



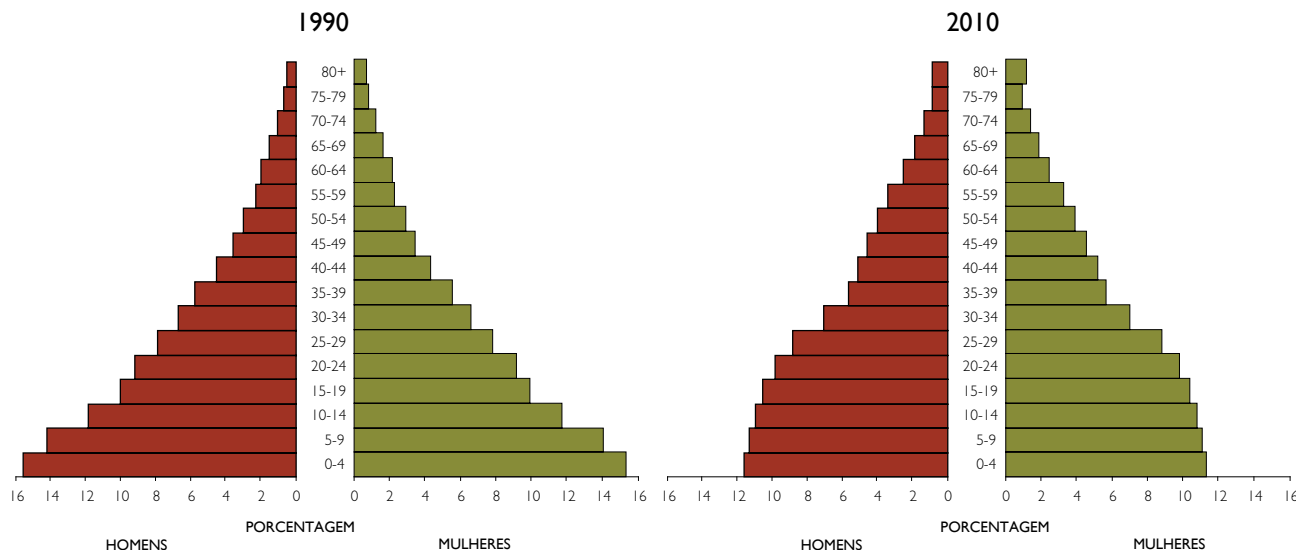
# Paraguai

## INTRODUÇÃO

Em 2010, a população do Paraguai era de 6.340.639 habitantes (1) distribuídos na área urbana (58,3%) e na rural (41,7%). Os departamentos de Assunção e Central concentravam 33,3% da população. A taxa anual de crescimento populacional entre 2005-2010 foi de 1,8%. A estrutura populacional mostra um claro predomínio de idades jovens (37,1% tinha menos de 15 anos; 41,3% na área rural e 33,9% na urbana)

(ver Figura 1). A taxa global de fertilidade diminuiu de 2,9 filhos por mulher em 2004 para 2,5 em 2008, e é mais elevada entre as mulheres com menor escolaridade (3,6), que falam guarani no lar (3,3) e de nível socioeconômico muito baixo (4,1). A taxa bruta de nascimentos por 1.000 habitantes estimada em 2011 foi de 23,9 e a taxa de mortalidade geral por 1.000 habitantes corrigida em 2009 foi de 5,7 (2).

O Paraguai tem um território de 406.752 Km<sup>2</sup>. O país está dividido pelo Rio Paraguai em duas regiões

**FIGURA I. Estrutura da população por idade e sexo<sup>a</sup>, Paraguai, 1990 e 2010**

A população aumentou 52,0% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população apresentava uma forma piramidal onde os menores de 20 anos de idade representavam a metade da população. Em 2010, esta forma desloca-se para idades maiores, com envelhecimento da população, e as faixas etárias menores de 25 anos têm maior semelhança, em consonância com uma redução da fertilidade e da mortalidade nessas idades mais jovens.

Fonte: Escritório do Censo dos Estados Unidos. Banco de dados internacionais 2009. Atualizados em dezembro de 2010..

<sup>a</sup> O percentual de cada faixa etária é sua proporção em relação ao total de cada sexo.

geográficas: a ocidental ou Chaco, que tem três estados, e a oriental, que tem 14 estados, onde se localizam as principais cidades e vias de comunicação. Quase 2% da população é indígena (119.497 em 2010) (3). O censo de população indígena de 2002 (4) revelou que 31% da população originária vivem no Chaco, e 91,5% em zonas rurais. Existem 20 povos originários agrupados em cinco famílias linguísticas: Guarani, Maskoy, Matakoy, Guaicurú e Zamuco. A família Guarani, com seus seis povos, é a mais numerosa. Em 2002, sua taxa de crescimento foi de 3,9%, sendo sua população mais jovem que a população geral: 47,1% tinham menos de 15 anos.

O Paraguai tem duas línguas oficiais, o espanhol e o guarani (5). Essa última é a primeira língua originária americana do país, que foi reconhecida idioma oficial e consagrada na Constituição do Paraguai de 1992. A existência paralela das duas línguas expressa a coexistência de duas formas de ver a vida, que dá corpo à idiossincrasia paraguaia: o “viver para ter” ocidental e o “viver para ser” Guarani (6).

Ao longo do século XX, assentaram-se no país outros grupos populacionais. O mais numeroso é cons-

tituído pelos Menonitas russo-alemães e canadenses, que estabeleceram suas colônias a partir de 1927, e tem uma forte influência econômica e social em suas áreas de assentamento, principalmente no Chaco (7).

O Paraguai foi governado durante 61 anos pela Associação Nacional Republicana (Partido Colorado), período que incluiu 35 anos de ditadura que terminou em 1989, com o início de um incipiente processo democrático. Em agosto de 2008 chegou ao governo uma coligação de partidos e coletivos sociais minoritários com o apoio da maioria da população.

Em 2009, o governo apresentou “Paraguai para Todos e Todas. Proposta de Política Pública para o Desenvolvimento Social 2010-2020” (8), uma iniciativa que articula 11 programas emblemáticos e tem quatro eixos principais: qualidade de vida, inclusão social, crescimento econômico sem exclusão e gestão baseada em resultados. Entre os programas estão o desenvolvimento das unidades de saúde da família, água e saneamento e a segurança alimentar, todos estreitamente ligados à saúde da população.

Entre 2003 e 2008, emigraram 255.932 paraguaios, quase uma de cada 10 pessoas da população

economicamente ativa (9). Em 2010, 19,8% da população havia utilizado a Internet (43,9% em Assunção e 3,8% em San Pedro). Esses dados se referem a Assunção (área mais desenvolvida) e San Pedro (um dos estados mais pobres) com o objetivo de mostrar desigualdades no interior do país.

O Produto Interno Bruto (PIB) cresceu anualmente 3,7% no período 2006-2010 (10) e projeta-se estável para o período 2012-2013 (11). Em 2010, o referido crescimento econômico implicou num aumento recorde do PIB *per capita* (14,5%) em relação ao ano de 2009, um aumento muito relevante mesmo sabendo-se que 2009 houve crescimento negativo (-3,9%) (12).

Em dezembro de 2009 foi aprovada a Resolução nº 1.074 do Ministério da Saúde Pública e Bem-estar Social, que decretou a gratuidade de todos os serviços oferecidos pelos centros assistenciais do Estado (13). Nesse mesmo ano, ultrapassou-se a meta de criação de 500 unidades de saúde da família, que cobrem 30% da população paraguaia e priorizam as comunidades com maior vulnerabilidade e abandono histórico do Estado.

## DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Em 2009, 35,1% da população paraguaia era pobre (49,8% na área rural) e 18,8% viviam em extrema pobreza (32,4% na área rural) (14). Entre 2005 e 2006, a pobreza total subiu de 38,6% para 43,7%, porém, com declínio constante de 2006 a 2009, atribuído à queda da incidência de pobreza em áreas urbanas. A incidência de pobreza extrema demonstra tendência semelhante à da pobreza total, com leve aumento em 2008 e 2009.

Em 2010, a taxa de desemprego aberto afetou 5,7% da população (4,7% dos homens e 7,2% das mulheres). O subemprego total foi de 22,9% (20,8% entre os homens e 26,3% entre as mulheres), com redução constante a partir de 2007 (26,6%). O setor primário ou extrativo absorveu quase 27% da população empregada, o secundário 18,2% e o terciário, 54,8%. Cerca de 72,6% das mulheres ocupadas trabalhavam no setor terciário e os homens distribuíam-se prioritariamente entre os setores terciário e primário (44,0% e 31,7%, respectivamente) (15).

Em 2010, a taxa de analfabetismo era de 5,3% (3,5% na população urbana e 8,1% na rural); nos homens foi de 4,6% (3% na área urbana e 6,8% na rural) e nas mulheres 5,9% (3,9% na área urbana e 9,5% na rural). Em Assunção, a taxa de analfabetismo foi de 1,4%, enquanto o estado de San Pedro atingiu 7,2% (16). Em 2009, a taxa de analfabetismo foi de 10,5% entre os extremamente pobres e 3,7% entre não pobres.

Em 2010, o governo estimava um déficit quantitativo de 98.720 moradias (73% nas zonas urbanas) e outro qualitativo – que se refere às necessidades de melhoria e ampliação – de 705.298 moradias (54% nas zonas rurais) (17).

A maior parte da sociedade paraguaia considera que a reforma agrária segue como uma matéria inconclusa. Um por cento dos proprietários concentram 77% das terras cultiváveis e 40% dos agricultores que possuem de zero a cinco hectares dispõem de somente 1% das terras agrícolas (18).

O Paraguai é estado-membro de diversos tratados, convenções, pactos e protocolos internacionais que estabelecem medidas específicas a serem adotadas para proteger o direito ao mais alto grau possível de saúde e outros direitos humanos relacionados, tais como direito à vida, à integridade pessoal, direitos da criança, direito à educação, ao trabalho, a nome e nacionalidade o direito a se beneficiar dos avanços da cultura e científicos.

## MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

### ACESSO DA POPULAÇÃO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

Em 2009, 68,6% da população tinha acesso à água para consumo distribuída pela Empresa de Serviços Sanitários do Paraguai, o Serviço Nacional de Saneamento Ambiental, conselhos de saneamento, redes comunitárias, redes ou prestadores privados, ou por meio de poços artesianos, poços escavados protegidos por borda e tampa, manancial protegido ou águas pluviais. Em geral, 77,7% da população urbana e 59,0% da rural tinha acesso à água potável.

Em 2009, entre as comunidades indígenas, 40% obtinha a água em poços artesianos, 26% de coletores de águas pluviais, 18% de quebra-mar ou reservatórios,

6% de água superficial, 4% de poços escavados e 6% de outras fontes. A coleta de água nessas comunidades recai majoritariamente sobre as mulheres (94%), das quais 42,5% empregam de 11 a 30 minutos e 37,5% mais de 30 minutos em cada viagem coleta. A tarefa repete-se entre três e cinco vezes por dia para 55% das comunidades e mais de seis vezes para 20% de algumas comunidades (19).

Em 2009, 8,5% da população tinha acesso à rede de esgoto (16,3% nas zonas urbanas e 0,3% nas rurais) (20).

### RESÍDUOS SÓLIDOS

Em 2010, 39,2% da população dispunha de serviços de coleta pública ou privada de resíduos (69,7% no quintil mais rico e 7,5% no mais pobre). Em geral, 48,5% da população incinerava seu lixo (80,4% nas zonas rurais) (15). Quanto à disposição final, 70,8% dos resíduos era lançado em aterros a céu aberto ou controlados e o restante em aterros sanitários (21).

### DESMATAMENTO E DEGRADAÇÃO DO SOLO

Em 1945, a superfície de mata da Região oriental do país abrangia 55% da superfície total da Região (23); em 2000 restavam apenas 5% (24). Embora a principal causa do desmatamento seja a derrubada de árvores desordenada por parte da indústria madeireira e o avanço das explorações agrícolas sobre a mata autóctone, o uso massivo de lenha e carvão vegetal para consumo doméstico. Assim, em 2010, 31,3% das famílias utilizavam principalmente lenha para cozinhar, 12,1% carvão vegetal e somente 3,7% eletricidade, o que chama a atenção num país exportador dessa última forma de energia (15).

### POLUIÇÃO DO AR

Durante junho de 2010, foi realizado na cidade de Assunção um estudo de qualidade do ar por meio de amostragem diária contínua de PM<sub>2,5</sub> (material particulado muito fino) e encontraram-se valores que oscilavam de 5 mg/m<sup>3</sup> a 48 mg/m<sup>3</sup>; 39% das amostras superou os valores limites recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A concentração de carbono elementar apresentou picos de até 140 mg/

m<sup>3</sup>. Quanto às amostras de gases (SO<sub>2</sub> e NO<sub>2</sub>), a concentração mais crítica foi a de NO<sub>2</sub> com uma média de 39,1 mg/m<sup>3</sup>, próximo ao limite máximo fixado pela OMS (40 mg/m<sup>3</sup>), valor superado por mais da metade das áreas urbanas pesquisadas (24).

### PRAGUICIDAS

A importação e o uso de praguicidas cresceram nos últimos anos, paralelamente com a produção agrícola. A média anual de importação de praguicidas entre 2007 e 2009 foi superior a 30 milhões de quilogramas ou litros. Os principais produtos importados são acefato, atrazina, imidacloprida, endossulfano e, em maior proporção, glifosato e paraquat (25).

As mortes por praguicidas diminuíram de 58 em 2006 para 19 em 2009. Segundo um relatório da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), existem 385 toneladas de praguicidas obsoletos e 4.210 toneladas de material contaminado distribuídos em 15 estados do país (26).

### SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O país tem um alto potencial de produção de alimentos. Os setores agrícola e pecuário contribuíram com 47,0% e 8,5%, respectivamente, para o crescimento do PIB em 2010 (10). Contudo, o abandono dos sistemas produtivos tradicionais e diversificados por parte dos pequenos produtores, e a mudança para o monocultivo extensivo para maior renda, mudou as condições para a produção de alimentos e poderia afetar a segurança alimentar.

## CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

### PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

#### Saúde materna e reprodutiva

A prevalência do uso de anticoncepcionais em mulheres casadas ou coabitantes de 15 a 44 anos de idade passou de 72,8% em 2004 para 79,4% em 2008. Em 2008, 90,5% das gestantes realizaram quatro ou mais consultas pré-natais e 84,6% dos partos ocorreram em instituições de saúde (27).

Um problema inadiável para o Paraguai é a elevada taxa de mortalidade materna, que permaneceu estável nos últimos anos, implicando numa grande dificuldade para que o país atinja o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº5. O objetivo de redução em 75% da taxa de mortalidade materna equivaleria alcançar 37,5 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2015. Até 2009, com uma taxa de 125,3 por 100.000 nascidos vivos, a redução chegava a meros 33%. As principais causas de mortalidade materna são a hemorragia pós-parto, a preeclampsia/eclampsia e a septicemia, ou seja, trata-se de mortes evitáveis. Um terço das mortes maternas ocorreu devido às complicações de abortos praticados em condições perigosas. Em 2009, os estados com taxas mais altas de mortalidade materna foram Central, Paraná e Assunção. Em 2008, 93% das mortes maternas ocorreu em estabelecimentos de saúde e 60% das mortes em hospitais ocorreu entre a noite e a madrugada, horários com menor presença de profissionais (28).

#### Crianças (0-9 anos de idade)

Os esforços do país para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº4, que visa reduzir em dois terços a mortalidade infantil no período 1990-2015, não foram suficientes. A mortalidade infantil em 1990 foi de 30,4 por 1.000 nascidos vivos e de 20 por 1.000 nascidos vivos em 2008 (27). Houve uma leve redução da taxa registrada (17,8 por 1.000 nascidos vivos em 2005 e 15,4 por 1.000 em 2009), que ocorreu em decorrência da menor mortalidade pós-neonatal, à medida que a mortalidade neonatal permaneceu estável (11,7 e 11 respectivamente). Sem considerar alguns estados, nos quais a taxa teria um valor atípico devido à evidente subnotificação, observam-se diferenças notáveis entre estados (Assunção: 12,4 por 1.000 vs. 31,0 por 1.000 em Boquerón). A mortalidade em menores de cinco anos caiu entre 2005 e 2009 de 21,8 para 18,7 por 1.000 nascidos vivos. Em 2009, 82,4% das mortes registradas de crianças menores de cinco anos de idade ocorreram no primeiro ano de vida e 58,8% nos primeiros 28 dias de vida; dessas, 80% aconteceram na primeira semana (29). A principal causa de mortalidade neonatal no período 2005-2009 foi a síndrome de dificuldade respiratória do recém-nascido, seguida

por malformações congênitas. Essas últimas foram as principais causadoras de mortalidade pós-neonatal, seguidas de pneumonia e influenza.

Estudos de base populacional (30) indicam que persistem diferenças quanto à vacinação entre vários municípios do país. Além disso, faltam informações em diversas áreas, e as dificuldades para estimar denominadores e a ausência de dados separados para populações indígenas e vulneráveis permanecem problemáticas.

#### Adolescentes (10 a 19 anos de idade)

Do total da população paraguaia, 21,3% é de adolescentes (31). Em 2009, a primeira causa de morte nessa faixa etária foram as causas externas, 31,6 por 100.000 habitantes, e a proporção chegou a 49,1 por 100.000 nos homens, com uma tendência ascendente desde 2005 (29).

Em 2008, a taxa de fertilidade nas adolescentes foi de 63 nascidos vivos por 1.000 mulheres de 15 a 19 anos, uma redução importante em relação aos anos de 1998 (87 por 1.000) e 1995 (107 por 1.000). No entanto, apesar da contínua queda, no Paraguai o valor situa-se acima da média mundial. Nas áreas rurais é quase o dobro que nas urbanas (85 por 1.000 e 47 por 1.000, respectivamente).

Registra-se um início cada vez mais precoce das relações sexuais. Em 2008, 52% das mulheres de 15 a 19 anos declarou levar uma vida sexualmente ativa (27). Do total de gravidezes que ocorrem no país, quase 20% corresponde à população adolescente. Em 2009, 108 meninas de 10 a 13 anos deram a luz (0,11% dos nascimentos registrados). No mesmo ano, notificaram-se 21 mortes maternas em menores de 19 anos (16,4% do total) (32).

#### Idosos (60 anos ou mais de idade)

Aproximadamente, um em cada quatro domicílios tem a presença de, pelo menos, um idoso entre seus membros. No futuro, o país enfrentará o desafio posto pelo aumento da proporção da população de 60 anos ou mais, que se estima passarão de 7,1% no ano de 2000 para 11,6% no ano de 2025 e 18,5% no ano de 2050 (1).

## MORTALIDADE

Em 2009, as doenças do sistema circulatório causaram 111,5 mortes por 100.000 habitantes; tumores, 56,0 por 100.000; causas externas, 49,2 por 100.000 e doenças infecciosas 35,1 por 100.000. Nos homens, no período 2006-2009, a doença isquêmica do coração causou 10,2% das mortes, seguida pelas doenças cerebrovasculares (9,5%) e pelos acidentes automobilísticos (7,4%). Nas mulheres, o primeiro lugar foi ocupado pelas doenças cerebrovasculares (12,8%), seguidas pelo diabetes mellitus (10,8%) e pela doença isquêmica do coração (9,2%). Ao observar a mortalidade por grandes grupos de causas nas regiões de saúde é importante destacar que as taxas para todos os grupos são muito mais altas em Assunção e Central, parecendo indicar um problema de qualidade da informação. Em 2009, as causas externas ocuparam o primeiro lugar geral e em homens quando analisados os anos potenciais de vida perdidos.

O percentual de subnotificação de mortes baixou de 40% em 2000 para 29% em 2009, acontecendo o mesmo para as causas mal definidas (de 20% em 2000 para 13% em 2009).

## MORBIDADE

### Doenças transmissíveis

#### *Doenças transmitidas por vetores*

Durante a epidemia de dengue de 2006-2007, que afetou todo o país, o sorotipo três do vírus da dengue estava em circulação. Confirmaram-se 11.034 casos e houve 17 mortes. Os sorotipos um e três estavam circulando durante a epidemia de 2008-2009, que atingiu 32% dos 230 distritos do país e sua intensidade foi de baixa a moderada e não se registraram mortes associadas à dengue, nem aumento da demanda por atendimento na rede de serviços de saúde. A partir da semana 41 de 2009, registrou-se novamente transmissão do vírus da dengue, que persistiu, pelo menos, até meados de 2011, motivo pelo qual se considera que no Paraguai, a doença é endêmica desde então. No final de 2010 confirmaram-se 13.559 casos e verificou-se a circulação simultânea dos sorotipos um, dois e três. Até a semana 22 de 2011, confirmaram-se 27.103 ca-

sos, que se concentraram entre as semanas 6 e 19. Dos casos confirmados, 8% precisaram de internação, dos quais 4% foram classificados como dengue grave e, desses, 57% resultaram em mortes (54/95).

Em janeiro de 2008, o país registrou a reemergência da febre amarela silvestre no país, cuja última presença havia sido registrada em 1974, bem como observou o primeiro surto de febre amarela urbana nas Américas desde 1942. Confirmaram-se 27 casos, com 10 mortes, em quatro zonas bem definidas: San Estanislao e Santo Domingo (estado de San Pedro), bairro Laurety de San Lorenzo (estado Central) e estado de Caáguazú. Identificou-se um modelo de transmissão intermediário em zonas rurais desmatadas com grande penetração humana e presença de vetores silvestres e urbanos. Vacinou-se 70% da população e o surto foi controlado, embora persistam grupos de população não vacinada e a vigilância das epizootias ainda seja precária (33).

Na primeira metade da década de 2000, o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas avaliou mais de 354.000 residências (98%) em sete estados com elevada presença de *Triatoma infestans*. A partir de 2008, certificou-se a interrupção da transmissão vetorial na Região oriental, evento comprovado por meio de pesquisa sorológica em menores de cinco anos. Mantém-se o sistema de vigilância entomológica na Região oriental, que foi ampliado para a Região ocidental (Chaco), e continuam se desenvolvendo as atividades de controle (34).

A leishmaniose tegumentar apresenta-se no norte, centro e leste da Região oriental, em lugares onde ainda existem matas tropicais úmidas. Desde 2002, ano em que se registrou o maior número de casos da década (1.251), a doença vem registrando um constante declínio. No período 2006-2010, notificaram-se 1.895 casos (35). Existe risco de leishmaniose visceral humana em mais de 90% da área conformada pelo estado de Assunção e pelos estados Central, Paraguari e Cordillera, uma área com hiperendemia canina e presença de vetores flebotomíneos. Os casos confirmados de leishmaniose visceral aumentaram de 2000 até 2010, ano em que se registraram 145 (36), com uma letalidade bem variável (entre 4,7% em 2005 e 20,8% em 2004).

Num período de 11 anos (2000-2010) conseguiu-se a redução de 99,6% dos casos de malária e de 95,0% da taxa de incidência (índice parasitário anual)

por 1.000 habitantes (de 0,79 em 1990 para 0,004 em 2010). O Paraguai caminha em direção à eliminação da transmissão autóctone da malária e já cumpriu a meta correspondente fixada no Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 6 (37).

#### *Doenças imunopreveníveis*

O último caso de poliomielite foi notificado em 1985, o de sarampo em 1998 e o de rubéola e síndrome de rubéola congênita em 2005. Foram notificados casos isolados de difteria, coqueluche, tétano e tétano neonatal. As vacinas contra o rotavírus (2010) e o pneumococo (2011) foram introduzidas no esquema regular de vacinação infantil.

#### *Zoonoses*

Paraguai se mantinha livre de febre aftosa desde dezembro de 2006. No entanto, em setembro de 2011, registrou-se um surto na localidade de Sargento Loma, estado de San Pedro. O surto afetou 13 bovinos. O foco foi controlado e a exportação de carne cancelada, o que ocasionou uma forte crise no setor pecuário e significativas perdas econômicas para o país.

#### *Doenças negligenciadas e outras doenças relacionadas à pobreza*

O Paraguai atingiu a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública em 2006. Contudo, em 2010, três estados (Amambay, Neembucú e Concepción) ainda não tinham atingido a mesma. Nesse ano, observou-se uma detecção tardia de casos (dos 392 casos novos, 79% correspondeu a formas multibacilares e 16% apresentou deficiência de grau dois). Além disso, o fato de os 3,3% dos casos terem sido detectados em menores de 15 anos indica a persistência da transmissão. Em 2009, iniciou-se o processo de integração do tratamento para hanseníase na atenção primária em saúde, com ênfase na prevenção e detecção de casos.

#### *HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis*

A epidemia de HIV/Aids está afeta principalmente a população mais vulnerável: homens que fazem sexo

com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, com uma prevalência na população geral de 0,30%, segundo estimativas de OMS e UNAIDS (38). A taxa de incidência em 2009 foi de 15,1 por 100.000 habitantes, que supôs um aumento de 71% de novas infecções notificadas em relação a 2005 (39, 40). Entre 2005 e 2009, a incidência de HIV dobrou entre os jovens de 15 a 24 anos, passando de 4,54 para 8,99 por 100.000 habitantes na faixa etária de 15 a 19 anos e de 12,27 para 25,91 por 100.000 habitantes na faixa etária de 20 a 24 anos. Em 2009, a via de transmissão mais frequente era a sexual (86%). De 2005 a 2010, a razão homem/mulher manteve-se estável, com valores entre 1,4 e 1,5 (41). Quase metade das mulheres (47%) que acessam os serviços de saúde durante a gravidez participa do programa de prevenção da transmissão vertical do HIV (42). Em 2011, incorporam-se o aconselhamento e a realização voluntária de testes para detecção do HIV em mais de 200 unidades de saúde da família, embora os companheiros das gestantes tenham um acesso mínimo a esse serviço. Em 2010, dois terços (66,6%) dos homens diagnosticados com HIV apresentaram a doença nos estágios dois e três, segundo a classificação imunológica para infecção por HIV estabelecida, o que indica o acesso tardio ao diagnóstico na população masculina. No fim de 2010, 177 crianças e 2.785 adultos elegíveis para tratamento recebiam antirretrovirais de acordo com a norma nacional, embora a OMS e a UNAIDS estimassem que, para esse ano, um total de 5.600 pessoas vivendo com HIV precisavam de terapia antirretroviral, significando que ainda se está bem longe de atingir a meta correspondente fixada nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (43).

A sífilis congênita é um problema de saúde pública que se intensificou nos últimos anos, a pesar dos múltiplos programas estabelecidos no país para combatê-la. A incidência em 2010 foi de 14 por 1.000 nascidos vivos (44).

#### *Tuberculose*

A incidência de todas as formas de tuberculose reduziu-se entre 2005 (38,4 por 100.000 habitantes) e 2010 (32,8 por 100.000). No entanto, a taxa de baciloscopias positivas manteve-se estável. Vale ressaltar que existem diferenças regionais na incidência geral e na incidência de baciloscopias positivas. Assim, em

2009, Boquerón e Presidente Hayes, ambos na Região do Chaco, apresentaram taxas de incidência de todas as formas de tuberculose de 165,6 por 100.000 habitantes e 153,5 por 100.000, respectivamente. A taxa de detecção por baciloscopia atingiu 75% em 2009, depois de dois anos sem alcançar a meta de 70%. Melhorou-se a capacidade de diagnóstico, detecção e tratamento, e a taxa de cura aumentou. O país conta com financiamento do projeto do Fundo Global de Luta contra a Aids, a Malária e a Tuberculose, que atribui especial ênfase ao controle e prevenção da tuberculose nas pessoas presidiárias, à ampliação do tratamento diretamente supervisionado de curto prazo (DOTS) e ao enfrentamento da coinfeção TB/HIV. Nesse último componente, a taxa de testes de detecção do HIV realizados em pacientes com tuberculose continua sendo muito baixa (30%) (45).

Em 2009, a prevalência de tuberculose com baciloscopia positiva na população indígena foi de 117 por 100.000 habitantes, superior à estimada para a população não indígena (46).

#### *Doenças emergentes*

Durante a pandemia de influenza A (H1N1) de 2009, notificaram-se 7.916 casos, dos quais se confirmaram 1.025 no laboratório; entre os quais houve 47 mortes. Na primeira onda da pandemia, notificaram-se 117 casos em gestantes com suspeita de influenza pandêmica; 25 dessas faleceram por infecção respiratória aguda grave e em três delas foi confirmada influenza A (H1N1). A influenza A (H1N1) foi responsável por 80% dos isolamentos virais respiratórios em maiores de 50 anos, em 2009. A vacina para enfrentar a pandemia de influenza A (H1N1) foi disponibilizada no país em abril de 2010 e com ela, atingiu-se uma cobertura superior a 90% da população alvo (1.092.653 pessoas do total previsto de 1.200.000). Contudo, apesar do antecedente de maior mortalidade em gestantes durante a pandemia, meros 37% desse grupo populacional foram vacinados, alcançando o mesmo percentual de cobertura na faixa etária de seis a 35 meses.

#### *Doenças gastrointestinais*

Entre dezembro de 2008 e abril de 2009, produziram-se no Chaco três surtos de doença diarreica agu-

da compatível com cólera (numa amostra isolou-se o *Vibrio cholerae* O1 sorotipo Ogawa). O surto foi detectado tardiamente e a análise retrospectiva das certidões de óbito identificou 14 mortes (10 adultos e 4 crianças) por doença diarreica aguda.

#### **Doenças crônicas não transmissíveis**

As doenças não transmissíveis ocasionaram no Paraguai a maior parte das mortes (estão incluídos nesse grupo: Tumores malignos, outros tumores, diabetes mellitus, outras doenças endócrinas, metabólicas, hematológicas e imunológicas, transtornos mentais e doenças do sistema nervoso, doenças dos órgãos dos sentidos, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças digestivas, doenças da pele, doenças do sistema musculoesquelético, anomalias congênitas e doenças dentais).

Em 2011, a hipertensão arterial autonotificada situava-se em 32,2% da população geral (37,9% nas mulheres). Quanto à morbidade, o diabetes autonotificado afetava 9,7% da população (11% nas mulheres) e os altos níveis de colesterol autonotificados 21,5% da população (23,1% nas mulheres). Desde 2008, os programas verticais de saúde iniciaram um processo de integração à atenção primária em saúde e demais redes de serviços, que promoveu o trabalho intersetorial na prevenção das doenças não transmissíveis. Segundo as estimativas para 2008 (47), o câncer de próstata apresentava a maior incidência nos homens e o de mama nas mulheres. O câncer cervicouterino teve uma taxa de incidência ajustada de 35 casos por 100.000 mulheres (47). O país está alterando seu programa de triagem de um modelo descontínuo para outro integrado à atenção primária e às redes de serviços.

#### **Doenças nutricionais**

Em 2008, 32,9% dos menores de três meses receberam aleitamento materno exclusivo (em relação a 7,1% em 1995); esse percentual diminuiu para 8,5% nas crianças de três a cinco meses. Quinze por cento dos menores de três meses receberam leite materno e água, e 3,9% receberam sólidos ou purê na alimentação (27). Também no mesmo ano, a desnutrição crônica (baixo peso para a idade) afetou 13,7% de todas as crianças menores de cinco anos de idade, e 41,7% das crianças



indígenas (48). Em 2009, criou-se o Plano Nacional de Soberania e Segurança Alimentar para responder às condições de vulnerabilidade e aos elevados índices de subnutrição e desnutrição (49).

### Acidentes e violência

Os acidentes de trânsito e suas consequências constituem um dos principais problemas de saúde pública no país. A mortalidade decorrente dessa causa aumentou de 14,5 por 100.000 habitantes em 2006 para 18,3 por 100.000 em 2009. Nesse último ano, 73,5% do total das mortes ocorreu na faixa etária de 15 a 49 anos e 32,4% na faixa etária de 15 a 24 anos. Também em 2009, 41,3% e 27,8% das mortes relacionadas a acidentes corresponderam a motociclistas e a pedestres, respectivamente. A taxa mais elevada de mortalidade foi observada em San Pedro, um estado rural e de baixos recursos (34,1 por 100.000), seguida por Alto Paraná (22,7 por 100.000) e Caáguazú (21,5 por 100.000). As taxas de lesões por acidentes de trânsito aumentaram de 245 por 100.000 habitantes em 2006 para 506 por 100.000 em 2010. Setenta e um por cento dos feridos concentraram-se na faixa etária de 15 a 39 anos (50). Em 2011, publicou-se o Plano Nacional para a Segurança no Trânsito 2011-2020 e foi apresentado ao Congresso o anteprojeto da Lei Nacional de Segurança no Trânsito. O Ministério da Saúde Pública e Bem-estar Social lidera o Observatório Nacional de Segurança no Trânsito e promoveu a criação de observatórios de lesões por causas externas nos estados de San Pedro e Alto Paraná e nas localidades de Pilar (Neembucú) e Hohe- nau (Itapúa).

Entre 2005 e 2009, a taxa de homicídios intencionais permaneceu estável, entre 12,57 por 100.000 habitantes em 2005 e 12,16 por 100.000 em 2009 (51).

Em 2009, o Serviço de Apoio à Mulher (SE-DAMUR), vinculado à Secretaria da Mulher, atendeu 2.409 denúncias de casos de violência (985 por violência psicológica, 667 por violência econômica, 431 por violência física e 126 por violência sexual). Em 2010, diminuiu o número de casos atendidos pelo SEDAMUR (52). As denúncias por estupro apresentadas à polícia foram 359 em 2006 e 258 em 2009, e as recebidas pelo SEDAMUR dobraram (51).

### Desastres naturais e antropogênicos

Incêndios, secas e inundações são os principais desastres naturais que afetam ciclicamente o Paraguai e prevê-se que as mudanças climáticas agravarão essa situação. Os incêndios em Chaco e Concepción, San Pedro, Amambay, Paraguairí, Alto Paraná e Canindeyú provocaram a declaração de situação de emergência nacional em 2007. Sua origem é principalmente antropogênica e se relaciona com práticas agrícolas sazonais e a incineração de resíduos sólidos.

Entre 2007 e 2010, o governo nacional teve que mobilizar recursos para atender os efeitos das secas que afetaram a Região do Chaco. Em 2011, aprovou-se a construção de um aqueduto a partir do Rio Paraguai até a zona central e mais povoada da referida Região para fornecer água potável (53). As inundações ocorrem principalmente nas bacias dos rios Paraguai e Paraná, especialmente em zonas povoadas, como as cidades de Pilar, Concepción, Encarnación e Assunção.

O país promove a construção de hospitais seguros diante desastres, e considera o Índice de Segurança Hospitalar como uma ferramenta de avaliação estrutural, não estrutural e funcional.

### Transtornos mentais

Em conformidade com a Política de Saúde Mental aprovada em 2010 (54), o país ampliou o acesso à atenção especializada em saúde mental e a desinstitucionalização, bem como forneceu o atendimento para saúde mental em diversos estabelecimentos de saúde (unidades de saúde da família, centros de saúde, hospitais gerais e especializados) e por meio de equipes móveis para o atendimento comunitário.

Levantaram-se medidas cautelares junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos contra o Hospital Neuropsiquiátrico. Até 2010 habilitaram-se sete lares substitutos (San Ignacio, Limpio, Luque e Assunção, entre outros), e nesse ano, mediante a provisão ambulatorial e gratuita de medicamentos reduziu-se em 17% a população internada no Hospital Neuropsiquiátrico, restabelecendo o direito desses indivíduos de viverem na comunidade, tal como estabelecido na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

## Outros problemas de saúde

### Saúde bucal

Em 2008, o índice CPOD (cariados, perdidos e obturados) para a dentição temporária era de 3,99 e 5,77 em crianças de cinco e seis anos, respectivamente; o índice para dentição permanente era de 2,79 em crianças de 12 anos e 4,34 nas de 15 anos (55). A promulgação das Resoluções nº533 e nº568 de 2009 (56) fortaleceu os serviços odontológicos nas redes de saúde e conferiu gratuidade a esses serviços, com especialidades odontológicas sendo disponibilizadas nos serviços das redes de saúde. Redistribuíram-se os profissionais e, em 2010, os serviços (incluindo as clínicas móveis) contavam com 723 odontólogos.

### Saúde ocular

No Paraguai, 24.000 pessoas sofrem de cegueira e estima-se que 80% delas sejam evitáveis, preveníveis ou curáveis. Conta-se com 170 oftalmologistas para todo o território nacional, dos quais 54 estão nos serviços públicos do Ministério da Saúde Pública e Bem-estar Social (57). Em 2008, criou-se o programa nacional de saúde ocular e em dezembro do mesmo ano aprovou-se o plano de ação 2020 para a prevenção da cegueira.

### Fatores de risco e proteção

Segundo a pesquisa nacional de fatores de risco para doenças não transmissíveis de 2011 (ENFRENT-2011) em pessoas de 15 a 74 anos, a prevalência de consumo de tabaco foi de 22,8% nos homens e 6,1% nas mulheres, ao passo que em 2008, nos jovens de 13 a 15 anos, essa prevalência era de 20,8% nos meninos e 12,9% nas meninas (58). O ano de 2010 foi crucial para a ação ofensiva da indústria do tabaco contra a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. No final de 2009, a Corte Suprema de Justiça publicou sentença favorável aos recursos apresentados em abril do mesmo ano pela indústria do tabaco contra a publicação de dois decretos presidenciais que apoiavam a Convenção-Quadro. A indústria do tabaco promoveu um projeto de lei, que foi aprovado em ambas as câmaras e, posteriormente, vetado pelo Presidente da República. A indústria do tabaco local é forte e se

ancora significativamente nos níveis políticos e judiciais. O país tem um problema de contrabando de grande magnitude, e estima-se que um em cada 10 cigarros contrabandeados ou falsificados consumidos no mundo origina-se no Paraguai (59).

De acordo com a ENFRENT-2011, 50,9% da população de 15 a 74 anos havia consumido álcool nos 30 dias anteriores à entrevista. O sobrepeso e a obesidade constituem outro sério problema de saúde pública, afetando 57,6% e 22,8% da população, respectivamente, enquanto o consumo médio de frutas e verduras (2,19 e 0,58 porções diárias, respectivamente) é baixo.

## POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

### O PAPEL GESTOR DO SISTEMA DE SAÚDE

A gestão está sob a responsabilidade do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social, que cumpre funções de financiamento e é o principal fornecedor de serviços de saúde. O sistema de saúde é misto, segmentado e fragmentado, o que limita a coordenação e a integração funcional. Conta-se com um setor público composto pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social; a Universidade Nacional de Assunção; os Serviços de Saúde Militar, Policial e das Forças Armadas; os serviços de saúde municipais e regionais; e o Instituto de Previdência Social, uma entidade descentralizada.

### DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de prestação de serviços de proteção social na saúde está altamente segmentado e fragmentado. A cobertura do seguro saúde sob a responsabilidade do Instituto de Previdência Social e das seguradoras privadas é baixa e concentra-se principalmente em Assunção e no estado Central (8). A previdência social cobre 17% da população economicamente ativa. O sistema previdenciário do Instituto de Previdência Social, da Caixa Fiscal e das demais caixas reguladas têm notáveis diferenças quanto ao financiamento de requisitos de idade e tempo de contribuição, e os sistemas costumavam calcular as aposentadorias.

O setor público é responsável pela prestação de serviços de saúde em todo o país, de acordo com a

Lei nº 1.032 de 1996. O setor privado é constituído por instituições com e sem fins lucrativos (universidades privadas com hospitais-escola e organizações não governamentais). A fragmentação e o funcionamento descoordenado do setor (60), incluídos o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social e o Instituto de Previdência Social, favorecem as deficiências de qualidade e acesso aos serviços de saúde. No entanto, as consultas no setor público aumentaram significativamente em todas as áreas entre 2007 e 2010, incluindo as pré-natais, as odontológicas e as médicas gerais. Em 2008, apenas 12,2% da população indígena tinham seguro saúde, valor que variava de 2% a 27%, conforme a família linguística (61).

A partir de agosto de 2008, a eliminação das taxas para prestação de serviços em dependências da rede de serviços do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social e a estratégia do Governo de combate à pobreza reduziram os gastos diretos das famílias com saúde.

#### LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

O Governo realizou importantes reformas administrativas em resposta ao Plano Nacional de Desenvolvimento e à proposta de Política Pública para o Desenvolvimento Social (2010-2020). Contudo, a maior parte dessa normativa não tem apoio legislativo devido à minoria parlamentar do executivo, o que constitui uma importante fraqueza.

#### GASTO COM SAÚDE E FINANCIAMENTO

O gasto total com saúde aumentou a cada ano do período 2005-2009, em relação ao PIB, de 7,3% em 2005 para 8,5% em 2009 (uma média de 7,6%). No mesmo período, o gasto com saúde em relação ao PIB foi de 4,6% para o setor privado e 3,1% pelo público. O Ministério da Saúde Pública e Bem-estar Social e o Instituto de Previdência Social respondem por quase 90% do gasto público do setor.

Em 2009, o gasto público total aumentou 23,2% em relação a 2008. Em 2009, o gasto público com saúde totalizou 10,2% do gasto público total. No período 2005-2009, o orçamento do Ministério da Saúde Pública e Bem-estar Social representou, em média, 9,4% do atribuído ao Poder Executivo, elevando-se a 11,0% em 2009.

#### POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Na área de recursos humanos persistem problemas estruturais; a escassa regulamentação trabalhista permite diversos tipos de contratos laborais e cargas horárias, a inapropriada distribuição da força de trabalho e uma formação que é inadequada às necessidades do modelo de atenção. No final de 2010, apresentou-se ao Congresso Nacional um projeto de carreiras em saúde elaborado com ampla participação do setor saúde.

A Direção Nacional Estratégica de Recursos Humanos na Saúde, em sua área de registro e controle de profissionais, totalizou, em 2011, mais de 65.000 registros entre profissionais, técnicos e auxiliares.

O Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social, o Instituto de Previdência Social e o Hospital de Clínicas absorvem 98% da força de trabalho do setor público da saúde e boa parte dos profissionais trabalham simultaneamente e em tempo parcial nos setores público, privado e da previdência social. Em 2007, os bancos de dados da Direção Geral de Recursos Humanos do Ministério continham 22.995 pessoas registradas distribuídas em 24.146 cargos (com uma razão cargo/pessoa de 1,15). Essa razão acentuou-se em 2010, principalmente para os profissionais de saúde, passando para 1,39. No final de 2010, o Ministério possuía 16.891 funcionários permanentes e 14.851 contratados.

Não há um programa de capacitação permanente, exceto no caso da enfermagem e da obstetrícia. Dentre as experiências educativas inovadoras, vale ressaltar a formação de técnicos superiores em informação em saúde e em manutenção de equipamentos biomédicos, a conversão de auxiliares de enfermagem em técnicos superiores em enfermagem e a criação, no Chaco, de uma instituição formadora de técnicos superiores em enfermagem para servir os indígenas.

#### SERVIÇOS DE SAÚDE

O mês de agosto de 2008 presenciou o início de um processo de reforma baseado no modelo de atenção primária em saúde como ponto focal de todo o sistema nacional de saúde. Nesse sentido, o Governo de-

envolveu uma rede de unidades de saúde da família que, em dezembro de 2010, tinha 503 unidades que contavam com equipes de saúde compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários. Tal rede permitiu a mais de dois milhões de pessoas dos grupos mais vulneráveis da sociedade o acesso gratuito a serviços de saúde. Um desafio estratégico será avançar na descentralização progressiva e efetiva da prestação de serviços de saúde.

Em 2009, 258.238 pacientes receberam alta dos hospitais públicos, que contavam com 6.108 leitos. As redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária articulam o funcionamento de instituições de saúde e são um instrumento operacional estratégico, impulsionado pelo Ministério da Saúde Pública, que teve muito sucesso em Assunção, Central, Guairá e Cordillera (62). Foram estabelecidos convênios entre o Ministério e o Instituto de Previdência Social para o uso conjunto ou coordenado das redes de ambas as instituições.

### Medicamentos e tecnologia em saúde

A Direção Nacional de Vigilância Sanitária exerce a regulação dos medicamentos e fiscaliza a qualidade dos produtos farmacêuticos com a colaboração de laboratórios nacionais. Estão sendo implementadas estratégias e ações para fortalecer o papel regulador e fiscalizador da Direção, promover as boas práticas na fabricação de medicamentos e estabelecer um sistema de farmacovigilância. Em 2008, a Direção Geral de Gestão de Insumos Estratégicos foi criada visando garantir a eficiência da gestão do abastecimento de insumos e dispositivos médicos, e o acesso aos medicamentos e insumos na operação da rede assistencial do país. Estabeleceu-se a lista nacional de medicamentos essenciais (441, incluindo vacinas) (63), e estão em andamento iniciativas para promover o uso racional de medicamentos e estabelecer o formulário terapêutico nacional.

Em 2010, houve 67.000 doações de sangue, 50% em unidades do Ministério, 30% no Instituto de Previdência Social, 14% na Escola de Medicina e 6% no setor privado. Nos últimos anos, iniciou-se um processo de organização dos centros de doação com o objetivo de aumentar as doações e garantir o acesso a sangue seguro.

## GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

Por meio da Direção Geral de Informação Estratégica na Saúde, o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social lidera e coordena o Sistema de Informação em Saúde (SIS), definido segundo os padrões da Rede Métrica de Saúde. O diagnóstico inicial do SIS mostrou um desenvolvimento incerto, em torno de 50% do nível ideal.

O Plano Estratégico 2007-2011 redesenhou o SIS, incorporando uma nova política de gestão da informação e da tecnologia da informação e comunicação (TIC), processo baseado no uso de um software livre e público e uma plataforma de acesso web, para o qual se definiram 10 subsistemas integrais projetados para eliminar a fragmentação desnecessária e ineficiente observada no momento do diagnóstico inicial.

### PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

Em 2007, o número de publicações por 10.000 habitantes era de 0,01, número muito baixo em relação ao resto do Cone Sul. Entre 2007 e 2011, a pesquisa e a inovação em saúde foram impulsionadas a partir do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia. O setor saúde é o que tem o maior número de publicações internacionais e está representado por 104 profissionais que constituem 23% do total dos pesquisadores (64).

Em 2010, o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social lançou a política nacional de pesquisa para a saúde (65). Além disso, em 2008, Paraguai foi o primeiro país da América Latina que organizou uma rede para apoiar a tomada de decisões e a formulação de políticas de saúde baseadas em evidências (EVIP-Net) (66).

## SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A mudança política registrada no Paraguai em 2008, também significou uma alteração na direção da política externa do país, com maior presença nos espaços internacionais de discussão, tais como o Mercosul, a União de Nações Sul-americanas (UNASUR) e a Comunidade Ibero-americana de Nações (67, 68). Entre

2008 e 2011, o país exerceu a presidência pro tempore do Mercosul durante dois períodos (2009 e 2011) e um da Comunidade Ibero-americana de Nações (2011), assim como a co-presidência pro tempore da UNASUR (2011).

## SÍNTESE E PERSPECTIVAS

O Paraguai tem problemas de saúde pública não resolvidos, como a mortalidade materna, a sífilis congênita, as epidemias de dengue, o câncer cervicouterino, a disponibilidade de sangue seguro e a ausência de uma política sólida de recursos humanos, entre muitos outros. O denominador comum de tais pendências é a falta de acessibilidade aos serviços de saúde de qualidade. Um sistema de saúde excludente e fragmentado fez fracassar ou limitou o êxito de muitas políticas e medidas corretivas que foram colocadas em prática durante vários anos.

Em 2008, o início de um processo de mudança que trouxe a gratuidade da atenção à saúde e o acesso à atenção primária em saúde a mais de dois milhões de paraguaios e que deve possibilitar reformas de caráter estrutural abre um horizonte de mudança real para uma população secularmente excluída da promoção e da atenção em saúde. Os principais desafios que deste processo são, por um lado, conseguir a participação intersetorial e comunitária no processo decisório sobre saúde, levando em conta os determinantes sociais e a participação social plena da população e, por outro, garantir um orçamento suficiente para realizar as mudanças estruturais necessárias à saúde pública do século XXI.

## REFERÊNCIAS

1. Paraguay, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Proyección de la población nacional 2000–2050 [Internet]; 2004. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
2. Pan American Health Organization. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2011. Washington, DC: PAHO; 2011.
3. Paraguay, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Censo Nacional Indígena de Población y Vivienda 2002 [Internet]. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
4. Paraguay, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. II Censo Nacional Indígena de Población y Vivienda 2002. Resultado Final [Internet]; 2004. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
5. Bolke TC, Turner B. The role of mestizaje of surnames in Paraguay in the creation of a distinct new world ethnicity. *Ethnohistory* 1993;41(1):139-165.
6. Galeano-Olivera DA. La idiosincrasia del paraguay [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.articuloz.com/educacion-articulos/laidiosincrasia-del-paraguay-946663.html> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
7. Gómez-Burgos C. Emprendimiento colectivo en la comunidad menonita en Paraguay [Internet]; 2011. Disponível em: <http://agronegocios.uniandes.edu.co/index.php/materiales/articulos/23-emprendimientocolectivo-en-la-comunidad-menonita-enparaguay> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
8. Paraguay, Presidencia de la República. Paraguay para todos y todas: propuesta de política pública para el desarrollo social 2010–2020 [Internet]. Disponível em: [http://www.presidencia.gov.py/gabinetesocial/?page\\_id=45](http://www.presidencia.gov.py/gabinetesocial/?page_id=45) Acessado em 21 January 2012.
9. United Nations Development Programme. Ampliando horizontes: emigración internacional paraguay [Internet]; 2009. Disponível em: [http://www.undp.org/py/images\\_not/INDH%202009%20Migracion.pdf](http://www.undp.org/py/images_not/INDH%202009%20Migracion.pdf) Acessado em 21 de janeiro de 2012.
10. Banco Central del Paraguay. Informe económico preliminar 2010. Asunción: Banco Central del Paraguay; 2010.
11. Paraguay, Ministerio de Hacienda. Informe de las finanzas públicas de la República del Paraguay: proyecto de ley del presupuesto general de la nación para el ejercicio fiscal 2011. Asunción: Ministerio de Hacienda; 2010.
12. Paraguay, Ministerio de Hacienda. Informe a la ciudadanía. Asunción: Ministerio de Hacienda; 2010.

13. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe de gestión anual enero-diciembre 2010 [Internet]. Disponible em: [http://api.ning.com/files/liAYlcZeUoRwNwVameUsydZC0GWgryzY0-8ptoBnSUK\\*ZoDjQCrsZEEbMTI9m9lsINfauKf5kct-UbF1ENYdQzgYYFy9w93V/RendicinCuentasMinistra2010.pdf](http://api.ning.com/files/liAYlcZeUoRwNwVameUsydZC0GWgryzY0-8ptoBnSUK*ZoDjQCrsZEEbMTI9m9lsINfauKf5kct-UbF1ENYdQzgYYFy9w93V/RendicinCuentasMinistra2010.pdf) Acessado em 21 de janeiro de 2012.
14. Paraguay, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Encuesta Permanente de Hogares 2009: Pobreza y Distribución del Ingreso [Internet]. Disponible em: <http://www.dgeec.gov.py> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
15. Paraguay, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Encuesta Permanente de Hogares 2010 [Internet]. Disponible em: <http://www.dgeec.gov.py> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
16. Paraguay, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Principales resultados de pobreza y distribución del ingreso 2010 [Internet]. Disponible em: <http://www.dgeec.gov.py>.
17. Paraguay, Secretaría Nacional de la Vivienda y el Hábitat (SENAVITAT). Planificación habitacional. Asunción: SENAVITAT; 2010.
18. Foodfirst Information and Action Network. Reforma agraria en Paraguay [Internet]. Disponible em: <http://www.fian.org/resources/documents/others/reforma-agraria-enparaguay/pdf> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
19. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Encuesta Permanente de Hogares 2009: Encuesta Especializada de Agua Potable y Saneamiento para Comunidades Indígenas. Asunción: DGEEC; 2010.
20. Paraguay, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Agua y Saneamiento [Internet]; 2010. Disponible em: [http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Agua\\_Saneamiento\\_2010/Agua%20y%20saneamiento.pdf](http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Agua_Saneamiento_2010/Agua%20y%20saneamiento.pdf).
21. Pan American Health Organization. Evaluación regional del manejo de residuos sólidos urbanos en América Latina y el Caribe [Internet]; 2010. Disponible em: <http://www6.iadb.org/Residuos/bienvenida/Inicio.bid> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
22. Molinas JR. El rol de la agricultura en el Paraguay: desafíos actuales y perspectivas futuras. Asunción: Instituto de Desarrollo; 2000.
23. Japan International Cooperation Agency (JICA). The study of the economic development of the Republic of Paraguay. JICA; 2000.
24. Paraguay, Secretaría del Ambiente. Diagnóstico sobre contaminación atmosférica y recomendaciones para la gestión de la calidad del aire en Paraguay [Internet]. Disponible em: <http://www.seam.gov.py/component/content/article/1-latest-news/587-estudio-advierte-sobre-gravecontaminacion-del-aire-en-asuncion.html> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
25. Paraguay, Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE). Anuarios estadísticos. Asunción: SENAVE; 2007, 2008, and 2009.
26. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Plaguicidas obsoletos en Paraguay. Proyecto disposición final de plaguicidas resultantes del incendio de Ex OFAX. Asunción: FAO; 2005.
27. Centro Paraguayo de Estudios de Población. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008. Asunción: Centro Paraguayo de Estudios de Población; 2009.
28. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Proyecto RAMOS Prospectivo en el Paraguay, octubre 2007–septiembre 2008. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2009.
29. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores básicos de salud [Internet]; 2010. Disponible em: <http://www.mspbs.gov.py/v2/documentacion/index.php?f=ibs2010.pdf> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
30. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan de acción para disminuir la proporción de municipios de riesgo para enfermedades prevenibles por vacunación 2011–2012. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011.

31. Paraguay, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Población y vivienda [Internet]; 2009. Disponible em: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Anuario2009/cap%2002.pdf> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
32. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Bioestadística. DIGIES-2008 y 2009. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011.
33. Pan American Health Organization. Outbreak of yellow fever in Paraguay. PAHO Epidemiol Bull. 2008;27:1-7. Disponible em: [http://new.paho.org/bulletins/index.php?option=com\\_content&task=view&id=161&Itemid=272](http://new.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=272) Acessado em 14 de março de 2012.
34. Rojas de Arias A, Villalba de Feltes C (eds.). Implementación de un sistema de vigilancia para el control de la enfermedad de Chagas con participación comunitaria en el Paraguay 2002-2010. Asunción: PAHO/WHO; 2011.
35. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. Boletín Informativo Semanal del SENEPA 2011;4 (March, week 12).
36. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de diagnóstico y tratamiento de las leishmaniosis. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011.
37. Pan American Health Organization. Report on the situation of malaria in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2010.
38. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. HIV. Estimates, June 2010. Geneva: UNAIDS; 2010.
39. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe del avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2010.
40. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en Paraguay 1985-2009. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2010.
41. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional de Control de VIH/SIDA e ITS de Paraguay. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2010.
42. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Encuesta sobre uso de ARVs 2011. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011.
43. Equipo técnico de MyE [monitoreo y evaluación] de respuesta nacional al VIH. Indicadores y metas, escalamiento hacia el acceso universal; 2011.
44. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Programa Nacional de Control de VIH/SIDA e ITS de Paraguay. Informe preparatorio de situación de sífilis congénita. Asunción: Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011.
45. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Informe de monitoreo y evaluación. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2010.
46. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Encuesta de sintomáticos respiratorios en comunidades indígenas. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2010.
47. International Agency for Research on Cancer. The Globocan Project 2008. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2008 [Internet]. Disponible em: <http://globocan.iarc.fr> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
48. Biblioteca Virtual en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Niñez indígena en Paraguay, nutrición y seguridad alimentaria [Internet]. Disponible em: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/alianza/par.pdf> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
49. Paraguay, Presidencia de la República. Estrategias de operacionalización del Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional [Internet]. Disponible em: <http://www.presidencia.gov.py/gabinetesocial/?cat=37> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
50. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Programa Nacional de Control de Accidentes y Lesiones de Causas Externas.

- Diagnóstico nacional sobre la seguridad vial en Paraguay. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011.
51. Organization of American States, OAS Observatory on Citizen Security. Report on citizen security in the Americas. Washington, DC: OAS; 2011.
  52. Paraguay, Ministerio del Interior. La atención especializada a víctimas de violencia intrafamiliar y de género en la policía nacional: una política de seguridad ciudadana desde el enfoque de derechos humanos. Asunción: Ministerio del Interior; 2011.
  53. Paraguay, Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones. El Proyecto de Acueducto para el Chaco Central [Internet]. Disponible em: <http://www.mopc.gov.py/mopcweb/index.php?p=acueducto-elproyecto&m=acueducto> Acessado em 3 de março de 2012.
  54. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política nacional de salud mental 2010. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011.
  55. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Encuesta nacional sobre salud oral 2008. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2008.
  56. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan de salud bucal 2009–2013. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2009.
  57. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe de gestión 2010. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2010.
  58. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: WHO; 2009.
  59. Organización Libre del Tabaco (OLT). Economía, salud y los impuestos al tabaco en Paraguay: un análisis técnico. Asunción: OLT; 2010.
  60. Pan American Health Organization. Health system profile of Paraguay: monitoring and analyzing health systems change/reform. Washington, DC: PAHO; 2008.
  61. Paraguay, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Principales resultados de la Encuesta de Hogares Indígenas 2008. Asunción: DGEEC; 2009.
  62. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe de progreso 2010: desarrollo de experiencia demostrativa de Red Integrada de Servicios de Salud en Paraguay “Tesai Ñanduti.” Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2010.
  63. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Lista de medicamentos esenciales [Internet]; 2009. Disponible em: [http://www.who.int/selection\\_medicines/country\\_lists/pry\\_2009.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/country_lists/pry_2009.pdf) Acessado em 21 de janeiro de 2012.
  64. Maceira D, Aramayo F, Duarte Masi S, Paraje G, Peralta E, Sánchez D. Financiamiento público de la investigación en salud en cinco países de América Latina. Rev Panam Salud Publica 2010;27(6):442–451.
  65. Paraguay, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Política nacional de investigación y desarrollo tecnológico e innovación para la salud. Asunción: CONACYT; 2010.
  66. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Red de evidencias para la formulación de políticas [Internet]. Disponible em: [www.mspbs.gov.pyarchivos/varios/EVIPNet.doc](http://www.mspbs.gov.pyarchivos/varios/EVIPNet.doc) Acessado em 3 de março de 2012.
  67. Anuario Iberoamericano 2011 [Internet]. Disponible em: <http://www.anuarioiberoamericano.es/inicio.html> Acessado em 21 de janeiro de 2012.
  68. Paraguay, Presidencia de la República, Gaceta Oficial [Internet]. Disponible em: <http://www.presidencia.gov.py> Acessado em 21 de janeiro de 2012.