



MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

RELATÓRIO SOBRE A AVALIAÇÃO DO ACESSO E PRONTIDÃO DE RESPOSTA DE UNIDADES SANITÁRIAS COM SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO EM MOÇAMBIQUE

PLATAFORMA DE SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E NUTRIÇÃO

ONS

Observatório Nacional de Saúde

Marracuene, Setembro de 2020



MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

RELATÓRIO SOBRE A AVALIAÇÃO DO ACESSO E PRONTIDÃO DE RESPOSTA DE UNIDADES SANITÁRIAS COM SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO EM MOÇAMBIQUE

Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição

ONS
Observatório Nacional de Saúde



Marracuene, Setembro de 2020

Ficha Técnica

Redacção do Relatório Final

Réka Maulide Cane, INS
Cristolde Atanásio Salomão, INS
Elias Matusse, INS
Rui Langa, INS
Talata Sawadogo-Lewis, IIP-JHU

Revisão Final

Réka Maulide Cane, INS
Talata Sawadogo-Lewis, IIP-JHU

Revisão Linguística e Maquetização

Maidier Mavie, INS

Grupo Técnico da Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição (PSMCN)

Workshop de Análise de Dados e Redacção do Relatório Preliminar (Setembro de 2020)

Réka Maulide Cane, INS	Maria Vilma Jossefa, ONS	Talata Sawadogo-Lewis, IIP-JHU
Paulino da Costa, INS	Sheila Nhachungue, ONS	Tim Roberton, IIP – JHU
Ofélia Rambique, INS		Ashley Sheffel, IIP-JHU
Natacha Amin, INS	Edmilson Tolentino de Almeida, DNSP	
Maria Patrícia Gonçalves, INS	Egídio Cueteia, DNSP	
Hilénio Sabão, INS	Ananias António, DNSP	
Gildo Muchanga, INS		
Euridsse Amade, INS	Amisse Momade, DPC	
Júlia Sambo, INS	Hélder Macul, DPC	
António Júnior, INS		
Acácio Sabonete, INS	Nora Nhaculo, MEF	
Cristolde Atanásio Salomão, INS		
Elias Gaspar Matusse, INS	Graça Salomé, UEM	

ÍNDICE

1. Introdução	3
1.1. Contextualização	3
1.2. Justificativa	4
2. Objectivos	5
Geral:	5
Objectivos específicos:	5
3. Metodologia	6
3.1. Fontes de dados	6
3.2. Estimativas de Prontidão de Resposta dos Serviços	6
3.3. Estimativas de Acesso	7
3.3. Estimativas de “acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta”	7
4. Resultados	8
4.1. Indicadores de Prontidão de Resposta	8
4.2. Itens de prontidão disponíveis para serviços de nutrição materna e infantil	9
4.3. Unidades Sanitárias com prontidão para fornecer intervenções de nutrição materna e infantil	12
4.4. Acesso às Unidades Sanitárias	15
4.5. Prontidão e Acesso a intervenções de nutrição materna e infantil	15
5. Conclusão	18
6. Recomendações	18
7. Limitações	18
8. Referências	19
9. Agradecimentos	20
ANEXOS	21

O presente relatório apresenta os resultados do estudo sobre “Avaliação do Acesso e Prontidão de Resposta de Unidades Sanitárias com Serviços de Nutrição em Moçambique”, conduzido pela Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição (PSMCN) do Observatório Nacional de Saúde (ONS).

A PSMCN é uma abordagem sistemática que permite compilar e analisar dados sobre a saúde materna, infanto-juvenil e nutrição, a fim de avaliar a eficácia de programas de saúde e nutrição. Conta com uma equipa multisectorial do sector público e de instituições não-governamentais.

As análises e elaboração deste relatório contaram com a assistência técnica do Instituto para Programas Internacionais da Universidade Johns Hopkins (IIP-JHU).

O estudo foi financiado pela União Europeia.

Poderá obter informações adicionais sobre o relatório junto do INS, sito na EN.1, Bairro da Vila – Parcela nº. 3943, Distrito de Marracuene, Província de Maputo, Moçambique, E-mail: secretaria@ins.gov.mz.

Estilo recomendado para referências

Instituto Nacional de Saúde (INS), Ministério da Saúde (MISAU), Observatório Nacional de Saúde (ONS), Instituto para Programas Internacionais da Universidade Johns Hopkins (IIP-JHU). 2020. Avaliação do Acesso e Prontidão de Resposta de Unidades Sanitárias com Serviços de Nutrição em Moçambique.

Instituições envolvidas

Instituto Nacional de Saúde (INS)

Departamento de Nutrição - Direcção Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP-MISAU)

Departamento de Monitoria e Avaliação - Direcção de Planificação e Cooperação do Ministério da Saúde (DPC-MISAU)

Ministério de Economia e Finanças (DNPED-MEF)

Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA)

Instituto para Programas Internacionais da Universidade John Hopkins (IIP-JHU)

Universidade Eduardo Mondlane (UEM)

ABREVIATURAS

DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação
DPS	Direcção Provincial de Saúde
IIP	Institute for International Programs
INS	Instituto Nacional de Saúde
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IOF	Inquérito sobre Orçamento Familiar
ISCISA	Instituto Superior de Ciências de Saúde
JHSPH	Johns Hopkins School of Public Health
JHU	Johns Hopkins University
MISAU	Ministério da Saúde
MEF	Ministério da Economia e Finanças
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONS	Observatório Nacional de Saúde
PSMCN	Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
UE	União Europeia
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
US	Unidade Sanitária

Resumo

Introdução

Em 2018 foi realizado o Inventário Nacional sobre a Disponibilidade e Prontidão de Infra-estruturas, Recursos e Serviços de Saúde (SARA), implementado pelo Instituto Nacional de Saúde com base na metodologia da Organização Mundial da Saúde. A planificação das actividades de recolha de dados foi suportada pela lista mestre das Unidades Sanitárias (US) existentes no país, disponibilizada pela Direcção de Planificação e Cooperação do Ministério da Saúde, e as variáveis levaram em conta as normas clínicas de prestação de cuidados de saúde de nível primário. A recolha de dados para o inventário cobriu 1,643 unidades sanitárias públicas, das quais 1,575 são de nível primário, 54 de nível secundário e 7 de nível terciário e quaternário, à data do encerramento do inventário.

Objectivos

Usar os dados do Inventário Nacional sobre a Disponibilidade e Prontidão de Infra-estruturas, Recursos e Serviços de Saúde (SARA) para compreender a qualidade e acessibilidade das unidades sanitárias em Moçambique para fornecer serviços de nutrição para mulheres e crianças.

Metodologia

Para as medidas de prontidão de serviços foram utilizados dados do inquérito SARA de Moçambique, 2018. O SARA foi um censo de todas as unidades sanitárias do país, que permitiu captar informações sobre a disponibilidade de suprimentos e equipamentos, a disponibilidade de profissionais de saúde e os serviços oferecidos por cada unidade sanitária em todo o país. Foram, igualmente, colectadas coordenadas GPS de todas as unidades sanitárias. Para as medidas de densidade populacional usou-se dados geoespaciais de alta resolução do WorldPop.

Resultados

Constatou-se que 12.4% da população dentro de um raio de 10km, da unidade sanitária, tem acesso a unidades sanitárias com prontidão de resposta a intervenções de saúde materna. A percentagem de cobertura de todas as intervenções de nutrição materna disponíveis no SARA Moçambique é similar entre zonas de residência rural e urbana. A suplementação com Vitamina A é a única intervenção que apresenta percentagens de cobertura altas em todas as províncias. A nível nacional, cerca de 29% da população tem acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta para todas intervenções de nutrição materna dentro de um raio de 10 km da unidade sanitária, sendo que Maputo Cidade apresenta 100% de acesso. Somente 37.3% da população dentro de um raio de 10 km das unidades sanitárias tem acesso a unidade sanitária com prontidão de resposta para todas intervenções de nutrição infantil. De um modo geral, observam-se altas percentagens da população com acesso a unidades sanitárias com prontidão de resposta para fornecer todas as intervenções de nutrição infantil e materna na zona rural relativamente à zona urbana.

A zona Sul de Moçambique apresenta altas percentagens de acesso a unidades sanitárias com serviços de nutrição materna e infantil comparativamente às outras regiões do país. Por sua vez, a percentagem da população com acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta para

todas intervenções de nutrição infantil tende a ser mais baixa nas províncias das zonas Centro e Norte do país. A suplementação com zinco e a disponibilidade do gráfico de crescimento nas unidades sanitárias são as intervenções que apresentam as taxas mais baixas. Enquanto que, a suplementação com a Vitamina A é a intervenção que apresenta altas taxas de cobertura. As unidades sanitárias de nível primário apresentam valores baixos de cobertura para algumas das intervenções avaliadas.

Conclusões

Esta análise mostra que, embora a prontidão de resposta das unidades sanitárias seja relativamente alta a nível nacional, o acesso a essas unidades sanitárias é relativamente baixo, especialmente nas áreas rurais.

Palavras-chave: Acesso, prontidão, resposta, unidades sanitárias, serviços, nutrição, Moçambique.

1. Introdução

1.1. Contextualização

A malnutrição é um problema de saúde pública em Moçambique. Segundo o relatório global de nutrição, no ano 2011, a prevalência nacional de sobrepeso em menores de cinco anos era de 7,8%, que aumentou de 3,6% em 2008[1]. A prevalência nacional de desnutrição crónica em menores de cinco anos era de 42,9% (valor muito superior ao da média dos países em desenvolvimento que era de 25%) [1]. A prevalência de desnutrição aguda em menores de cinco anos era também preocupante, sendo de 6,1% (valor inferior à média dos países em desenvolvimento que era de 8,9%) [1]. Em Moçambique, 41% das crianças com menos de 6 meses tem aleitamento materno exclusivo e a prevalência de baixo peso ao nascer em 2015 era de 13,8% [1]. A população adulta de Moçambique também enfrenta o fardo da malnutrição, cerca de 51% das mulheres em idade reprodutiva têm anemia e 10,5% das mulheres têm obesidade, comparativamente a 3,3% nos homens [1].

O Governo Moçambicano, através do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC) e do Programa Quinquenal do Governo 2015-2019, reconheceu a desnutrição crónica como sendo o principal problema de nutrição no país [2]. Assim, em 2019, a Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição (PSMCN), do Observatório Nacional de Saúde, levou a cabo uma série de análises de impacto de cobertura de intervenções na redução da desnutrição crónica em Moçambique, usando como base a ferramenta de Vidas Salvas (Lived Saved Tools, LiST) [2]. Estimativas resultantes destas análises concluíram que as metas definidas pelo PARMDC, de redução da prevalência de desnutrição crónica até 20%, em 2020, não seriam atingidas [2].

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as causas da desnutrição estão directamente relacionadas à ingestão alimentar inadequada e à doenças, mas também indirectamente a muitos factores, entre eles, segurança alimentar familiar, cuidados materno-infantis, meio ambiente e serviços de saúde [3]. Embora existam outros mecanismos, a maioria das intervenções nutricionais são realizadas através do sector saúde [3]. Por outro lado, o impacto sobre o estado nutricional das crianças ocorre, potencialmente, por meio da nutrição materna e, portanto, do crescimento e desenvolvimento intra-uterino, por meio da alimentação, cuidado e uso de serviços de saúde de bebés e crianças pequenas [3].

De acordo com o Secretário-Geral das Nações Unidas a saúde é um direito do Homem, no entanto, metade da população mundial carece ainda de serviços básicos de saúde [4]. O objectivo da cobertura universal é garantir que todas as pessoas tenham acesso equitativo a esses cuidados sem sofrer dificuldades financeiras [4]. Por outro lado, a cobertura universal de saúde não é possível sem que todos tenham acesso a serviços nutricionais de qualidade [5]. Muitas intervenções nutricionais contribuem de um modo económico para a prevenção de doenças e redução da mortalidade, e devem constituir um elemento central de todos os sistemas de saúde abrangentes [5]. As medidas essenciais de nutrição beneficiam os mais pobres, os mais vulneráveis e os marginalizados e, portanto, são essenciais para cumprir as metas definidas pelos 17 Objectivos de Desenvolvimento Sustentável [5]. Por sua vez, a atenção primária à saúde funciona como uma plataforma básica para alcançar a cobertura universal de saúde [5]. No entanto, as intervenções nutricionais essenciais podem ser aplicadas em diferentes níveis de prestação de serviços de saúde, incluindo atenção secundária e terciária [5].

Em vários países do mundo, sobretudo os que se encontram em vias de desenvolvimento, como Moçambique, existem vários obstáculos no acesso aos serviços de saúde, que constituem um entrave para a cobertura universal e contribuem para a privação do direito à saúde das populações [6]. Entre eles destacam-se: escassez de infraestruturas sanitárias, insuficiência de recursos humanos, falta de equipamentos, maior demanda, dificuldade de pagamento dos usuários pelos serviços prestados, atitude dos profissionais e características dos serviços de saúde [6]. Neste contexto, um dos grandes desafios, em Moçambique, tem sido melhorar as elevadas taxas de desnutrição crónica (sobretudo em crianças), alta insegurança alimentar, baixos níveis de escolaridade das mulheres, dificuldade de acesso à água potável, níveis insuficientes de saneamento básico, disponibilidade e acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, bem como a distribuição equitativa dos profissionais de saúde nas áreas urbanas, periféricas e rurais onde as carências sanitárias são mais elevadas [6].

1.2. Justificativa

A melhoria da capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde e a disponibilidade e prontidão de serviços constituem uma prioridade estratégica do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) [7]. Assim, em 2018, em seguimento ao inventário das Unidades Sanitárias (que teve lugar em 2007) foi realizado o Inventário Nacional sobre a Disponibilidade e Prontidão de Infra-estruturas, Recursos e Serviços de Saúde (SARA) [7]. Este inventário permitiu a provisão de evidências actualizadas sobre a situação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no que toca à disponibilidade de infra-estruturas, equipamentos, materiais e insumos médicos, meios circulantes, recursos humanos, serviços de saúde e prontidão dos mesmos [7]. Os instrumentos padrão de recolha de dados do SARA foram adaptados ao contexto moçambicano e às normas de cuidados de saúde nacional [7]. Tendo a recolha de dados coberto 1,643 unidades sanitárias públicas, das quais 1,575 eram de nível primário, 54 de nível secundário e 7 de nível terciário e quaternário [7]. Sete unidades sanitárias da província de Cabo Delgado não foram visitadas devido a insegurança local. Uma unidade sanitária da província de Sofala, localizada em uma ilha, também não foi visitada devido à insegurança na travessia e vias de acesso alternativas intransitáveis [7].

Entende-se a prontidão como sendo a capacidade existente nas unidades sanitárias para prover serviços de saúde, considerando a combinação de dimensões essenciais (recursos humanos de saúde, normas dos cuidados, equipamentos, capacidade de diagnóstico auxiliar, medicamentos e insumos médicos) [7]. Por outro lado, define-se a disponibilidade como sendo a presença física de serviços, incluindo densidade das instalações, densidade dos trabalhadores de saúde, utilização dos serviços e disponibilidade de serviços de saúde específicos [7].

Actualmente, existem poucos estudos sobre a avaliação do acesso e da prontidão de resposta de unidades sanitárias com serviços de nutrição em Moçambique. Neste contexto, este estudo foi realizado com o objectivo de usar os dados do SARA de Moçambique para compreender a qualidade e acessibilidade das unidades sanitárias para fornecer serviços de nutrição para mulheres e crianças.

2. Objectivos

Geral

O estudo usou dados do Inventário Nacional sobre a Disponibilidade e Prontidão de Infra-estruturas, Recursos e Serviços de Saúde (SARA) para compreender a qualidade e acessibilidade das unidades sanitárias, em Moçambique, no fornecimento de serviços de nutrição para mulheres e crianças.

Específicos

- Explorar a prontidão das unidades sanitárias para a entrega (fornecimento) das intervenções nutricionais usando dados do inventário SARA 2018;
- Identificar obstáculos existentes para a entrega (fornecimento) de intervenções de nutrição nas unidades sanitárias.

3. Metodologia

3.1. Fontes de dados

Para realizar esta análise foram usados dados de duas fontes:

- Para as medidas de prontidão de serviços foram utilizados dados do inventário SARA de Moçambique 2018 [7]. Este inquérito foi um censo de todas as unidades sanitárias do país, captando informações sobre a disponibilidade de suprimentos e equipamentos, a disponibilidade de profissionais de saúde e os serviços oferecidos por cada unidade sanitária em todo o país. Como parte do inquérito SARA foram colectadas coordenadas GPS de todas as unidades sanitárias.
- Para as medidas de densidade populacional foram usados dados geoespaciais de alta resolução do WorldPop [8,9]. Especificamente, usou-se uma imagem raster *Geotiff* do número de pessoas por 100 metros quadrados em Moçambique, em 2020, com o total do país ajustado para corresponder às estimativas da população das Nações Unidas [10].

Um *Geotiff* é um formato de arquivo de imagem ou tif padrão que inclui informações espaciais adicionais (georreferenciamento) incorporadas no arquivo tif como marcas. As tags (etiquetas) incorporadas são chamadas de *tags tif*. Essas tags podem incluir os seguintes metadados raster: extensão espacial, sistema de referência de coordenadas, resolução (os dados parecem estar em formato raster; isso significa que são compostos de *pixels*)[10]. Para dividir a imagem raster em províncias e regiões, obteve-se um shapefile poligonal dos limites administrativos das províncias através do Instituto Nacional de Saúde (INS). Para a visualização e selecção dos mapas e tabelas foi utilizado o aplicativo “*Health Mapper*” (<https://tr-moz-1.netlify.app/>).

3.2. Estimativas de Prontidão de Resposta dos Serviços

Foi feita a definição de indicadores de prontidão de resposta para prestação de serviços de nutrição a mulheres grávidas e crianças, através de uma revisão da literatura e da avaliação de dados disponíveis no inquérito SARA de Moçambique 2018 [11-15]. Com base nestas informações, 7 intervenções nutricionais foram seleccionadas para a análise: 4 intervenções para a nutrição materna (teste de anemia/suplementação de ferro, suplementação de ácido fólico, promoção da amamentação por meio de serviços de prevenção de transmissão vertical e monitoramento da gravidez), e 3 intervenções para nutrição infantil (suplementação com vitamina A, suplementação preventiva de zinco e monitoramento do crescimento).

A prontidão de resposta foi calculada com base em: se a instalação ofereceu o serviço e se a instalação tinha os insumos físicos necessários para a entrega do serviço (por exemplo, o equipamento, testes de diagnóstico e medicamentos necessários).

Para a promoção do aleitamento materno por meio dos serviços de prevenção de transmissão vertical, as diretrizes foram consideradas como sendo um item de equipamento essencial porque o serviço é amplamente baseado no aconselhamento, e estas diretrizes servem como um instrumento auxiliar de apoio ao trabalho para a entrega de mensagens-chave de aconselhamento.

3.3. Estimativas de Acesso

Para cada pixel na imagem *raster* de densidade populacional (ou seja, para cada 100 metros quadrados em Moçambique), calculou-se a distância em quilómetros do centro do *pixel* até a unidade sanitária mais próxima. Isto foi feito usando as coordenadas GPS de cada *pixel* e instalação, e a fórmula de *Haversine* para calcular a distância do grande círculo entre dois pontos, dadas suas longitudes e latitudes:

- Se a distância de um pixel até a unidade sanitária mais próxima fosse menor ou igual a 10 quilómetros, considerou-se que todas as pessoas representadas por esse *pixel* tinham acesso a uma unidade sanitária.
- Se a distância fosse maior que 10 quilómetros presumiu-se que nenhuma das pessoas representadas por esse *pixel* tinham acesso a uma unidade sanitária.

Dessa forma, calculou-se a proporção de pessoas com acesso a uma instalação sanitária usando aquelas com acesso como numerador e todas as pessoas como denominador.

Foi escolhida a distância limite de 10 quilómetros com base no seu uso em estudos anteriores e no consenso atingido entre um painel multidisciplinar e multisectorial da Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição do Observatório Nacional de Saúde (*SARA & Nutrition Data Analysis Workshop, Setembro de 2020*). Este painel considerou que esta distância é um limite superior razoável de distância que alguém pode caminhar para obter serviços de saúde no país.

3.3. Estimativas de “acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta”

O principal achado deste relatório diz respeito à proporção de pessoas com “acesso a unidades sanitárias com prontidão de resposta” - um indicador do quão bem o sistema de saúde está posicionado para fornecer serviços de nutrição baseados em unidades sanitárias para mulheres grávidas e crianças. Semelhante ao método acima descrito, para cada *pixel* na imagem raster foram identificadas todas as unidades sanitárias num raio de 10 quilómetros do *pixel*:

- Se nenhuma unidade sanitária estivesse ao alcance, presumiu-se que nenhuma das pessoas daquele *pixel* tinha acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta.
- Se pelo menos uma unidade sanitária estava dentro da faixa, observou-se se alguma das unidades sanitárias estava “pronta” para fornecer um serviço (de acordo com as definições de indicadores e metodologia de prontidão descritas acima).
- Se pelo menos uma das unidades sanitárias em um raio de 10 quilómetros estivesse “pronta”, considerou-se que todas as pessoas representadas pelo *pixel* tinham acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta. Do contrário, presumiu-se que nenhuma das pessoas daquele *pixel* tinha acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta.

Desta forma, para cada província, região e para o país como um todo, foi calculada a proporção de pessoas com acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta, para cada uma das 7 intervenções nutricionais.

4. Resultados

4.1. Indicadores de Prontidão de Resposta

A tabela 1 mostra os indicadores de prontidão de resposta para prestação de serviços de nutrição a mulheres grávidas e crianças, que foram definidos através de uma revisão da literatura e da avaliação de dados disponíveis no inventário SARA 2018.

Tabela 1. Indicadores de prontidão para nutrição materno-infantil

Nutrição materna	
<i>Teste de anemia / suplementação de sal ferroso</i>	
Indicadores	A US oferece suplementação com sal ferroso
	A US tem capacidade para realizar teste de hemoglobina dentro ou fora do local
	A US tem suplementos de sal ferroso disponíveis
<i>Suplementação de ácido fólico</i>	
Indicadores	A US oferece suplementação com ácido fólico
	A US tem suplementos de ácido fólico disponíveis
<i>Promoção da amamentação por meio de serviços de Prevenção de Transmissão Vertical (PTV)</i>	
Indicadores	A US oferece aconselhamento para bebês e crianças pequenas por meio de serviços de PTV
	A US tem directrizes para aconselhamento sobre alimentação de bebês e crianças pequenas
<i>Monitoramento do crescimento na gravidez</i>	
Indicadores	A US oferece serviços de cuidados pré-natais
	A US tem uma balança para adultos (disponível e que funciona)
Nutrição infantil	
<i>Suplementação de vitamina A</i>	
Indicadores	A US oferece suplementação com vitamina A para crianças
	A US tem cápsulas de vitamina A
<i>Suplementação preventiva de zinco</i>	
Indicadores	A US oferece suplemento com zinco para crianças
	A US tem xarope de zinco/comprimidos dispersíveis para crianças
<i>Monitoramento do crescimento</i>	
Indicadores	A US oferece monitoramento de crescimento para crianças menores de cinco anos
	A US tem escala para criança ou para bebê (disponível e funcional)
	A US tem equipamento de medição de comprimento/altura ou estadiômetro/altímetro (disponível e funcional)
	A US tem gráficos de crescimento/curvas de crescimento

4.2. Itens de prontidão disponíveis para serviços de nutrição materna e infantil

Em relação aos itens de prontidão disponíveis para serviços de nutrição materna, observa-se que, a nível nacional, existe uma proporção elevada de unidades sanitárias que oferecem serviços de suplementação de sal ferroso (68.4%), suplementação com ácido fólico (66.0%), aconselhamento para bebês e crianças pequenas para PTV (87.5%), e de atendimento pré-natal (91.6%) (tabela 2).

De um modo geral verifica-se que existe um número reduzido de unidades sanitárias em Moçambique que têm capacidade para realizar testes de hemoglobina dentro ou fora do local (41.1%) e que possuem directrizes para aconselhamento sobre alimentação de bebês e crianças pequenas (43.0%).

Maputo Província, Nampula e Gaza destacam-se por ser as províncias cujas unidades sanitárias têm uma menor capacidade para realizar testes de hemoglobina dentro ou fora do local (inferior a 30.0%). Por outro lado, Niassa destaca-se por ser a província que apresenta a proporção mais baixa de unidades sanitárias que possuem directrizes para aconselhamento sobre alimentação de bebês e crianças pequenas (inferior a 30.0%), comparativamente às demais províncias.

Tabela 2. Proporção de unidades sanitárias com itens de prontidão para nutrição materna disponíveis, por província, nível de unidade de saúde, autoridade de gestão e área urbana/rural

	Teste de anemia/ suplementação de sal ferroso			Suplementação de ácido fólico		Promoção da amamentação por meio de serviços de PTV		Monitoramento do crescimento na gravidez	
	A US oferece suple- men- tação de sal ferroso	A US tem capaci- dade para realizar testes de hemo- globina dentro ou fora do local	A US tem suple- mentos de sal ferroso dispo- níveis	A US oferece suple- men- tação de ácido fólico	A US tem suple- mentos de ácido fólico dispo- níveis	A US oferece aconsel- hamento para bebês e crianças pequenas para PTV	A US tem dire-tri- zes para aconsel- hamento sobre alimenta- ção de bebês e crianças pequenas	A US oferece servi- ços de aten- dimen- to pré-natal	A US tem uma bal- ança para adultos dispo- nível e funci-ona
Províncias									
Maputo Cidade	66.7	50.0	94.4	63.9	86.1	80.6	58.3	75.0	94.4
Maputo Província	58.9	21.4	73.2	53.6	72.3	75.9	54.5	82.1	92.0
Gaza	71.9	28.1	97.9	59.6	95.9	94.5	51.4	94.5	98.6
Inhambane	65.2	68.8	97.8	66.7	97.8	93.5	31.2	95.7	94.9
Manica	29.2	46.7	97.5	27.5	97.5	93.3	74.2	96.7	87.5
Sofala	91.7	35.7	91.1	89.2	88.5	91.7	40.1	94.9	89.8
Tete	77.9	50.7	97.1	72.1	95.6	86.8	50.0	91.9	94.1
Zambézia	78.0	43.3	95.3	79.5	94.9	89.8	37.8	90.9	97.2
Nampula	71.3	25.2	91.7	74.8	90.0	84.8	33.9	88.3	89.1
Niassa	60.9	39.1	93.2	60.4	91.7	75.5	25.5	92.7	82.8
Cabo Delgado	60.7	60.7	97.5	50.8	96.7	94.3	51.6	93.4	98.4
Nível da US									
Primário	69.8	40.8	93.4	67.3	92.4	88.6	42.7	93.9	92.1
Secundário	37.0	50.0	96.3	40.7	88.9	61.1	48.1	42.6	100.0
Terciário	14.3	57.1	100.0	14.3	85.7	85.7	71.4	14.3	100.0
Quaternário	28.6	28.6	100.0	28.6	85.7	42.9	28.6	28.6	85.7
Autoridade de gestão									
Governamental	68.4	41.2	93.7	66.2	92.3	87.6	43.0	91.8	92.4
Não-governamental	50.0	37.5	62.5	37.5	75.0	62.5	37.5	50.0	87.5
Urbano/Rural									
Urbano	56.4	46.3	90.3	55.6	87.2	78.2	47.9	75.1	95.3
Rural	70.6	40.2	94.2	68.0	93.1	89.2	42.1	94.7	91.8
Moçambique	68.4	41.1	93.5	66.0	92.2	87.5	43.0	91.6	92.3

Quanto à proporção de unidades sanitárias com itens de prontidão disponíveis para crianças, a nível nacional, verifica-se que existe um número reduzido de unidades sanitárias que possuem xarope de zinco/comprimidos dispersíveis para crianças disponíveis (39.9%), e têm gráficos de crescimento disponíveis (55.8%) (tabela 3).

Embora, esperava-se que o nível primário tivesse uma proporção mais elevada de itens de prontidão disponíveis, constata-se que para algumas intervenções as unidades sanitárias de nível primário apresentam valores muito baixos (zinco e gráfico de crescimento). Na zona rural observam-se proporções mais elevadas

comparativamente às da zona urbana.

Maputo Província apresenta menores proporções para os 3 “indicadores”, e Sofala apresenta também valores baixos para alguns serviços.

Tabela 3: Proporção de unidades sanitárias com itens de prontidão para crianças disponíveis, por província, nível de unidade de saúde, autoridade de gestão e urbano/rural.

	Suplementação de vitamina A		Suplementação preventiva de zinco		Monitoramento do crescimento				Número total de US
	A US oferece suplementação de vitamina A para crianças	A US tem cápsulas de suplementação de vitamina A	A US oferece suplemento de zinco para crianças	A US tem xarope de zinco / comprimidos dispersíveis para crianças disponíveis	A US oferece monitoramento de crescimento para crianças menores de cinco anos	A US tem balança para criança ou para bebê disponível e funcional	A US tem equipamento de medição de comprimento / altura ou estadiômetro / haste de altura disponível e funcional	A US tem gráficos de crescimento disponíveis	
Províncias									
Maputo Cidade	86.1	75.0	61.1	50.0	80.6	97.2	94.4	63.9	36
Maputo Província	82.1	58.0	59.8	29.5	79.5	89.3	89.3	56.3	112
Gaza	95.9	93.2	86.3	52.1	95.2	98.6	99.3	77.4	146
Inhambane	94.2	89.1	82.6	49.3	92.8	98.6	96.4	68.8	138
Manica	95.0	92.5	76.7	42.5	96.7	98.3	99.2	76.7	120
Sofala	94.3	91.1	39.5	21.7	94.3	95.5	85.4	29.3	157
Tete	92.6	94.9	65.4	43.4	89.0	91.2	94.1	52.2	136
Zambézia	96.5	95.3	76.4	30.3	96.1	95.7	98.0	68.5	254
Nampula	91.3	75.7	80.4	50.0	89.6	90.4	90.9	41.7	230
Niassa	93.2	92.7	80.7	43.8	92.7	95.3	86.5	44.3	192
Cabo Delgado	95.1	90.2	57.4	32.8	93.4	94.3	98.4	47.5	122
Nível da US									
Primário	94.8	88.6	72.3	38.8	93.5	94.7	93.5	56.6	1575
Secundário	55.6	72.2	51.9	64.8	55.6	94.4	96.3	35.2	54
Terciário	71.4	42.9	71.4	71.4	71.4	100.0	100.0	28.6	7
Quaternário	42.9	14.3	57.1	57.1	57.1	85.7	85.7	57.1	7
Autoridade de gestão									
Governamental	93.3	87.6	71.8	40.0	92.1	94.8	93.6	55.9	1635
Não-governamental	62.5	62.5	25.0	12.5	75.0	75.0	87.5	25.0	8
Urbano/Rural									
Urbano	82.1	75.1	64.2	40.5	81.3	87.9	92.6	54.9	257
Rural	95.2	89.8	72.9	39.8	94.0	96.0	93.7	55.9	1386
Moçambique	93.2	87.5	71.6	39.9	92.0	94.7	93.5	55.8	1643

4.3. Unidades Sanitárias com prontidão para fornecer intervenções de nutrição materna e infantil

Cerca de 12.4 % das unidades sanitárias em Moçambique têm prontidão para fornecer intervenções de nutrição materna (gráfico 1, tabela 4). Destas, a província de Tete destaca-se com a percentagem mais alta (20.6%), e as percentagens mais baixas registaram-se nas províncias de Niassa (5.7%) e Nampula (7.4%).

As intervenções vinculadas à testagem de anemia/suplementação com sal ferroso (28.2%) e promoção de amamentação, através do PTV (42.8%), apresentam percentagens baixas. Nampula e Maputo Província apresentam a menor percentagem referente à testagem de anemia e suplementação com sal ferroso. Manica apresenta menor percentagem referente à intervenção de suplementação com ácido fólico (25.8%). A província de Niassa (25%) apresenta menor percentagem referente à intervenção de promoção de amamentação através de serviços de PTV relativamente às restantes províncias. No que se refere à intervenção de monitoramento de gravidez, observa-se que todas as províncias apresentam percentagens superiores a 70%.

Em relação a área de residência, a percentagem de cobertura de todas intervenções de nutrição materna é similar entre ambas zonas, rural e urbana. Para intervenções específicas, a área rural apresenta percentagens mais elevadas de unidades sanitárias com prontidão de resposta para as intervenções de suplementação com ácido fólico (64.1%) e monitoramento do crescimento da gravidez (87.3%), comparativamente a área urbana (49.4% e 72.8%, respectivamente) (tabela 4).

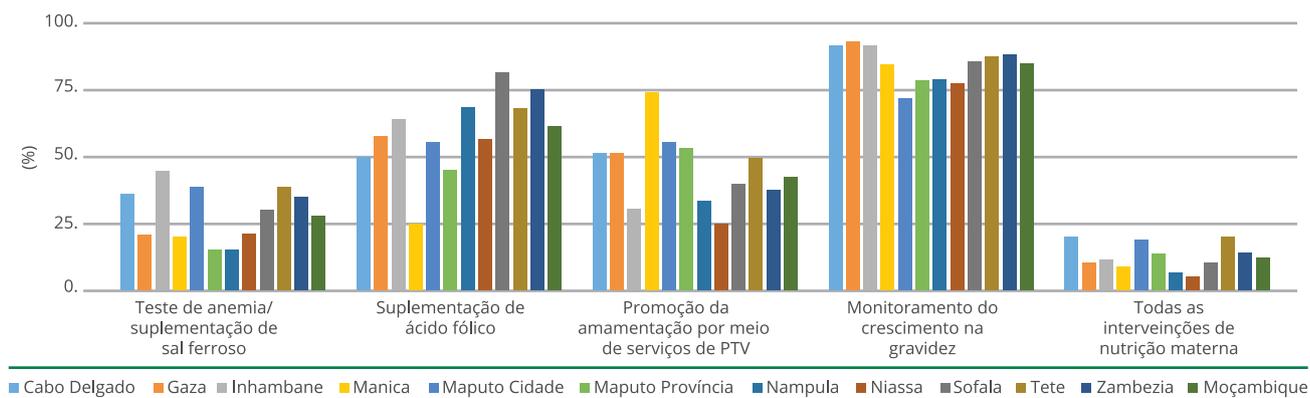


Gráfico 1. Proporção de unidades “prontas” para fornecer intervenções de nutrição materna, por província.

Tabela 4: Proporção de unidades sanitárias “prontas” para fornecer intervenções de nutrição materna, por província, nível de unidade de saúde, autoridade de gestão e áreas urbanas/rurais

	Teste de anemia / suplementação de sal ferroso	Suplementação de ácido fólico	Promoção da amamentação por meio de serviços de PTV	Monitoramento do crescimento na gravidez	Todas as intervenções de nutrição materna	Número total de unidades de saúde
Províncias						
Maputo Cidade	38.9	55.6	55.6	72.2	19.4	36
Maputo Província	16.1	45.5	53.6	78.6	14.3	112
Gaza	21.2	58.2	51.4	93.2	11.0	146
Inhambane	44.9	64.5	31.2	91.3	12.3	138
Manica	20.8	25.8	74.2	84.2	9.2	120
Sofala	30.6	81.5	40.1	85.4	10.8	157
Tete	39.0	68.4	50.0	87.5	20.6	136
Zambézia	35.4	75.2	37.8	88.2	15.0	254
Nampula	16.1	68.7	33.9	79.1	7.4	230
Niassa	21.9	56.8	25.0	77.6	5.7	192
Cabo Delgado	36.1	50.0	51.6	91.8	20.5	122
Nível da US						
Primário	28.7	63.1	42.7	87.0	12.4	1575
Secundário	18.5	37.0	44.4	42.6	11.1	54
Terciário	14.3	0.0	71.4	14.3	0.0	7
Quaternário	14.3	28.6	28.6	28.6	14.3	7
Autoridade de gestão						
Governamental	28.3	62.0	42.8	85.3	12.4	1635
Não-governamental	25.0	37.5	37.5	37.5	0.0	8
Urbano/Rural						
Urbano	25.7	49.4	47.5	72.8	12.1	257
Rural	28.7	64.1	41.9	87.3	12.4	1386
Moçambique	28.2	61.8	42.8	85.0	12.4	1643

No que concerne à proporção de unidades sanitárias com prontidão para fornecer todas as intervenções de nutrição infantil, verifica-se que, a nível nacional, somente 20.4% da população dentro de uma distância de 10 quilómetros da unidade sanitária tem acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta. Destacando-se a suplementação preventiva com zinco como sendo a intervenção que menor percentagem apresenta (35.8%) (gráfico 2, tabela 5).

A suplementação com vitamina A apresenta 84.2%, destacando-se em relação às demais intervenções de nutrição infantil. Esta intervenção é a única que apresenta altas taxas de cobertura em todas as províncias. Por outro lado, a suplementação preventiva com zinco e monitoramento de crescimento apresentam as taxas mais baixas.

O melhor cenário de cobertura é observado na zona rural, mas as coberturas são, em geral, baixas, exceptuando a suplementação com Vitamina A (tabela 5).

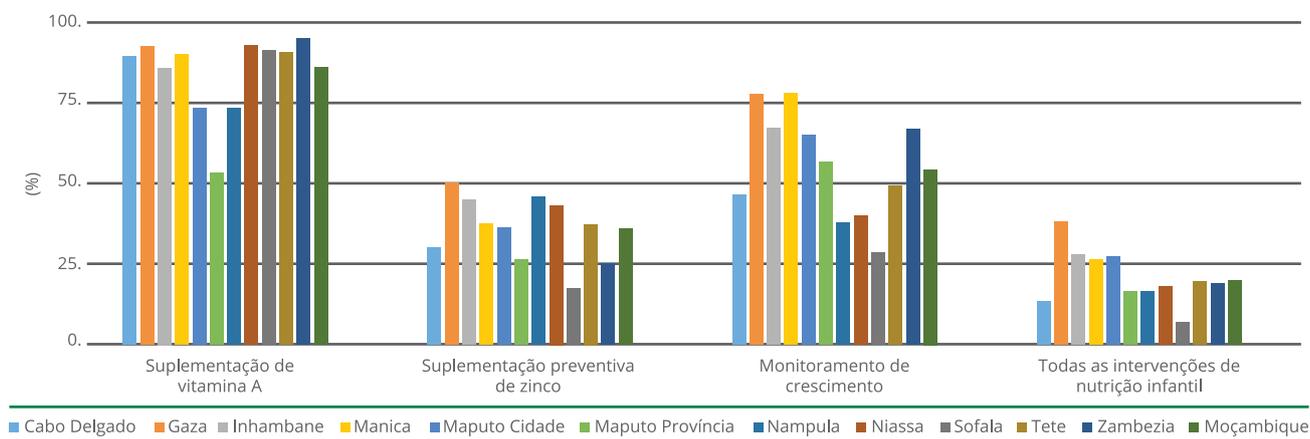


Gráfico 2. Proporção de unidades sanitárias “prontas” para fornecer intervenções de nutrição infantil, por província.

Tabela 5: Proporção de unidades sanitárias “prontas” para fornecer intervenções de nutrição infantil, por província, nível de unidade de saúde, autoridade de gestão e áreas urbanas/ rurais.

	Suplemen- tação de vitamina A	Suplemen- tação preven- tiva de zinco	Monitora- mento de crescimento	Todas as in- tervenções de nutrição infantil	Número total de US
Províncias					
Maputo Cidade	72.2	36.1	63.9	27.8	36
Maputo Província	52.7	26.8	55.4	17.0	112
Gaza	90.4	49.3	76.0	37.7	146
Inhambane	84.1	44.2	65.9	28.3	138
Manica	88.3	37.5	76.7	26.7	120
Sofala	89.2	17.8	28.7	7.6	157
Tete	89.0	37.5	48.5	19.9	136
Zambézia	92.9	25.6	65.7	19.7	254
Nampula	72.2	45.7	37.8	17.0	230
Niassa	90.6	42.7	40.1	18.2	192
Cabo Delgado	87.7	30.3	45.9	13.9	122
Nível da US					
Primário	86.1	35.6	54.2	20.4	1575
Secundário	44.4	37.0	33.3	20.4	54
Terciário	28.6	57.1	28.6	14.3	7
Quaternário	14.3	57.1	57.1	14.3	7
Autoridade de gestão					
Governamental	84.3	36.0	53.5	20.5	1635
Não governamental	62.5	12.5	25.0	0.0	8
Área					
Urbano/Rural					
Urbano	68.5	33.9	50.6	16.0	257
Rural	87.1	36.2	53.9	21.2	1386
Moçambique	84.2	35.8	53.4	20.4	1643

4.4. Acesso às Unidades Sanitárias

Quanto à população com acesso às unidades sanitárias dentro de uma distância de 10 quilómetros, a nível nacional, a percentagem encontra-se abaixo de 80% (gráfico 3). A nível regional, o Centro do país tem menor percentagem da população com acesso às unidades sanitárias numa distância de 10 quilómetros comparativamente ao Sul e Norte. Entretanto, a zona Sul apresenta uma maior percentagem (91%) da população com acesso a uma unidade sanitária.

Cerca de 100% da população que reside em Maputo Cidade tem acesso a uma unidade sanitária. Enquanto que as províncias de Tete (59.3%) e Zambézia (67.9%) destacam-se como sendo as que apresentam percentagens mais baixas de população com acesso às unidades sanitárias dentro de uma distância de 10 km.

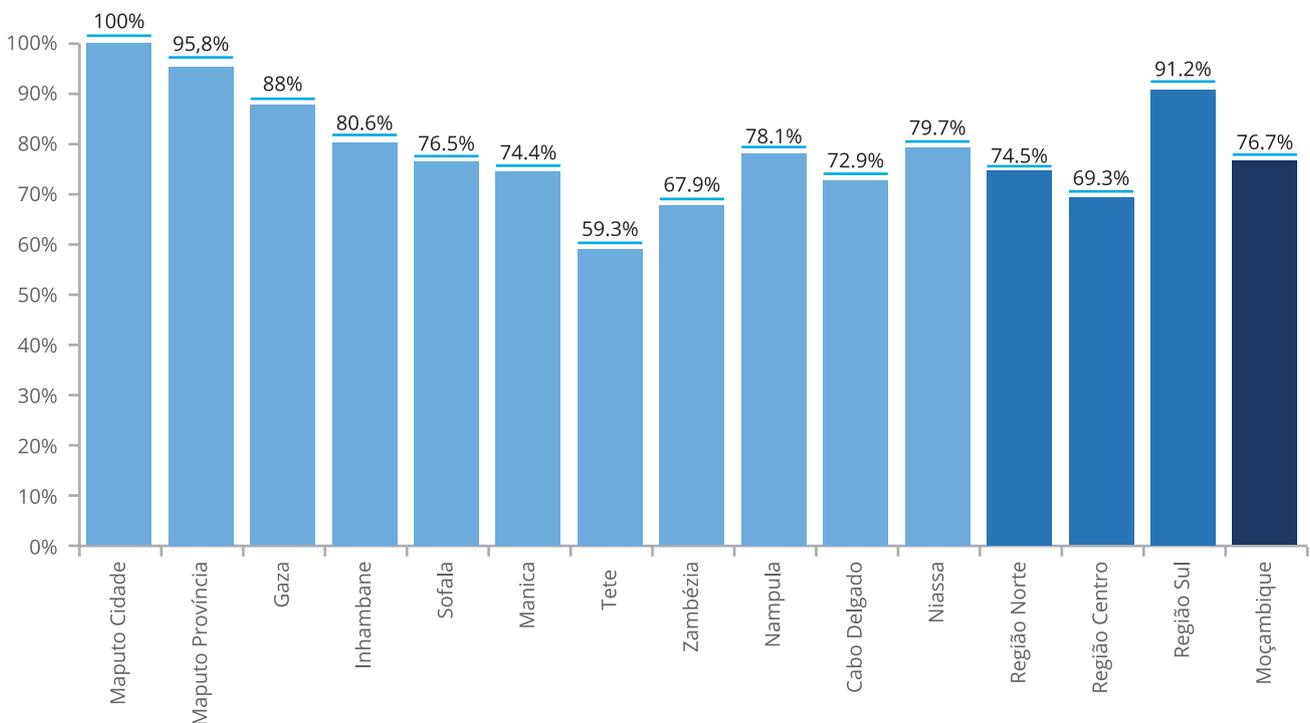


Gráfico 3. Acesso dentro de 10km (% da população a cerca de 10km do hospital do nível primário ou secundário)

4.5. Prontidão e Acesso a intervenções de nutrição materna e infantil

No que refere a percentagem da população com acesso a unidades sanitárias com prontidão de resposta para intervenções de nutrição materna, observa-se que, a nível nacional, cerca de 29% da população tem acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta para todas intervenções de nutrição materna dentro de 10 quilómetros de distância da unidade sanitária (tabela 6, anexo mapa 1). A região Norte tem menor percentagem da população com acesso a uma unidade sanitária (19.4%) comparativamente às demais regiões.

Cerca de 100% da população que reside em Maputo Cidade tem acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta para intervenções de nutrição materna. Enquanto que a província de Nampula é a que apresenta menor percentagem da população com acesso a uma unidade sani-

tária com prontidão de resposta para todas intervenções de nutrição materna (14.9 %), seguido da província da Zambézia (17.9 %) (tabela 6).

Tabela 6: Percentagem da população com acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta para intervenções de nutrição materna (prontidão e acesso da população dentro de 10km de distância de uma unidade sanitária)

	Teste de anemia / suplementação de sal ferroso	Suplementação de ácido fólico	Promoção da amamentação por meio de serviços de PTV	Monitoramento do crescimento na gravidez	Todas as intervenções de nutrição materna
Províncias					
Maputo Cidade	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Maputo Província	78.0%	90.5%	92.2%	95.1%	77.8%
Gaza	52.9%	78.3%	76.1%	87.8%	28.4%
Inhambane	58.4%	67.6%	46.8%	80.1%	21.9%
Manica	40.6%	42.0%	65.6%	71.4%	24.3%
Sofala	39.9%	66.5%	53.5%	73.4%	27.2%
Tete	33.7%	47.7%	38.8%	55.5%	23.7%
Zambézia	36.7%	60.2%	37.8%	65.5%	17.9%
Nampula	34.4%	68.1%	48.0%	73.8%	14.9%
Niassa	37.9%	64.4%	38.1%	73.2%	20.3%
Cabo Delgado	44.8%	51.8%	50.7%	71.7%	33.1%
Regiões					
Região Sul	72.2%	84.3%	79.6%	90.8%	57.8%
Região Centro	38.1%	52.3%	51.4%	65.8%	25.2%
Região Norte	37.5%	63.3%	43.6%	71.0%	19.4%
Moçambique	45.1%	64.9%	53.3%	73.8%	29.1%

Em relação à percentagem da população com acesso a unidades sanitárias com prontidão de resposta para intervenções de nutrição infantil, a nível nacional, somente 37.3% da população que reside dentro de uma distância de 10 quilómetros das unidades sanitárias tem acesso a unidades sanitárias com prontidão de resposta para todas intervenções de nutrição infantil (tabela 7, anexo mapa 2). Destas, a região Norte é a que apresenta menor percentagem da população com acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta para todas intervenções de nutrição infantil comparado com outras regiões. As percentagens mais baixas observam-se nas províncias de Nampula, Cabo Delgado e Tete. Excluindo Maputo Cidade da análise, Maputo Província apresenta altas percentagens (77.1%) de população com acesso a unidades sanitárias com prontidão de resposta para intervenções de nutrição infantil (tabela 7).

Tabela 7: Percentagem da população com acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta para intervenções de nutrição infantil (prontidão e acesso da população dentro de 10kms de distância de uma unidade sanitária)

	Suplementação de vitamina A	Suplementação preventiva de zinco	Monitoramento de crescimento	Todas as intervenções de nutrição infantil
Províncias				
Maputo Cidade	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Maputo Província	91.8%	84.3%	93.5%	77.1%
Gaza	87.5%	71.6%	84.6%	66.1%
Inhambane	76.4%	55.4%	66.5%	44.0%
Manica	71.8%	49.2%	66.1%	40.6%
Sofala	75.0%	40.0%	49.1%	30.8%
Tete	56.6%	31.0%	39.5%	22.1%
Zambézia	67.2%	33.1%	52.0%	28.6%
Nampula	63.7%	53.0%	50.6%	20.4%
Niassa	78.4%	58.0%	58.8%	44.6%
Cabo Delgado	70.6%	36.3%	46.0%	21.2%
Regiões				
Sul	88.8%	78.0%	86.4%	71.7%
Centro	67.0%	39.5%	50.3%	30.5%
Norte	68.6%	44.7%	51.9%	26.9%
Moçambique	72.4%	50.3%	58.8%	37.3%

Mensagens-Chave

- De um modo geral, observam-se altas percentagens da população com acesso a unidades sanitárias com prontidão de resposta para fornecer todas as intervenções de nutrição infantil e materna na zona rural relativamente a zona urbana.
- A zona Sul de Moçambique apresenta altas percentagens de acesso a unidades sanitárias com serviços de nutrição materna e infantil comparativamente a outras regiões. Por sua vez, a percentagem da população com acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta para todas intervenções de nutrição infantil tende a ser mais baixa nas províncias das zonas Centro e Norte do país.
- A suplementação com zinco e a disponibilidade do gráfico de crescimento nas unidades sanitárias são as intervenções que apresentam as taxas mais baixas. Enquanto que, a suplementação com a Vitamina A é a intervenção que apresenta elevadas taxas de cobertura.
- As unidades sanitárias de nível primário apresentam valores muito baixos de coberturas para algumas das intervenções avaliadas.

5. Conclusão

Esta análise mostra que, embora a prontidão de resposta das unidades sanitárias seja relativamente alta a nível nacional, o acesso a essas unidades sanitárias é relativamente baixo, especialmente nas áreas rurais.

6. Recomendações

Com base nos principais resultados desta avaliação, recomenda-se o seguinte:

- O uso desta abordagem de análise para a melhoria da provisão e gestão de insumos e consumíveis ao nível das unidades sanitárias com lacunas de prontidão de resposta, bem como a melhoria da capacitação dos profissionais de saúde alocados a estas unidades sanitárias;
- Assegurar o fornecimento de directrizes ao nível das unidades sanitárias com lacunas ou percentagens baixas de prontidão de resposta;
- Melhorar o seguimento em termos de fornecimento de materiais para a testagem de anemia e monitoria de crescimento durante a gravidez, com vista a potenciar as intervenções vinculadas a anemia e gravidez;
- A melhoria do acesso geográfico às unidades sanitárias deve ser uma prioridade programática, bem como o reforço de programas que levam intervenções de saúde à população (agentes polivalentes elementares, voluntários comunitários de saúde, brigadas móveis, entre outros).

7. Limitações

Esta análise não contempla outros serviços de saúde móveis disponíveis (Agentes Polivalentes Elementares, brigadas móveis, etc) para populações que vivem em áreas remotas/distantes e, portanto, não pressupõe que algumas pessoas receberão serviços dessa forma.

Esta análise não leva em conta as formas de acesso físico às unidades sanitárias, ou seja, não permite saber se existem estradas e transporte (vias de acesso, meio de transporte público de passageiros ou pessoal, motorizadas, taxis, etc) que facilitam o acesso, ou se existe um rio ou montanha para dificultar o acesso.

Esta análise não discute a qualidade dos serviços de saúde recebidos, o que é particularmente importante para discernir sobre a prontidão de resposta dos serviços.

8. Referências

1. Global Nutrition Report. Mozambique: The burden of malnutrition at a glance. <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/africa/eastern-africa/mozambique/>. Accessed August 21, 2020.
2. Plataforma de Saúde da Mulher, Criança e Nutrição do Observatório Nacional de Saúde. Sumário sobre Projeção de Intervenções para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique entre 2010 e 2020. Sumário 1, Volume 02, Abril de 2019.
3. WHO. Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions.pdf. Accessed May 18, 2020.
4. Naciones Unidas. La cobertura de salud universal es esencial para el desarrollo sostenible | Noticias ONU. United Nations. <https://news.un.org/es/story/2019/04/1453991>. Accessed July 20, 2020.
5. La nutrición en la cobertura sanitaria universal [Nutrition in universal health coverage]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ; 2019 (WHO/NMH/NHD/19.24). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Mitano F., Ventura CAA., De Lima MCRA., Balemire, JV., Palha, PF. Direito à saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24: e2679. DOI: 10.1590/1518-8345.0995.2679
7. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde,WHO, Canada. SARA 2018. Inventario Nacional. Infra-estruturas, Equipamentos, Recursos humanos, Serviços de Saude
8. Tatem AJ. WorldPop, open data for spatial demography. Sci Data. 2017;4:170004.
9. Worldpop. Open Spatial Demographic Data and Research. worldpop. <https://www.worldpop.org/>
10. ESRI. ArcGIS Desktop: Release 10. Redlands, CA: Environmental Systems Research Institute; 2011.
11. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, Webb P, Lartey A, Black RE; Lancet Nutrition Interventions Review Group, the Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? Lancet. 2013 Aug 3;382(9890):452-477. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60996-4. Epub 2013 Jun 6. Erratum in: Lancet. 2013 Aug 3;382(9890):396. PMID: 23746776
12. Mallick L, Temsah G, Benedict RK. Facility-based nutrition readiness and delivery of maternal and child nutrition services using service provision assessment surveys. Rockville, Maryland, USA: ICF; 2018. Contract No.: DHS Comparative Reports No. 49
13. World Health Organization. Service Availability and Readiness Assessment (SARA):an annual monitoring system for service delivery. Geneva, Switzerland; 2015.
14. Gillespie S, Menon P, Heidkamp R, Piwoz E, Rawat R, Munos M, et al. Measuring the coverage of nutrition interventions along the continuum of care: time to act at scale. BMJ Glob Health. 2019;4(Suppl 4):e001290.
15. World Health Organization. Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019.

9. Agradecimentos



UNIÃO EUROPEIA

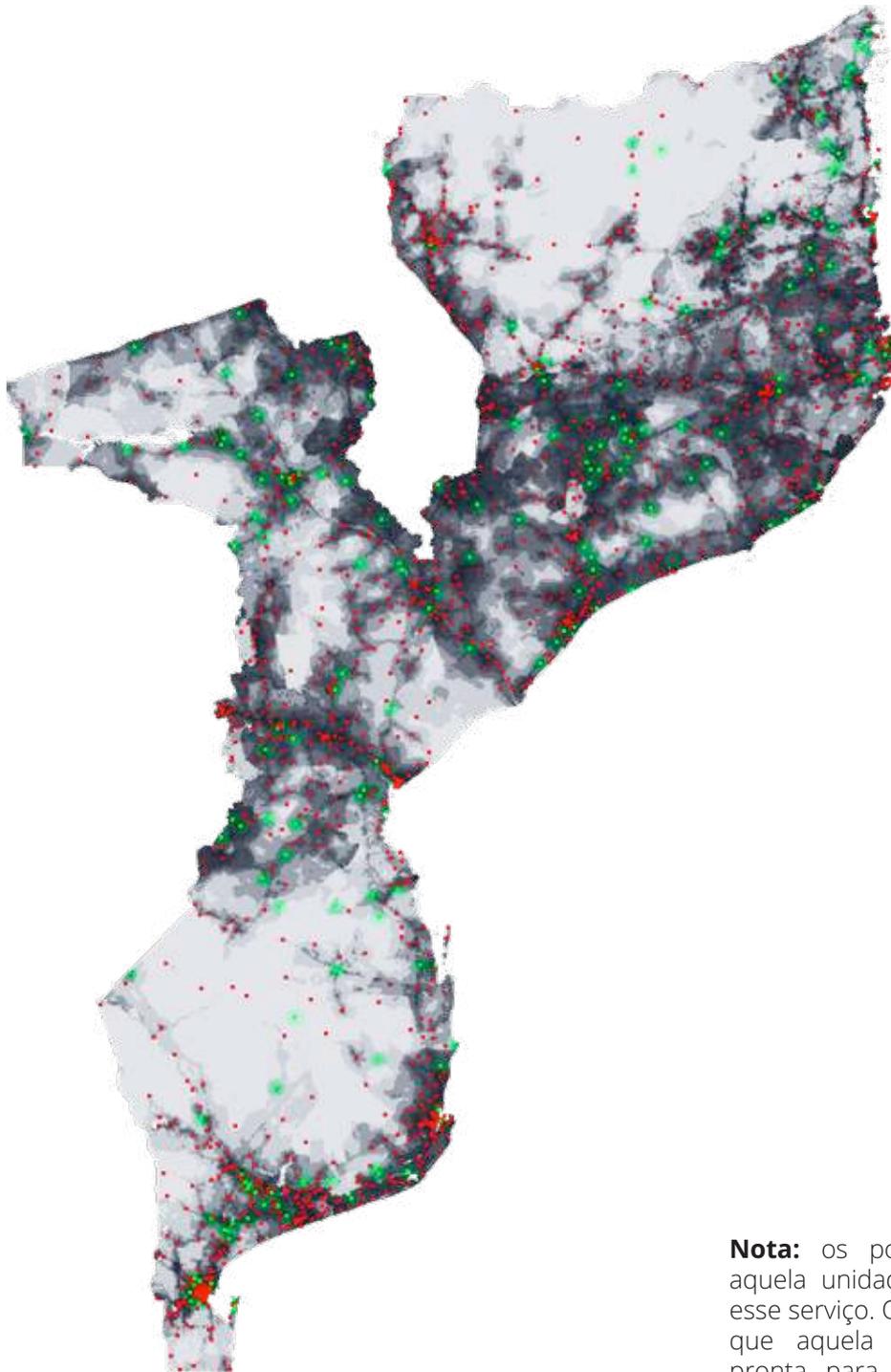


JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG SCHOOL
of PUBLIC HEALTH



ANEXOS

Mapa 1. População com acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta para intervenções de nutrição materna (prontidão e acesso da população dentro de 10kms de distância de uma unidade sanitária).



Nota: os pontos verdes significam que aquela unidade sanitária está pronta para esse serviço. Os pontos vermelhos significam que aquela unidade sanitária não está pronta para esse serviço, enquanto que a cor cinzenta representa a densidade da população naquela região (mais escura - maior densidade, menos escura - menor densidade).

Mapa 2. População com acesso a uma unidade sanitária com prontidão de resposta para intervenções de nutrição infantil (prontidão e acesso da população dentro de 10kms de distância de uma unidade sanitária).



Nota: os pontos verdes significam que aquela unidade sanitária está pronta para esse serviço. Os pontos vermelhos significam que aquela unidade sanitária não está pronta para esse serviço, enquanto que a cor cinzenta representa a densidade da população naquela região (mais escura - maior densidade, menos escura - menor densidade).

