

9_estrutura,_desenvolvimento_ e_resultados_no_estado_do_Ce ar.pdf

de revista artigo115

Data de envio: 27-jun-2025 10:18AM (UTC-0700)

Identificação do Envio: 2706953638

Nome do arquivo: 9_estrutura,_desenvolvimento_e_resultados_no_estado_do_Cear.pdf (549.89K)

Contagem de palavras: 9266

Contagem de caracteres: 52211

Construção de consenso e a gestão da pandemia de covid-19: estrutura, desenvolvimento e resultados no Estado do Ceará

Consensus building and the management of the covid-19 pandemic: structure, development and results in the State of Ceará

Alessander Wilckson Cabral Sales*

Resumo

A gestão adequada dos conflitos gerados pela crise sanitária de covid-19 demanda a elaboração de políticas públicas de controle que, limitantes de direitos individuais, diminuam a disseminação viral e os óbitos decorrentes. Esses conflitos são complexos e, no Brasil, ante a falta de coordenação entre os diversos níveis de governo em razão de extrema polarização político-ideológica, governadores e prefeitos assumiram a posição de principais gestores da crise. No estado do Ceará, uma escolha política submeteu o processo decisório de formulação dessas políticas ao método de construção de consenso, horizontalizando e democratizando a gestão dos conflitos. O artigo descreve e analisa o desenvolvimento e resultados da estrutura gerencial da crise, informada pela autocomposição de conflitos multilaterais complexos, evidenciando sua aptidão para reduzir litigiosidade e, como consequência, produzir resultados mais satisfatórios para a diminuição dos impactos da pandemia.

Palavras-chave: Construção de consenso. Conflitos complexos. Pandemia. Gestão adequada.

Abstract

The proper management of conflicts generated by the Covid-19 health crisis requires the development of public control policies that, limiting individual rights, reduce viral spread and the resulting deaths. These conflicts are complex and, in Brazil, given the lack of coordination between the different levels of government due to extreme political-ideological polarization, governors and mayors assumed the position of main crisis managers. In the state of Ceará, a political choice submitted the decision-making process of formulating these policies to the consensus building method, horizontalizing and democratizing the management of conflicts. The article describes and analyzes the development and results of the crisis management structure, informed by the self-composition of complex multilateral conflicts, evidencing its ability to reduce litigation and, as a consequence, produce more satisfactory results for the reduction of the impacts of the pandemic.



Keywords: Consensus building. Complex conflicts. Pandemic. Proper management.

1 Introdução

Este artigo examina a eficiência da utilização do método de construção de consenso como instrumento adequado de gestão de conflitos complexos decorrentes da pandemia de covid-19, bem como seus diversos reflexos no estado do Ceará.

O que investiga é se a busca de consensos, a partir de evidências científicas, produz decisões políticas mais legítimas, com melhor grau de compreensão e aceitabilidade e de maior eficiência, resultando na obtenção de resultados mais positivos nos índices de contágios e mortes da população afetada pela doença.

A descrição dos conflitos gerados durante a pandemia, as diversas visões sobre as medidas de gestão, a aferição da relação de adequação dessas medidas para o momento específico em que foram adotadas, o diálogo franco e aberto com instituições públicas e privadas – incluindo diferentes representantes da sociedade civil –, o

*   Doutor em Desenvolvimento e Meio Ambiente (Universidade Federal do Ceará/2017). Mestre em Direito Constitucional (Universidade de Fortaleza/2005). Graduado em Direito (Universidade Federal do Ceará/1995) Professor dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Direito, lato e stricto sensu (Mestrado Profissional em Direito e Gestão de Conflitos), da Universidade de Fortaleza. Procurador da República (1995). Representante do MPF no Comitê Estadual e observador do Grupo de Enfrentamento à Covid do Estado do Ceará. E-mail: alessandersales@hotmail.com

compartilhamento das informações de forma transparente, a busca permanente pela superação de visões divergentes – com foco na elaboração de convergências possíveis – materializam, na prática, a utilização de técnicas de gestão autocompositivas de conflitos complexos que foram consolidadas, na conformação do método de construção de consenso, como uma escolha política de enfrentamento da crise sanitária atual no estado do Ceará.

A construção de consenso, em suas principais estruturas procedimentais, mostra sua adequação, com resultados mais eficientes, aos conflitos coletivos que exigem, para a sua gestão, a elaboração de políticas públicas. Assumindo como correto esse pressuposto teórico, a análise inicia-se pelas estruturas de gestão da crise sanitária e sua operacionalização para, ao chegar aos conflitos gerados e suas complexidades, definir se a escolha política do uso da construção de consenso propiciou maior eficiência na preservação da saúde da população e evitou ou diminuiu a litigiosidade quanto às medidas mais restritivas impostas por políticas públicas necessárias ao enfrentamento da crise.

A experiência de gestão de conflitos descrita nesse artigo é inédita no Brasil, podendo servir de modelo para sua utilização futura em outras situações que exijam, para sua adequada gestão, a formulação de políticas públicas como método de superação de conflitos complexos.

Não se trata, no entanto, de uma experiência terminada. No momento de finalização desse artigo, o Brasil encerrava o enfrentamento de uma terceira onda de novas infecções pela variante ômicron do vírus causador da covid-19, demandando a manutenção da utilização desses mecanismos como ferramenta essencial de gerenciamento, por monitoramento, dos novos conflitos surgidos em face da não superação completa da pandemia. O que é aqui abordado constitui, portanto, uma forma inédita de gestão de conflitos ainda em concretização, demandando constante aperfeiçoamento. Embora o procedimento desenvolvido detenha potencial de agregar ganhos de eficiência, continua a ser desafiado pelas mudanças ocasionadas por novas mutações virais e os conflitos gerados para sua contenção.

2 A pandemia de covid-19 e seus efeitos no estado do Ceará

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, declarou situação de pandemia de covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), tendo a doença se espalhado por diversos continentes com transmissão sustentada entre humanos. No Brasil, o primeiro caso detectado de covid-19 ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo. No estado do Ceará os três primeiros casos foram confirmados em 17 de março de 2020.

A série histórica de casos de covid-19 no estado do Ceará retratada no sistema Integrasus¹ da Secretaria Estadual de Saúde mostra que: 1) desde o início da detecção dos primeiros casos o estado já atravessou duas ondas da pandemia, estando ainda enfrentando consequências de uma terceira onda; 2) a primeira entre os meses de março e agosto de 2020; e a segunda entre os meses janeiro e julho de 2021; 3) a terceira onda iniciou-se no mês de dezembro de 2021; 4) até a data de elaboração deste artigo, foram oficialmente reconhecidos como ocorridos mais de 980 mil casos; 5) oficialmente foram reconhecidos mais de 25.900 óbitos.

Por diversos fatores, mas principalmente por possuir um dos maiores centros de conexões de aeronaves internacionais do país em sua capital, a cidade de Fortaleza, o estado do Ceará teve, desde o começo da pandemia no Brasil, um elevado índice de contaminação por covid-19 e, nas ondas que enfrentou da doença, um número também elevado de óbitos, considerando a relação per capita desses indicadores².

A disseminação de diversas modalidades virais resultantes de mutações do vírus ancestral da covid-19 no estado do Ceará se verificou de forma rápida, alcançou todo seu território e ocasionou duas ondas já consolidadas da pandemia, com esgotamento dos recursos assistenciais disponíveis na rede pública e privada de saúde e um número significativo de infectados e de óbitos. Essa situação repetiu-se, com razoável uniformidade, em todo o país passando a constituir o maior problema de saúde pública já vivenciado no Brasil.

¹ Dados extraídos da plataforma digital oficial Integrasus da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Disponível em: <<https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara>> Acesso em: 20 jan 2022

² Em 20/01/2022 o estado do Ceará ocupava a 17ª posição em números de casos e a 14ª posição em óbitos por covid, dentre as unidades federativas, considerando a relação desses indicadores por 100.000 habitantes (CONGRESSO EM FOCO, 2022).

1
Pela gravidade da situação, foi criado um sistema de gestão da crise capaz de formular políticas públicas que mitigassem a velocidade da disseminação viral e dotasse a população de condições assistenciais satisfatória para a prestação dos serviços de saúde necessários capazes de evitar, dentro do possível, uma elevação descontrolada dos óbitos. Dada a urgência da resposta a ser construída, a estrutura de gestão da crise, edificada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), pressupunha a necessária cooperação entre as entidades federativas e a coordenação nacional do Ministério da Saúde.

3 O sistema de gestão da pandemia no Brasil

Em 07 de fevereiro de 2020, foi publicada a Lei nº 13.979, dispondo sobre "as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019". Criou-se um sistema de gestão da crise que estabelecia como autoridade sanitária nacional o Ministério da Saúde, órgão incumbido de coordenar as ações de controle da pandemia e fixar as diretrizes de atuação dos demais entes federativos em uma perspectiva de atuação conjunta e harmônica, como estabelecem os ditames de repartição constitucional de competências comuns em matéria de saúde.

No entanto, em que pese uma primeira tentativa organizacional coordenada pelo Ministério da Saúde, as diretrizes de elaboração de um plano nacional de enfrentamento conjunto da pandemia restaram inviabilizadas por atuações divergentes entre os diversos e concorrentes atores políticos principais, restando prejudicada a coordenação nacional do enfrentamento à crise que, naquele momento, já mostrava sua gravidade no mundo.

Sem as normas gerais de coordenação da atuação administrativa comum de enfrentamento da crise, restou aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o dever da condução do controle dos efeitos da pandemia em seus respectivos territórios, através da ação de governadores e prefeitos.

A Lei nº 13.979/2020 (BRASIL, 2020a) criou os seguintes instrumentos de atuação para o controle da pandemia: I - isolamento; II - quarentena; III - determinação de realização compulsória de a) exames médicos; b) testes laboratoriais; c) coleta de amostras clínicas; d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou e) tratamentos médicos específicos; IV - estudo ou investigação epidemiológica; V - exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; VI - restrição excepcional e temporária de entrada e saída do país, conforme recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por rodovias, portos ou aeroportos; VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e VIII - autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa, desde que: a) registrados por autoridade sanitária estrangeira; e b) previstos em ato do Ministério da Saúde.

Após a edição da Lei nº 13.979/2020 (BRASIL, 2020a), o Presidente da República promoveu uma alteração, pela Medida Provisória nº 926/2020 (BRASIL, 2020b), de alguns dispositivos submetendo ao seu controle exclusivo a adoção das medidas de isolamento, quarentena e restrição de locomoção. Referida alteração gerou uma provocação ao Supremo Tribunal Federal sob alegação de inconstitucionalidade formal (alteração de normas gerais de competência comum, matéria de Lei Complementar por Medida Provisória) e material (esvaziamento das competências dos Estados, Distrito Federal e municípios), tendo o Plenário do Supremo Tribunal Federal³, ao final, referendado a decisão cautelar do relator, fixado os seguintes contornos de atuação para o combate da pandemia:

O pior erro na formulação das políticas públicas é a omissão, sobretudo para as ações essenciais exigidas pelo art. 23 da Constituição Federal. É grave que, sob o manto da competência exclusiva ou privativa, premie-se as inações do governo federal, impedindo que Estados e Municípios, no âmbito de suas respectivas competências, implementem as políticas públicas essenciais. O Estado garantidor dos direitos fundamentais não é apenas a União, mas também os Estados e os Municípios. É preciso ler as normas que integram a Lei 13.979, de 2020, como decorrendo da competência própria da União para legislar sobre vigilância epidemiológica, nos termos da Lei Geral do SUS, Lei 8.080, de 1990. O exercício da competência da União em nenhum momento diminuiu a competência própria dos demais

³ Referendo na Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.341, Distrito Federal. Relator: Min. Marco Aurélio; Redator do Acórdão: Min. Edson Fachin; Repte.(s): Partido Democrático Trabalhista (PDT).

entes da federação na realização de serviços de saúde, nem poderia, afinal, a diretriz constitucional é a de municipalizar esses serviços. (BRASIL, 2020c).

Essa decisão, proferida em 15/04/2020, validou as atuações de governadores e prefeitos no controle da pandemia para o exercício pleno da competência comum em matéria de saúde pública, sendo tais atribuições exercitadas mediante decretos expedidos de acordo com as peculiaridades locais. Assim, carentes de uma coordenação nacional da crise, Estados, Distrito Federal e Municípios assumiram toda as responsabilidades pela utilização dos instrumentos disponibilizados pela Lei nº 13.979/2020 (BRASIL, 2020a).

E assim tem sido feita no Brasil, desde o início, a gestão da crise sanitária grave que se instalou em todo o território nacional durante a pandemia. A gestão continua sendo feita por governadores e prefeitos, como pouca ou quase nenhuma atuação de coordenação do Ministério da Saúde.

Em novembro de 2020, o Supremo Tribunal Federal julgou o mérito da ADI 6.34/DF e reafirmou sua tese inicial sobre como devia se dar o controle da pandemia, preservando as atribuições comuns em cada esfera de governo.

Esta decisão final pacificou a regra de gestão da crise de covid-19: a União poderia editar normas gerais e os demais entes da federação – por seus governadores e prefeitos, as normas específicas segundo suas peculiares condições assistenciais e epidemiológicas –, desde que as normas gerais da União fossem respeitadas pelos Estados e Distrito Federal e as normas específicas destes, pelos Municípios.

Definida a regra de atuação político-administrativa dos entes federados – que já estava, inclusive, sendo posta em prática –, cada ente criou o seu próprio sistema de gestão da crise, neles incluindo, por expressa exigência da Lei nº 13.979/2020 (BRASIL, 2020a), órgãos técnicos⁴ de assessoramento para a tomada de decisões restritivas do exercício de liberdades individuais em busca da preservação dos melhores padrões de saúde da coletividade.

4 A estrutura de gestão da crise sanitária no estado do Ceará

Com a identificação de casos de covid-19 em seu território em fevereiro de 2020, o governo estadual resolveu criar sua estrutura de enfrentamento da crise. As atribuições de autoridade sanitária concentraram-se na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), cabendo ao governador, mediante decretos, estabelecer as medidas necessárias de controle.

Em todos os estados brasileiros a gestão da crise concentrou-se na autoridade dos governadores, autoridade definidora das medidas a serem adotadas após a manifestação técnica da autoridade sanitária ou de comitês especiais, formados por especialistas. Decididas as medidas necessárias, eram materializadas em decretos com prazos certos de validade. Assim, as medidas restavam compatibilizadas com a legislação federal que exige prévia apreciação técnica da necessidade das medidas e prazo certo de duração.

No estado do Ceará, foi estruturado um sistema de decisões compartilhadas, cujos pilares foram a criação de um Comitê Estadual de Enfrentamento à Pandemia do Coronavírus⁵ e o Comitê Científico de assessoramento técnico direto para suporte às decisões governamentais.

O Comitê Estadual de Enfrentamento à Pandemia do Coronavírus foi criado como órgão consultivo com o objetivo de congregar diversas instituições para a troca de informações e subsídios técnicos que, em seguida, são encaminhadas para análise pelo Comitê Científico que, por sua vez, indica ao governador as providências que devem constar em decreto com o direcionamento das ações de contenção da disseminação da pandemia.

⁴ A Lei Federal nº 13.979/20 (BRASIL, 2020a), exigiu que as medidas restritivas de direitos individuais somente fossem determinadas com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde e deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública.

⁵ Criado pelo Decreto Estadual nº 33.509, publicado em 13/03/2020 (CEARÁ, 2020a).

1 Inicialmente criado com 25 (vinte e cinco) instituições⁶, 06 (seis) permanentes e componentes da estrutura do próprio executivo estadual e 19 (dezenove) convidadas, o Comitê Estadual atualmente conta com mais de 36 (trinta e seis) instituições⁷ e já realizou mais de 56 (cinquenta e seis) reuniões semanais ou quinzenais.

O Comitê Técnico, por sua vez, é presidido pelo governador do estado e tem como integrantes representantes da secretaria estadual de saúde, da secretaria municipal de saúde de Fortaleza e da Universidade de Fortaleza (Unifor) e Universidade Federal do Ceará (UFC). O Decreto nº 33.509/2020 (CEARÁ, 2020a) estabeleceu ainda que "os membros do Comitê Estadual de Enfrentamento da Pandemia do Coronavírus podem ser convidados pelo governador do Estado para participar, como observadores, das reuniões do Comitê Científico que aconselha e orienta a adoção de ações governamentais de controle da pandemia"⁸. Houve, portanto, uma opção política de compartilhar o processo de tomada de decisões de controle da pandemia. Esse compartilhamento preservou a competência do governador como o responsável pelas decisões, materializadas em decretos, mas envolveu no processo diversos setores representativos da sociedade que atuam em um grande órgão consultivo, gerando demandas para análise técnica do Comitê Científico que, por sua vez, subsidia o gestor da crise com informações epidemiológicas e assistenciais que definem a direção das providências necessárias para o atingimento do objetivo de frear a disseminação da pandemia e diminuir, ao máximo, os óbitos dela decorrentes.

Essa macroestrutura decisória vem atuando desde a edição, em março de 2020, do decreto que criou o Comitê Estadual. Ao grupo que acompanha as reuniões do governador com o Comitê Científico deu-se, informalmente, a denominação de Grupo de Enfrentamento à Covid-19 (GEC), onde são construídas as medidas obrigatórias que impõem restrições, limites de atividades econômicas e formas adequadas de comportamentos em razão do grau de disseminação viral detectado em um determinado intervalo de tempo.

O organograma⁹ a seguir detalha as estruturas consultivas, científicas e decisórias criadas no estado do Ceará para gestão da pandemia de covid-19. Nota-se o comando do governador do estado, mas também o compartilhamento do poder decisório, além da preocupação em prover embasamento técnico-científico a todas as decisões.

⁶ Os componentes originários do Comitê Estadual foram definidos no Art. 1º do Decreto 33.509/2020 (CEARÁ, 2020a) que estabelece: "Fica instituído o Comitê Estadual de Enfrentamento à Pandemia do Coronavírus, composto pelos seguintes órgãos:

- I - Secretaria da Saúde;
 - II - Casa Civil;
 - III - Secretaria da Educação;
 - IV - Segurança Pública e Defesa Social;
 - V - Secretaria da Administração Penitenciária;
 - VI - Secretaria de Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos.
- Em seguida, são listadas, no § 1º, as instituições convidadas para participar das reuniões do Comitê, na seguinte ordem:
- I - Assembleia Legislativa do Ceará;
 - II - Tribunal de Justiça do Estado do Ceará;
 - III - Ministério Público Estadual;
 - IV - Justiça Federal no Ceará;
 - V - Ministério Público Federal;
 - VI - Prefeitura Municipal de Fortaleza;
 - VII - Tribunal Regional do Trabalho;
 - VIII - Ministério Público do Trabalho;
 - IX - Tribunal de Contas do Estado;
 - X - Defensoria Pública do Estado;
 - XI - Ordem dos Advogados do Brasil – OAB/CE;
 - XII - Universidade Federal do Ceará – UFC;
 - XIII - Universidade Estadual do Ceará – Uece;
 - XIV - Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa;
 - XV - Associação dos Municípios do Estado do Ceará – Aprece;
 - XVI - Federação das Indústrias do Estado do Ceará – Fiec;
 - XVII - Federação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo do Estado do Ceará – Fecomércio;
 - XVIII - Câmara de Dirigentes Lojistas – CDL;
 - XIV - Associação Cearense de Emissoras de Rádio e Televisão – Acert.

⁷ O Decreto 33.524/2020 (CEARÁ, 2020d) adicionou ao rol de convidadas as seguintes instituições: Exército Brasileiro, Polícia Rodoviária Federal, Agência Brasileira de Inteligência, Comunidade Evangélica Verdadeiros Adoradores, Conferência dos Bispos do Brasil Região Nordeste, duas entidades representativas de movimentos sociais, Colegiado dos Gestores Municipais de Assistência Social e duas entidades representativas da classe trabalhadora.

⁸ As seguintes Instituições enviam representantes para participarem, na condição de observadores, das reuniões do Comitê Científico: Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, Ministério Público do Estado do Ceará, Ministério Público Federal, Prefeitura Municipal de Fortaleza e Procuradoria Geral do Estado do Ceará.

⁹ Organograma livremente desenhado pelo autor do texto para facilitar a visualização da estrutura decisória da gestão da pandemia de Covid-19 no Ceará.

2
São esses dados que permitem a elaboração de políticas públicas de enfrentamento à pandemia, formalizadas em ações de curto, médio e longo prazo, que nunca podem deixar de usar como fundamento técnico os dados epidemiológicos e assistenciais coletados de acordo com os padrões técnicos vigentes. Essa é a base científica que orienta a discussão sobre as medidas que se concretizam em instrumentos de controle, de obediência obrigatória, quando constantes de decretos expedidos pelas autoridades competentes.

As informações do monitoramento são apresentadas, pelo Comitê Científico nas reuniões do Comitê Estadual e do Grupo de Enfrentamento à Covid-19, seguindo um procedimento que envolve dados epidemiológicos e assistenciais do município de Fortaleza, bem como os índices de transmissão viral de todas as áreas de saúde do Estado.

O monitoramento mais detalhado no município de Fortaleza se justifica, primeiramente, por ser a capital do Estado e porta de entrada das variantes virais já identificadas e, ainda, por ser um dos maiores aglomerados urbanos do país e uma das cidades com maior densidade demográfica, o que, em se tratando de transmissão viral, apresenta panorama mais propício a uma larga disseminação da doença.

Primeiramente, em cada reunião, são apresentados, pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), os dados epidemiológicos da cidade de Fortaleza que evidenciam informações sobre: 1) a série temporal de casos confirmados; 2) a média móvel dos casos confirmados nos últimos 07 (sete) dias; 3) a distribuição temporal dos óbitos por covid-19, desde o início da pandemia; 4) a média móvel dos óbitos confirmados nos últimos 07 (sete) dias; 5) o número absoluto de casos e óbitos, bem como a média diária de casos e óbitos por mês; 6) a distribuição de casos e óbitos por sexo e grupo etário; 7) a distribuição espacial de casos e óbitos por regiões da cidade; 8) a positividade dos exames de covid-19 detectada a cada semana na cidade.

Em seguida, os dados assistenciais de Fortaleza são apresentados pela SMS, contendo: 1) o atendimento médico diário, durante os dias úteis de uma semana de apuração de síndrome gripal nas unidades básicas de saúde; 2) o atendimento diário de síndromes gripais nas unidades de pronto atendimento; 3) o total de solicitações diárias de internações por síndrome gripal em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e enfermarias; 4) a positividade nas unidades de coletas de exame; 5) os dados da vacinação, compreendendo o total das doses aplicadas por categorias de população vacinais, os percentuais de vacinas aplicadas em face da população total e da população vacinável e o absenteísmo de cada tipo de vacina, bem como os dados de vacinação por faixas etárias.

Em continuidade, a equipe composta por cientistas de dados da Universidade Federal do Ceará e da Universidade de Fortaleza, apresenta informações sobre a evolução epidemiológica do covid-19 para o estado do Ceará e suas macrorregiões de saúde, expondo: 1) a curva histórica de casos novos de acordo com a data dos primeiros sintomas; 2) a curva histórica de óbitos novos de acordo com a data dos óbitos; 3) a evolução histórica de casos e mortes em todas as 05 (cinco) macrorregiões de saúde do estado; 4) o número de casos e óbitos novos por 100 (cem) mil habitantes em todas as macrorregiões do estado; 5) os indicadores de transmissão viral nas diversas macrorregiões.

Com o cenário de Fortaleza definido e com os dados de transmissão viral de todo o Estado, a equipe da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), informa os dados epidemiológicos e assistenciais, por macrorregiões de saúde, com os indicadores semelhantes aos utilizados pelo município de Fortaleza, expondo ainda, os índices de letalidade da pandemia, a positividade dos casos detectados e testados e a situação da vacinação nos diversos municípios.

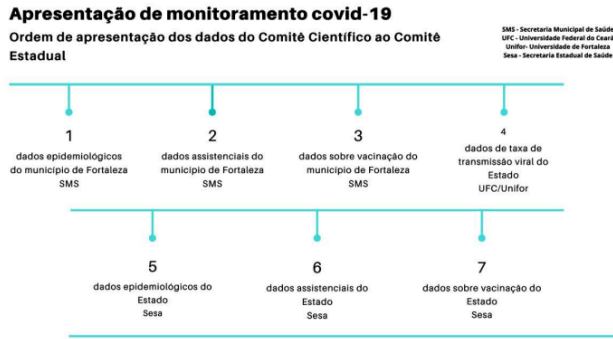
Encerrada a apresentação de todos esses dados, fecha-se um cenário completo sobre a situação da pandemia, no que se refere aos seus aspectos principais de monitoramento no Ceará inteiro, inclusive com uma visão mais aproximada da cidade de Fortaleza.

Quando os dados são apresentados em uma reunião do Comitê Estadual, após essa fase expositiva, a palavra é facultada para comentários dos integrantes e convidados, que podem tirar dúvidas e formular sugestões sobre medidas a serem implementadas para aperfeiçoar o controle da pandemia.

Assim, quando apresentados em uma reunião do Grupo de Enfrentamento à Covid-19, os dados servem de suporte para o início de uma discussão sobre quais providências são as mais indicadas para, no decreto a ser publicado, definir padrões de comportamento social que devem ser obedecidos até uma nova análise dos dados, que pode acontecer em, no máximo, duas semanas. O quadro¹¹ abaixo mostra a forma de exposição dos dados.

¹¹ Quadro livremente elaborado pelo autor para ilustrar o passo a passo da realização de uma reunião do Grupo de Enfrentamento à Covid-19, destacando a ordem das apresentações técnicas.

Figura 2. Passo a passo da realização de uma reunião do Grupo de Enfrentamento à Covid-19



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

O mais importante é o processo de tomada de decisão do GEC que, fundado em dados técnicos, procura construir políticas públicas de gestão da crise mediante a utilização do mecanismo de construção de consenso. Essa é a grande inovação de todo o processo decisório. Enquanto a regra nos demais estados é o governador tomar suas decisões políticas a partir das recomendações técnicas de seu comitê científico, em um sistema decisório vertical, ao adotar a construção de consenso como procedimento, o GEC horizontaliza o procedimento decisório, buscando gerar decisões mais democráticas, com maior grau de legitimidade, maior substância técnica e jurídica e de melhor assimilação e cumprimento pela coletividade.

6 A construção de consenso como procedimento adequado de gestão de conflitos complexos gerados na pandemia

A gestão de uma crise mundial de saúde impõe a adoção de medidas de controle que geram conflitos de diversas ordens. Inicialmente, conflitos políticos, que versam basicamente sobre o reconhecimento da fonte autorizada a estabelecer a regulação necessária, principalmente em face de sua forma (lei ou ato normativo inferior) e abrangência (plano nacional, regional ou local). Reconhecida a fonte decisória e a forma de sua atuação, os conflitos se estabelecem sobre as próprias medidas de controle, sob a perspectiva de sua adequação, utilidade e necessidade. Em seguida, novos conflitos surgem sobre as categorizações de atingidos, sobre as restrições comportamentais impostas, as ocorrências de possíveis abusos de poder, a violação de direitos fundamentais e, muitas vezes, sobre questionamentos acerca da proporcionalidade e razoabilidade das decisões¹².

Todos esses conflitos podem ser definidos como complexos, na medida em que transcendem individualidades, alcançam diversas pessoas ou grupos de pessoas, produzem diversas visões divergentes sobre uma mesma realidade fática, envolvem significativa dispersão de informações e exigem a adoção de estratégias próprias para a sua superação (MNOOKIN, 2019).

Uma gestão inadequada de conflitos pode resultar em aumento da competição e da carga emotiva, diminuição do diálogo, consolidação de posturas inflexíveis e, ao final, aumento exponencial das diferenças. Nesse contexto, as decisões produzidas serão impostas apenas por atos de autoridade, o que diminui sua aceitação e gera cada vez mais novos conflitos.

¹² Alguns conflitos são graves e geram, inclusive, violência. Sobre uma visão específica acerca de alguns conflitos gerados pela própria situação de pandemia e pelas medidas de enfrentamento ver: IPEA, 2020.

No entanto, uma boa gestão de conflitos pode gerar maior consciência de todos sobre a complexidade da situação enfrentada, flexibilidade cognitiva, possibilidades reais de mudanças de visões, melhor percepção sobre a própria realidade e a posição de outros, aprendizado, contribuição e estímulo em busca de solução; o que tende a induzir maior aceitação das decisões, diminuir dissensos e promover a pacificação.

A diferença essencial entre uma gestão inadequada e uma boa gestão de conflitos reside em dois pontos fundamentais: 1) entender a natureza dos conflitos e 2) adequar os conflitos à forma mais eficiente de gestão. Sem entender os conflitos, não se encontra o melhor instrumento para sua gestão; e, mesmo entendendo o conflito, pode-se, muitas vezes, optar pelo instrumento equivocado.

Como os conflitos que envolvem a gestão de uma pandemia são complexos¹³, o instrumento adequado para sua gestão deve viabilizar a identificação de toda a divergência produzida – seus diversos atores, suas distintas visões –, possibilitando a participação de todos no processo de tomada de decisão. O instrumento capaz de propiciar essa forma de gestão é a construção de consenso¹⁴, um método desenvolvido por Lawrence Susskind¹⁵, no qual os diversos atores envolvidos com o conflito são chamados para construir um consenso sobre como resolvê-lo de forma adequada, o que não significa dizer que se busque atingir o consenso perfeito, mas sim o consenso possível, desde que as partes envolvidas estejam realmente informadas sobre todos os elementos que envolvem o conflito e demonstrem, sinceramente, ter predisposição para superá-lo (SALES, 2017).

Escolher o método da construção de consenso para gerir conflitos complexos é uma iniciativa que diminui, consideravelmente, a litigiosidade, viabilizando a produção de decisões mais democráticas e transparentes que promovem maior aceitação social e, por isso, podem gerar maior comprometimento coletivo no cumprimento de medidas de controle da pandemia.

Ao escolher submeter a gestão dos conflitos da pandemia ao procedimento de construção de consenso, o tomador de decisão também se compromete a cumprir os pressupostos fundamentais que informam esse método negocial que são: 1) se existirem grupos ou organizações representadas, é necessário deixar clara a responsabilidade, no processo de tomada de decisão, para os representados e para todas as partes envolvidas no processo; 2) as partes só devem iniciar o diálogo quando todas os envolvidos se identificarem, definirem sua missão, fixarem uma agenda de trabalho e as regras que guiarão o processo; 3) os grupos devem coletar informações sobre o conflito que sejam aceitas como confiáveis por todo o grupo, mesmo que sobre elas existam interpretações distintas; 4) a solução buscada pelo grupo deve acarretar, para todos do grupo, uma situação melhor do que se não tivessem alcançado uma solução; 5) deve ser elaborado um esboço de acordo para que os representantes de grupos

¹³ Conflitos complexos são aqueles que induzem negociações com múltiplas partes. A complexidade é definida sob o aspecto subjetivo – envolvimento de diversas partes, transindividualidade –, informacional – quantidade significativa de perspectivas e dados –, social – envolvimento de grupos distintos e, às vezes, historicamente antagonicos –, procedimental – técnicas negociais multilaterais, com preservação dos entendimentos de todos os envolvidos e, estratégico – induzir colaboração, bons relacionamentos, respeitabilidade entre as partes. Sobre a complexidade conflitual ver: ENTELMAN, 2002.

¹⁴ As teorias contemporâneas da construção de consenso, originariamente chamada *consensus building*, nasceram nos Estados Unidos, no centro do *Public Disputes Program da Harvard Law School*, e, sobretudo, do *Consensus Building Institute (CBI) do Massachusetts Institute of Technology (MIT)*. Este último, coordenado por especialistas em planejamento territorial, ambientalistas e outros experts, propõe e vende intervenções denominadas de facilitação e mediação para tipos de conflitos extremamente diversos. É, ao mesmo tempo, uma técnica e um método, mas, provavelmente, também uma filosofia (LAUTIER, 2010).

¹⁵ Lawrence Susskind elaborou esta teoria e a descreveu em suas obras *Breaking Robert's rule – The new way to run your meeting build consensus* e *The consensus building handbook: a comprehensive guide to reaching agreement*. Lawrence Susskind não é um jurista ou um cientista político, mas um especialista em planejamento urbano. Ele começou suas atividades de consultor na área de resolução de conflitos, ligada ao planejamento urbano, no início dos anos 1980: o conflito em torno da ampliação do aeroporto de Schiphol, nos Países Baixos e diferentes conflitos ligados a casos de poluição fluvial ou marítima. Depois, nos anos 1990, as temáticas se diversificaram: prevenção dos acidentes nucleares, direitos dos "Native American", prevenção da AIDS, aborto, desvios de conduta sexual de membros do clero, regulação da internet, e até mesmo os conflitos de trabalho (em Levi Strauss) etc. Essas atividades de consultor foram realizadas de forma dispersa, até que Lawrence Susskind fundou, em 1993, em Cambridge, o *Consensus Building Institute (CBI)*. Embora ele se refira frequentemente à Universidade de Harvard e ao MIT, o CBI é juridicamente independente e tem um estatuto de "not-for-profit organization/organização sem fins lucrativos". Esse Instituto "trabalha com líderes, advogados, peritos e comunidades na promoção de negociações, na construção de consensos e na resolução dos conflitos concretos". Ele tem por objetivo a ajuda e consultoria às agências públicas, aos governos locais e ao nacional, às instituições internacionais e às ONGs. Em sua apresentação na internet, o CBI publica notas intituladas *How CBI helps government agencies*, em tradução livre: Como o CBI ajuda as agências governamentais, onde ele escreve, por exemplo, "we help facilitate the policymaking process [...] and implement difficult decisions." nós ajudamos a facilitar o processo de fazer política [...] e implementar decisões difíceis", e "we help design effective public engagement strategies and mediate disputes/" nós ajudamos a desenhar compromissos públicos estratégicos e mediar conflitos". A linguagem adotada é, assim, relativamente próxima daquela de grande número de escritórios de consultoria, com o detalhe de que os destinatários são organismos públicos: agências governamentais e, principalmente, municipalidades (LAUTIER, 2010).

presentes possam levar a seus representados e discutir a solução que será tomada; 6) os grupos envolvidos devem se preocupar não só com a solução, mas também com sua implementação (SALES; RABELO, 2009).

Em um procedimento de construção de consenso, as decisões não são impostas verticalmente, mas construídas horizontalmente, como a participação das partes direta ou indiretamente interessadas. Em linhas gerais, o processo de construção de consenso possui os mesmos elementos essenciais de qualquer atividade coletiva, participativa e deliberativa, que é despertar confiança e interesse, saber ouvir, cooperar, respeitar e buscar soluções criativas e inovadoras para conflitos complexos que exigem, no processo de tomada de decisões, um elevado grau de legitimidade democrática (ALMEIDA; ALMEIDA, 2012).

Na gestão dos conflitos surgidos com a eclosão da pandemia de covid-19, políticas públicas de saúde precisam ser construídas e muitas despertam desentendimentos substanciais entre pessoas e grupos de pessoas distintos, sendo o dissenso a característica central desse processo onde diversos grupos de pressão, com entendimentos divergentes e em confronto, tentam fazer prevalecer a salvaguarda de seus interesses que, nem sempre, coincidem com o interesse público a ser preservado em crises humanitárias¹⁶.

Decisões verticais, embora fundadas tecnicamente, quanto mais interferirem nesses interesses localizados mais tendem a ter menor aceitação e provocar mais conflitos. Com a utilização da construção de consenso, ouvindo os interessados, mostrando a complexidade dos problemas, a necessidade de adoção de decisões difíceis, a urgência da cooperação e o imprescindível esforço coletivo para a superação da crise, é possível produzir mais acordos, aceitação e cumprimento das medidas eleitas como indispensáveis para o bem comum.

Foi a partir da constatação de que o processo decisório deveria ser compartilhado, para ser mais eficiente, que se apostou na criação de mecanismos de construção de consenso na gestão da crise no Ceará. O Comitê consultivo com ampla participação, transparência de dados, comitês científicos e temáticos¹⁷, a abertura de permanente e ampla comunicação, inclusive com a possibilidade de encaminhamento de demandas de setores para apreciação do grupo decisório, marcam essa estrutura voltada a produzir muito mais consensos decisórios do que conflitos, litígios e dissensos improdutos.

7 A construção de consenso e seus efeitos na gestão da crise de covid-19 no Ceará

No dia 20 de março de 2020, com uma rápida disseminação de casos confirmados – cerca de 68 (sessenta e oito) – de covid-19, entra em vigor o primeiro decreto de contenção (CEARÁ, 2020c) com a previsão da adoção de medidas de isolamento social consistentes na paralisação excepcional de funcionamento de atividades por um prazo inicial de 10 (dez) dias¹⁸ abrangendo o comércio, restaurantes, bares, igrejas, escolas e universidades e diversos outros espaços que aglomeravam público para tentar diminuir o contágio do vírus. Barreiras sanitárias foram instaladas nas divisas do Ceará com outros estados.

A partir dessa providência inicial, de natureza emergencial, os mecanismos estruturantes de gestão da crise de covid-19 passaram a atuar, de acordo com a sistemática já descrita. A primeira providência material adotada, diante do desconhecimento da capacidade de disseminação e da letalidade do vírus foi justamente diminuir a interação social, criando regras de isolamento social com a determinação de suspensão de atividades econômicas e prestação remota de serviços públicos não essenciais¹⁹.

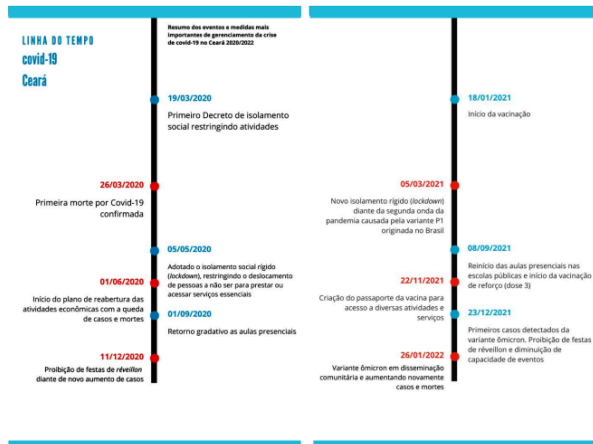
¹⁶ Sobre o ciclo de formação de políticas públicas, entendendo suas crises e divergências, ler: FONSECA (2016).

¹⁷ Foram criados grupos setoriais para interlocução permanente com o comitê científico e o grupo decisório (GEC). Três subcomitês trataram: 1) da retomada das atividades econômicas após o cumprimento de paralisação (lockdown); 2) das atividades educacionais e 3) das atividades de eventos; os dois últimos continuam em atuação.

¹⁸ O Decreto nº 33.510, de 18 de março de 2020, já havia decretado situação de emergência em saúde no âmbito estadual, dispondo sobre uma série de medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana provocada pelo novo coronavírus.

¹⁹ Sobre a adoção de medidas mais restritivas de liberdades no enfrentamento da pandemia de covid-19, ver: (AQUINO et al., 2020).

2 Figura 3. Linha do tempo da covid-19



Fonte: Elaborado pelo próprio autor

A linha do tempo da pandemia de covid-19 no Ceará mostra que as medidas que causaram maior conflituosidade foram as que se materializaram em regras de isolamento social, principalmente as de isolamento rígido (*lockdown*), as que limitaram acesso a atividades econômicas quando da retomada gradativa dessas atividades, as que restringiram a circulação de pessoas (toque de recolher, barreiras sanitárias de fluxo de pessoas e veículos entre os municípios, etc), e as direcionadas à contenção de aglomerações (eventos festivos, sociais e religiosos).

As maiores restrições foram decididas nos picos de contaminações e mortes das duas primeiras ondas (maio de 2020 e março de 2021). Na segunda onda, em 2021, até crise de disponibilidade de oxigênio medicinal foi vivenciada pela população.

Em todos esses grandes eventos, a sistemática de gestão continuou sendo a mesma: diálogo aberto com os diversos setores atingidos em comitês temáticos, publicação de dados de monitoramento em plataformas digitais, exposição desses dados ao Comitê Estadual de Enfrentamento à Covid-19, recebimento de pedidos de diversos setores econômicos, compartilhamento das decisões do Grupo de Enfrentamento à Covid onde Comitê técnico e demais integrantes construíam, por consenso possível, o conteúdo de cada decreto com as políticas públicas de enfrentamento para cada fase.

No entanto, nenhuma decisão do GEC foi tomada por decisão de maioria. Sempre foram informadas pela busca da construção do consenso possível em exaustivas reuniões, garantindo voz a todos, membros e observadores. Após as decisões, uma comunicação direta sobre o seu conteúdo é imediatamente feita à sociedade através dos diversos canais de difusão da informação.

Este procedimento decisório horizontalizado e aberto, próprio do método da construção de consenso, eliminou distensões dentro do grupo decisório, permitiu que a sociedade compreendesse a complexidade das questões tratadas e facilitou a assimilação das regras e, por consequência, elevou o grau de comprometimento das pessoas e a eficiência das medidas.

Em estudo publicado na revista *Science*²⁰, onde foi analisada a eficiência das respostas produzidas pelos diversos governos até o início da segunda onda da pandemia no Brasil, as providências adotadas no estado do

²⁰ Spatio temporal Pattern of COVI-19 in Brazil. The spread of COVID-19 in Brazil has exposed governance. Acessível em: <https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.abh1558>

Ceará mostraram, em média, melhores resultados, em que pese a elevada taxa de ataque sofrida, o que acarretou muitos casos e mortes. Eis as constatações, em livre tradução:

Em média, foram necessários 17,3 e 32,3 dias para chegar a 50 casos e óbitos, respectivamente. No entanto, em quatro estados, as mortes acumularam-se a uma contagem de 50 primeiro, e no Amazonas, Ceará e Rio de Janeiro, a diferença entre o tempo que os casos e as mortes levaram para atingir a contagem de 50 foi de 6, 1 e 3 dias, respectivamente.

Embora os esforços de investigação retrospectiva não tenham sido ampliados no país, uma comparação de taxas padronizadas de casos e óbitos por 100.000 pessoas mostra que em 11 estados, incluindo Amazonas, Ceará e Rio de Janeiro, o número de mortos foi maior que a incidência.

No geral, a disseminação do Covid-19 no Brasil foi rápida. Na semana 24 (7 a 13 de junho de 2020) e 32 (2 a 8 de agosto de 2020), todos os estados tinham HI <50 para casos e óbitos, respectivamente. Em nove estados, incluindo Amazonas, Amapá, Ceará e Rio de Janeiro, a propagação de mortes foi mais rápida do que a de casos ao longo de várias semanas. Por outro lado, embora o Ceará também tenha experimentado um quase colapso do sistema hospitalar no final de abril a meados de maio de 2020 e teve circulação silenciosa do vírus > 1 mês antes do primeiro caso ser oficialmente relatado, ficou em sexto lugar em movimentação de casos (HI = 31,3), mas foi o antepenúltimo em óbitos (HI = 64,5). Isso sugere que, mesmo com a disseminação contínua do vírus, as ações locais foram bem-sucedidas na prevenção da fatalidade. Nossas descobertas falam sobre essas questões, mas também mostram que alguns estados, como o Ceará, foram resilientes, enquanto outros que tinham comparativamente mais recursos, como o Rio de Janeiro, não conseguiram conter a propagação do Covid-19. (CASTRO et al., 2021).

Evidentemente que a avaliação da eficiência das medidas de gestão da crise sanitária até então adotadas não é consensual. Diversos grupos divergem sobre o acerto de muitas delas, principalmente sobre as mais restritivas, tidas por muitos como totalmente desproporcionais em termos de benefícios em comparação com a limitação concretizada de direitos fundamentais, principalmente das liberdades individuais.

No entanto um dado objetivo é digno de registro. A sistemática adotada de construção horizontal das decisões sobre as medidas restritivas diminuiu sensivelmente a litigiosidade. Nos mais de dois anos de crise, nenhuma decisão constante dos decretos publicados foi objeto de anulação judicial. Os questionamentos judiciais contrários às medidas foram mínimos e nenhum foi acolhido. Esse arrefecimento da litigiosidade demonstra a eficácia da utilização do método da construção de consenso como procedimento adequado de gestão dos conflitos decorrentes da crise sanitária de covid-19 no Ceará.

A transparência na exposição dos dados de monitoramento assistencial e epidemiológico, a interlocução direta e permanente com os diversos setores afetados por medidas restritivas, a orientação científica norteando o processo decisório e a busca de superação das divergências, com foco na construção de consensos possíveis, são elementos responsáveis, diretamente, por um gerenciamento eficiente da crise, em que pese a alta taxa de contágio e mortes verificadas. Além disso, diminuir litígios significa criar um ambiente de cooperação capaz de produzir resultados mais positivos em benefício de todos.

8 Conclusão

O enfrentamento de uma pandemia exige a gestão de conflitos complexos que, por sua própria natureza, tem potencial de fazer surgir dissensos com alta carga destrutiva no processo cíclico de formação das políticas públicas de saúde necessárias para o enfrentamento de uma grave crise sanitária.

A escolha pela abertura do processo decisório de gestão da crise de covid-19 no Ceará, com a adoção do método de construção de consenso, propiciou a construção de um ambiente mais cooperativo, capaz de compreender a necessidade das medidas restritivas adotadas, o que foi determinante para o maior grau de aceitação e cumprimento das restrições.

A experiência relatada demonstra que em casos em que se deve enfrentar a eclosão de conflitos complexos multipartes, o método de gestão que produz os melhores resultados de legitimidade decisória, transparência e eficiência resolutive é a construção de consenso. Em que pese a não superação de todas as divergências, as convergências construídas podem ser suficientes para, em uma grave crise sanitária, salvar muitas vidas e criar

a esperança de que, para além de nossos dissensos de qualquer ordem, uma cooperação humanitária em torno de um nobre objetivo comum não é impossível.

Dados coletados de avaliações sobre a gestão da pandemia no Brasil mostram que o estado do Ceará conseguiu um desempenho satisfatório na gestão da pandemia, diminuindo contágios e mortes. A descrição da modelagem e gestão da crise baseada no método decisório horizontal da construção de consenso evidencia um avanço significativo na formulação de políticas públicas e que pode, inclusive, ter seu uso disseminado na administração pública para as mais diversas áreas de sua atuação.

Assim, a ampla participação de setores vitais da sociedade, escuta ativa de seus representantes, embasamento técnico de decisões políticas e compartilhamento decisório coletivo aumentam a aceitação e cumprimento de escolhas sensíveis, mesmo que limitadoras de liberdade, em benefício de um ganho social compartilhado. O procedimento de construção de consenso reduz litigiosidade, aumenta a paz e mantém o foco no enfrentamento conjunto dos problemas, superando posições individuais, políticas, corporativas e econômicas setoriais, criando uma convergência possível e uma atuação cooperativa.

Referências

ALMEIDA, T.; ALMEIDA, R. A. de. Construção de consenso: um instrumento contemporâneo e democrático para a formatação de políticas públicas. In: SALES, L. M. de M.; BRAGA NETO, A. (org.). **Aspectos atuais sobre a mediação e outros métodos extra e judiciais de resolução de conflitos**. Rio de Janeiro: GZ Ed., 2012. p. 314-330.

AQUINO, E. M. L.; SILVEIRA, I. H.; PESCARINI, J. M.; AQUINO, R.; SOUZA-FILHO, J. A. de; ROCHA, A. dos S.; FERREIRA, A.; VICTOR, A.; TEIXEIRA, C.; MACHADO, D. B. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 2423-2446, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/hj/csc/a/4BHtCFf4bDq4qT7WtPhvYr/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF: Presidência da República, 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. **Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020**. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Brasília, DF: Presidência da República, 2020b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv926impressao.htm. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Referendo na Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.341**. Relator: Min. Marco Aurélio, 15 de abril de 2020. Brasília, DF: STF, 2020c. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344964720&ext=.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CASTRO, Márcia C. *et al.* Spatiotemporal pattern of COVI-19 in Brazil. **Science**, [s. l.], v. 372, issue 6544, p. 821-826, 14 apr. 2021. Disponível em: <https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.abh1558>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CEARÁ. Decreto Estadual nº 33.509, 13 de março de 2020. Institui o Comitê Estadual de Enfrentamento à Pandemia do Coronavírus e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**: série 3, Fortaleza, ano 12, n. 052, caderno 1/7, 13 mar. 2020a. Disponível em: <https://www.cge.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/20/2020/03/DECRETO-Nº33.509-de-13-de-março-de-2020..pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022 .

CEARÁ. Decreto Estadual nº 33.510, 16 de março de 2020. Decreta situação de emergência em saúde e dispõe sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus. **Diário Oficial do Estado**: série 3, Fortaleza, ano 12, n. 053, caderno 1/4, 16 mar. 2020b. Disponível em: <https://www.cge.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/20/2020/03/DECRETO-Nº33.510-de-16-de-março-de-2020..pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CEARÁ. Decreto Estadual nº 33.519, 19 de março de 2020. Intensifica as medidas para enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus. **Diário Oficial do Estado**: série 3, Fortaleza, ano 12, n. 056, caderno único, 19 mar. 2020c. Disponível em: <https://www.cge.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/20/2020/03/DECRETO-Nº33.519-de-19-de-março-de-2020..pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CEARÁ. Decreto Estadual nº 33.524, 23 de março de 2020. Altera o Decreto 33.509, de 13 de março de 2020. **Diário Oficial do Estado**: série 3, Fortaleza, ano 12, n. 059, p. 9, 23 mar. 2020d. Disponível em: <https://www.cge.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/20/2020/03/DECRETO-Nº33.524-de-23-de-março-de-2020.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Regulação. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde. **Plano Estadual de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública: Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)**. 6. ed. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2021. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/plano_estadual_contingencia_resposta_emergencias_saude_publica_doenca_pelo_coronavirus_02102021_v6.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

CEARÁ. Secretaria de saúde do Estado do Ceará. Boletim Covid-19. **Integrasus**, Fortaleza, 20 jan. 2022. Disponível em: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ENTELMAN, R. F. **Teoría de conflictos**: havia um nuevo paradigma. Barcelona: Gedisa, 2002.

FONSECA, F. A trama conflituosa das políticas públicas: lógicas e projetos em disputa. **Cadernos Ebape.Br**, Rio de Janeiro, v. 14, Edição Especial, p. 406-417, jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395162646>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/sFmHLgDfRcYmpD3hdzXRHcy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota Técnica N. 27**: prevenindo conflitos sociais violentos em tempos de pandemia: garantia da renda, manutenção da saúde mental e comunicação efetiva. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9836/1/NT_27_Diest_Prevenindo%20Conflitos%20Sociais%20Violentos%20em%20Tempos%20de%20Pandemia.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

LAUTIER, B. O consenso sobre as políticas sociais na América Latina, negação da democracia?. **Caderno CRH**, Salvador, v. 23, n. 59, p. 353-368, maio/ago. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/19107/12431>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MNOOKIN, R. Superar os obstáculos na resolução de conflitos. *In*: LEMPERAUR, A. P.; SEBENIUS, J.; DUZERT, Y. I. P. G. (org.). Manual de negociações complexas. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009. p.125-141.

PAINEL Covid-19. Congresso em Foco, Brasília, 20 jan. 2022. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/covid19>. Acesso em: 20 jan. 2022.

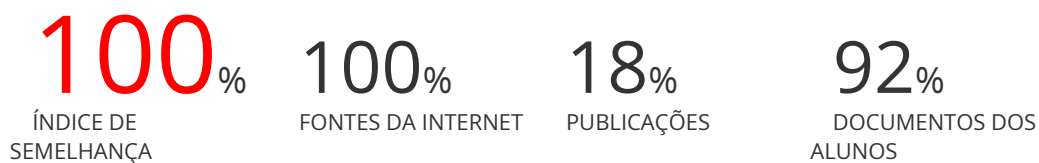
SALES, A. W. C. **A construção de consensos em conflitos socioambientais**: implementando a sustentabilidade ambiental integrada da região do Cocó em Fortaleza/CE. 2017. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente, Centro de Ciências, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

SALES, L. M. de M.; RABELO, C. de M. S. Meios consensuais de solução de conflitos instrumentos de democracia. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 46 n. 182, p. 75-88, abr./jun. 2009. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/46/182/ril_v46_n182_p75.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

Recebido em: 20.06.2022

Aceito em: 21.09.2022

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE



FONTES PRIMÁRIAS

1	ojs.unifor.br Fonte da Internet	99%
2	www.scilit.net Fonte da Internet	1%
3	bibliotecadigital.mpf.mp.br Fonte da Internet	<1%

Excluir citações

Em

Excluir

Desligado

Excluir bibliografia

Em

correspondências

9_estrutura,_desenvolvimento_e_resultados_no_Estado_do_Ce:

RELATÓRIO DE GRADEMARK

NOTA FINAL

GENERAL COMMENTS

/100

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14