

A resposta de Itália e Vietnã à pandemia de COVID-19: análise de duas experiências internacionais à primeira onda da doença

The response of Italy and Vietnam to the COVID-19 pandemic: analysis of two international experiences with the first wave of the disease

Catharina Leite Matos Soares (<https://orcid.org/0000-0002-8131-4831>)¹

Gerlucce Alves (<https://orcid.org/0000-0002-0978-3393>)¹

Elberte dos Santos (<https://orcid.org/0000-0002-0948-0202>)¹

Jairnilson Silva Paim (<https://orcid.org/0000-0003-0783-262X>)¹

Abstract *Several studies on the fight against COVID-19 have been developed in various countries. However, there are few studies that compare cases corresponding to the first wave of the epidemic in a close period and with different responses and outcomes. Therefore, an integrative review was conducted to analyze the experiences of Italy and Vietnam in dealing with the COVID-19 pandemic during the first wave of the disease, seeking to identify the contributions of the health and surveillance systems as well as the specificities of the measures adopted in each country. Common databases were used and the empirical material related to publications was supplemented with documents from the official websites of both countries. The results of this study show that Vietnam and Italy adopted different strategies to deal with COVID-19, containment and mitigation, respectively, with specific measures that made a difference in the number of cases and deaths in each country.*

Key words Health System, COVID-19, Health surveillance

Resumo *Diversos estudos sobre o enfrentamento da COVID-19 vêm sendo desenvolvidos em vários países. Contudo, são escassos aqueles que comparam casos correspondentes à primeira onda da epidemia em período próximo com respostas e desfechos distintos. Assim, realizou-se uma revisão integrativa para analisar as experiências da Itália e do Vietnã no enfrentamento da pandemia de COVID-19 durante a primeira onda da doença, buscando identificar as contribuições dos sistemas de saúde e de vigilância, bem como as especificidades das medidas adotadas em cada país. Foram utilizadas bases de dados comuns, complementando-se o material empírico referente às publicações com documentos oriundos de sites oficiais dos dois países. Os resultados da presente pesquisa permitem identificar que Vietnã e Itália adotaram estratégias distintas de enfrentamento da pandemia, com focos na contenção e mitigação, respectivamente, com medidas específicas que fizeram a diferença no número de casos e óbitos de cada país.*

Palavras-chave Sistema de saúde, COVID-19, Vigilância em saúde

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama s/n, Canela. 40110-040 Salvador BA Brasil. catharinamatos@gmail.com

Introdução

A emergência da pandemia de COVID-19¹ introduziu desafios globais aos países e seus sistemas de saúde^{2,3}. Estudos que analisam a resposta dos países apontam resultados distintos relacionados à gestão da epidemia³, à preparação dos serviços de saúde⁴, à organização da oferta hospitalar⁵, ao uso da atenção primária à saúde⁶ e à aprendizagem em epidemias anteriores³.

A literatura acerca das respostas à COVID-19 no primeiro período da pandemia revela uma atuação bem-sucedida do Vietnã⁷⁻⁹, que, ao lado da Coreia do Sul³, apresentaram os menores números de casos e mortes. Por outro lado, apontou a Itália como um caso malsucedido¹⁰.

Estudo que analisa respostas iniciais à COVID-19 entre os países ocidentais e do leste asiático observa que a prioridade dada à gestão hospitalar de doenças crônicas não transmissíveis em muitos sistemas de saúde de países ocidentais, sem o fortalecimento de suas capacidades de prevenção e controle e dos sistemas de vigilância de base territorial, seria uma possível explicação para o sucesso ou insucesso dos países¹¹. Sabe-se ainda que a atuação de um sistema de vigilância em saúde robusto, a exemplo da Coreia do Sul, foi fundamental para a definição de ações estratégicas em acordo com o quadro epidemiológico³.

Investigar fatores específicos e possíveis contribuições dos sistemas de saúde e da vigilância, nos casos do Vietnã e da Itália, durante a primeira onda da pandemia¹², experienciada ao mesmo tempo, pode sinalizar aspectos relacionados ao êxito ou fracasso dessas experiências e sinalizar caminhos para epidemias futuras, considerando inclusive que ambos os países apresentaram situações diferentes em ondas posteriores¹².

Este trabalho objetiva analisar as experiências da Itália e do Vietnã no enfrentamento da pandemia de COVID-19 durante a primeira onda da doença, buscando compreender as especificidades das medidas adotadas em cada país que levaram a desfechos bem distintos, buscando elucidar as contribuições do sistema de saúde e de vigilância.

Metodologia

Desenvolveu-se uma revisão integrativa, adaptada da proposta de Whitemore e Knaf¹³, tomando como objeto as respostas do Vietnã e da Itália à pandemia de COVID-19, considerados, respectivamente, casos de sucesso e insucesso na primeira

onda da pandemia. Realizou-se uma busca até 31 de julho de 2021 para identificar artigos que abordassem a resposta do sistema de saúde e de vigilância ou a evolução da epidemia em cada país.

A busca deu-se no Portal de Periódicos da Capes (<https://www.periodicos.capes.gov.br/>), e por meio dele foram acessadas as bases PubMed Central (PMC), Science Direct, Scopus e Web of Science. Utilizaram-se descritores combinados associados aos termos “COVID-19” e “nome dos países” (Quadro 1), nos títulos, resumos e palavras-chaves. Incluíram-se também, quando necessário, manuscritos selecionados por busca manual que constavam nas referências dos artigos; e documentos disponíveis na base de monitoramento da COVID-19 dos dois países, disponíveis em: <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/homeNuovoCoronavirus.jsp>, para a Itália, e https://moh.gov.vn/vi_VN, para o Vietnã. No caso da Itália, incluiu-se também o relatório do Observatório Europeu – *Observatory on Health System and Policies* – acerca do sistema de saúde italiano (HIT). Para ambos os países, foram consultados dados disponíveis no site Our World in Data (<https://ourworldindata.org/>) e na página da OCDE (<https://www.oecd.org/>).

Identificaram-se 93 e 830 artigos, para o Vietnã e a Itália, respectivamente, os quais foram importados para o *software* Mendely, sendo removidas as duplicatas. O banco de dados, após a exclusão dos artigos duplicados, foi processado em *software* de gerenciamento de revisões – Intelligent Systematic Review (Rayyan) –, procedendo-se então à seleção final dos artigos por duas pesquisadoras. Após esse processo, foram selecionados 26 e 71 artigos para leitura na íntegra, do Vietnã e Itália, nessa ordem (Figura 1). Após a seleção, a extração de dados foi registrada em matrizes contendo ano, título do artigo, autores, periódicos e principais achados com relação às medidas adotadas em cada país.

Na análise, considerou-se: (i) as características do país, do Estado/governo e do sistema de saúde; (ii) as medidas adotadas pelos dois países; e (iii) as contribuições dos respectivos sistemas de saúde e de vigilância.

Resultados

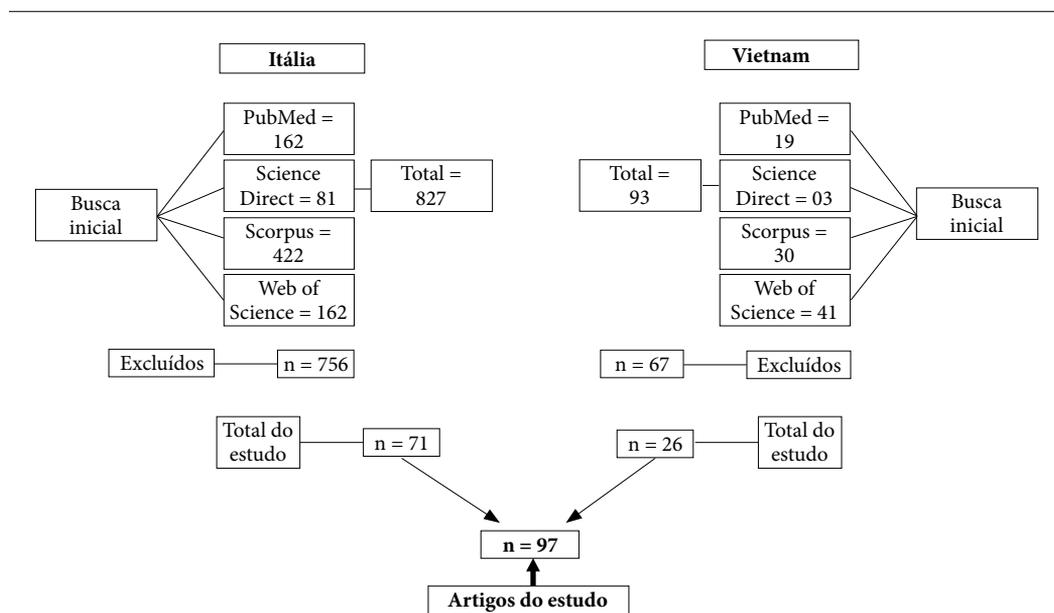
Características dos países, Estado, governo e seus sistemas de saúde

A República Socialista do Vietnã, unificada em 1975, por meio de um conflito armado, pro-

Quadro 1. Quantitativo de artigos conforme bases de dados pesquisadas.

Base de dados	Combinações	Total de artigos "Itália"	Total de artigos "Vietnã"
PUBMED	"Italy" AND "Covid-19" AND "Surveillance"	97	7
	"Italy" AND "Covid-19" AND "Health System"	67	7
	"Italy" AND "Covid-19" AND "National Response".	01	5
Science Direct	"Italy" AND "Covid-19" AND "Surveillance"	40	1
	"Italy" AND "Covid-19" AND "Health System"	41	2
	"Italy" AND "Covid-19" AND "National Response".	0	0
Scopus	"Italy" AND "Covid-19" AND "Surveillance"	236	18
	"Italy" AND "Covid-19" AND "Health System"	182	9
	"Italy" AND "Covid-19" AND "National Response".	4	3
Web of Science	"Italy" AND "Covid-19" AND "Surveillance"	94	15
	"Italy" AND "Covid-19" AND "Health System"	67	12
	"Italy" AND "Covid-19" AND "National Response".	01	14
Total sem exclusão das duplicatas		830	93

Fonte: Autores.

**Figura 1.** Organograma de busca e seleção dos artigos sobre a resposta à pandemia de COVID-19 na Itália e no Vietnã (janeiro de 2020 a junho de 2021).

Fonte: Autores.

moveu uma reforma em 1988, introduzindo a liberalização do mercado e a permissão da propriedade privada no país, regulada pelo Estado¹⁴. Atualmente, o país ainda apresenta altos índices de desigualdade social¹⁵ e situação de saúde complexa, todavia com melhorias nos indicadores sociais nas últimas décadas¹⁴.

O país tem uma estrutura de poder tripartite, composta pelo partido, pelo povo e pelo Estado, e é governado por um partido único, o Partido da República Socialista. A estrutura administrativa é composta por quatro níveis: a nação, as províncias, os distritos e as comunas, estas governadas por um Conselho Popular eleito¹⁴, cuja gestão do

sistema de saúde o acompanha (central, provincial, distrital e comuna). O Ministério da Saúde assume a condução da Política Nacional de Saúde, orientando as ações para as demais regiões administrativas.

Apresenta um seguro público universal¹⁴ que cobre 89,2% da população¹⁵. Há presença do setor privado na prestação dos serviços, sobretudo no nível ambulatorial especializado e hospitalar, sob regulação estatal, embora a prestação da atenção seja majoritariamente pública. Os postos comunitários (CHS) prestam cuidados primários e realizam o encaminhamento dos usuários para clínicas intercomunitárias e hospitais, quando necessário^{14,16}. A estrutura hospitalar apresenta hospitais nacionais, distritais e provinciais, com definição de papéis em cada nível, sendo os hospitais nacionais responsáveis pela formação da força de trabalhos dos demais níveis¹⁴. Essa força de trabalho tem profissionais assistentes que promovem metade da formação profissional e são autorizados a trabalhar na atenção primária, a exemplo de médicos e enfermeiros¹⁴⁻¹⁶.

Em reforma recente denominada *Adaptive Model*, em 2015, as unidades de saúde do nível distrital ao provincial estruturaram-se em Centros de Controle de Doenças (CDC)¹⁶, visando a implantação de um modelo de atenção centrado no paciente, articulando atenção e vigilância em saúde. Como consequência, promoveu melhorias nas instalações de saúde, na liberdade de escolha dos pacientes por serviços e na organização da oferta hospitalar.

O Departamento Geral de Medicina Preventiva (GDPM), órgão do MS, formula a política de saúde pública e o direcionamento estratégico das atividades relacionadas, incluindo a vigilância¹⁷. Em 2013, vinculado ao GDPM, foi criado o Centro Nacional de Operação de Emergência de Saúde Pública (PHEOC) para gerenciar a avaliação de risco e a resposta a ameaças emergenciais. O país tem um Instituto Regional de Saúde Pública nas quatro regiões administrativas de saúde que é responsável pela direção técnica e a supervisão da vigilância e da resposta a doenças e surtos na região. Centros provinciais de controle de doenças lideram as atividades nas províncias, e os centros distritais, em nível distrital. No nível de comuna, centros comunitários prestam serviços básicos, como planejamento familiar, imunização e educação em saúde.

Já a Itália é um país capitalista, com sistema de proteção social ancorado na seguridade social, com sistema de saúde universal, financiado por meio de impostos¹⁸. O país vivenciou a expansão

do *welfare state* entre os anos 1980 e 1990 e, a partir de então, desenvolveu um conjunto de reformas, incluindo a do sistema de saúde, que resultou em redução de infraestrutura, diminuição da força de trabalho e do número de estabelecimentos, leitos clínicos e, principalmente, de UTI^{18,19}.

O Servizio Sanitario Nazionale (SSN) se organiza por meio de 20 regiões de saúde, em um sistema descentralizado e hierarquizado, com relações interfederativas bem definidas, conferindo autonomia relativa às regiões de saúde, seja na definição de prioridades para as políticas de saúde, seja na organização dos sistemas de saúde regional e local. A literatura aponta disparidades na configuração dos serviços nos sistemas regionais de saúde, estando a melhor estrutura localizada ao norte^{19,20}.

Nas regiões de saúde, há sistemas locais de saúde (*Aziende Sanitarie Locali* – ASL) geridos por autoridades sanitárias locais, definidos segundo bases territoriais, que têm por objetivo desenvolver ações de saúde pública de base comunitária. São focados na atenção primária à saúde (APS) para a prestação direta de ações e serviços de saúde, tendo o médico generalista (GP) como ordenador do cuidado na APS. Ressalta-se que a prestação de serviços se dá por um *mix* de prestadores públicos e privados, com diferenças na forma de contratação e gestão dos prestadores privados¹⁸.

O Centro Nacional de Prevenção e Controle de Doenças, criado em 2004, executa ações de vigilância, prevenção e resposta a emergências de saúde, apoia as equipes regionais e mantém relacionamentos com redes internacionais de epidemiologia e saúde pública. Esse centro é o responsável pela avaliação e gestão de riscos relacionados às doenças transmissíveis e ao bioterrorismo. No ASL há Departamentos de Prevenção como unidades operativas responsáveis pelas ações de saúde coletiva²¹. O Quadro 2 sumariza informações sobre dois casos investigados.

Resposta à pandemia

Vietnã

A primeira onda da epidemia no Vietnã foi marcada pelo baixo número de casos (268 casos, dos quais 100 por transmissão comunitária) e nenhum óbito registrado pela doença²², com apenas *clusters* isolados e controle da disseminação da doença. Vários fatores contribuíram para o êxito dessa resposta, como a adoção da estratégia de contenção da pandemia, um modelo de baixo custo, abordagem multissetorial, intersetorial e planejada^{16,22,23}.

Quadro 2. Características dos casos investigados.

Tópicos	Vietnã	Itália
População	98.169.000 habitantes	61.000.000 habitantes
Estado e governo	República Socialista com governo central, apenas cinco municípios e 58 províncias e uma estrutura articulada a elas de mais de 10.000 comunas, cada uma governada por um Conselho Popular eleito.	República parlamentarista unitária. Apresenta 20 provinciais com governos locais bem definidos e autonomia relativa nas decisões político administrativas.
Sistema de proteção social e de Saúde	Seguro social público (bismarkiano), financiado pela população, empregadores e Estado.	Sistema universal (beverigidiano), financiado por meio de impostos e contribuições.
Gasto com saúde de acordo com o PIB	3,85% do PIB	9,2% do PIB
Índice de Gini	0,422	0,333
Expectativa de vida	71,40 homens e 79,61 mulheres.	79,4 homens e 84,5 mulheres.
Perfil de morbimortalidade	Permanência de doenças relacionadas à pobreza, a exemplo de desnutrição, altos índices de mortalidade materna e infantil (46 por 1.000 e 20,14 por 1.000, respectivamente); além de registros de deficiências nos determinantes de saúde como rede de esgotos e água potável. Coexistência de doenças infecciosas e doenças da modernidade.	O perfil de morbimortalidade é compatível com os países desenvolvidos, predominando os problemas do sistema circulatório.
Infraestrutura (número de leitos)	3,0 leitos por 1.000 habitantes.	3,4 leitos por 1.000 habitantes.
Financiamento do sistema de saúde	A principal fonte é o próprio Estado (3,85% do PIB), complementado com 5% e 15%, do empregado e do empregador, respectivamente.	Financiamento por impostos e contribuições. Há complementação por meio de co-pagamento pelos seus usuários, principalmente para produtos farmacêuticos e serviços ambulatoriais especializados.
Recursos assegurados para catástrofes/Emergências de Saúde Pública	Tem orçamento garantido para o enfrentamento de catástrofes.	Não tem orçamento para catástrofes e emergências em saúde pública.

Fontes: Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam¹⁵, Ferre *et al.*¹⁸, Osowe¹⁴.

Antes do aparecimento do primeiro caso, o governo do Vietnã constituiu um Grupo de Trabalho de Prevenção e Controle formado pelos 23 ministérios, comitês, imprensa e representantes de rádio e televisão⁷, coordenado pelo vice primeiro-ministro. O governo agiu na fase inicial da pandemia com implantação de extensivas medidas de saúde pública^{7,9}, elaborou o Plano Diretor de resposta à pandemia com o objetivo de atender, no pior cenário, a possibilidade de 30.000 casos¹⁶. O Ministério da Saúde mobilizou o PHEOC com vistas à preparação para a pandemia e garantir a implementação do plano¹⁷.

Foi adotada uma abordagem de caso zero (*zero-new-case-approach*) composta por: uma política clara de comunicação de risco por meio de uma comunicação oportuna, precisa e transparente, com envolvimento de toda a sociedade, utilizando canais comuns e oficiais; isolamento dos casos com rastreamento intensivo dos contatos até o terceiro nível, quarentena massiva e confinamento; gerenciamento centralizado da atenção aos casos, fechamento precoce e controle nas fronteiras, com a implementação rigorosa de protocolos de quarentena para pessoas oriundas de outros países, manutenção do distanciamento

físico e atuação marcante da sociedade civil^{7,9}. O Vietnã adotou ainda a aplicação sistemática de tecnologias para o rastreamento de portadores de vírus, com medidas de contenção associadas ao surgimento de casos em cada local.

A comunicação oficial ficava a cargo do primeiro-ministro e do ministro da Saúde enquanto posição do governo, adotando o slogan “Lutar contra a pandemia como lutar contra os agressores”^{9,17}, exaltando o espírito coletivo no país. Houve forte atuação governamental no combate às notícias falsas e desinformações sobre a COVID-19¹¹, apoiada na literatura científica, com estabelecimento de punições para os transgressores, sob condenação social da própria população¹¹. Esta, independentemente de seu status socioeconômico, incluindo soldados, empresários, acadêmicos e estudantes, apoiou os profissionais de saúde no enfrentamento à pandemia²².

A ampliação da infraestrutura física foi realizada por intermédio da adaptação de prédios militares, instalações universitárias e dormitórios para servirem de espaços de quarentena e hospitais temporários^{17,24}.

A implantação de CDCs, com a integração das unidades de saúde nos níveis distrital e provincial, não apenas gerou instalações mais integradas e multifuncionais como melhorou o sistema para atender às necessidades locais, criando uma rede mais ampla de hospitais capazes de tratar pacientes com COVID-19²⁵, o que permitiu uma melhor coordenação e uma resposta adaptativa mais rápida¹⁶.

O país definiu claramente papéis para os estabelecimentos e a estrutura de gestão. O MS ficou responsável pelo apoio, realizado inclusive por meio de visitas às unidades de saúde, na preparação para o combate à pandemia, pela mobilização e pelo fornecimento de equipamentos médicos e de equipamentos proteção individual (EPI). Por sua vez, os hospitais nacionais se responsabilizaram pela qualificação da força de trabalho acerca das diretrizes clínicas para o tratamento da COVID-19, buscando padronização do cuidado dos profissionais a ser oferecido nos serviços hospitalares nacionais e provinciais⁸. Os centros de saúde (CHS) atuaram no nível local como o primeiro contato para o fornecimento de informações e orientações^{7,8}.

Não obstante a resposta bem-sucedida do Vietnã no combate à COVID-19, foram identificados desafios comuns a outros países, como a falta de equipamentos médicos (ventiladores na UTI) e de EPI (máscaras e aventais)⁷.

A literatura registrou investimentos em vários dispositivos de vigilância em saúde no país

desencadeados pela gripe aviária, em 2003, e ameaças pandêmicas anteriores como os vírus Nipah e SARS^{11,14}. Assim, foram feitos aportes, entre outros, para o diagnóstico laboratorial, sistemas eletrônicos em tempo real de alerta de surto, redes de vigilância virológica com foco na gripe, programa de treinamento em epidemiologia de campo, cooperação e coordenação entre os setores de saúde animal e humana, mecanismos para vigilância passiva com emissão de relatórios e aprimoramento da comunicação de risco.

As investigações epidemiológicas eram feitas por profissionais de saúde e forças policiais locais do CDC, tendo como meio de trabalho o acesso sistemático às histórias de interações sociais e padrões de mobilidade dos pacientes como tecnologias do processo de trabalho de vigilância^{9,11}. A capacidade de testagem fora fortalecida ao longo do tempo, com papel fundamental dos governos provinciais. Desenvolveu-se a produção local de *kits* para diagnosticar a infecção por COVID-19, além de ser adotado um sistema de declaração de saúde em plataformas *web* e móveis para as pessoas relatarem seus sintomas e casos suspeitos em áreas próximas²⁶.

Desde 2005, o Vietnã segue um plano nacional baseado no Regulamento Sanitário Internacional²⁷ e vem envidando esforços para o fortalecimento de um modelo de vigilância baseada em eventos (EBS), implementando-o nos hospitais e clínicas do país. Apresenta vários sistemas de vigilância que agregam dados de uma variedade de fontes, incluindo comunidades e unidades de saúde, e por esse motivo foi possível um acompanhamento territorial da situação sanitária²⁶. Em adição, o governo vietnamita abriu um sistema para declaração de saúde dos viajantes estrangeiros que entram no país, para fins de monitoramento e vigilância de casos, e ativou o aplicativo Hanoi Smart City para a capital.

Itália

De modo oposto ao Vietnã, na primeira onda da epidemia, a Itália registrou o colapso do sistema de saúde na região da Lombardia¹⁰. Desde 2006, a Itália não atualizava o seu Plano Nacional para Emergências em Saúde Pública, não armazenava nenhum tipo de EPI e nunca testou os procedimentos de coordenação horizontal e vertical²⁸.

Embora haja registros de que o país iniciou, assim como o Vietnã, a sua preparação antes de ter o primeiro caso confirmado, com a criação de grupo de trabalho (GT) liderado pelo ministro da Saúde italiano²⁹, na primeira onda da doença, a evolução de epidemia foi dramática, especialmente na região norte do país³¹.

A coordenação da resposta nacional ficou sob a responsabilidade do chefe do Departamento de Proteção Civil. Em 5 de fevereiro de 2020, instituiu-se o Comitê Técnico Científico (CTS), composto por especialistas e representantes qualificados dos órgãos de administrações do estado. O CTS e o GT visavam auxiliar a tomada de decisões e apoiar as regiões de saúde, incluindo o financiamento das ações, já que a Itália não dispunha de fundo para às ESPIN^{21,32}.

Segundo Wang e colaboradores²⁹, a resposta foi dividida em três fases: a primeira priorizou o controle das fronteiras e a criação de uma agência nacional para coordenar a resposta e implantação de um sistema de vigilância para COVID-19; a segunda, dividiu o país em zonas (vermelha, amarela e branca) para implementação de medidas de saúde pública, baseadas em um conjunto de medidas de restrição: a vermelha era composta por medidas mais restritivas, a branca era o contrário³²; e a terceira definiu medidas de flexibilização. Além dessas medidas, buscou-se progressivamente a ampliação da política de testagem e a implantação do sistema nacional de vigilância dos casos confirmados de SARS-CoV-2, com base na rede laboratorial^{33,34}.

A Itália adotou a estratégia de mitigação, com intervenção do governo central para um *lock-down* nacional em momento crítico da epidemia, uma vez que os bloqueios locais não estavam sendo suficientes para estabilizar a situação. Naquele momento, os bancos de dados registravam alta incidência em nível nacional, excedendo o nível de 250 novos casos semanais por 100.000 habitantes³¹.

Há registros de investimentos na disseminação de informação pública em canais de comunicação tradicionais e de mídia social para alertar as pessoas sobre a pandemia, assim como o combate à desinformação e a informações falsas em duas frentes: divulgação de informações em *sites* oficiais, convocando os cidadãos a buscá-las nesses canais; e contato com as empresas responsáveis pelas redes sociais, a exemplo de Google e Instagram, para apoio no combate à *fake news*³⁰.

Devido às características da Itália e de seu sistema de saúde, a resposta, a organização das ações, a adesão da população e também o apoio político às decisões para o combate à COVID-19 variaram de uma região para outra. O alto grau de descentralização político-administrativa no SSN resultou em distintos direcionamentos, priorizando, nas medidas iniciais, as regiões mais atingidas¹⁹⁻²¹. Com isso, a Itália configurou respostas bem diferentes, mesmo em regiões contíguas e

próximas^{20,21}. Embora a literatura considere a resposta italiana um insucesso, houve regiões exitosas, a exemplo de Veneto, com resposta baseada em vigilância territorial e consequente redução das hospitalizações²¹.

Foi elaborado um plano de investimento para ampliar a capacidade hospitalar, recrutar médicos e enfermeiros para as UTIs, estudantes de medicina e profissionais de saúde aposentados, bem como para adquirir equipamentos médicos^{21,33}.

No caso da vigilância, não se usou a infraestrutura nacional comum de notificações de doenças infecciosas. Foram criados diferentes fluxos de dados, que exigiram tempo para configuração e adaptação local, levando a resposta desigual entre as autoridades de saúde locais^{31,33}.

Os gráficos da Figura 2 sinalizam a correlação entre a situação epidemiológica e as principais medidas adotadas pelos dois países de fevereiro a junho de 2020.

Discussão

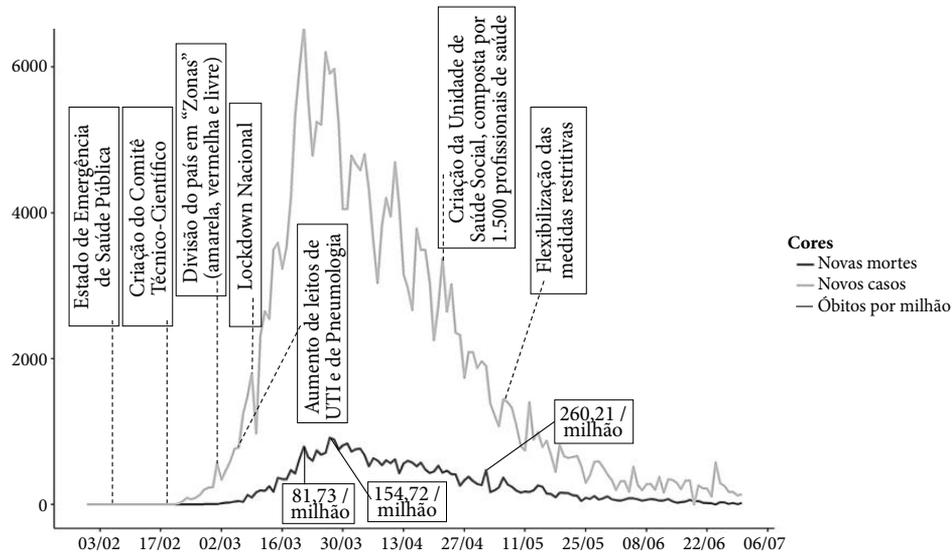
Os dois países investigados vivenciaram a pandemia ao mesmo tempo e tiveram desfechos distintos. Enquanto a Itália alcançou 564,06 óbitos por milhão de habitantes até 31 de maio de 2020, o Vietnã não apresentou nenhum óbito no período estudado^{12,35}.

O desempenho positivo do Vietnã pode ser atribuído a vários fatores, entre eles uma coordenação nacional forte, orientadora das ações dos demais níveis do sistema de modo sincronizado, definindo papéis e condutas para a gestão da crise sanitária. Assim como ocorreu no Vietnã, outros estudos destacaram que a coordenação nacional representou um elemento fundamental no enfrentamento da COVID-19, a exemplo de China e Coreia do Sul^{3,36}.

Ao contrário desses países, a Itália apresentou uma coordenação nacional frágil, lenta, difusa e pouco articulada, em que o governo central assumiu o papel de orientação e monitoramento²¹. Autores²⁸ destacaram que, apesar da organização regionalizada do sistema de saúde da Itália trazer vantagens por apresentar flexibilidade para ajustes às necessidades locais e permitir experiências inovadoras em relação ao modelo de oferta de serviços, ela pode ter sido uma desvantagem durante a epidemia, que requeria um maior nível de coordenação e maior rapidez na tomada de decisão.

Embora o estudo aponte um cenário negativo observado na Itália, experiências locais desen-

Itália - casos e óbitos por milhão de habitantes com as principais medidas adotadas entre fevereiro e julho de 2020



Vietnã - casos por milhão de habitantes com as principais medidas adotadas entre fevereiro e junho de 2020

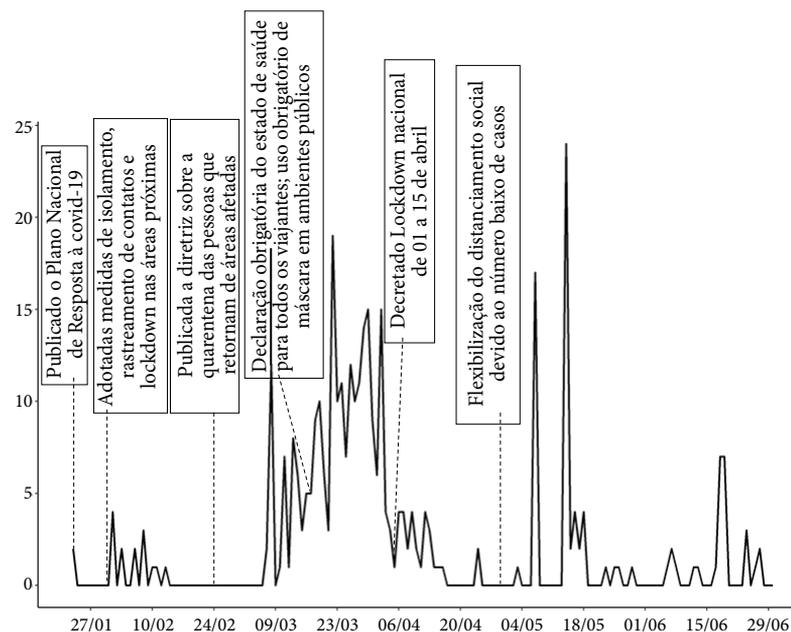


Figura 2. Medidas adotadas x situação epidemiológica na Itália e Vietnã entre março e julho de 2020.

Fonte: Autores, adaptado de Our World in Data.

volvidas no país evidenciam que uma resposta focada na atenção primária de base territorial e comunitária possibilitou a redução de internações e evitou o colapso do sistema de saúde^{19,20,33}. Outros trabalhos reforçam a tese de que esse modelo fora importante no controle da pandemia,

mesmo em situações em que a atenção primária não se encontrava bem estruturada no âmbito do sistema de saúde. No caso da China³⁶ e da Coreia do Sul³, a APS foi fundamental no rastreamento dos casos e contatos. Em contrapartida, a ausência de coordenação no sistema de resposta à CO-

VID-19, em certos casos, resultou em problemas de comunicação entre os diversos níveis de atenção, que por sua vez configuraram obstáculos burocráticos mesmo em países que apresentam a atenção primária como ordenadora do sistema de saúde³⁴.

No caso da Itália, Mauro e Giocontti²¹ ainda acrescentam que, por causa do alto grau de descentralização político-administrativa do país, é necessário um debate sobre o papel do governo central e a necessidade de uma possível (re)centralização em casos de emergências sanitárias, haja vista que as diferenças na oferta de serviços pelas desigualdades regionais e a ausência de integração e coordenação para lidar com a competição entre provedores de saúde (privado/público e público/público) foram fatores negativos na gestão da pandemia.

A adoção da vigilância territorial e comunitária no Vietnã, somada à exaltação de espírito coletivo nacional e ao engajamento de toda a sociedade, foram marcadores importantes na resposta do país⁸. Nesse aspecto, a existência de estruturas descentralizadas, coordenadas por uma instância nacional direcionando as tomadas de decisões em relação à vigilância das doenças transmissíveis, foi fundamental. Situação semelhante foi verificada na China, cuja rede descentralizada para controle e prevenção de doenças nos territórios colaborou para o controle de epidemia³⁶, assim como na Coreia do Sul, onde estruturas descentralizadas vinculadas ao Centro de Controle de Doenças (KCDC) atuaram na vigilância da COVID-19³.

Em todos esses países, houve direcionamento único e conduta orientada por ações rigorosamente planejadas. Há registros de que as estruturas utilizadas para enfrentamento à COVID-19 foram se qualificando em razão de experiências vividas em outras epidemias³. Nesse particular, no caso do Vietnã, o desenvolvimento de um plano para emergências sanitárias e um modelo de vigilância baseada em eventos possibilitaram uma resposta adequada e rápida. No caso da China, criou-se um fórum de governança por ocasião do enfrentamento da epidemia de H1N1, além do estabelecimento do Plano Nacional de Emergência, com estabelecimento de um sistema de vigilância com alertas para resposta rápida³⁶. Na Coreia do Sul, definiu-se um sistema de alerta para risco de doenças infecciosas, com demarcação de estágios e ações a serem desenvolvidas em consonância com a situação epidemiológica³. Destaca-se que o fato de o Vietnã ter elaborado plano de contingência, a fim de conter a expan-

são do coronavírus e dispor de uma “caixa de ferramentas” para adotar em caso de necessidade^{16,23}, favoreceram o controle da epidemia no país no período estudado²³. A criação de gestão de apoio clínico para pacientes com COVID-19 com emissão de protocolos unificando condutas clínicas no momento em que pouco se conhecia sobre a doença parece ter facilitado o manejo dos casos pelos profissionais de saúde no Vietnã⁷.

De modo contrário, no caso italiano, a literatura aponta que não havia consenso no país sobre as medidas a serem adotadas para conter a transmissão do vírus, quer seja sobre as medidas não farmacológicas, quer seja sobre o manejo clínico das pessoas contaminadas¹⁹. Autores referem que, um dia antes da publicação do decreto de *lockdown* na região da Lombardia, o mais importante jornal do país publicou a minuta do decreto e provocou o deslocamento de mais de 41.000 pessoas pelo país, sem controle³⁴.

A literatura registra ainda, no caso da Itália, que as medidas adotadas para a reforma do sistema de saúde dos últimos 30 anos levou à redução na oferta e provisão de serviços para o cuidado em geral, afetando o número de leitos, principalmente de UTI, assim como de profissionais de saúde¹⁹. Em outra direção, a reforma proporcionada ao sistema de saúde vietnamita foi capaz de aumentar a efetividade da resposta à COVID-19, sobretudo pela integração das ações de cuidado e vigilância e pela definição de papéis estratégicos para cada nível de atenção à saúde, incluindo práticas de promoção da saúde, com foco em educação em saúde^{7,8}.

Embora o presente estudo não tenha tido a pretensão de comparar a respostas dos dois países, pela distinção histórica e estrutural entre eles, foi possível verificar que as estratégias principais adotadas por eles, contenção no Vietnã e mitigação na Itália, trouxeram efeitos positivos na resposta à pandemia.

Considerações finais

Os resultados apresentados reiteram elementos de uma resposta adequada revelados em outros estudos³⁷, a exemplo da coordenação nacional forte e da experiência transmutada em aprendizagem no manejo de doenças transmissíveis, que se expressam em planificação das ações e vigilância de base comunitária com envolvimento da sociedade em geral.

O estudo aponta que a estratégia de contenção adotada pelo Vietnã foi fundamental para

evitar mortes no país. De modo específico, a articulação institucional entre atenção e vigilância mobilizou práticas de saúde que favoreceram o controle da pandemia no Vietnã, assim como o espírito coletivista e cooperativo como elemento de cidadania.

Em relação à Itália, a estratégia de mitigação empregada reverteu em alguma medida a situação caótica em que se encontrava o país no

período. Contudo, isso só foi possível pela ação do governo central e a introdução do *lockdown* nacional, reiterando o papel do Estado em momentos de crise sanitária como a pandemia de COVID-19.

Por fim, vale considerar para pandemias futuras que as aprendizagens devem ser transformadas em ações políticas, de modo a garantir a saúde das populações em todo o mundo.

Colaboradores

C Matos trabalhou na concepção inicial do artigo, na produção e análise dos dados, na escrita e revisão geral. E Santos e G Alves contribuíram na produção e análise dos dados e na redação do artigo. J Paim coordenou a pesquisa e contribuiu na redação e revisão final.

Financiamento

Trata-se de uma pesquisa financiada com recursos de Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) composta por vários subprojetos, entre eles o presente trabalho.

Referências

- Darsie C, Hillesheim B, Weber DL. O discurso de controle de doenças da Organização Mundial da Saúde e a produção de espacialidades nacionais. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200587.
- Lima NT, Buss PM, Paes-Sousa R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cad Saude Publica* 2020; 36(7):e00177020.
- Rossi TRA, Soares CLM, Silva GA, Paim JS, Vieira-Da-Silva LM. The response by South Korea to the COVID-19 pandemic: lessons learned and recommendations for policymakers. *Cad Saude Publica* 2022; 38(1):e00118621.
- Chen C-C, Tseng C-Y, Choi W-M, Lee Y-C, Su T-H, Hsieh C-Y, Chang C-M, Weng S-L, Liu P-H, Tai Y-L, Lin C-Y. Taiwan government-guided strategies contributed to combating and controlling COVID-19 pandemic. *Front Public Health* 2020; 8:547423.
- Santos PPGV, Oliveira RAD, Albuquerque MV. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. *Saude Debate* 2022; 46(Esp. 1):322-337.
- Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(2):e2020166.
- Ha BTT, Quang LN, Mirzoev T, Tai NT, Thai PQ, Dinh PC. Combating the COVID-19 epidemic: experiences from Vietnam. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(9):3125.
- Nguyen HTT, Nguyen TT, Dam VAT, Nguyen LH, Vu GT, Nguyen HLT, Nguyen HT, Le HT. COVID-19 Employment crisis in vietnam: global issue, national solutions. *Front Public Health* 2020; 8:590074.
- Duong DM, Le VT, Ha BTT. Controlling the COVID-19 pandemic in Vietnam: lessons from a limited resource country. *Asia Pac J Public Health* 2020; 32(4):161-162.
- Anastassopoulou C, Siettos C, Russo L, Vroni G, Tsakris A. Lessons from the devastating impact of the first COVID-19 wave in Italy. *Pathog Glob Health* 2021; 115(4):211-212.
- Linh DP, Tam HT. How a collectivistic society won the first battle against COVID-19: Vietnam and their "weapons". *Inter-Asia Cult Stud* 2020; 21(4):506-520.
- Shokoohi M, Osooli M, Stranges S. COVID-19 Pandemic: what can the West learn from the East? *Int J Health Policy Manag* 2020; 9(10):436-438.
- Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52(2):546-553.
- Osewe PL. Pandemic preparedness and response strategies: COVID-19 lessons from the Republic of Korea, Thailand, and Vietnam [Internet]. 2021. [cited 2023 jan 31]. Available from: <http://dx.doi.org/10.22617/TCS210037>
- Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam [República Socialista do Vietnã]. *Niên giám thống kê y tế 2018* [Anuário estatístico médico 2018]. Vietnam Bộ y Tế [Ministério da Saúde do Vietnã]. 2018. [acessado 2023 fev 1]. Disponível em: https://moh.gov.vn/documents/176127/0/NGTK+2018+final_2018.pdf/29980c9e-d21d-41dc-889a-fb0e005c2ce9
- Nguyen HV, Hoang MV, Dao ATM, Nguyen HL, Nguyen TV, Nguyen PT, Khuong LQ, Le PM, Gilmour S. An adaptive model of health system organization and responses helped Vietnam to successfully halt the Covid-19 pandemic: What lessons can be learned from a resource-constrained country. *Int J Health Plann Manage* 2020; 35(5):988-992.
- Willoughby E. Unified, preventive, low-cost government response to COVID-19 in Vietnam. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A, organizadores. *Coronavirus politics: the comparative politics and policy of COVID-19*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2021.
- Ferre F, Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A. Italy: health system review. *Health Syst Transit* 2014; 16(4):1-168. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141626>
- Buzelli ML, Boyce T. The privatization of the Italian National Health System and its impact on health emergency preparedness and response: the COVID-19 case. *Int J Health Serv* 2021; 51(4):501-508.
- Pecoraro F, Luzi D, Clemente F. Analysis of the different approaches adopted in the Italian regions to care for patients affected by COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(3):848.
- Mauro M, Giancotti M. Italian responses to the COVID-19 emergency: overthrowing 30 years of health reforms? *Health Policy* 2021; 125(4):548-552.
- Nguyen T-P, Wong ZSY, Wang L, Thanh TT, Nguyen HV, Gilmour S. Rapid impact assessments of COVID-19 control measures against the Delta variant and short-term projections of new confirmed cases in Vietnam. *J Glob Health* 2021; 11:03118.
- Nguyen HB, Nguyen THM, Tran TTT, Vo THN, Tran VH, Do TNP, Troung QB, Nguyen TH, Ly LK. Knowledge, attitudes, practices, and related factors towards COVID-19 prevention among patients at University Medical Center Ho Chi Minh City, Vietnam. *Risk Manag Healthc Policy* 2021; 14:2119-2132.
- Nguyen HV, Debattista J, Pham MD, Dao ATM, Gilmour S, Nguyen HL, Nguyen TV, Le PM, Nguyen PT, Tran ATN, Vu KD, Dinh ST, Hoang MV. Vietnam's healthcare system decentralization: how well does it respond to global health crises such as COVID-19 pandemic? *Asia Pac J Health Manag* 2021; 16(1):i619.
- La V-P, Pham T-H, Ho M-T, Nguyen M-H, Nguyen K-LP, Vuong T-T, Nguyen H-KT, Tran T, Khuc Q, Ho M-T, Vuong Q-H. Policy response, social media and science journalism for the sustainability of the Public Health System amid the COVID-19 outbreak: the Vietnam lessons. *Sustainability* 2020; 12(7):2931.
- Hoang MV. Fighting against COVID-19 in Vietnam: the value of rapid antibody testing should not be confused. *Health Promot Perspect* 2020; 10(3):168.
- Brasil. Decreto Legislativo nº 395, de 2009. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. *Diário Oficial da União* 2009; 10 jul.

28. Peralta-Santos A, Saboga-Nunes L, Magalhães PC. Tale of two pandemics in three countries: Portugal, Spain, and Italy. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A, organizadores. *Coronavirus politics: the comparative politics and policy of COVID-19*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2021.
29. Wang D, Gee GC, Bahiru E, Yang EH, Hsu JJ. Asian-Americans and Pacific Islanders in COVID-19: emerging disparities amid discrimination. *J Gen Intern Med* 2020; 35(12):3685-3688.
30. Falkenbach M, Caianni M. Italy's Response to COVID-19. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A, organizadores. *Coronavirus politics: the comparative politics and policy of COVID-19*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2021. p. 361-377.
31. Pezzotti P, Punzo O, Bella A, Del Manso M, Urdiales AM, Fabiani M, Ciervo A, Andrianou X, Riccardo F, Stefanelli P. The challenges of the outbreak: the Italian COVID-19 integrated surveillance system. *Eur J Public Health* 2020; 30(Supl. 5):ckaa165.356.
32. Itália. Decreto-lei de 16 de março de 2020. Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 [Internet]. [acessado 2023 fev 1]; Disponível em: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=74085&completo=false>
33. Salmaso S, Zambri F, Renzi M, Giusti A. Interrupting the chains of transmission of COVID-19 in Italy: survey among the Prevention Departments. *Epidemiol Prev* 2020; 44(5-6 Supl. 2):33-41.
34. Kurotschka PK, Serafini A, Demontis M, Serafini A, Mereu A, Moro MF, Carta MG, Ghiretto L. General practitioners' experiences during the first phase of the COVID-19 pandemic in Italy: a critical incident technique study. *Front Public Health* 2021; 9:623904.
35. Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, Macdonald B, Dattani S, Beltekian D, Ortiz-Ospina E, Roser M. Total confirmed COVID-19 deaths and cases per million people: world. *Our World in Data* [Internet]. 2022. [cited 2023 jan 31]. Available from: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>
36. Pereira AMM. A resposta à COVID-19 na China: planejamento central e governança nacional da vigilância e atenção à saúde. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022. p. 47-80.
37. Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM. As respostas dos países à pandemia em perspectiva comparada: semelhanças, diferenças, condicionantes e lições. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022. p. 323-343.

Artigo apresentado em 29/12/2022

Aprovado em 22/06/2023

Versão final apresentada em 24/06/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva