regionais em saúde (CARVALHO, FRIDMAN, STRAUCH, 2019; BORGES, 2018). Assim, o conhecimento acerca da distribuição e concentração destes serviços é de grande importância para a formulação de políticas públicas assertivas para ampliação do acesso e melhoria da prestação dos serviços de saúde.

Quanto ao predomínio de estabelecimentos de saúde do setor privado, primeiramente salienta-se que foram consideradas todas as entidades empresariais, sem fins lucrativos e

pessoas físicas no CNES. Sendo assim foram contabilizados tanto os pequenos consultórios, nos quais podem atuar mais de um profissional/especialidade, quanto grandes hospitais. Isto é, enquanto no setor privado são comuns as clínicas e consultórios, no modelo público essa pulverização não é recorrente.

A maior proporção de serviços privados no Centro-Sul é corroborada pelo cenário de maior alocação do fluxo de capital nessas regiões, influenciada pelo processo histórico socioeconômico ressaltados anteriormente. Vale pontuar que em 2019 no Norte e Nordeste, respectivamente, 14,7% e 16,6% das pessoas contavam com algum plano de saúde enquanto no Sudeste esse número era de 37,5%, no Sul 32,8% e no Centro-Oeste, 28,9% (IBGE, 2019).

Ainda existem as parcerias e privatizações que em 17 de dezembro de 2015 foram impulsionadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF) ao deixar consignada a constitucionalidade das parcerias com o terceiro setor nas áreas sociais, como a saúde e a educação, aumentando ainda mais a participação de outros setores econômicos na saúde (Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923, 2015). Em 2019, 13,2% dos serviços públicos de saúde estavam terceirizados e dentre eles, 73% sob gestão privada, em geral assumidos pelas OSS e Parcerias Público Privadas (PPP) (IBGE, 2019).

A maior necessidade de prestação de serviços públicos, principalmente na região Norte onde o desenvolvimento econômico e a infraestrutura urbana tardia ainda é desafio predominante, auxilia no entendimento da situação de Manaus e Macapá, ambas na região Norte. Tais capitais apresentaram menos estabelecimentos na totalidade e menores orçamentos empenhados, principalmente se considerarmos a importância da infraestrutura privada no número de estabelecimentos que prestam diretamente serviços de saúde. Manaus, mesmo estando entre os dez maiores PIBS das capitais brasileiras, tem graves desigualdades sociais e grande disparidade na renda das famílias (FILHO et al., 2021). Vale destacar ainda, a grande repercussão midiática (G1, 2021; COFEN, 2021; ALBUQUERQUE, 2022; BARBON, 2022) da falência do setor público e dos desafios da gestão em Manaus no período da pandemia que corroboram os resultados do presente estudo.

O modelo de saúde suplementar preconizado a partir de 1988 e oficializado em 2000 por lei, imbuiu o papel de auxiliar na prestação de saúde no país aos setores privados da economia (BRASIL, 2000). Sabendo que existe tendência de diferenciação da atratividade econômica nas regiões e capitais brasileiras, os serviços privados de saúde tendem a converger para áreas onde a capacidade de gasto com saúde das famílias é superior (JUNIOR, CABRAL, 2020). No caso das capitais, cuja atratividade econômica costuma ser superior à das cidades ao

redor, é notável que quanto maior o público consumidor e o poder aquisitivo do mesmo, maior e mais plural será a cobertura de saúde pelo setor privado (ANS, 2021).

No caso dos leitos de UTI por exemplo, é nítida a maior oferta no setor privado, assim como as menores filas para acessar os diferentes serviços sendo que a concentração da oferta também costuma ficar alocada em entornos de maior renda (JUNIOR, CABRAL, 2020). No caso da satisfação dos usuários, no setor privado a aprovação em 2020 era de 85%, tornando a escolha de um plano privado prioritária para aqueles que podem arcar (ANS, 2021).

O número de serviços privados identificados tanto em Aracaju quanto em Vitória se destacou entre as demais capitais, o cenário socioespacial e econômico de tais capitais demonstra que elas compartilham ser referência para um grande número de cidades de suas regiões, além de contarem com grandes populações relativas para atender se considerado o modelo regional de prestação de serviços de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2019; ARACAJU, 2014).

Aracaju possui grande dispersão urbana, problemas de infraestrutura de locomoção interna, além de exercer referência de atendimento em saúde para várias cidades do estado. O Sergipe ainda conta com grande ligação rodoviária entre as sedes municipais e a capital, tornando Aracaju polo de serviços para uma grande região. A rede municipal de saúde é mantenedora da maior parte dos estabelecimentos públicos de saúde e a rede privada pode ser considerada ampla em quantidade e tipos de oferta de serviços especializados, que se considerados apenas a população local, apresenta índices acima dos sugeridos pela OMS, porém, conforme supracitado, a cidade atende boa parte do estado, além de municípios limítrofes da Bahia e Alagoas (ARACAJU, 2014).

A região metropolitana de Vitória conta com 20 municípios, sendo a capital com a menor extensão territorial dentre todos eles. Do total de 113 hospitais do Espírito Santo, apenas 16 são municipais e 19 estaduais, sendo os restantes privados ou filantrópicos e, em todo o estado, divididos em quatro macro regiões, 57 dessas unidades ficam apenas na região Metropolitana (cujo centro referencial é Vitória). A região da grande Vitória também concentra metade da população e 66% dos serviços de toda a rede pública e privada. Vale salientar que a participação orçamentária estadual segue uma média de 112% quando comparada a dos demais municípios, sendo este valor consideravelmente superior à supracitada média empenhada pelas cidades (ESPÍRITO SANTO, 2019).

A atenção básica, referida como porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro, efetiva-se por meio de uma gama de serviços prestados por equipes de saúde focadas no acesso,

na longitudinalidade, na integralidade, na coordenação da rede, atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural (CECÍLIO, REIS, 2018).

Na atenção básica existe um rol de iniciativas como as Equipes de Consultórios de Rua ou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, sendo o principal modelo de ação o pautado nas equipes de Saúde da Família (eSF) que, utilizando recursos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), devem preconizar o atendimento resolutivo e próximo da população (CECÍLIO, REIS, 2018).

A cobertura da Atenção Básica apresentada no estudo reflete o número de eSF e equipes de Atenção Básica (eAB) que cobre a população de um território enquanto a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) abrange apenas as equipes de saúde vinculadas diretamente a ESF para o contingente populacional (BRASIL, 2020).

Nesse sentido as coberturas estimadas da Atenção Básica (AB) e da ESF podem ser entendidas como uma maneira de quantificar a possibilidade de obter o cuidado através dos serviços da eSF e eAB. A diferença entre as duas estão definidas na portaria nº 2.436 de 2017, pontuando que as eSF tem composição pré-estabelecida e são prioritárias para a reorganização da AB enquanto as eAB devem ser consideradas de caráter transitório e podem ter suas composições implantadas de acordo com as necessidades e características especificas de cada localidade, desde que atendam aos princípios e diretrizes do SUS e da AB (BRASIL, 2017).

Vale ressaltar que existem duas formas de cálculo utilizadas para medir a cobertura da AB, uma balizada na cobertura estimada e outra que confere o número de pessoas cadastradas. Existe discrepância nos resultados entre essas duas formas de mensuração, assim como críticas ao modelo de estimativa usado pelo painel SISAPS, pois o mesmo considera um número fixo de pessoas por equipe (GOMES, GUTIÉRREZ, SORANZ, 2020). Assim como a cobertura plena não é garantia do atendimento pleno, pode haver, por exemplo, discrepâncias no acesso em comunidades com significativa taxa de moradores rurais ou outros fatores dificultantes do acesso, como o relevo ou os sistemas de transportes disponíveis na cidade (GARNELO et al, 2018).

No período observado no presente estudo, Palmas, Teresina, Belo Horizonte e Florianópolis foram as capitais que apresentaram 100% de cobertura da AB em ao menos um ano, o que significa que essas capitais obtiveram o número de eSF e/ou eAB suficiente para atender a população local considerando uma média de três a quatro mil pessoas por equipe (BRASIL, 2020). Dentre estas capitais, apenas Teresina e Belo Horizonte mantiveram, durante todo o período de 2015 à 2020, a cobertura em 100%, indicando que o cadastramento de equipes

se manteve suficiente para atender a população local nos anos analisados de acordo com as médias de cobertura de cada equipe (BRASIL, 2020).

A cobertura do Centro-Oeste corrobora com o panorama descrito para a região na literatura (GUIMARÃES et al, 2018), apontando um perfil de baixa infraestrutura e baixa cobertura da AB, porém com melhores indicadores sociais (como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) e renda da população, sugerindo menor dependência do sistema público de saúde do que nas regiões Norte e Nordeste. As menores médias de cobertura identificadas nessas duas regiões supracitadas corroboram os achados de Garnelo et al. (2018) que apontam as barreiras de acesso geográficas como um dos fatores relacionados à menor capacidade de alcance da atenção básica nessas regiões.

Foi observado no presente estudo variação da cobertura da atenção básica em 2020, ano que iniciou a pandemia de COVID-19 no Brasil. A política nacional de atenção básica (PNAB) preconiza a expansão do modelo pautado na ESF (GIOVANELLA, FRANCO, ALMEIDA, 2020) e, com a situação de emergência em saúde no país, era esperado aumento nas ações e financiamento da saúde em suas diversas esferas, seja na ampliação de leitos e aquisição de respiradores na atenção terciaria quanto estratégias de mitigação e testagem na atenção básica. Todavia de acordo com Fernandes e Pereira (2020) as características da distribuição federal dos recursos para a atenção básica criaram efeitos indesejáveis como a concentração dos repasses para as cidades e capitais com maior capacidade de saúde já instalada e emendas parlamentares desvinculadas das reais necessidades de saúde local, assim como um modelo atrelado aos indicadores de capacidade de atendimento, ignorando variáveis epidemiológicas e corroborando para o financiamento desigual. De acordo com o Portal da Transparência (2022), Manaus e Rio Branco, por exemplo, receberam respectivamente R$ 24 e R$ 31 por habitante enquanto Belo Horizonte e Porto Alegre receberam respectivamente R$ 189 e R$ 229. Então, ainda que na ação direta de Constitucionalidade 6341 (2020) exista a confirmação da autonomia que cada gestão local contava para decidir as estratégias de combate à pandemia, a inequidade e inflexibilidade presentes nos repasses federais auxiliam no entendimento das decisões locais nas alocações de recursos (FERNANDES, PEREIRA, 2020).

A cobertura somente da ESF descrita no presente estudo pode ser entendida como balizadora da expansão da AB e a diferença de coberturas entre AB e ESF é indicativo da opção e/ou momento de implementação da AB nas capitais, dada a decisão de utilizar as eAB como modelo transitório para a consolidação da política de saúde (GIOVANELLA et al, 2021).

A única capital que manteve a cobertura em 100% durante o período observado foi Teresina, cuja rede de AB é pautada na ESF e a estratégia local divulgada nos planos de saúde

é a de utilizar a ESF para atender toda a população local de maneira universal (TERESINA, 2017). Vale adicionar, que a estrutura já estabelecida em Teresina garantiu que esta fosse a terceira capital a receber mais repasses federais para combate a pandemia por habitante durante 2020, tendo recebido R$ 184 per capita (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2022).

Dentre as causas para quedas de cobertura da ESF identificadas em Palmas e Florianópolis, destacam-se, além da opção da gestão local ao empregar os recursos, a descontinuidade do programa mais médicos que beneficiava ambas as capitais (VIDIGAL, MOTTA, 2020). Além disso, o teto de gastos e a austeridade fiscal destas capitais como um todo certamente contribuiu para menores aportes na saúde (ARAGÃO, FUNCIA, 2021).

Além da queda da cobertura em Florianópolis, o Rio de Janeiro foi a outra capital que apresentou decréscimo da cobertura no período observado, sendo a escassez e corte de recursos, insuficiência de colaboradores da saúde, desvios de verbas nas gestões por OS e demissões na gestão possíveis fatores influenciadores além dos já supracitados (FERNANDES, ORTEGA, 2020).

Dentre as maiores coberturas identificadas no estudo, tanto na AB quanto na ESF, o destaque ficou para Palmas e Teresina. De acordo com posicionamentos oficiais de tais prefeituras, ambas as capitais atribuíram como fatores importantes para a cobertura de saúde a educação permanente e o papel da gestão municipal como norteadora das ações para a melhoria e integração dos processos e serviços em saúde (PREFEITURA DE PALMAS, 2018; TERESINA, 2017). Ainda vale pontuar que nos planos municipais de saúde destas capitais é constatado o papel primordial dado à AB na prestação de saúde (TERESINA, 2017; PALMAS, 2017)

Ainda, a redução da cobertura da AB e ESF encontrada em Florianópolis indica um cenário diferente das cidades de Vitória e Belo Horizonte, cuja alta cobertura da AB é seguida por uma cobertura cerca de 20% menor na ESF, demonstrando que enquanto a primeira capital reduziu o sistema de atenção primária como um todo, essas capitais do sudeste ainda mantêm seus sistemas de AB priorizados, todavia com uso de eAB para suas realidades locais, corroborando para a ideia de transição e incremento da atenção primária nessas capitais. Ainda vale lembrar que na região sudeste, enquanto Vitória e Belo Horizonte utilizam a administração direta como modelo de gestão, as outras duas capitais utilizam o modelo balizado pelas contratações de Organizações Sociais (RAMOS, SETA, 2019).

Dentre as quatro capitais com as menores coberturas da AB e da ESF, duas no Norte e duas no Nordeste, identificou-se no presente estudo que Manaus e Salvador foram as que optaram por ampliar a cobertura da AB durante a pandemia enquanto Belém e Maceió

mantiveram no mesmo patamar dos anos anteriores. Todos os quatro planos de saúde municipais elaborados para o período (MANAUS, 2018; SALVADOR, 2018; BELÉM, 2017; MACEIÓ, 2017) contêm propostas para ampliação da cobertura da atenção básica, tanto através da infraestrutura física quanto na ampliação no número de equipes, todavia conforme observado, apenas duas capitais impulsionaram estes serviços durante o primeiro ano da pandemia, retrato de uma possível escolha no modelo de cuidado para o enfrentamento.

No Centro-Oeste, enquanto a cobertura da AB manteve-se em Brasília e Goiânia, apenas a última não aumentou sua cobertura da ESF. Ao consultar os planos de saúde elaborados por ambas as capitais (BRASÍLIA, 2016; GOIÂNIA, 2018), enquanto Brasília apresenta como meta a ampliação da ESF, Goiânia mal emprega o termo em seu plano e, não pontua metas relacionadas a ampliação da ESF, reforçando ainda mais o papel da gestão político administrativa local para consolidar a atenção básica.

Ainda no contexto da oferta de saúde, foram observados os números de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas capitais. Vale salientar que existe um limite ao se considerar apenas os CAPS e não todos os serviços da rede psicossocial, no entanto entende-se que estes serviços são os primeiros equipamentos a serem instituídos nesta rede, sendo matriciadores e ordenadores da mesma (IGLESIAS, AVELLAR, 2019). O investimento nesses estabelecimentos pelo estado transparece uma noção de qual o posicionamento sociopolítico e administrativo, cuja dicotomia pública x privado, hospitalar x extra-hospitalar tem sido debate desde antes da reforma psiquiátrica e que apesar do grande arcabouço regulatório quanto a investimentos e repasses, a decisão política tem grande pertinência (PIRES, CARNUT, MENDES, 2021; LEMOS, 2021).

Por exemplo, após a guinada da política nacional de saúde mental a partir de 2017, dentre diversas mudanças, passou-se a pregar a abstinência ao invés da redução de danos e o incentivo à participação privada, claramente destoante com o modelo preconizado pela reforma psiquiátrica (BRASIL, 2019). Em 2020 o valor para contratos com comunidades terapêuticas superaria o valor empreendido aos CAPS (RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, 2018). A utilização dessa modalidade de atendimento sofre diversas críticas quanto às suas práticas e prestações de contas, tendo sido encontrado em 2017 através do relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas práticas que configuravam violações de direitos humanos em todos os estabelecimentos vistoriados (BRASIL, 2019).

Considerando o resultado do baixo número de unidades em Manaus posto pelo presente estudo, vale observar que o modelo de infraestrutura e prestação de atendimento em saúde

mental nesta capital contava com apenas quatro unidades de CAPS no período observado. A partir de reinvindicações para a expansão do modelo de atendimento pautado no CAPS por parte de grupos organizados da sociedade civil (como a Comissão de Usuários, Familiares e Trabalhadores de Saúde Mental de Manaus (CSM/MAO), entre 2016 e 2019 houve uma ampliação na rede de serviços de saúde mental, no entanto focada na aquisição de 45 leitos de internação nos hospitais gerais (AMAZONAS, 2019).

A oferta em saúde mental de Manaus não se manteve estática, sua opção política e administrativa para os investimentos e oferta de serviços fica clara em seus posicionamentos oficiais e midiáticos. A Secretaria de Estado de Saúde Mental do Amazonas divulgou que a gestão executiva da pasta avaliava um plano de implantação para expansão de leitos de internação em hospitais psiquiátricos em 2019 (AMAZONAS, 2019). Ainda no mesmo ano, era discutido entre o Secretário da Saúde Federal e o governo estadual do Amazonas a ampliação da rede e do financiamento em saúde mental através das comunidades terapêuticas (RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, 2018).

Quando observada a oferta de saúde mental em Porto Alegre, vale salientar que o estado do Rio Grande do Sul ainda conta com uma especificidade em relação à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) concebida pela portaria GM/MS 3088/2011, sendo a grande maioria de seus 497 municípios povoada por menos de 15 mil habitantes (PORTO ALEGRE, 2017). De acordo com a Secretaria de Saúde, no período de 2004 a 2010 a política vigente era de expansão dos leitos em hospitais gerais e não fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos, fragilizando a participação do cuidado da saúde mental na atenção básica, assim como o modelo de redução de danos e tratamento no ambiente extra hospitalar. Entre 2011 e 2018, o financiamento da RAPS pelo estado focou em incentivos financeiros para o fortalecimento da saúde mental na AB, optando por serviços como oficinas terapêuticas, ações de Redução de Danos e os Acompanhamentos Terapêuticos (PORTO ALEGRE, 2013; 2017).

No tocante ao âmbito municipal e observando as ações para expansão da rede, Porto Alegre também implementou parcerias público privadas para o aumento de unidades, como por exemplo a parceria com a Associação Educadora São Carlos (AESC), responsável pela gestão de quatro unidades CAPS na capital (AESC, 2022). Vale ressaltar que o fortalecimento da oferta de unidades não é garantia da cobertura ampla da saúde mental, conforme notícias vinculadas no final de 2021, com uma demanda acima do normal (esperada 14 pessoas, efetiva de 28), houveram casos de usuários dormindo no chão ou sem acesso a medicamentos em uma unidade de Pronto Atendimento da Capital, assim como o acúmulo de filas nos atendimentos em saúde

mental adulta, infantil, de álcool e drogas e de transexualidade, gerando um acréscimo de 40,9% na fila para o atendimento em saúde mental no final de 2020 (FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS BENEFICIENTES, RELIGIOSOS E FILANTRÓPICOS DO RS, 2020).

Um estudo observando a assistência à saúde mental no Brasil em quatro grandes cidades, pontuou que a identificação dos problemas de saúde mental em Porto Alegre ocorria 36% na atenção básica, 16,4% em hospitais gerais e 15,5% em hospitais psiquiátricos, sendo que 56,4% dos usuários dos serviços de saúde mental relataram ter recebido algum tratamento de saúde mental na AB (AMARAL et al, 2021). Ao mesmo tempo, a cidade apresentou que 64% dos usuários receberam prescrição de medicamentos em seus tratamentos, um índice considerado alto e que demonstra diferença no modelo de tratamento quando observadas outras capitais em que esse percentual é geralmente menor. Ainda assim houveram relatos de 39,8% dos usuários de falta de medicamentos (AMARAL et al, 2021).

Quanto ao destaque no número de CAPS de Vitória, salienta-se que com uma população parecida com a do estado do Amazonas, o Espirito Santo concentra seus serviços de saúde, inclusos os de Saúde Mental, na região metropolitana de Vitória (ESPÍRITO SANTO, 2019). Conforme apresentado anteriormente Vitória também é destaque na saúde e em outros indicadores sociais, indicando o perfil que a localidade tem na questão social e de prestação de serviços saúde.

No tocante à expansão dos CAPS no período analisado em Brasília e Rio Branco, a densidade demográfica também tem seu papel, como nos estabelecimentos de saúde observados. No distrito Federal, cabe salientar que características especificas do território definem todo o entorno como uma região administrativa, mas ao observar a localização dos CAPS, fica nítida também a maior concentração no plano piloto e, apesar de localidades como Ceilândia terem menores índices de qualidade de vida e maiores índices no consumo de entorpecentes, apenas uma unidade de atendimento constava nesta região de Brasília, enquanto em outras regiões sequer haviam unidades (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Ao elencar o número de equipamentos culturais no estudo, considera-se que o bem-estar de uma comunidade e a oferta e acesso aos espaços urbanos dos variados tipos tem conexão direta, e a garantia destes ambientes propicia além da redução da desigualdade, efeitos positivos tanto na qualidade de vida quanto nos gastos e despesas em saúde, sejam públicos ou privados (FIGUEIREDO et al, 2017; OLIVEIRA et al, 2021).

A observação dos equipamentos culturais tomada no estudo ainda visa considerar a importância dada pela governança local na formação do cidadão. Vale ponderar que a

existência do equipamento por si não garante que as programações estejam ativas, no entanto indica de certa forma um mínimo de preocupação em relação a este quesito. De todo modo, a possibilidade do acesso da população (principalmente as de baixa renda) a estes espaços públicos de cultura traduz também a preocupação da cidade com o desenvolvimento pessoal e coletivo, assim como seu bem-estar físico e mental (EPSTEIN et al, 2021).

Ao estudar os gastos das capitais nos orçamentos empenhados de cultura, o fato de diversas capitais das regiões Norte e Nordeste empenharem menos de R$ 10,00 per capita em 2018 pode ser retrato da situação orçamentária da cultura como um todo, tendo nos últimos anos decrescido os percentuais investidos pelas três esferas de governo. Entre 2014 a 2019, cerca de 44% dos recursos disponíveis para a cultura foram financiados pelos municípios, 24% pelos estados e 32% pelo governo federal (LOURENÇO, MOURA, 2021). Em um cenário ainda pior que o das despesas sociais congeladas pelo teto de gastos, os gastos com cultura, cuja vinculação de receitas é baixa, tende a perder ainda mais espaço orçamentário (PERES, SANTOS, 2020). Recife, destaque entre as capitais, destinou 2,42% do seu orçamento com a cultura em 2018, enquanto Salvador na outra ponta, apenas 0,2% (SICONFI, 2021).

Quanto ao perfil diversificado dos gastos encontrados nas capitais, em especial no Norte e Nordeste, salienta-se que a proporção das despesas municipais em cultura declina e as despesas (acesso) das famílias varia de acordo com o local de moradia e perfil socioeconômico, sendo que cerca de 60% dos gastos das famílias com cultura se resume a telefonia, tv e internet e uma família com ensino superior tende a gastar oito vezes mais em cultura que uma família cujo representante não estudou, destacando a fragilidade do acesso e como a realidade local pode moldar a necessidade e uso das infraestruturas culturais (IBGE, 2019; 2021). Em períodos de instabilidade ou recessão econômica, as famílias reduzem gastos e é comum a priorização de outros gastos frente aos relacionados a cultura, sendo assim a importância da presença pública é ainda maior, relação esta que pode ser notada pela implementação da lei Aldir Blanc, que transfere recursos para auxiliar artistas e centros culturais durante o período de pandemia (BRASIL, 2020).

O baixo número de equipamentos culturais sob posse municipal ainda pode ser reflexo da falta de institucionalização das políticas públicas de cultura, que acaba por fragilizar a posição destas frente às mudanças de mandato e visão política. No caso dos museus, presentes em ¼ dos municípios brasileiros e às vezes únicos equipamentos culturais disponíveis, estes possuem política nacional de museus e órgão próprio, o Instituto Brasileiro de Museus (IBRAM), diferente da maioria dos outros equipamentos culturais (IBGE, 2019). Este fato não foi suficiente para contrapor sua baixa presença em cidades menores e/ou afastadas dos grandes

centros urbanos, situação geralmente agravada nos equipamentos que não contam com respaldo institucional adequado (IBGE, 2019).

Os estados do Norte foram os únicos onde a presença estadual da natureza administrativa ultrapassavam o percentual municipal em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS, 2011). Em Manaus por exemplo, há a Secretaria de Estado de Cultura do Amazonas (SEC) que é responsável pelo planejamento, elaboração, execução e acompanhamento das políticas culturais na capital e a ManausCult, fundação municipal voltada à cultura e ao turismo, com missão de fomentar, realizar e desenvolver as cadeias culturais, de eventos e turismo da capital (MANAUSCULT, 2022; SECRETARIA DE ESTADO DE CULTURA E ECONOMIA CRIATIVA, 2022). A divisão de responsabilidades e cogestão pode trazer bons resultados, porém também são desafios para a implementação de políticas públicas coesas e que articulem resultados não apenas entre si, mas com outras áreas da gestão pública que influenciam nos resultados da cultura, como o urbanismo e a infraestrutura (SILVA, ZIVIANI, MACHADO, 2020).

Observando a relação da cultura com a economia criativa, Recife e Palmas são as capitais da região Norte e Nordeste com destaque para o ambiente cultural e empreendedorismo de criatividade. O Índice de Desenvolvimento Potencial da Economia Criativa (IDPEC) nas regiões Norte e Nordeste foca em três dimensões “Talento, Atratividade e Conexões”, “Dimensão do Ambiente Cultural” e “Empreendedorismo Criativo”. Tais regiões estão na décima e décima primeira colocações, respectivamente (FIGUEIREDO et al, 2017). Palmas ainda é uma das poucas cidades brasileiras a ter transferido a gestão das políticas públicas culturais à administração pública indireta (fundações) e Recife em 2018 investiu cerca de sete vezes mais em ações de promoção de eventos e festividades do que na manutenção, restauração, preservação e aquisição de equipamentos culturais (RECIFE, 2017).

Considerando que os esforços federais deveriam alinhar as necessidades com a redução das desigualdades, novamente este atua como concentrador da renda e oferta, dispondo entre 1993 a 2018, cerca de 80% dos recursos da Lei Rouanet diretamente para o sudeste, principalmente nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro (CNM, 2018). A apropriação deste capital em suma se dá por grandes produtores já estabelecidos e pelo setor privado, que adere aos programas graças ao modelo de redução fiscal de tal lei (FICHEIRA, HOLLANDA, 2019).

A desconcentração do orçamento brasileiro não necessariamente resultou no incremento local em cultura, sendo diversas vezes presenciado o oposto. A concentração dos equipamentos culturais em áreas turísticas e/ou áreas mais ricas dos estados e no próprio ambiente urbano em

detrimento das regiões menos favorecidas economicamente é notável (SANTOS, DAVEL, 2017).

Em relação aos orçamentos empenhados de urbanismo em 2018, Boa Vista apresentou R$ 840 per capita enquanto Porto Alegre, com o menor aporte apresentou R$ 74 por cidadão. Esta diferença entre os valores empregados pode ter explicação nas diferentes necessidades de cada capital. Boa Vista teve sua fundação em 1830, mas manteve-se virtualmente isolada do restante do país até recentemente. Esse cenário sofreu algumas mudanças em meados dos anos 1970 devido a fatores como o garimpo, programas de ocupação para agricultura, migrações (especialmente de venezuelanos) e criação do estado de Roraima em 1988. A partir de então Boa Vista tornou-se a capital do estado, concentrando 66% da população do estado além de um grande contingente de obras de infraestrutura local e regional, como programas habitacionais e construção de vias de acesso e rodovias, aumentando o fluxo de pessoas (OLIVEIRA, COSTA, 2018).

Esse desenvolvimento populacional e urbano recente e acelerado implica em necessidades de incrementos das estruturas urbanas diferentes dos vistos em Porto Alegre que apresenta crescimento populacional mais estabilizado e um processo de desindustrialização de sua economia, no qual as indústrias e os trabalhadores estão se alocando em regiões externas às concentrações metropolitanas (CASTRO, 2019).

Quanto aos aspectos da urbanização, foi identificado maior nível de esgotamento sanitário nas capitais do Centro-Sul e apenas sete capitais contavam com rede de esgoto em mais de 90% das moradias. De acordo com estudo prévio, nos municípios com maior cobertura de saneamento básico pode ser esperada melhor qualidade de vida no geral, principalmente no que tange às menores transmissões de doenças disseminadas pela insalubridade do ambiente e menor agravamento da propagação das enfermidades sazonais, ocasionando, portanto, em menor incidência problemas de saúde para a população (BAYER, URANGA, FOCHEZZATO, 2021). As capitais com menores coberturas, como no caso do Norte e Nordeste, provavelmente ainda terão problemas de vulnerabilidades das populações historicamente excluídas ainda mais agravadas, como o caso dos quilombolas, indígenas e assentamentos (MORENO, HEINZ, HEIN, 2021).

Quanto à arborização, Campo Grande e Goiânia foram as capitais mais arborizadas em 2010. Nesse indicador, capitais do Norte e Nordeste (Palmas, João Pessoa, Fortaleza e Teresina) figuram entre as dez mais arborizadas ao mesmo tempo que três capitais do Norte (Manaus, Belém e Rio Branco) ocupam os últimos lugares. Campo Grande e Goiânia são capitais que além do engajamento histórico quanto à importância e aplicação da arborização para a cidade,

possuem bons Planos Diretores de Arborização Urbana (PDAU) de acordo com Bucci et al (2021). Nas capitais do Norte e Nordeste, além do contexto socioeconômico e histórico, os PDAU são menos acessíveis nas plataformas online e em alguns casos esses planos inexistem, mesmo que previstos em lei (BUCCI et al, 2021). Sendo assim, é plausível esperar que as capitais menos arborizadas contem com maior incidência solar, menor captura dos gases CO2, menor equilíbrio ecológico, maiores temperaturas ocasionando até as conhecidas "ilhas de calor" dentre outras mazelas urbanas (PAIVA, 2021). Aspectos que contribuem para piores condições de vida e sustentabilidade dessas cidades, ocasionando também perdas financeiras devido ao aumento da importância desses dois quesitos nas últimas décadas em relação à atratividade econômica das capitais (ROCHA, NUCCI, 2018)

As capitais do Centro-Sul foram as primeiras colocadas no quesito urbanização. Apenas nove capitais de toda a amostra constavam com mais de 50% de seu território urbanizado e aquelas situadas no Norte e Nordeste apresentavam as menores porcentagens. A urbanização brasileira é consideravelmente recente se considerado o contexto global, sendo somente nos anos 1960 que a população rural ultrapassou a urbana (BRITO, HORTA, AMARAL, 2018) e no último censo, em 2010, o percentual de urbanização brasileiro já era de 84% (SANTOS, 2020). As capitais do Centro-Sul destacam-se pelo intenso movimento migratório, dadas as oportunidades de trabalho e melhoria de vida. Também contam com um desenvolvimento econômico mais intenso do que as regiões do Norte e Nordeste. Estes fatores impulsionaram a vida urbana e o desenvolvimento das cidades e capitais e tal movimento incentivou a criação de um arcabouço jurídico previsto pela constituição de 1988, estabelecendo a obrigatoriedade de Planos Diretores para municípios acima de 20mil habitantes. Além disso, a Lei dos Consórcios Públicos foi sancionada para lidar com problemas de infraestrutura que afetam mais de uma cidade, como o despejo do lixo, Lei do Sistema Nacional de Habitação e Interesse social para regular o mercado imobiliário e auxiliar na garantia da moradia. Adicionalmente, a Lei do Saneamento Ambiental e Resíduos Sólidos foi estabelecida para tratar dos dejetos gerados pela vida urbana e a Lei da Política Nacional de Mobilidade Urbana para tratar do transporte e locomoção na cidade. Já a Lei do Estatuto da Metrópole, auxiliou no reconhecimento das metrópoles brasileiras assim como incrementou a governança entre os entes federativos para melhor gestão dessas regiões (SANTOS, 2020).

Esse conjunto de leis incentivou ainda mais a urbanização e criou certo ordenamento para a gestão, todavia ainda é incapaz de reduzir plenamente a pobreza e a desigualdade no meio urbano. Considerando que existe o elo positivo entre urbanização e redução da pobreza, é plausível que em capitais onde existe menor urbanização, ocorra maior dificuldade em

viabilizar qualidade de vida através dos serviços públicos como o transporte e o saneamento básico, assim como maiores custos de escala nas políticas públicas ao tratar do desenvolvimento urbano sustentável (SANTOS, 2019).

Sendo assim, os achados do presente estudo de que as capitais com maior urbanização também apresentaram melhores resultados no esgotamento pode ter sua explicação na dinâmica da urbanização. Ao mesmo tempo, os Planos Municipais de Saneamento Básico (PMSB), assim como sua correta elaboração, também têm papel fundamental na qualidade e na cobertura do esgotamento (VENTURA, ALBUQUERQUE, 2020). De acordo com Nunes e Borja (2019) ao observar as regiões, especificamente no Norte os planos foram classificados como ruins e no Nordeste houve equilíbrio das classificações entre ruins e regulares.

As regiões Norte e Nordeste apresentaram os piores resultados, apesar dos maiores valores empenhados na urbanização. Já as regiões Sul e Sudeste, a despeito dos menores gastos alocados em 2018, apresentaram-se de modo mais qualificado nos ranqueamentos.

Essa apuração pode ter sentido se considerado que as metrópoles e grandes cidades que mais cresceram nos últimos 30 anos estão nas regiões Norte e Nordeste. Além disso os movimentos migratórios com destino final nessas regiões aumentaram na última década. Isso potencializou a necessidade do incremento da infraestrutura urbana, no entanto houve grande redução dos aportes financeiros do governo federal na construção de moradias e obras de infraestrutura desde 2014 (MARICATO, COLOSSO, COMARÚ, 2018). Desse modo tal cenário provavelmente aumentou a demanda pela utilização dos recursos próprios do município para a manutenção do desenvolvimento urbano.

Os espaços de aprendizado e educação têm seu valor na formação do indivíduo cidadão, na vida coletiva e nos processos produtivos de uma comunidade. A presença do estado é indispensável para garantir tanto o direito à educação quanto para concretizar função social da cidade. De modo que tal presença se faz necessária, de diferentes maneiras e escalas no país, para efetivar a redução das inequidades e promover o bem-estar local (GOMES et al, 2018).

De acordo com os resultados do presente estudo, em relação à quantia empenhada pelas capitais no ano de 2018, a maioria dos orçamentos variou entre R$ 300 a R$ 1000 reais per capita. Esses valores tem base no artigo 212 Constituição de 1988 (BRASIL, 1990), que instaura a utilização de ao menos 25% das receitas de impostos e transferências municipais para atividades de desenvolvimento e manutenção da educação. Tal fixação orçamentária é balizadora dos montantes finais empenhados que são dependentes do fluxo econômico e das características da população local, como o número de estudantes das escolas primárias. A complementação desses recursos via união é feita através do FUNDEB, que institui retenção e

repasse de 20% das receitas de impostos para os estados e municípios com base no número de alunos matriculados (ALVES, PINTO, 2020).

Geralmente ao observar gastos em educação, o mais comum são os valores por aluno (MORAIS et al, 2018; MOTA e SOUZA, FILHO, 2019; SOUSA et al, 2021). Os valores empenhados per capita são uma tentativa de dimensionar o quanto a gestão local planejou executar em relação à educação em sua comunidade e o quanto as capitais se diferenciaram entre si. Fatores como maior envelhecimento da população, eficiência da gestão, ano eleitoral, dentre outros condicionantes específicos locais, podem afetar o volume de gastos na educação (MORAIS, QUEIROZ, 2020).

Os gastos per capita brasileiros nessa área são considerados altos quando comparados com o cenário internacional e a alocação por aluno, ao analisar apenas o orçamento, é considerada baixa, logo há dificuldades para compreender se os gastos são suficientes ou não no atendimento da demanda em educação no local (OECD, 2018).

A maior disparidade do orçamento do Distrito Federal identificada no presente estudo tem uma de suas explicações na natureza administrativa da região, cujas despesas em educação são elaboradas para serem abrangentes também às cidades satélites e outros municípios da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE-DF) do Distrito Federal (CAVALCANTI, 2020).

O contexto de regionalização e fluxo socioeconômico na educação, de acordo com estudo prévio, tende a ser menor do que o da saúde (SOUZA, 2020). Considerando a realidade das capitais brasileiras, em Brasília a administração única direciona os gastos para além da cidade e tem de atender a população das 33 regiões administrativas além do seu entorno (SOUZA, 2020). Esse contexto único de atendimento que a região tem de fazer pode ser indicio da motivação do maior dispêndio em relação à população local.

Destacaram-se menores gastos também na região Norte e Nordeste em comparação com o eixo Centro-Sul, sendo que este dado pode ser reflexo do poderio econômico local. Dado o processo de descentralização das finanças públicas, as transferências de recursos e decisões estão mais alocadas no âmbito municipal, mesmo que isso possa ter efeitos positivos na eficiência local da gestão dos recursos, limita a capacidade de redistribuição da renda pelos entes estaduais e federais (ALVES, PINTO, 2020). Assim o maior capital alocado para a gestão local subtrai o orçamento e poder de ação disponíveis no âmbito federal para as reduções de desigualdades presentes em maior grau na região Norte e Nordeste.

Entre o Norte e as demais regiões do país houve discrepância na participação da estrutura pública no número de escolas. A maior necessidade de criar escolas pode ter relação com o atendimento de uma população menos concentrada e mais dependente do sistema público

de ensino no Norte. O perfil comparativamente baixo de gastos em relação às outras capitais (figura 9) aliado ao alto número de escolas pode sugerir dificuldade em manter os mesmos níveis de oferta de capital humano e insumos como nas capitais do Centro-Sul (BERNARDO, ALMEIDA, NASCIMENTO, 2021).

Salienta-se então que, assim como a qualidade da infraestrutura oferecida e o investimento nos profissionais tendem a ser maior na rede privada, os recursos tecnológicos digitais em geral têm menor disposição na rede pública e sua disponibilidade nos estabelecimentos de ensino é indispensável para o acesso à educação, principalmente durante o fechamento físico das escolas como no período da pandemia (GOMES, FILHO, ARAÚJO, 2021). Assim, provavelmente a população da região Norte conta com infraestrutura de educação menos equipada para lidar com as necessidades dos alunos, talvez reforçando as situações de vulnerabilidades com reflexos futuros nas condições de trabalho e qualidade de vida.

Apesar do maior orçamento per capita em educação, Brasília apresentou baixo número de escolas. Tanto o orçamento do Distrito Federal, que abrange todas as regiões administrativas, quanto a distribuição das escolas, que também tendem a acompanhar as regiões de moradias e/ou áreas de instalação de menor custo, são fatores que desincentivam a ampliação do número de escolas no plano piloto desde os primeiros anos da fundação de Brasília (DERNTL, 2019). Tal resultado também pode ser um indicativo de distribuição orçamentária para outras contas da educação.

O número reduzido de escolas no Sudeste e a forte presença do setor privado, além da questão de concentração urbana, pode ter causa na lógica mercantilizada da educação no Brasil (PERONI, 2018). A influência do setor privado na educação tem efeitos nas diretrizes do ensino e modelos de oferta de educação. Considerando os modelos de expansão das escolas baseados nas parcerias com o terceiro setor bem como a maior qualidade atribuída ao setor privado, entende-se que isto pode tanto impulsionar a utilização da rede privada como complemento da oferta de ensino, quanto aumentar a própria atratividade desta rede (ADRIÃO, DOMICIANO, 2018; TRIPODI, DELGADO, RODRIGUES, 2018). Com isso, a região Sudeste que é adepta ao modelo de OS também na educação e conta com uma das maiores proporções de escolas privadas, pode ter seu modelo de educação fortemente influenciado pelo mercado privado dificultando o acesso ao ensino de qualidade pelas populações mais carentes.

Em relação aos anos de estudo, a região Centro-Sul figurou como a melhor ranqueada na presente pesquisa e isso provavelmente é resultado do processo histórico de desenvolvimento socioeconômico brasileiro, que em suma concentrou as riquezas econômicas nesta região do

país tanto no desenvolvimento privado quanto nos investimentos públicos de prestação de serviços e infraestrutura (ROTTA, REIS, 2018).

Apesar disso esta região não se destacou em relação à nota do IDEB, e embora tenha sido a que apresentou maior orçamento na educação, também foi a região com menos escolas públicas. Além disso, o desempenho observado na média de anos de estudo pelas capitais do Sul e Sudeste também não se refletiu no IDEB.

Tais resultados sugerem que apenas o aumento de gastos não necessariamente implica em melhor qualidade (XAVIER, PEIXOTO, LINHARES, 2018; SONOBE, PINTO, RIBEIRO, 2018), sobretudo quando há uma forte tendência da gestão em não priorizar o sistema público. Logo, entende-se que políticas públicas de educação devem ser bem financiadas, mais assertivas e garantir o acesso à população de diferentes níveis socioeconômicos. Além disso deve contar com a participação popular em seu controle e execução (MORAIS et al, 2018).

Teresina e Palmas apresentaram bons resultados tanto no IDEB e nos orçamentos empenhados quanto na proporção de escolas públicas, destoando do perfil das regiões às quais pertencem. Destaca-se que, segundo Santos (2020), ambos os municípios têm parte de seu sucesso atribuído à continuidade política e administrativa. Corroborando tal asserção, identifica-se que os planos municipais de educação de tais cidades enfatizam alguns aspectos que consideram como possíveis causas dos bons resultados na educação. Dentre eles destacam-se os processos democráticos e inclusivos da sociedade civil para formulação dos planos de educação, a utilização de conhecimentos técnico científicos para formular e executar tais políticas, a continuidade dos programas de educação nas trocas de gestão e enfoque na melhoria das políticas já em andamento (TERESINA, 2015; PALMAS, 2016).

Quanto à diferença entre Palmas e Teresina na média de anos de estudo, vale salientar que Palmas é a capital mais nova, fundada em 1989 e contou com grande contingente de imigrantes, tendo o perfil dessas pessoas provavelmente influenciado na média de anos estudados da capital. Atualmente Palmas ainda recebe significativa quantia de imigrantes, constando com o maior saldo de migração da região Norte (MORAIS, NUNES, 2020).

No presente estudo, apenas três capitais contaram com todos os seis tipos de conselhos de direitos humanos consultados, tendo a maioria delas apresentado entre quatro a cinco conselhos. A partir de provisão legal instituída na Constituição de 1988 (BRASIL, 1990), os conselhos municipais são um dos principais meios ativos de participação da sociedade civil no futuro das políticas públicas no município. São destinados aos conselhos a função de fiscalizar os atos e dispêndios públicos, disseminar e mobilizar a participação pública na gestão, prestar opiniões e/ou sugestões acerca de consultas sobre sua área de atuação e em alguns casos

deliberar sobre o destino das políticas públicas (CUNHA, 2019). Enquanto alguns conselhos, como o de assistência social e saúde, têm previsão legal federal, a maioria deles é instituída por lei orgânica municipal ou estadual (SANTOS, TERENCE, 2019). Desse modo, a função deliberativa desses conselhos depende do que foi estabelecido pelos legisladores no âmbito local.

Logo, o fato de 24 das capitais apresentarem metade ou mais do número de conselhos possíveis, demonstra a aderência das mesmas a este tipo de ferramenta inclusiva e participativa. Embora a mera existência dos conselhos não seja a garantia de seu bom funcionamento, ela sinaliza um possível comprometimento dos gestores com a participação social. De acordo com Campos, Ballerini, Galhardi (2021) o funcionamento efetivo dos conselhos aumenta as chances de participação social nas propostas, diretrizes, fiscalização, controle e em alguns casos deliberação, contribuindo para diminuição da corrupção, maior alinhamento das políticas públicas com as necessidades da sociedade e até a redução dos problemas de agência, ou seja, a redução das influências e interesses pessoais dos dirigentes políticos na atuação pública.

Ao analisar quais as especificidades de proteção social adotadas nas políticas ou programas na área de direitos humanos pelas capitais, identificou-se que nenhuma delas apresentou os 15 possíveis temas. Este dado destaca como os direitos humanos ainda estão em evolução no que tange à sua efetivação nas políticas públicas, sendo que o esperado era de que as capitais contassem com organização político-administrativa para tratar plenamente dos direitos humanos nas ações desenhadas pelas políticas ou programas municipais ao invés de deixar de contemplar vulnerabilidades.

As três primeiras colocadas (Brasília, Goiânia e Teresina) apresentaram 12 temas. Este número próximo da totalidade pode representar uma realidade que embora várias vulnerabilidades destacadas pelos direitos humanos estejam em atendimento, alguns grupos ou não são presentes nessas capitais ou são negligenciados. Também foi elencado que 13 capitais continham menos de 50% das possíveis políticas ou programas listados, neste caso, dado o baixo número de temas de direitos humanos contemplados nessas capitais, fica destacado que existe um contingente de pessoas dependentes dessas ações por parte do estado que não está sendo atendido nas localidades que mais concentram pessoas no país.

As políticas geralmente referem-se ao estabelecimento de metas, objetivos e recursos, construindo as diretrizes para os planos e programas, estes últimos encarregados de organizar as ações de acordo com as prioridades e capacidade de execução (CUNHA, 2018). Garantir que os direitos humanos estejam contemplados neste tema, é assegurar que vulnerabilidades especificas ou gerais da população local possam ser minimizadas através do planejamento e

ação governamental (SANTIN, 2019). Neste sentido, conclui-se que o Brasil ainda está aquém em termos de proteção das minorias.

Enquanto 24 capitais apresentaram mais que 50% dos conselhos elencados em direitos humanos, apenas 14 delas constaram com 50% dos temas no que tange às políticas e programas em DH. Isso sugere que para os gestores seja mais fácil viabilizar a existência dos conselhos do que atender aos temas previstos para as políticas e programas desta área. A situação econômica das capitais agravada pela crise de austeridade fiscal brasileira pode ser fator explicativo desta diferença na abrangência dos direitos humanos nos dois segmentos, dado que a existência dos conselhos depende muito menos da situação socioeconômica do que a efetivação dos programas e planos, que dependem não só da vontade política, mas da disputa orçamentária (SULPINO et al, 2018; REZENDE, GONÇALVES, 2019).

Considerando que as capitais com bom ranqueamento em conselhos municipais em geral também rankearam bem nas políticas e programas, induz-se que os conselhos podem ter papel influenciador na efetivação dos direitos humanos nas ações e programas governamentais.

Mesmo os conselhos que não tenham poder deliberativo são importantes para transpassar as demandas da sociedade, assim como acompanhar e avaliar as políticas em execução para o melhor alinhamento entre as ações e demandas (BARDDAL, TORRES, 2020). Desse modo, um baixo número de conselhos ou conselhos ineficientes pode favorecer a falta de *accountability* das ações públicas, mal direcionamento dos gastos e até mesmo corrupção (AZEVEDO, CAMPOS, LIRA, 2020).

Ao observar o conjunto das três leis orçamentárias, o plano diretor e a lei orgânica, o tema de direitos humanos foi abordado na totalidade deste arcabouço em apenas três capitais (Curitiba, Rio Branco e Campo Grande). Este resultado sugere que nestas capitais haja maior comprometimento orçamentário para lidar com as questões de direitos humanos, relações políticas mais articuladas entre o executivo e o legislativo para o desenvolvimento dos direitos humanos e um desenvolvimento urbano em consonância com o combate das vulnerabilidades. Elaboradas pelo executivo e aprovadas pelo legislativo, as leis orçamentárias são constituídas pelo Plano Plurianual (PPA), pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA), sendo estas leis responsáveis pelo cumprimento das metas e objetivos elencados no PPA, das diretrizes de como alcançar estas metas na LDO e do estabelecimento das receitas e despesas na LOA (ALMEIDA, COSTA, 2019; PEREIRA et al, 2021).

Quanto às leis orgânicas, estas são referidas como as constituições municipais, dada sua importância. São responsáveis pela organização política, pelas relações entre o executivo e o

legislativo locais e norteiam a produção das leis complementares e/ou ordinárias (PIRES, 2018). O plano diretor pode ser considerado a ferramenta principal no planejamento dos municípios, sendo a base da política de desenvolvimento e de expansão urbana e abrange áreas do desenvolvimento socioeconômico e ambiental. Além disso regulamenta a organização do uso do solo urbano, estabelecendo regras para seu uso e incentivando o desenvolvimento equilibrado no município, tanto por parte do poder público quanto do ambiente privado (CAETANO, ROSANELI, 2019; BARBOSA et al, 2019).

O tema de direitos humanos foi abordado em apenas duas ou menos leis do arcabouço analisado em ao menos nove capitais. Este resultado sugere que tal tema não é abordado no processo orçamentário ou o é apenas parcialmente. Tal fato destaca a fragilidade dos direitos humanos quando o assunto é o destino de verbas e a institucionalização deste tema nas leis que regem o município. No plano diretor, as capitais que não contemplam o tema certamente terão mais dificuldade em garantir a função social do território para o desenvolvimento humano. Além disso, não constar este tema nas leis orgânicas pode resultar em norteamento menos efetivo para as interações entre as entidades públicas e entre o público e privado no desenvolvimento urbano.

De um universo de 16 leis especificas de proteção aos direitos humanos, as duas primeiras colocadas no ranqueamento das capitais apresentaram 14 e as duas últimas apenas uma lei e oito capitais apresentaram 10 ou mais legislações. A criação dessas leis é atribuição do legislativo, podendo surgir através de medidas provisórias elaboradas pelo executivo ou da iniciativa popular (REZENDE, ARRAIS, 2018). Todavia mesmo que uma lei possa surgir da indicação de um prefeito ou de uma mobilização da sociedade civil, é o legislativo quem versa sobre o tema e decide sobre sua aprovação, e mesmo que ocorra uma sanção do prefeito, ainda cabe ao legislativo deliberar sobre a promulgação ou não (REZENDE, ARRAIS, 2018).

Assim, apesar de limitações e participações de outros setores no ato de legislar, pode-se considerar que os vereadores são os principais atores na formulação dessas leis voltadas aos direitos humanos. Mesmo nas capitais com dificuldades em fazer cumprir a lei, a garantia dos direitos institucionalizados na legislação tanto viabiliza as ações do executivo municipal, quanto se constituí como base para o judiciário julgar os acontecimentos e ações públicas e privadas acerca deste tema, possibilitando uma sociedade mais justa dentro do estado democrático (BAZANI, 2021).

Então, pode ser esperado que nas capitais com maior abrangência legislativa versando sobre direitos humanos haverá maior exigência no executivo para contemplar esta pasta em suas ações e programas, assim como maior possibilidade do judiciário de versar sobre possíveis

não cumprimentos e atuar na atenuação desses problemas via exigências ao executivo. Por vez, as capitais com menor número dessas leis, contam com menor respaldo institucional para lidar com os problemas típicos de direitos humanos, resultando em piores resultados para as populações mais vulneráveis.

De acordo com o presente estudo, melhores ranqueamentos em relação aos quatro itens analisados sobre os direitos humanos foram encontrados nas capitais da região Centro-Sul, apresentando destaque em relação às capitais do Norte e Nordeste. Isso demonstra a grande disparidade na garantia dos direitos humanos que os cidadãos brasileiros tem dependendo de sua localização geográfica, e mesmo com a redução da pobreza ocorrida nas últimas décadas nas regiões Norte e Nordeste (SILVA, BRUNO, SILVA, 2020), a institucionalização dos direitos humanos pôde ser considerada baixa em diversas capitais e provavelmente tem efeitos nas conduções das políticas e ações do estado como um todo, principalmente no contingente mais vulnerável e dependente dessas políticas.

Ainda no presente estudo destacou-se que algumas capitais apresentaram ranqueamentos similares entre os diferentes quesitos analisados assim como outras que apresentaram alta oscilação nos diferentes ranqueamentos. No tema de direitos humanos é comum a atribuição de implementações ou mudanças de acordo com demandas de movimentos sociais, sejam em campanhas ou na criação de organizações voltadas à defesa desses direitos (FACHIN, PAGLIARINI, 2018; ALVES, 2020; CARLOS, 2021). Sendo assim, a capacidade de uma comunidade em efetivar os direitos humanos de maneira plena entre os diferentes espaços institucionais de governo pode ser indicativa de maior coalizão da comunidade e seus governantes na hora de adotar essas políticas ou não.

A não institucionalização ou apenas a inclusão parcial do tema direitos humanos nas diferentes esferas de governo municipal pode diminuir as chances de o município atingir bons resultados quanto à garantia desses direitos (CARLOS, DOWBOR, ALBUQUERQUE, 2021).

Em relação ao trabalho, no presente estudo identificou-se que a média salarial dos trabalhadores registrados no Nordeste foi menor do que a apresentada na região Centro-Sul. Essa diferença pode ser explicada pelas características socioeconômicas das regiões e especificidades das capitais brasileiras. Neste sentido a oferta de trabalho está relacionada também com a necessidade de produtos e serviços de uma região e dos cargos oferecidos para os trabalhadores (SHIKIDA, MANTOVANI, GOMES, 2019) ou resumidamente na relação entre a produção econômica de um local (PIB) e a oferta e qualidade salarial desses empregos (CHAHAD, 2019).

A baixa média salarial dos trabalhadores formais no país, de acordo com o presente estudo, é acentuada nas regiões cuja população tem menor escolaridade e notas (FIGURA 11), em que há menor incidência de institucionalização dos direitos humanos (FIGURA 14) e menores orçamentos disponíveis (FIGURA 1; FIGURA 7; FIGURA 9; FIGURA 12).

Menores salários podem significar baixo acesso a itens básicos e piores condições de vida, principalmente em localidades onde o setor público apresenta maiores dificuldades em garantir os direitos básicos dos cidadãos, tornando as famílias de baixa renda ainda mais vulneráveis em sua condição de não acesso à alimentação, saneamento, moradia, dentre outras características essenciais de sobrevivência e qualidade de vida (KREIN, 2018).

Fatores como o volume de trabalhadores informais que vem aumentado no país, a redução do número de empregos devido a incrementos tecnológicos e a disparidade salarial entre a parcela mais rica e mais pobre da população (SILVA, PEREIRA, PINTO, 2021) auxiliam no entendimento e no aumento dos problemas causados pela baixa renda da população. Baixos salários e oportunidades escassas ainda podem ser responsáveis pela migração (FILHO, MAIA, 2018), por problemas relacionados à saúde, à alimentação e até mesmo aos impostos brasileiros, que têm como característica a tributação do consumo, dentre outras mazelas (LINO, BRAZ, 2019). Cabe ressaltar os limites de se considerar a média no que tange ao salário dos trabalhadores formais tendo em vista a grande distância entre as pessoas mais ricas e as mais pobres no país (SILVA, PEREIRA, PINTO, 2021).

Brasília foi única dentre as capitais a apresentar em 2019 média salarial dos trabalhadores formais acima de cinco salários mínimos. Esse valor provavelmente é fruto do alto número de cargos públicos e vida política da cidade. Ainda segundo a publicação do IBGE intitulada Demografia das Empresas e Estatísticas de Empreendedorismo (2019), em Brasília os salários médios pagos por empresas são os mais elevados entre as capitais, fator que também auxilia a explicar a média superior as demais cidades observadas.

O percentual da população ocupada nas capitais oscilou entre 23,7% e 67,7%, indicando grande diferença no percentual de pessoas com trabalho nessas cidades. Considerando que no ambiente urbano existe elevado grau de necessidade de capital para as atividades básicas de sustento humano, seja na alimentação ou na moradia, pode-se afirmar que nas capitais onde o percentual ocupado é menor, haverá maior desigualdade e maior parcela de pessoas dependentes de programas sociais de auxilio e distribuição de renda (SILVA, PEREIRA, PINTO, 2019).

Ao observar por região, nota-se que as capitais do Norte e Nordeste apresentaram os menores percentuais de população ocupada enquanto os maiores estiveram no Sudeste e Sul.

Essa diferença entre as capitais pode ser influenciada também, além dos fatores anteriormente descritos em relação aos salários, pela quantidade de pessoas em idade para trabalhar disponível no município assim como pela oferta de empregos (IBGE, 2019). Nesse sentido, capitais do Norte e Nordeste tendem a ter relativamente mais jovens fora da idade de trabalho, assim como menor percentual de pessoas em idade para trabalhar enquanto no Sudeste e Sul há maior oferta de empregos e a escolaridade média também é fator influenciador no nível de emprego e na inatividade profissional (NITAHARA, 2021)

Em relação ao percentual da população que vive com até meio salário mínimo, a região Nordeste apresentou os maiores percentuais (entre 36% a 39%) e a região Sul os menores (cerca de 25%). Na região Nordeste esse número ficou entre 30% a 39%, no Centro-Oeste e Sudeste, o percentual da população que vive com meio salário mínimo ficou em torno de 30%.

Os dados acima, utilizados para observar o contingente de pessoas no limiar da pobreza, demonstram como nas diversas capitais parcela significativa da população vive no limite e abaixo da linha da pobreza. Capitais com os maiores percentuais apresentaram mais de 1/3 de suas populações com rendimentos insuficientes para garantir uma qualidade de vida adequada. Entre os melhores resultados, identificou-se 1/4 da população das capitais com este problema. Um dos principais resultados dessa dinâmica se reflete também na ocupação da cidade: hoje existe uma nítida separação física entre as moradias legalmente ocupadas e as irregulares, onde vive grande parte do contingente populacional de baixa renda (SILVA, PEREIRA, PINTO, 2019). Existe grande diferença na qualidade de vida e bem-estar proporcionada por essas diferentes rendas, moradias e acesso.

O IDHM utilizado no estudo reflete a realidade de 2010, data do último levantamento do IBGE e observa características de três esferas, sendo na saúde a esperança de vida ao nascer, a renda per capita do município e, para o acesso ao conhecimento, a escolaridade da população adulta (peso 1) e o fluxo escolar da população jovem (peso 2) (ATLAS BRASIL, 2013).

Ao observar os componentes do IDHM isoladamente ou unificados pelo índice geral a predominância do Centro-Sul é verificada novamente no presente estudo. Apenas nove capitais, especificamente Brasília e as do Sul e Sudeste, alcançaram o resultado necessário para serem consideradas com a faixa de desenvolvimento muito alto. O ranqueamento das capitais de acordo com o IDHM, corroboram os resultados acima discutidos em relação à saúde, educação e renda nas capitais e respectivas regiões, reforçando a ideia do desenvolvimento desigual brasileiro, resultado também apresentado em estudos prévios (MARCONATO, COELHO, 2019; ADÃO, SOUZA, 2020; LOPES, PEREIRA, 2021).

Marconato e Coelho (2019) ainda afirmam as cidades de baixo desempenho tendem a permanecer no mesmo patamar ao longo dos anos e as capitais do Centro-Sul, que apresentaram IDHMs acima das médias de suas regiões, apresentam maior "disseminação positiva", ou influência nas cidades circunvizinhas. Por fim os autores ainda salientam que os pequenos municípios do Centro-Sul também se desempenham melhor no índice do que os pequenos do Norte e Nordeste.

Vale salientar que ao observar o posicionamento das capitais brasileiras no *Ranking Connected Smart Cities*, que pode servir de base para entender as diferenças em inteligência e conectividade das cidades, o Centro-Sul também aparece como predominante nas primeiras colocações (São Paulo 1º colocada, Florianópolis 2º e Brasília a 4º) e algumas capitais do Nordeste entre as 50 primeiras colocadas (Salvador 10º, Fortaleza 22º e Recife 26º) e capitais do Norte (Manaus 42º, Rio Branco 97º) em posições posteriores, indicando diferenças entre as capitais e os contextos regionais na adesão ao modelo de cidades inteligentes, que preconiza a importância das informações e dados na elaboração das políticas públicas (Ranking Connected Smart Cities, 2021).

O bom desempenho da região Sul e Sudeste no índice IPD poderia ser esperado tendo em vista seu posicionamento nos ranqueamentos apresentados. A região Nordeste teve desempenho inferior às regiões Centro-Sul nos ranqueamentos, mas apresentou boas colocações no IPD. Isto pode ser atribuído, em partes, à atuação do Consórcio de Governadores do Nordeste que adotou coordenadamente medidas para enfrentamento no âmbito regional, exercendo sua constitucional autonomia e reagindo ao descompasso do governo federal na gestão da crise de saúde (XIMINES et al, 2021). O recorte bem delineado por regiões no comportamento do IPD sugere que a região na qual a capital se encontra pode ter relação com maior ou menor adesão ao isolamento social.

A baixa adesão no Norte pode ter explicação nas suas condições socioeconômicas, uma vez que um estudo de Bezerra et al (2020) sobre os fatores associados ao comportamento da população durante o distanciamento social, pontuou que a percepção das pessoas quanto à importância dessa medida variou conforme a renda, idade e escolaridade, todas menores no Norte. A participação federal pode ser uma das causas da disparidade entre as regiões, tendo em vista a ausência de política nacional abrangente e escassez de participação do governo federal no seu papel de mediador das inequidades (MORAES, 2020; PEREIRA, OLIVEIRA, SAMPAIO, 2020).

Florianópolis apresentou os melhores resultados no IPD e esteve entre as primeiras capitais a estabelecer medidas de promoção do distanciamento e isolamento social (GARCIA

et al, 2020). Ainda é destacado que a atenção primária a saúde de Florianópolis já desenvolvia experiências em teleatendimento e no fortalecimento da política durante o período de pandemia. Este tipo de atendimento foi forte braço na assistência da população, viabilizou maior proteção dos colaboradores da saúde (SILVEIRA, ZONTA, 2020) e certamente contribuiu para o melhor resultado em termos do IPD.

Porto Velho e Manaus foram as únicas capitais do Norte entre as dez primeiras colocadas no segundo período observado (10/12/2020 até 10/03/2021), apresentando baixas colocações nos outros dois momentos analisados no presente estudo. A diferença no pico de comportamento dessas duas capitais pode, em parte, ser explicada pela situação epidemiológica que ambas passavam no momento observado, período caracterizado pela falta de vagas em UTIs e grande pico de disseminação da doença (BARRETO et al, 2021; PREFEITURA DE PORTO VELHO, 2021).

Rio Branco foi a única a apresentar movimentação acima da observada pelo período de referência pré-pandemia em um dos intervalos analisados (10/12/2020 até 10/03/2021) e esteve com Manaus nas piores colocações. Vale notar que Rio Branco também constava com situação epidemiológica de alta de casos e óbitos neste período (FMRP/USP, 2022), e mesmo com o resultado próximo ao de Manaus no maior intervalo observado pelo presente estudo (10/12/2020 até 10/03/2021), identificou-se nítida diferença entre a adesão das pessoas no mesmo período em que ambas as cidades passavam por cenário epidemiológico semelhante bem como com escassez de vagas e colaboradores nos equipamentos de saúde.

Segundo Silva, Lara et al (2020) os estados brasileiros implementaram medidas de paralisação econômica precocemente. Para Moraes (2020), quão antes e/ou mais rigorosas foram as medidas, menores foram seus efeitos ao longo do tempo. Isto é, mesmo com a salientada importância de aderir às medidas de mitigação de disseminação do vírus nos primeiros momentos (KERR, 2020), a imposição de medidas restritivas que impactavam na economia no início da pandemia aumentou a tendência de ineficácia efeitos marginais de tais medidas (MORAES, 2020). Rio Branco, conforme apontado nos resultados (FIGURA 17), apresentou maior índice IPD no primeiro momento, no entanto não se manteve nessa posição ao longo do segmento, corroborando as asserções de Moraes (2020) e Silva, Lara et al (2020). A baixa ocupação e má situação dos salários nesta capital (FIGURA 15) também pode ser fator que contribuiu para o menor IPD.

O IPD foi maior, em todas as capitais, no primeiro período (28/02/2020 até 16/08/2020) do que no segundo (10/12/2020 até 10/03/2021). O IPD no terceiro período (28/02/2020 até 07/06/2021) foi menor do que o do primeiro e maior do que o do segundo. O primeiro período

equivale ao primeiro semestre da pandemia no país, fase caracterizada pela predominância da implementação das políticas estaduais e aderência/criação por parte das capitais às medidas de distanciamento trazidas pelas gestões do estado e da capital, assim como maior rigorosidade das mesmas (MORAES, 2020).

O segundo período compreende uma época marcada pela maior movimentação dado o período de férias escolares e festividades como natal, ano novo e carnaval. O momento foi destacado também pela retomada do vírus em diversas capitais. Ao mesmo tempo que não foi visto o mesmo rigor na aplicação das medidas de isolamento social, identificou-se o colapso dos sistemas de saúde de diversas capitais, em especial do Norte (MORAES, 2021).

O minguar das medidas pode ser uma das explicações para tal resultado no segundo período analisado, visto que após o aumento de casos no início de 2021, houve novamente uma fase entre abril e julho no qual as medidas se recrudesceram aumentando novamente a aderência ao isolamento social (FIOCRUZ, 2021), período este que o terceiro recorte abrange.

Vitória e Florianópolis apresentaram as melhores colocações quando observados todos os indicadores do estudo simultaneamente, assim como ótimo desempenho no IPD. Este resultado sugere que a hipótese levantada no presente estudo pode ser corroborada. Isto é, a maior presença do estado em relação a infraestrutura e bem-estar pode ter influenciado os resultados sobre a adesão às medidas de saúde pública, aqui refletida no padrão de mobilidade. Neste sentido os trabalhos como o de Arrais et al (2020) e Sposati (2020) pontuam que características de trabalho, renda e escolaridade, assim como a densidade demográfica e a infraestrutura urbana são fatores primordiais relacionados ao contágio da COVID-19, também provavelmente exercendo relação na opção por aderir ou não ao isolamento.

Manaus e Maceió foram destaque nos piores posicionamentos do ranqueamento geral e no IPD, com destaque para o desempenho negativo de Manaus neste último. Ao observar que as capitais com pior desempenho nos dados analisados também se desempenharam mal no IPD, pode-se argumentar que uma estrutura da cidade que não forneça boas condições de vida e cuja presença do estado é incipiente pode ter mais dificuldade na aderência a uma proposição em saúde, principalmente quando tal proposição impacte em outras áreas da vida do grupo e do indivíduo, como a renda.

A desigualdade social encontrada em Manaus e Maceió, de acordo com Ximenes et al. (2021), coaduna com menos transparência e objetividade nas medidas e estratégias de alternância e saída das políticas de distanciamento e isolamento dessas duas capitais. Logo, o contexto de baixa ocupação e salários de ambas (FIGURA 15) pode ser também fator agravante para a baixa adesão às medidas de isolamento.

Em contraste, outras capitais da região Nordeste, e em especial Salvador, se destacaram positivamente no IPD embora, em geral, os demais indicadores apresentaram-se muito piores que nas outras capitais ou regiões, com exceção do Norte. Vale ressaltar que a região Nordeste, segundo Ximines et al. (2021) teve forte coalizão entre os governadores em relação às medidas de combate à pandemia. Entende-se que este fato pode ser refletido em um maior poder de voz, em termos culturais, dos políticos frente à população influenciando o comportamento da mesma na adoção das medidas propostas. Isto é, o contraste deste resultado frente à hipótese do presente estudo sugere que não apenas a presença do estado é decisiva para que a população siga determinada recomendação em termos de saúde pública, mas também a credibilidade do gestor frente à população perpassa questões relacionadas a cultura local bem como a força que tal gestor exerce em termos de articulador na mediação das informações ao seu público.

6 Conclusão

Ao observar as colocações nos diferentes quesitos entre as capitais e as regiões, pode ser percebido claro recorte entre a região Centro-Sul do país e o Norte e Nordeste. Enquanto a primeira apresenta melhores colocações em quesitos de renda dos cidadãos, maior capacidade orçamentária da cidade per capita, população com mais anos de estudo, melhores condições na urbanização das cidades e até mesmo maior institucionalização dos direitos humanos, o Norte e Nordeste apresentam mais unidades de serviços de saúde e educação públicas per capita todavia este número é seguido pelas piores colocações nas questões orçamentárias e resultados como más colocações no IDEB e maior desigualdade em renda, destacando maior precariedade nas condições de vida nessas duas regiões.

As capitais, mesmo com aparente tendência de seguir os desempenhos macro regionais, contam com destaques individuais em alguns aspectos como os casos das altas taxas de coberturas da AB e ESF em Palmas e Teresina. Todavia ao observar os dados do presente estudo como um todo, capitais do Centro-Sul como Vitória e Florianópolis apresentaram boas colocações em quase todos os quesitos.

Assim, ao observar as capitais agrupadas por suas regiões, esperou-se abranger também as influências que essas impõem à realidade da vida local, auxiliando no entendimento dos diferentes desempenhos observados. Ainda se considerou o modelo de gestão pública brasileira que engloba a dinâmica das três esferas (federal, estadual e municipal) para governar com finalidade no bem-estar da população.

Ao observar o desempenho no IPD, Florianópolis foi a capital que teve mais destaque, seguida pelas capitais das regiões Nordeste, Sudeste e Sul. O recorte regional no terceiro período do IPD em confronto com o ranqueamento geral das capitais demonstrou claramente o pior desempenho das regiões Centro-Oeste e Norte, sendo este último o pior.

Ao examinar as supracitadas capitais Vitória e Florianópolis, ambas apresentaram bons desempenhos tanto no ranqueamento final quanto no IPD. E ao observar capitais com os piores resultados nos ranqueamentos, como Manaus e Rio Branco, o mesmo mal desempenho no IPD.

O contraste no resultado em relação à hipótese do estudo diz respeito à baixa pontuação no ranqueamento final das capitais do Nordeste e seus bons desempenhos no IPD. Salvador é um bom exemplo, apresentando segundo maior IPD no terceiro período analisado, embora tenha ficado no antepenúltimo lugar na pontuação final.

Sendo assim, sugere-se que as condições de infraestrutura e de governança das regiões e das capitais podem ter influência na adesão às medidas de isolamento social imposta pelos estados e municípios, todavia não devem ser os únicos fatores. Características locais da população e seus governantes, como por exemplo a atuação do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste ou a alta cobertura da AB e ESF em Palmas e Teresina aliada ao planejamento e execução de seu papel bem representado nos planos de saúde municipais podem e devem ter exercido interferências na aderência ou não a esta proposição em saúde nessas regiões e capitais.

Desse modo, reitera-se a necessidade de um planejamento central (nacional) com a elaboração de estratégias diversas para combate às diferentes vulnerabilidades locais, sendo esse enfrentamento imprescindível para o estabelecimento de condições mínimas para o cumprimento do isolamento social por parte da população bem como para sua adesão a outras medidas de saúde pública relacionadas a quaisquer crises no âmbito das cidades.

Uma integração mais ampla e efetiva na ação em rede entre as esferas de governo também pode trazer resultados positivos, conforme a supracitada relação entre os governadores e prefeitos na região Nordeste. Conhecer e reconhecer as necessidades e razões pessoais e coletivas para a aderência ou não a uma medida específica é de suma importância ao elaborar políticas públicas de enfrentamento aos desastres, tornando tão importante a angariação e disponibilização de dados sobre a população quanto a participação social no processo de elaboração e decisão dessas políticas.

Ademais sugere-se que os estudos futuros bem como os programas e projetos relacionados a avaliação da qualidade e bem-estar das cidades considere concomitantemente às questões de infraestrutura, governança e ambiência os aspectos psicossociais sobretudo

relacionados ao comportamento das pessoas nas cidades pois esse indicador certamente será decisivo para ditar medidas mais efetivas em termos de adesão, proteção e bem-estar da coletividade.

Quanto às limitações do presente estudo, destaca-se principalmente a heterogeneidade de datas dos dados coletados, ocorrendo em suma devido a não disponibilização dos dados no mesmo recorte temporal e a relação dos dados orçamentários do Distrito Federal com os populacionais de Brasília, que conta com características singulares na elaboração e execução do orçamento. No entanto entende-se que a análise aqui proposta assume grande relevância por reenfatizar os desafios decorrentes da enorme desigualdade regional bem como dar pistas sobre possíveis fatores influenciadores da população em relação a adoção de medidas de saúde pública impostas pelos gestores públicos.

REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **ISO 37120:2018**: Cidades e comunidades sustentáveis — Indicadores para serviços da cidade e qualidade de vida, julho de 2018.

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **ISO 37122:2019:** Cidades e comunidades sustentáveis — Indicadores para cidades inteligentes, maio de 2019.

ADÃO, N. M. L.; SOUZA, E. C. O que os indicadores socioeconômicos IDHM e IPC nos revelam em distintas realidades urbanas: São Paulo (SP) e Fortaleza (CE). **Terr@ Plural,** v. 14, p. 1-13, 2020. Disponível em: https://revistas.uepg.br/index.php/tp/article/view/15238. Acessado em: 18 de outubro de 2021.

ADRIÃO, T.; DOMICIANO, C. A. A Educação Pública e as Corporações: avanços e contradições em uma década de ampliação de investimento no Brasil. **Revista de Financiamento da Educação,** v. 8, 2018. Disponível em: https://www.seer.ufrgs.br/fineduca/article/view/79084. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

AESC. Associação Educadora de São Carlos. Educação e Saúde. CAPS AD. Disponível em: https://www.aesc.org.br/caps/. Acessado em: 10 de janeiro de 2022.

ALBUQUERQUE, L. Um ano do colapso na saúde do Amazonas: dor das famílias e falta de respostas. **CNN Brasil**, Manaus, 06 de janeiro de 2022. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/um-ano-do-colapso-na-saude-do-amazonas-dor-das-familias-e-falta-de-respostas/. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

ALLAM, Z.; NEWMAN, P. Redefining the Smart City: Culture, Metabolism and Governance. **Smart Cities**, v. 1, n. 1, p. 4-25, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.3390/smartcities1010002. Acessado em: 20 de novembro de 2021.

ALMEIDA, H. M.; COSTA, A. V. Orçamento público como mecanismo de planejamento para a gestão. **Revista de Psicologia,** v. 13, n. 43, 2019. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1555. Acessado em: 26 de janeiro de 2022.

ALMEIDA, L. S.; COTA, A. L. S.; RODRIGUES, D. F. Saneamento, Arboviroses e Determinantes Ambientais: impactos na saúde urbana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30712018. Acessado em: 25 de novembro de 2021.

ALVES, F. A. DEMOCRACIA, COMUNICAÇÃO, MOVIMENTOS SOCIAIS E CONTRA-INSURGÊNCIA: Um debate sobre a participação política e defesa dos direitos humanos nos ambientes virtuais em tempos de crise de legitimidade do Estado. **Revista Juris UniToledo,** v. 5, n. 2, 2020. Disponível em: http://www.ojs.toledo.br/index.php/direito/article/view/3386. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

ALVES, T.; PINTO, J. M. R. As Múltiplas Realidades Educacionais dos Municípios no Contexto do Fundeb. **Revista de Financiamento da Educação**, v. 10, 2020. Disponível em: https://www.seer.ufrgs.br/fineduca/article/view/104091. Acessado em: 10 de dezembro de 2021.

AMARAL, C. E. M. et al. Assistência à saúde mental no Brasil: estudo multifacetado em quatro grandes cidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00043420. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. Secretaria do Estado de Saúde. Susam planeja reestruturação da Saúde Mental na rede estadual. SES-AM, 10 de maio de 2019.

Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=3619. Acessado em: 12 de janeiro de 2022.

AN, B. Y.; TANG, SY. Lessons From COVID-19 Responses in East Asia: Institutional Infrastructure and Enduring Policy Instruments. **The American Review of Public Administration,** v. 50, n.6-7, p. 790-800, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0275074020943707. Acessado em: 20 de dezembro de 2021.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Diretoria Colegiada. Secretaria Geral. Gerência de Comunicação Social. Relatório do programa de qualificação de operadoras 2021 – Ano base 2020 [recurso eletrônico]: índice de desempenho da saúde suplementar, Rio de Janeiro: **ANS**,2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans/RelatrioIDSS2021_rev5.pdf. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

ARACAJU. Prefeitura Municipal de Aracaju. **Relatório Final do Diagnóstico da Cidade de Aracaju.** Aracaju: Secretaria Municipal do Planejamento e Orçamento, 2014. Disponível em: https://ewsdata.rightsindevelopment.org/files/documents/11/IADB-BR-L1411_WbttEZe.pdf. Acessado em: 25 de novembro de 2021.

ARAGÃO, E. S.; FUNCIA, F. R. Austeridade fiscal e seus efeitos no Complexo Econômico-Industrial da Saúde no contexto da pandemia da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 9, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00100521. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

ARRAIS, T. A. et al. Celeiros da pobreza urbana: suplementação de renda e isolamento social em ambientes metropolitanos nos tempos pandêmicos. **Vigilância Sanitária em Debate,** v. 8, n. 3, p. 11-25. Disponível em: https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1609. Acessado em: 20 de janeiro de 2022.

ASAI, G.; CORRÊA, A. S. Economia brasileira em crise: perspectivas dos gastos governamentais e seus impactos no crescimento econômico e no bem-estar social pós-crise da Covid-19. **Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Regionais e Urbano,** 2020. Disponível em: https://brsa.org.br/wp-content/uploads/wpcf7-submissions/1552/EGC-restric%CC%A7a%CC%83o-de-consumo.pdf. Acessado em: 5 de março de 2021.

ATLAS BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**. 2013. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/. Acessado em: 04 de fevereiro de 2021.

AZEVEDO, N. L.; CAMPOS, M. M.; LIRA, R. A. Por que os conselhos não funcionam? Entraves federativos para a participação popular no Brasil. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 13, n. 02, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.17648/dilemas.v13n2.21870. Acessado em: 26 de janeiro de 2022.

BANAI, R. Pandemic and the planning of resilient cities and regions. **Cities,** v. 106, n. 102929, 2020. Disponível em: 10.1016/j.cities.2020.102929. Acessado em: 20 de novembro de 2021.

BARBON, J. Brasil completa 1 ano de colapso em Manaus com medo de nova crise. **Folha de São Paulo**, 12 de janeiro de 2022. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/01/brasil-completa-1-ano-de-colapso-em-manaus-com-medo-de-nova-crise.shtml. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

BARBOSA, A. C. et al. Plano Diretor Municipal: uma análise sobre a interlocução

existente entre o poder público e a sociedade. **Anais XVIII ENANPUR,** 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Daniele-Ornaghi-Sant-anna/publication/335276637_Plano_Diretor_Municipal_uma_analise_sobre_a_interlocucao_existente_entre_o_poder_publico_e_a_sociedade/links/5d5c375192851c37636e1ffd/Plano-Diretor-Municipal-uma-analise-sobre-a-interlocucao-existente-entre-o-poder-publico-e-a-sociedade.pdf. Acessado em: 26 de janeiro de 2022.

BARDDAL, F. M. E.; TORRES, R. L. Efetividade da participação cidadã nos conselhos municipais de Curitiba. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 12, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-3369.012.e20190045. Acessado em: 28 de janeiro de 2022.

BARRETO, I. C. H. C. et al. Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da Covid-19. **Saúde debate**, v. 45, n. 131, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113114I. Acessado em: 26 de janeiro de 2022.

BAYER, N. M.; URANGA, P. R. R.; FOCHEZATTO, A. Política Municipal de Saneamento Básico e a ocorrência de doenças nos municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Gestão Urbana,** v. 13, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-3369.013.e20190375. Acessado em: 12 de janeiro de 2022.

BAZANI, A. A. O. Legislativo municipal e políticas públicas**. Revista De Estudos Interdisciplinares**, v. 3, n. 2, 2021. Disponível em: https://ceeinter.com.br/ojs3/index.php/revistadeestudosinterdisciplinar/article/view/129. Acessado em 26 de janeiro de 2022.

BELÉM. Prefeitura Municipal de Belém. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde (PMS). Belém: 2017, 108p. Disponível em: https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Plano%20Municipal%20de%20Saude_2018-2021-%20SESMA%20BELEM-PA.pdf. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

BERNARDO, J. S.; ALMEIDA, F. M.; NASCIMENTO, A. C. C. (In)Eficiência Educacional sob a Perspectiva dos Gastos Públicos Desagregados. **Educação & Realidade**, v. 46, n. 1, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-6236105371. Acessado em: 20 de janeiro de 2022.

BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020. Acessado em: 16 de janeiro de 2022.

BIBRI, S. E.; KROGSTIE, J. Smart sustainable cities of the future: An extensive interdisciplinary literature review. **Sustainable Cities and Society**, v. 31, p. 183-212, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.scs.2017.02.016. Acessado em: 15 de outubro de 2021.

BORGES, L. M. M. Imposto sobre Propriedade: uma reflexão crítica do caso do Município de São Paulo e da Cidade de Nova Iorque. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 20, n. 3, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.22296/2317-1529.2018v20n3p570. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

BRASIL. Decreto n° 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União 2019; 11 abr. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - **DATASUS,** Informações de Saúde, Rede assistencial. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/. Acessado em: janeiro a março de 2021.

_____. Decreto n° 9.203, de 22 de novembro 2017.
Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União 2017, 22 nov. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm. Acessado em: 22 de outubro de 2021.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.

Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União 2015; 18 mar. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 6 set. 2021.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2016; 15 dez. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 6 set. 2021.

_____. Lei nº 14.017, de 29 de junho de 2020. Dispõe sobre ações emergenciais destinadas ao setor cultural a serem adotadas durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Diário Oficial da União 2020; 30 jun. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.017-de-29-de-junho-de-2020-264166628. Acesso em: 6 set. 2021.

_____. Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2012; 16 jan. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm. Acessado em: 6 set. 2021.

_____. Lei n° 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União 2000; 29 jan. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acessado em: 6 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro 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). Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete -do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017. Acessado em: 24 de novembro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acessado em: 21 de janeiro de 2022.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Diário Oficial da União 2019, 23 ago. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-212175346. Acessado em: 24 de novembro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de tenção Primária à Saúde. Painéis de indicadores da Atenção Primária à Saúde. 2020. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia. Acessado em: 25 de novembro de 2021.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____. Decreto-Lei nº 311, de 2 de março de 1938. Dispõe sobre a divisão territorial do país, e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, mar. 1938. Disponível em: https://bit.ly/2Kw76cV. Acesso em 10 dez. 2021.

BRASÍLIA. Governo de Brasília. Plano Distrital de Saúde (2016-2019). Brasília: 2016, 103p. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_I-1.pdf. Acessado em: 15 de dezembro de 2021.

BRITO, F.; HORTA, C. J. G.; AMARAL, E. F. L. A urbanização recente no Brasil e as aglomerações metropolitanas. **Open Science Framework Preprints**, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.31219/osf.io/84b92. Acessado em: 10 de janeiro de 2022.

BUCCI, M. E. D. et al. Arborização urbana como política de promoção de saúde e de planejamento urbano: um levantamento das capitais brasileiras. **Revista Brasileira de Gestão Ambiental e Sustentabilidade**, v. 8, n. 18, p. 725-738, 2021. Disponível em: 10.21438/rbgas(2021)081905. Acessado em: 10 de janeiro de 2022.

BUTA, B. O.; TEIXEIRA, M. A. C. Governança pública em três dimensões: conceitual, mensural e democrática. **Organizações & Sociedade,** v. 27, n. 94, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1984-9270941. Acessado em: 14 de outubro de 2021.

CAETANO, F.; ROSANELI, A. A paisagem no Plano Diretor Municipal: uma reflexão sobre sua referência na legislação urbanística dos municípios paranaenses. **EURE,** v**.** 45, n. 134, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612019000100193. Acessado em: 26 de janeiro de 2022.

CAMPOS, L. A.; BALLERINI, A. P.; GALHARDI, A. C. O conflito de agência nos conselhos municipais: uma análise à luz das transformações organizacionais. **Brazilian Journal of Development,** v. 7, n. 11, 2021. Disponível em: https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/39046. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

CÁRCABA, A. et al. How Does Good Governance Relate to Quality of Life? **Sustainability,** v. 9, n. 4, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.3390/su9040631. Acessado em: 12 de novembro de 2021.

CARLOS, E. Movimentos Sociais e Políticas Públicas: Consequências na Política Nacional de Direitos Humanos. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, v. 64, n. 4, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/dados.2021.64.4.248. Acessado em: 26 de janeiro de 2022.

CARLOS, E.; DOWBOR, M.; ALBUQUERQUE, M. C. Efeitos de movimentos sociais no ciclo de políticas públicas. **Caderno CRH**, v. 34, e021016, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.9771/ccrh.v34i0.33276. Acessado em 25 de janeiro de 2022.

CARVALHO, C.; FRIDMAN, F.; STRAUCH, J. Desigualdade, escala e políticas públicas: uma análise espacial dos equipamentos públicos nas favelas cariocas. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 11, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-3369.011.002.AO04. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

CASTRO, H. Reestruturação urbana global: análise de Porto Alegre - RS no novo modelo de cidade latino-americana. **Anais do XVI SIMPURB**, v. 1, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/simpurb2019/article/view/26635. Acessado em: 12 de janeiro de 2022.

CAVALCANTI, L. R. **Regiões Metropolitanas e Regiões Integradas de Desenvolvimento:** em busca de uma delimitação conceitual. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, 2020. Disponível: https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td273. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

CBIC – Câmara Brasileira da Indústria da Construção. Indicadores Imobiliários Nacionais. 1°, 2° e 3° trimestres de 2020. Disponível em: http://www.cbicdados.com.br/menu/mercado-imobiliario/indicadores-imobiliarios-nacionais. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Brasil gasta R$ 3,83 ao dia com a saúde de cada habitante. 17 de novembro de 2020. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2/. Acessado em: 15 de novembro de 2021.

CHAHAD, J. P. Z. O Mercado de Trabalho Brasileiro - 2012/2019: Retrospectiva e Perspectivas. **Temas de Economia Aplicada,** 2019. Disponível em: https://downloads.fipe.org.br/publicacoes/bif/bif468-7-22.pdf. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

CLP. Centro de Liderança Pública. **Ranking de Competitividade dos municípios**, 2021. Disponível em: https://conteudo.clp.org.br/ranking-de-competitividade-dos-municipios-2021-inscricao. Acessado em: janeiro a abril de 2021.

CNM – CONFEDEREÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Concentração dos recursos captados por meio do incentivo fiscal da lei Rouanet. Área Técnica de Cultura, 2018. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/ESTUDO%20T%C3%89CNICO%20CONCENTRA%C3%87%C3%83O%20INCENTIVO%20FISCAL%20ROUANET.pdf. Acessado em: 11 de janeiro de 2022.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acessado em: 2 outubro de 2020.

CoST. As governments redress gaps exposed by Covid-19, what role can infrastructure governance play? 2020. Disponível em: http://infrastructuretransparency.org/news/as-governments-redress-gaps-exposed-by-covid-19-what-role-can-infrastructure-governance-play/. Acessado em: 20 de novembro de 2021.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Coronavírus: como o sistema de saúde de Manaus chegou ao colapso. **COFEN**, 18 de janeiro de 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/coronavirus-como-o-sistema-de-saude-de-manaus-chegou-ao-colapso_84518.html. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

CREMEB – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. Salvador é a capital que menos investe em saúde, revela estudo. Salvador, 29 de fevereiro de 2016. Disponível em: https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/salvador-e-a-capital-brasileira-que-menos-investe-em-saude-revela-estudo/. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021. Acessado em: 20 de novembro de 2021.

CUNHA, E. N. L. Os conselhos municipais e a participação social na efetivação de políticas públicas. Congresso Paranaense de Assistentes Sociais: "O trabalho do/a Assistente Social em Tempos de Retrocessos: defesa de direitos e lutas emancipatórias. Paraná, 2019. Disponível em: https://cresspr.org.br/anais/sites/default/files/OS%20CONSELHOS%20MUNICIPAIS%20E%20A%20PARTICIPA%C3%87%C3%83O%20SOCIAL%20NA%20EFETIVA%C3%87%C3%83O%20DE%20POL%C3%8DTICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf. Acessado em: 24 de janeiro de 2022.

CUNHA, C. G. S. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. Estudos de Planejamento, n. 12, 2018. Disponível em: https://revistas.dee.spgg.rs.gov.br/index.php/estudos-planejamento/article/view/4298. Acessado em: 22 de janeiro de 2022.

DERNTL, M. F. O Plano Piloto e os planos regionais para Brasília entre fins da década de 1940 e início dos anos 60. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais,** v. 21, n. 1, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.22296/2317-1529.2019v21n1p26. Acessado em: 24 de janeiro de 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). 11 de novembro de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/carta-de-servicos-caps/. Acessado em: 12 de dezembro de 2021.

EPSTEIN, R. N. E. et al. Leveraging Arts for Justice, Equity, and Public Health: The Skywatchers Program and Its Implications for Community-Based Health Promotion Practice and Research. **Health Promot Pract,** v. 22, n. suppl 1, 2021. Disponível em: doi: 10.1177/1524839921996066. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo – ES. SECRETARIA DE SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023, Vitória, ES, 2019. 183p. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf. Acessado em: 25 de novembro de 2021.

FACHIN, Z. A.; PAGLIARINI, A. C. Movimentos sociais na Constituição Brasileira de 1988: a construção da democracia e dos direitos humanos. **Revista direitos humanos e democracia,** v. 6, n. 12, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.21527/2317-5389.2018.12.150-160. Acessado em: 26 de janeiro de 2022.

FARBOODI, M.; JAROSCH, G.; SHIMER, R. Internal and external effects of social distancing in a pandemic. NBER WORKING PAPER SERIES, 2020. Disponível em:

https://www.nber.org/system/files/working_papers/w27059/w27059.pdf. Acessado em: 10 de janeiro de 2022.

FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS BENEFICENTES, RELIGIOSOS E FILANTRÓPICOS DO RS. Fila por atendimento em saúde mental de Porto Alegre tem aumento de 40% em 12 meses. 05 de outubro de 2020. Disponível em: https://federacaors.org.br/fila-por-atendimento-em-saude-mental-de-porto-alegre-tem-aumento-de-40-em-12-meses/. Acessado em: 12 de janeiro de 2022.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis**, v. 30, n. 03, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300309. Acessado em: 14 de janeiro de 2022.

FERNANDES, G. A. A. L.; PEREIRA, B. L. S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo**. Revista de Administração Pública,** v. 54, n. 4, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-761220200290. Acessado em 15 de novembro de 2021.

FERREIRA, A. S.; NASCIMENTO, D. R. O custo da infraestrutura urbana um delineamento para o desenvolvimento de pequenos municípios. Seminário De Iniciação Científica E Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa E Extensão, e21702, 2019. Disponível em: https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/21702. Acessado em: 22 de novembro de 2021.

FICHEIRA, C. M. H.; HOLLANDA, H. H. O. B. Política Cultural por meio do incentivo fiscal, 26 anos de caminhada: retrato da captação global e setorial no campo das humanidades. **Políticas Culturais Em Revista**, v. 11, n. 1, p. 255–277. Disponível em: https://doi.org/10.9771/pcr.v11i1.25343. Acessado em: 12 de janeiro de 2022.

FIGUEIREDO, G. L. A. et al. Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25202017. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

FILHO, D. M. S. et al. Diversidade e desigualdades em tempos de mudanças climáticas: uma análise socioespacial de Belém. Amazônia Legal Urbana - Análise Socioespacial de Mudanças Climáticas, 2021. Disponível em: https://amazonialegalurbana.com.br/wp-content/uploads/2021/01/Paper-Belem-Projeto-Amazonia-Legal-Urbana.pdf. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

FILHO, L. A. S.; MAIA, A. G. Migração e condição de atividade no mercado de trabalho brasileiro. XVI Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328134886_MIGRACAO_E_CONDICAO_DE_ATIVIDADE_NO_MERCADO_DE_TRABALHO_BRASILEIRO. Acessado em: 24 de janeiro de 2022

FIOCRUZ. Covid-19: Quais as diferenças entre isolamento vertical, horizontal e lockdown? 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/pergunta/covid-19-quais-diferencas-entre-isolamento-vertical-horizontal-e-lockdown. Acessado em: 14 de novembro de 2021.

FIOCRUZ. Boletim observatório Covid-19: semanas epidemiológicas 12 e 13, 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021-semanas_12-13-ed.pdf. Acessado em: 14 de maio de 2021.

FIOCRUZ. Boletim observatório Covid-19: boletim extraordinário 06 de outubro de 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-outubro-06.pdf. Acessado em: 14 de janeiro de 2022.

FLORES, L. E. B.; TEIXEIRA, C. S. Cidades sustentáveis e cidades inteligentes: uma análise dos ranqueamentos Arcadis e European Smart Cities. **Revista Eletrônica do Alto Vale do Itajaí,** v. 6 n. 9, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.5965/2316419006092017068. Acessado em: 14 de outubro de 2021.

FMRP/USP. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. COVID-19 Brasil. Município de Rio Branco – Estado do Acre: monitoramento de novos casos confirmados de COVID-19. Disponível em: https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/riobranco-ac/. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

FNP – Frente Nacional de Prefeitos. Anuário Multicidades: Finanças dos munícipios do Brasil, ano 2015/2020. Disponível em: http://aequus.com.br/anuarios/multicidades_2020.pdf. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

FREITAS, C. M.; SILVA, I. V. M.; CIDADE, N. C. COVID-19 AS A GLOBAL DISASTER: Challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil. **Ambiente & Sociedade,** v. 23, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200115vu2020L3ID. Acessado em: 22 de novembro de 2022.

GARCIA, L. P. et al. O potencial de propagação da COVID-19 e a tomada de decisão governamental: uma análise retrospectiva em Florianópolis, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. 30, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720200091. Acessado em: 16 de janeiro de 2022.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate,** v. 42, n. 1, p. 81-99, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/0103-11042018S106. Acessado em: 13 de novembro de 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 1, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

G1. Crise do oxigênio: um mês após colapso em hospitais, Manaus ainda depende de doações do insumo. **G1**, Amazonas, 14 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/02/14/crise-do-oxigenio-um-mes-apos-colapso-em-hospitais-manaus-ainda-depende-de-doacoes-do-insumo.ghtml. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

GOIÂNIA. Prefeitura de Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Muncipal de Saúde 2018 a 2021. Goiânia: 2018. Disponível em: https://saude.goiania.go.gov.br/wp-uploads/sites/3/2021/04/Plano-Municipal-de-Saude-2018-a-2021.pdf. Acessado em: 15 de dezembro de 2021.

GOMES, R. K. et al. Educação e Saúde em uma Região em Situação de Vulnerabilidade Social: Avanços e Desafios Para as Políticas Públicas. **Interface** (Botucatu), vol. 22, n. suppl 1, 2018, pp. 1387–1398. Disponível em: https://rnp-

primo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/vsvpiv/TN_cdi_proquest_journals_2117841071. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019. Acessado em: 12 de outubro de 2021.

GOMES, N. D. C.; FILHO, P. C. R. A.; ARAÚJO, H. L. M. R. Relações tecnológicas imbricadas no contexto educacional da dança. **Ensino Em Perspectivas**, v. 2, n. 3, p. 1–11. Disponível em: https://revistas.uece.br/index.php/ensinoemperspectivas/article/view/6622. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

GOOGLE. Relatórios de mobilidade da comunidade, 2020. Disponível em: https://www.google.com.br/covid19/mobility/. Acessado em: 20 de janeiro de 2021.

GRENNAN, D. What Is a Pandemic? **JAMA**, v. 321, n. 9, 2019. Disponível em: 10.1001/jama.2019.0700. Acessado em: 12 de novembro de 2021.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 34, n. 5, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00110417. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

GUIMARÃES, J. C. F. Governance and quality of life in smart cities: Towards sustainable development goals. **Journal of Cleaner Production,** v. 253, n. 119926, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2019.119926. Acessado em: 20 de novembro de 2021.

HELLIWELL, J. et al. Empirical linkages between good governance and national well-being. **Journal of Comparative Economics,** v. 46, n. 4, p. 1332-1346, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jce.2018.01.004. Acessado em: 14 de novembro de 2021.

HELLEWELL, J. et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. **The Lancet,** v. 8, n. 4, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30074-7. Acessado em: 22 de janeiro de 2022.

IDA – INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION. **Special Theme: Governance and Institutions.** 51p. 2019. Disponível em: http://documents1.worldbank.org/curated/en/696731563778743629/pdf/IDA19-Second-Replenishment-Meeting-Special-Theme-Governance-and-Institutions.pdf. Acessado em: 14 de novembro de 2021.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 24, n. 4, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **– Regiões de Influência das Cidades - REGIC.** Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/redes-geograficas/15798-regioes-de-influencia-das-cidades.html?=&t=o-que-e. Acessado em: 10 de Junho de 2021.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça Cidades e Estados do Brasil**, 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/. Acessado em: 20 de fevereiro de 2021.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Recursos físicos e humanos da rede assistencial de saúde. 2019. Disponível em:

https://dadosgeociencias.ibge.gov.br/portal/apps/sites/#/saude. Acessado em: 20 de novembro de 2021.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **Sistema de Informações e Indicadores Culturais 2009-2020.** Rio de Janeiro: IBGE, 2021. n° 45, 16 p. Disponível em: https://static.poder360.com.br/2021/12/Sistema_informacoes_indicadores_culturais_2009-2020.pdf. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: primeiros resultados.** Rio de Janeiro: IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2019. Disponível em: Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf. Acessado em: 4 nov. 2021.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema de informações e indicadores culturais: 2007-2018** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro IBGE, 2019. 263 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101687.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2022.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Demografia das Empresas e Estatísticas de Empreendedorismo. Estudos e Pesquisas. Informação Econômica, n. 33. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos municípios brasileiros: 2019 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 90p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101770.pdf. Acessado em: 26 de janeiro de 2022.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores. 2015/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS. Museus em Números/Instituto Brasileiro de Museus Brasília: Instituto Brasileiro de Museus, v. 1, 240p, 2011. Disponível em: https://www.museus.gov.br/wp-content/uploads/2011/11/Museus_em_Numeros_Volume_1.pdf. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Censo Escolar,** 2018. Brasília: MEC, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-escolar. Acessado em: janeiro a março de 2021.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf. Acessado em: 4 nov. 2021.

JOÃO, B. N.; SOUZA, C. L.; SERRALVO, F. A. A systematic review of smart cities and the internet of things as a research topic. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 17, n. 4, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1679-395174442x. Acessado em: 20 de janeiro de 2022.

JONES, C. J.; PHILIPPON, T.; VENKATESWARAN, V. Optimal Mitigation Policies in a Pandemic: Social Distancing and Working from Home. **NBER Working Papers,** 26984, National Bureau of Economic Research, Inc., 2020. Disponível em:

https://www.nber.org/system/files/working_papers/w26984/w26984.pdf. Acessado em: 22 de novembro de 2021.

JUNIOR, D. F. C.; CABRAL, L. M. S. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. **Physis**, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300317. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

KANTAR. Centro-Oeste é a única região do Brasil a apresentar relação positiva entre renda e gastos dos domicílios. São Paulo, 6 de julho de 2021. Disponível em: https://www.kantar.com/brazil/inspiration/consumo/2021-domestic-view-centro-oeste. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

KERR, L. et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 2, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28642020. Acessado em: 25 de outubro de 2021.

KREIN, J. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. **Tempo social**, v. 30, n. 1, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.138082. Acessado em: 24 de janeiro de 2022.

LAI, K. Y. et al. The nature of cities and the Covid-19 pandemic. **Curr Opin Environ Sustain,** v. 46, p. 27–31, 2020. Disponível em: 10.1016/j.cosust.2020.08.008. Acessado em: 15 de novembro de 2021.

LAZZARETTI, K. et al. Cidades inteligentes: insights e contribuições das pesquisas brasileiras. **Revista Brasileira de Gestão Urbana,** v. 11, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-3369.011.001.e20190118. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

LEIGH-HUNT, N. et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. **Public Health,** v. 152, p. 157-171, 2017. Disponível em: 10.1016/j.puhe.2017.07.035. Acessado em: 22 de novembro de 2021.

LEMOS, D. S. Apontamentos sobre o pensamento de Bobbio a respeito do Estado. **Almanaque de Ciência Política**, v. 5, n. 1, p. 01-12, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/almanaque/article/view/33878/22690. Acessado em: 15 de janeiro de 2021.

LINO, I. R.; BRAZ, A. F. Cesta de consumo e inflação das famílias de baixa renda: um panorama da última década. **FGV Repositório Digital,** 2019. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/29164. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

LOPES, P. C. B.; PEREIRA, L. A. G. Análise Espacial do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) no Brasil**. XIV Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia.** Anais do XIV ENANPEGE. Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/77609>. Acesso em: 20 de janeiro de 2022.

LOURENÇO, M.; MOURA, E. Gasto federal com cultura cai 30%, e verbas municipais são quase metade do fomento. **Folha de São Paulo**, 07 de dezembro de 2021. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2021/12/gasto-federal-com-cultura-cai-30-e-verbas-municipais-sao-quase-metade-do-fomento.shtml. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em

Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021. SMS/DGPS/CGP. Maceió: 2017, 159p. Disponível em: https://maceio.al.gov.br/uploads/documentos/PLANO-MUNICIPAL-ATUALIZADO-EM-18-09-20181.pdf. Acessado em 15 de dezembro de 2021.

MANAUS. Prefeitura de Manaus. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde (2018-2021). Manaus: 2018. Disponível em: https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-de-Manaus-2018-2021.pdf. Acessado em 15 de dezembro de 2021.

MANAUSCULT. Prefeitura de Manaus. Disponível em: https://manauscult.manaus.am.gov.br/. Acessado em: 12 de janeiro de 2022.

MARCONATO, M.; COELHO, M. H. O IDHM dos municípios brasileiros sob a perspectiva da análise exploratória de dados espaciais. **Economia & Região**, v. 7, n. 2, 2019. Disponível em: https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ecoreg/article/view/33236. Acessado em: 15 de outubro de 2021.

MARICATO, E.; COLOSSO, P.; COMARÚ, F. A. Um projeto para as cidades brasileiras e o lugar da saúde pública. **Saúde Debate,** v. 42, n. spe3, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S315. Acessado em: 16 de setembro de 2021.

MARKEL, H. et al. Nonpharmaceutical Interventions Implemented by US Cities During the 1918-1919 Influenza Pandemic. **JAMA,** v. 298, n. 6, p. 644-654, 2007. Disponível: doi:10.1001/jama.298.6.644. Acessado em: 20 de janeiro de 2022.

MEDEIROS, V.; OLIVEIRA, A. M. H. C. O acesso à infraestrutura e a pobreza no Brasil: uma investigação empírica. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 58, n. 2, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-9479.2020.200520. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

MENDES, C. C. Equalização Fiscal no Brasil: distorções e proposta para o caso dos estados. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 30, 2021. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10935/1/bapi_30_equalizacao_fiscal.pdf. Acessado em: 20 de setembro de 2021.

MORAES, R. F. COVID-19 e medidas legais de distanciamento social: tipologia de políticas estaduais e análise do período de 13 a 26 de abril de 2020. In: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, n. 18, 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10076/1/NT_18_Dinte_Covid_19%20e%20Medidas%20Legais_13%20a%2026%20abril%202020.pdf. Acessado em: 16 de janeiro de 2022.

MORAES, R. F. A Segunda onda da pandemia (mas não do distanciamento físico): covid-19 e políticas de distanciamento social dos governos estaduais no Brasil. In: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, n. 31, 18p. 2021. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10442/1/NT_31_Dinte_ASegundaOndadaPandemia.pdf. Acessado em: 16 de janeiro de 2022.

MORAIS, G. K. O. et al. Relação entre gasto público em educação e desempenho educacional: uma análise dos municípios do nordeste. **Revista de Economia Regional Urbana do Trabalho,** v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: https://ojs.ccsa.ufrn.br/index.php/rerut/article/view/1014. Acessado em: 15 de dezembro de 2022.

MORAIS, L. M. F.; QUEIROZ, D. B. Fatores políticos e a eficiência dos gastos públicos com educação e saúde: um estudo nos municípios brasileiros. **XIV Congresso anpcont**, 2020.

Disponível em: https://anpcont.org.br/pdf/2020_CSP381.pdf. Acessado em: 20 de janeiro de 2022.

MORAIS, L. P.; NUNES, S. Q. Distribuição espacial da migração interestadual qualificada no Brasil. **Sociedade e Território,** v. 32, n. 2, p. 126–149. Disponível em: file:///C:/Users/Janaina/Desktop/Artigos%20para%20publica%C3%A7%C3%A3o/Jaque%20revis%C3%A3o/21806-Texto%20do%20artigo-78483-1-10-20210228.pdf. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

MORENS, D. M. et al. Pandemic COVID-19 Joins History's Pandemic Legion. **ASM Journals**, v. 11, n. 3, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1128/mBio.00812-20. Acessado em: 25 de novembro de 2022.

MORENO, G. C. L.; HEINZ, D.; HEIN, N. Investimento em saneamento básico e a melhoria das condições de saúde das capitais estaduais brasileiras. **Revista de Políticas Públicas,** v. 25, n. 2, 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v25n2p 908-920. Acessado em: 14 de janeiro de 2022.

MOTA e SOUZA, M. C.; FILHO, J. E. B. O efeito do gasto público na qualidade da educação fundamental nas capitais brasileiras: um estudo baseado no indicador de qualidade educacional responsável (IQER-2006/2013). **Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade,** v. 8, n. 2, 2018. Disponível em: 10.18028/rgfc.v8i2.5399. Acessado em: 20 de janeiro de 2022.

NITAHARA, A. IBGE: desocupação no 1º trimestre foi puxada por Norte e Nordeste. **Agência Brasil,** 27 de maio de 2021. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-05/ibge-desocupacao-no-1o-trimestre-foi-puxada-por-norte-e-nordeste. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

NIU, Y; XU, F. Deciphering the power of isolation in controlling COVID-19 outbreaks. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 4, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30085-1. Acessado em: 22 de janeiro de 2022.

NUNES, C. R.; BORJA, P. C. Estimativas de investimentos em planos municipais de saneamento básico: uma análise crítica. **Revista Eletrônica De Gestão E Tecnologias Ambientais**, v. 7, n. 1, p. 122–137. Disponível em: https://doi.org/10.9771/gesta.v7i1.29432. Acessado em: 19 de janeiro de 2022.

OECD. **Education at a Glance 2018:** OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/eag-2018-en. Acessado em: 20 de janeiro de 2022.

OECD. **Good Governance for Critical Infrastructure Resilience**, OECD Reviews of Risk Management Policies, OECD Publishing, Paris, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1787/02f0e5a0-en. Acessado em: 22 de novembro de 2021.

OLIVEIRA, J. V.; COSTA, M. C. L. Expansão urbana de boa vista (rr) e os reflexos Sobre a desigualdade socioespacial. **Geosaberes,** v. 9, n. 18, p. 1-18, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/55705/1/2018_art_jvdoliveira.pdf. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

OLIVEIRA, H. A. et al. Impacto financeiro das ações de medicina preventiva no sistema de saúde. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 36, n. 3, p. 57-61, 2021. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20211106_132714.pdf. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **COVID-19 Strategic Preparedness and Response (SPRP) Monitoring and Evaluation Framework**. Geneva: WHO, 2020.

PAIVA, C. M. S. Arborização e conforto térmico no espaço urbano. **UNIFACIG**, 2021. Disponível em: http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriotcc/article/view/3143. Acessado em: 12 de janeiro de 2022.

PALMAS. Prefeitura Municipal de Palmas. Departamento de Saúde. Plano Municipal de Saúde (2018-2021). Palmas: 2017, 74p. Disponível em: https://pmp.pr.gov.br/website/assets/arquivos/transparencia/plano2018-2021Saude.pdf. Acessado em: 10 de janeiro de 2022

PALMAS. Lei n° 2.238 de 19 de janeiro de 2016. Institui o Plano Municipal de Educação de Palmas e dá outras providências. Palmas: 2016, 45p. Disponível em: https://legislativo.palmas.to.gov.br/media/leis/lei-ordinaria-2.238-2016-01-19-16-5-2019-16-39-25.pdf. Acessado em: 20 de janeiro de 2022

PAN, A. et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. **JAMA,** v. 323, n. 19, p. 1915-1923, 2020. Disponível em: 10.1001/jama.2020.6130. Acessado em: 25 de novembro de 2021.

PEREIRA, A. et al. Equilíbrio fiscal em tempos de pandemia estudo nas capitais das unidades federativas do Brasil. **Revista Controle: Doutrinas e artigos**, v. 19, n. 2, p. 15-41, 2021. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8100097#. Acessado em 26 de janeiro de 2022.

PEREIRA, A. K.; OLIVEIRA, M. S.; SAMPAIO, T. S. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-761220200323. Acessado em: 14 de janeiro de 2022.

PERES, U. D.; SANTOS, F. P. GASTO PÚBLICO E DESIGUALDADE SOCIAL O orçamento do governo federal brasileiro entre 1995 e 2016. **Revista Brasileira de Ciências Sociais,** v. 35, n. 103, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/3510307/2020. Acessado em: 11 de janeiro de 2022.

PERONI, V. M. V. Múltiplas formas de Materialização do privado na Educação básica pública no brasil: sujeitos e conteúdo da proposta. **Currículo sem Fronteiras**, v. 18, n. 1, p. 212-238, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325766733. Acessado em: 24 de janeiro de 2022.

PIRES, T. M. O poder constituinte decorrente no Brasil: entre a Constituição e o Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, ano 18, n. 71, 2018. Disponível em: DOI: 10.21056/aec.v18i71.872. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

PIRES, J. S. M.; CARNUT, L. C.; MENDES, A. Saúde suplementar no Brasil pela economia da saúde: a persistência do pensamento econômico neoclássico. **J Manag Prim Health Care**, v. 13, n. e021, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1177. Acessado em 25 de janeiro de 2022.

PNDU – POLÍTICA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO URBANO. Bases para a atualização colaborativa da Agenda Nacional de Desenvolvimento Urbano Sustentável, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/desenvolvimento-urbano/politica-

nacional-de-desenvolvimento-urbano/PNDU_TextoBase.pdf. Acessado em: 25 de novembro de 2021.

POMPEU, G. V. M.; MATOS, L. G. Os custos do bem-estar social: como fechar a conta no ordenamento socioeconômico brasileiro?. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 21, n. 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.18759/rdgf.v21i1.1675. Acessado em: 14 de março de 2021.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. Controladoria Geral da União. Recursos Transferidos para combate à pandemia (COVID19). 2022. Disponível em: https://www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus/transferencias?ordenarPor=mesAno&direcao=desc. Acessado em: 5 de fevereiro de 2022.

PORTO ALEGRE. Prefeitura de Porto Alegre. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Porto Alegre, 2013. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf. Acessado em: 15 de dezembro de 2021.

PORTO ALEGRE. Prefeitura de Porto Alegre. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Porto Alegre, 2017. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf. Acessado em: 15 de dezembro de 2021.

PREFEITURA DE PALMAS. Com 100% de cobertura na Atenção Básica, Palmas serve de exemplo para ampliação da cobertura em Manaus. 2017. Disponível em: https://www.palmas.to.gov.br/portal/noticias/com-100-de-cobertura-na-atencao-basica-palmas-serve-de-exemplo-para-ampliacao-da-cobertura-em-manaus/4229/. Acessado em 25 de janeiro de 2022.

PREFEITURA DE PORTO VELHO. Portal da Transparência. Painel COVID-19 Porto Velho – Indicadores. Disponível em: https://transparencia.portovelho.ro.gov.br/covid19. Acessado em: 17 de janeiro de 2022.

PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS. Primeira oficina para cidades signatárias da gestão 2021-2024. **Indicadores**, 2021. Disponível em: https://www.cidadessustentaveis.org.br/indicadores. Acessado em: janeiro a abril de 2021.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 35, n. 4, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118. Acessado em: 20 de dezembro de 2021.

RECIFE. Prefeitura do Recife. Plano Plurianual (2018-2021), v. I e II, 260p, 2017. Disponível em: http://transparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/Plurianual%20de%202018%20at%C3%A9%202021_4b2081a4736acbc492c55ca92c4badf9.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2022.

RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acessado em: 15 de dezembro de 2021.

REZENDE, N. R. C.; ARRAIS, G. S. Iniciativa popular no processo legislativo: como a Constituição Cidadã autoriza a participação da sociedade na elaboração de nossas leis. **Ab**

Origine – Cesut em Revista, v. 1, n. 26, 2018. Disponível em: https://indexiscdn.nyc3.cdn.digitaloceanspaces.com/sites/cesut.edu.br/uploads/2019/04/05162839/13-Iniciativa-popular-no-processo-legislativo-como-a-Constituicao-cidada-autoriza-a-participacao-da-sociedade-na-elaboracao-de-nossas-leis.pdf. Acessado em: 10 de fevereiro de 2022.

REZENDE, M. F.; GONÇALVES, C. L. As interações entre iniquidades de gênero e a inefetividade dos direitos sociais em tempos de austeridade. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, v. 10, n. 2, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/recp.v10i2.70424. Acessado em: 26 de janeiro de 2022.

Ribeiro, P. J. G., Gonçalvez, L. A. P. J. (2019) Urban resilience: A conceptual framework. In: **Sustainable Cities and Society** journal homepage: www.elsevier.com/locate/scs. 2019. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

ROCHA, M. F.; NUCCI, J. C. Índices de vegetação e competitividade entre cidades. **GEOUSP Espaço e Tempo (Online**), v. 22, n. 3, p. 641-655, 2018. Disponível em: 10.11606/issn.2179-0892.geousp.2018.133554. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

ROSSI, T. R. A. et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 24, n. 12, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25582019. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

ROTTA, E.; REIS, C. N. As Práticas do Desenvolvimentismo Brasileiro: Plano de Metas e Programa de Aceleração do Crescimento. **Textos & Contextos**, v. 17, n. 1, p. 151 - 166, 2018. Disponível em: 10.15448/1677-9509.2018.1.31223. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG) Plano Municipal de Saúde (2018-2021). Salvador: 2018. 230p. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf. Acessado em 15 de janeiro de 2022.

SANTIN, V. F. Serviço Público e Direitos Humanos. **Revista Paradigma,** v. 28, n. 2, 2019. Disponível em: https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1332. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

SANTOS, A. M. S. P. Política urbana no brasil: a difícil regulação de uma urbanização periférica. **GEOUERJ**, n. 36, e47268, 2020. Disponível em:10.12957/geouerj.2020.47268. Acessado em: 18 de janeiro de 2022.

SANTOS, F. P.; DAVEL, E. P. B. Gestão de Equipamentos Culturais e Identidade Territorial: Potencialidades e Desafios, 2017. Disponível em: http://anpur.org.br/xviienanpur/principal/publicacoes/XVII.ENANPUR_Anais/ST_Sessoes_Tematicas/ST%206/ST%206.5/ST%206.5-01.pdf. Acessado em: 20 de janeiro de 2022.

SANTOS, M. H. S.; TERENCE, A. C. F. Os conselhos municipais de políticas públicas como canais de participação social: entraves e avanços. **Espacios Públicos,** v. 22, n. 54, p.139-158. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67668438008. Acessado em: 10 de dezembro de 2021.

SECRETARIA DE CULTURA E ECONOMIA CRIATIVA. Governo do Estado Amazonas. Disponível em: https://cultura.am.gov.br/portal/. Acessado em: 12 de janeiro de 2022.

SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 26, n. suppl 2, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.04572020. Acessado em: 22 de janeiro de 2022.

SHARIFI, A.; KHAVARIAN-GARMSIR, A. R. The COVID-19 pandemic: Impacts on cities and major lessons for urban planning, design, and management. **Science of The Total Environment,** v. 749, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.142391. Acessado em: 15 de outubro de 2021.

SHARMA, A.; BORAH, S. B.; MOSES, A. C. Responses to COVID-19: The role of governance, healthcare infrastructure, and learning from past pandemics. **Journal of Business Research,** v. 122, p. 597-607. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.09.011. Acessado em: 05 de janeiro de 2022.

SHIKIDA, P. F. A.; MANTOVANI, G. G.; GOMES, M. R. Diferença salarial entre trabalhadores na cultura da cana-de-açúcar: uma análise para as regiões centro-sul e norte-nordeste. Área 3: Economia Regional e Urbana, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Magno-Gomes-3/publication/334371496_WAGE_GAP_BETWEEN_WORKERS_IN_THE_SUGARCANE_CULTURE_AN_ANALYSIS_FOR_THE_CENTRAL-SOUTH_AND_NORTH-NORTHEAST_REGIONS/links/5d33458ba6fdcc370a51b5bc/WAGE-GAP-BETWEEN-WORKERS-IN-THE-SUGARCANE-CULTURE-AN-ANALYSIS-FOR-THE-CENTRAL-SOUTH-AND-NORTH-NORTHEAST-REGIONS.pdf. Acessado em: 15 de dezembro de 2021.

SICONFI, Tesouro Nacional. Area Publica. **Contas Anuais 2015-2020**. Disponível em: https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/consulta_finbra/finbra_list.jsf. Acessado em: janeiro a março de 2021.

SILVA, Francisco Felipe. et al. Fatores explicativos da eficiência econômica do gasto público com saúde das capitais brasileiras. **Revista Científica Hermes**, v. 27, p. 208-227, 2020. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/4776/477665801003/html/. Acessado em: 31 de janeiro 2022.

SILVA, J. J.; BRUNO, M. A. P.; SILVA, D. B. N. Pobreza multidimensional no Brasil: uma análise do período 2004-2015. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 40, n. 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0101-31572020-2924. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

SILVA, Francisco Felipe da. et al. Fatores explicativos da eficiência econômica do gasto público com saúde das capitais brasileiras**. Revista Científica Hermes**, v. 27, p. 208-227, 2020. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/4776/477665801003/html/. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

SILVA, Lara Lívia Santos. et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00185020. Acessado em: 18 de janeiro de 2022.

SILVA, P. V. M.; PEREIRA, V. S.; PINTO, M. B. Crise do capital e do estado, crescimento do contingente supérfluo da força de trabalho nas cidades e os dilemas contemporâneos do serviço social: notas introdutórias. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 16, n. 1, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22074. Acessado em: 14 de janeiro de 2022.

SILVA, F. A. B.; ZIVIANI, P.; MACHADO, C. R. Orçamento Cultural para quê? Pacto Federativo e fortalecimento do Sistema Nacional de Cultura. Rio de Janeiro: **IPEA**, 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10341/2/td_2616.pdf. Acessado em: 14 de janeiro de 2022.

SILVEIRA, J. P. M.; ZONTA, R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **APS em Revista,** v. 2, n. 2, p. 91-96, 2020. Disponível em: 10.14295/aps.v2i2.122. Acessado em: 26 de janeiro de 2022.

SISAPS. **Painéis de Indicadores** – Atenção Primária à Saúde. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia. Acessado em: janeiro a março de 2021.

SISTEMA FIRJAN. IFGF 2017: Índice Firjan de Gestão Fiscal (Ano-base 2020) – Anexo metodológico. Rio de Janeiro: Sistema Firjan, 2021c. Disponível em: https://www.firjan.com.br/ifgf/consulta-ao-indice/consulta-ao-indice-grafico.htm?UF=BA&IdCidade=292740&Indicador=1&Ano=2020. Acessado em: 31 de janeiro 2022.

SPERANDIO, A. M. G.; FILHO, L. L. F.; MATTOS, T. P. Políticas de promoção da saúde e planejamento urbano: promoção para o desenvolvimento da cidade saudável. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 21, n. 6, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.10812016. Acessado em: 20 de outubro de 2021.

SPOSATI, A. O. COVID-19 Revela a Desigualdade de Condições da Vida dos Brasileiros. **NAU Social**, v. 11, n. 20, p. 101–103. Disponível em: https://doi.org/10.9771/ns.v11i20.36533. Acessado em: 15 de outubro de 2021.

SONOBE, A. K.; PINTO, J. M. R.; RIBEIRO, J. M. C. Análise da evolução dos gastos por aluno em alguns estados brasileiros, suas respectivas capitais e sua relação com o FUNDEB. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.21573/vol34n22018.86366. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

SOUSA, M. G. et al. Uma análise da eficiência dos gastos públicos com educação nos municípios do Estado do Amazonas no período de 2013 a 2017. **Revista Ambiente Contábil,** v. 13, n. 1, p. 222-243, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.21680/2176-9036.2021v13n1ID19526. Acessado em: 20 de janeiro de 2022.

SOUZA, S. M. C. O Estado e suas regionalizações: uma reflexão a partir da região integrada de desenvolvimento do Distrito Federal e entorno (Ride-DF). **GEOgraphia**, v. 22, n. 48, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2020.v22i48.a36020. Acessado em 18 de janeiro de 2022.

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923 Distrito Federal, 14 de abril de 2015. Documento assinado digitalmente conforme MP n° 2.200-2/2001 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. Disponível em: http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/ sob o número 8401031. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

SULPINO, F. V. et al. Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Repositório Institucional da Fiocruz, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26808. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

TERESINA. Prefeitura Municipal de Teresina. Fundação Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde (2018-2021). Teresina: 2017, 89p. Disponível em:

http://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/sites/39/2018/05/PMS-2018-2021-Vers%C3%A3o-final.pdf . Acessado em: 10 de janeiro de 2022

TERESINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Educação. Plano Municipal de Educação (2015-2025). Teresina: 2015, 128p. Disponível em: http://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/sites/39/2018/05/Plano-Municipal-de-Educa%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acessado em: 20 de janeiro de 2022

TIMASHEV, S. A. Resilient Urban Infrastructures – Basics of Smart Sustainable Cities. **IOP Conf. Series:** Materials Science and Engineering, 262, 2017. Disponível em: doi:10.1088/1757-899X/262/1/012197. Acessado em: 10 de outubro de 2021.

TRIPODE, Z. F.; DELGADO, V. M. S.; RODRIGUES, E. C. Permeabilidade estatal e atores privados na oferta da educação infantil: o que dizem os Planos Municipais de Educação (2014-2024)? **Revista Brasileira de Educação**, v. 23, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-24782018230064. Acessado em: 22 de janeiro de 2022.

VARELA, P. S.; MARTINS, G. A.; FÁVERO, L. P. L. Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. **Revista de Administração,** v. 47, n. 4, p. 624-637, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.5700/rausp1063. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

VENTURA, K. S.; ALBUQUERQUE, L. R. Avaliação de planos de saneamento básico em municípios do sudeste Brasileiro**. Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades**, v. 8, n. 56, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.17271/2318847285620202088. Acessado em: 20 de janeiro de 2022.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde Debate,** v. 42, n. spe4, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414. Acessado em: 12 de setembro de 2021.

VIDIGAL, A. S.; MOTTA, M. C. C. Políticas públicas de atendimento à saúde básica e o discurso conservador no Brasil: do programa "Mais Médicos" à pandemia de COVID-19. **Revista sobre acesso à justiça e direitos nas Américas,** v. 4, n. 3, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/abya/article/view/32890/28712. Acessado em: 21 de dezembro de 2021.

WALKER, P. G. T. et al. The impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression in low- and middle-income countries. **Science,** v. 369, n. 6502, 2020. Disponível em: DOI: 10.1126/science.abc0035. Acessado em: 20 de novembro de 2021.

XAVIER, A. B. S.; PEIXOTO, V. M.; LINHARES, M. R. Financiamento público e qualidade da educação: uma análise do gasto municipal em educação e do índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB). **Revista Eletrônica de Ciências Sociais,** n. 28, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.34019/1981-2140.2018.17475. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

XIMENES, R. A. A. et al. Covid-19 no nordeste do Brasil: entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.39422020. Acessado em: 15 de janeiro de 2022.

YIGITCANLARA, T. et al. Can cities become smart without being sustainable? A systematic review of the literature. **Sustainable Cities and Society**, v. 45, p. 348-365, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.scs.2018.11.033. Acessado em: 20 de novembro de 2021.