



O Impacto do Valor Criança – Programa Piloto de Transferências Sociais Monetárias em Angola

Relatório Final

Kaku Attah Damoah, Thibault Uytterhaegen, Nyasha Tirivayi e Jessica Daminelli

UNICEF INNOCENTI – ESCRITÓRIO GLOBAL DE INVESTIGAÇÃO E PROSPECTIVA

UNICEF Innocenti – Escritório Global de Investigação e Prospectiva aborda questões actuais e emergentes de maior importância para as crianças. Impulsiona a mudança através da investigação e da previsão de uma vasta gama de questões relacionadas com os direitos da criança, suscitando um discurso global e envolvendo ativamente os jovens no seu trabalho.

O UNICEF Innocenti equipa os líderes de opinião e os decisores com as provas de que necessitam para construir um mundo melhor e mais seguro para as crianças. O gabinete efectua pesquisas sobre questões não resolvidas e emergentes, utilizando dados primários e secundários que representam as vozes das próprias crianças e famílias. Utiliza a prospectiva para definir a agenda para as crianças, incluindo a exploração do horizonte, a análise de tendências e o desenvolvimento de cenários. O gabinete produz uma biblioteca diversificada e dinâmica de relatórios, análises e documentos políticos de alto nível, e fornece uma plataforma para o debate e a defesa de uma vasta gama de questões relacionadas com os direitos da Criança.

O UNICEF Innocenti fornece, para cada criança, respostas às suas preocupações mais prementes.

Os resultados, interpretações e conclusões expressos neste documento são da responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente as da União Europeia, do Foreign Commonwealth and Development Office ou do UNICEF Innocenti.

Este documento foi revisado, tanto a nível externo como a nível do UNICEF.

Os extractos desta publicação podem ser reproduzidos livremente desde que acompanhados da seguinte citação: Damoah, K. A., Uytterhaegen, T., Tirivayi N., Jessica Daminelli, em nome da Equipa de Avaliação de Impacto do Valor Criança (2023), *“O Impacto do Valor Criança – Programa Piloto de Transferências Sociais Monetárias em Angola”*, Relatório Final. UNICEF Innocenti – Escritório Global de Investigação e Prospectiva. Florença, Itália.

Publicado por:

UNICEF Innocenti- Escritório Global de Pesquisa e Prospectiva
Via degli Alfani, 58
50121 Florence, Italy

Tel: (+39) 055 20330
reserachpublications@unicef.org

UNICEF Angola
Edifício do Instituto Nacional da Criança (INAC)
Rua N’Gola M’Bandi – Calemba
Luanda, Angola

Tel: +244 226 430 870
luanda@unicef.org
www.unicef.org/angola

© 2023 United Nations Children’s Fund (UNICEF)

Foto da Capa: © UNICEF/ANG-2019/Suzana Cerejo

Designer Gráfico: Marcos Paulo Drumond

Produção Editorial: UNICEF Innocenti

O Impacto do Valor Criança – Programa Piloto de Transferências Sociais Monetárias em Angola

Relatório Final

Kaku Attah Damoah, Thibault Uytterhaegen, Nyasha Tirivayi e Jessica Daminelli

Autores

Kaku Attah Damoah, Thibault Uytterhaegen, Nyasha Tirivayi e Jessica Daminelli

Equipa de Avaliação**UNICEF Innocenti – Gabinete Global de Investigação e Prospectiva:**

Kaku Attah Damoah (Investigador principal), Jennifer Waidler (Co-investigadora principal), Nyasha Tirivayi, Thibault Uytterhaegen, Frank Otchere, Mathilde Heloise C. Van Drooghenbroeck, Jessica Daminelli

Escritório Nacional do UNICEF Angola:

Louise Moreira Daniels, Monahulo Sousa, Kamia Cristina Carvalho Abambres e Felicidade Raimundo

Instituto Nacional de Estatística (INE)

Ezequiel Luis, Betsaida Costa, Geraldo Ginga

Agradecimentos

O UNICEF Innocenti – Gabinete Global de Investigação e Prospectiva agradece ao: Escritório Nacional do UNICEF Angola, ao Instituto Nacional de Estatística (INE), ao Ministério da Acção Social, Família e Promoção da Mulher, aos Governos Provinciais do Bié, Moxico e Uíge e à Mundi Consulting pelo seu apoio e colaboração durante o trabalho de campo e na preparação do relatório. A equipa de avaliação também reconhece e aprecia as contribuições de Jennifer Waidler, Maria Carmen Alpin, Cristina Sofia dos Santos, Valdira Dinheiro e Yaozhu Chu. Os autores agradecem a dois revisores anónimos pelo seu feedback construtivo. A equipa também agradece a todas as equipas de trabalho de campo pela sua dedicação durante a recolha de dados. Por fim, os dados e análises não teriam sido possíveis sem a imensa colaboração dos domicílios que abriram suas portas para as equipas de avaliação e recolha de dados.

Este estudo e o relatório foram realizados e preparados sob a gestão global da equipa e a orientação técnica de Nyasha Tirivayi (Gestora de Política Social) e Dominic Richardson (Chefe de Política Social e Análise Económica).

Este documento foi produzido com o apoio financeiro da União Europeia no âmbito do Programa "Apoio à Protecção Social em Angola" – APROSOC. As opiniões aqui expressas não podem de forma alguma ser consideradas como reflectindo a opinião oficial da União Europeia.

Lista de Abreviaturas

APROSOC	Apoio à Protecção Social em Angola
CTP	Piloto de Transferência social monetária
DGF	Discussão em Grupo Focal
DiD	Diferença nas Diferenças
DRDiD	Diferença nas Diferenças Duplamente Robusta
EIC	Entrevista com Informante-Chave
ID	Índice de Desenvolvimento Humano
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPW	Ponderação de Probabilidade Inversa
MQO	Mínimos Quadrados Ordinários
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDDAF	Pontuação da Diversidade da Dieta do Agregado Familiar
PDS	Pós-Dupla-Seleção
PPP	Probabilidade Proporcional à População
PTSM	Programa de Transferência Social Monetária
QuIP	Protocolo de Impacto Qualitativo
TSM	Transferência Social Monetária
VC	Valor Criança

Lista de Tabelas

Tabela 1: Resumo dos impactos	17
Tabela 2.1 Distribuição dos agregados familiares beneficiários e tratados na linha de base	23
Tabela 2.2: Dimensão das amostras na linha de base e na avaliação final	24
Tabela 2.3: Características do cuidador e do chefe do agregado familiar na fase inicial	26
Tabela 2.4: Características demográficas dos membros do agregado familiar	27
Tabela 2.5: Dimensão da amostra QULP e distribuição geográfica	30
Tabela 2.6: Dimensão da amostra das FGDs da avaliação de processo	30
Tabela 3.1: Correlações e impacto do programa na tomada de decisões e no empoderamento das mulheres	38
Tabela 3.2: Decisões e questões sobre a utilização de transferências sociais monetárias	39
Tabela 3.3: Correlações e impacto do programa nos conhecimentos sobre nutrição e alimentação	42
Tabela 3.4: Correlações e impacto do programa na inclusão financeira	44
Tabela 3.5: Correlações e impacto do programa no bem-estar material das crianças (0-59 meses)	47
Tabela 3.6: Correlações e impacto do programa na saúde materna e infantil (0-59 meses)	49
Tabela 3.7: Correlações e impacto do programa na taxa de imunização (12 – 23 meses)	52
Tabela 3.8: Correlações e impacto do programa no desenvolvimento infantil (0-59 meses)	53
Tabela 3.9: Correlações e impacto do programa na disciplina infantil (0-59 meses)	54
Tabela 3.10: Correlações e impacto do programa nas práticas alimentares e dietas das crianças (6-59 meses)	56
Tabela 4.1: Correlações e Impacto do Programa na Acumulação de Bens das Famílias	60
Tabela 4.2: Correlações e Impacto do Programa nas Actividades Económicas das Famílias	62
Tabela 4.3: Correlações e Impacto do Programa na Segurança alimentar do Agregado Familiar	64
Tabela 4.4: Correlações e Impacto do Programa das Grandes Compras do Agregado Familiar	69
Tabela 5.1: Satisfação dos beneficiários do programa	80
Tabela 6.1: Análise heterogénea baseada na dimensão do agregado familiar: indicadores de resultados do cuidador	83
Tabela 6.2: Análise heterogénea baseada na dimensão do agregado familiar: indicadores de resultados das crianças	84
Tabela 6.3: Análise heterogénea baseada na dimensão do agregado familiar: indicadores de resultados do agregado familiar	85
Tabela 6.4: Análise heterogénea baseada na idade do cuidador: indicadores de resultados do cuidador	87
Tabela 6.5: Análise heterogénea baseada na idade do cuidador: indicadores de resultados das crianças	88
Tabela 6.6: Análise heterogénea baseada na idade do cuidador: indicadores de resultados do agregado familiar	89
Tabela 6.7: Análise heterogénea baseada na educação do cuidador – indicadores de resultados do cuidador	91
Tabela 6.8: Análise heterogénea baseada na educação do cuidador – indicadores de resultados das crianças	92
Tabela 6.9: Análise heterogénea baseada na educação do cuidador – indicadores de resultados do agregado familiar	93
Tabela 6.10: Impactos registados da COVID-19	95

Lista de Figuras

Figura 1: Conceptualização do estudo em função do género	22
Figura 2.1: Domínios de componentes qualitativos explorados pelo QuIP	28
Figura 2.2: Quadro conceptual teórico	31
Figura 3.1: Alterações nas relações entre cônjuges	40
Figura 3.2: Alterações causais no rendimento.	45
Figura 3.3: Alterações causais no rendimento (comunidade)	46
Figura 3.4: Impacto no bem-estar material das crianças (0-59 meses)	48
Figura 3.5: Impacto do programa no acesso a tratamentos médicos	51
Figura 3.6: Correlações e impacto do programa nas práticas de prestação de cuidados às crianças (0-59 meses)	55
Figura 3.7: Impacto nas Práticas Alimentares das Crianças, antes e depois das transferências sociais monetárias.	58
Figura 4.1: Correlações e Impacto do Programa nas Actividades Económicas das Famílias	63
Figura 4.2: Impacto do Programa na Segurança Alimentar do Agregado Familiar	67
Figura 4.3: Segurança alimentar do agregado familiar antes das transferências sociais monetárias	68
Figura 4.4: Alterações das Causas das Compras Mensais	70
Figura 5.1: Distribuição espacial dos agregados familiares a nível Provincial.	72

Conteúdo

Autores	4
Equipa de Avaliação	4
Agradecimentos	5
Lista de Abreviaturas	6
Lista de Tabelas	7
Lista de Figuras	8
Resumo Executivo	12
1. Introdução	18
1.1. Contexto e descrição do programa	18
1.2. Descrição da intervenção e do mecanismo de selecção	19
1.3. Objectivos do estudo	19
1.4. Questões de investigação	20
1.5. Quadro conceptual	21
2. Metodologia	23
2.1. Desenho do estudo quantitativo	23
2.1.1. Estratégia de amostragem e de atrito	23
2.1.2. Instrumentos de inquérito	24
2.1.3. Recolha de dados	25
2.1.4. Características da amostra	25
2.2. Desenho do estudo qualitativo	27
2.2.1. Ferramentas e guias	28
2.2.2. Recolha de dados	28
2.2.3. Amostra	29
2.3. Ética	31
2.4. Processamento e análise de dados quantitativos	31
2.4.1. Reconstrução dos dados de linha de base e teste de equilíbrio	32
2.4.2. Correlações agrupadas e estratégia de estimação	32
2.4.3. Verificações de robustez	33
2.5. Metodologia de análise de dados qualitativos	34
2.5.1. Uma visão geral do Protocolo de Impacto Qualitativo (QulP) e dos Mapas Causais	34
2.5.2. Análise dos dados da avaliação de processo	35
2.6. Limitações e advertências	35

3. Impacto das transferências sociais monetárias em mulheres e crianças . . .	37
3.1. Cuidadores	37
3.1.1. Tomada de decisões e empoderamento das mulheres	37
3.1.2. Conhecimentos sobre nutrição e alimentação	42
3.1.3. Inclusão financeira	43
3.2. Crianças com menos de cinco anos de idade	47
3.2.1. Bem-estar material.	47
3.2.2. Saúde materna e infantil	48
3.2.3. Imunização.	51
3.2.4. Desenvolvimento infantil e disciplina.	53
3.2.5. Práticas de alimentação infantil e dieta	55
4. Impacto das transferências sociais monetárias nos agregados familiares . .	59
4.1. Bens do agregado familiar	59
4.2. Actividades económicas do agregado familiar	61
4.3. Segurança alimentar do agregado familiar e consumo de alimentos	64
4.4. Compras mensais	69
5. Influência do desenho e implementação nos objectivos e resultados do programa	71
5.1. Processo de cadastramento	71
5.1.1. Pré-cadastramento (ou cadastramento silencioso).	71
5.1.2. Desafios no processo de cadastramento.	73
5.2. Confirmação de elegibilidade e inscrição	74
5.3. Mecanismo de pagamento.	75
5.4. Adequação do montante e regularidade dos pagamentos	76
5.4.1. Montante da Transferência.	76
5.4.2. Regularidade das transferências	77
5.5. Desafios na recepção dos pagamentos	78
5.5.1. Distância dos pontos de pagamentos	78
5.5.2. Riscos de segurança para as mulheres	78
5.5.3. Pontos de pagamento superlotados	79
5.6. Satisfação dos beneficiários do programa	79
5.7. Mecanismos de comunicação e reclamação	81

6.	Papel moderador dos factores contextuais	82
6.1.	Dimensão do agregado familiar	82
6.2.	Idade do cuidador.	86
6.3.	Educação dos cuidadores.	90
6.4.	Impactos registados da pandemia da COVID-19	94
7.	Conclusões e recomendações	96
7.1.	Resumo das conclusões	96
7.2.	Recomendações.	98
8.	Referências	100
9.	Anexo.	101
9.1.	Anexo A: Testes de Atrito e de Equilíbrio	101
9.2.	Anexo B: Teste de placebo e teste de hipóteses múltiplas	115
9.3.	Anexo C: Modelo do QulP e códigos dos inquiridos	118

Resumo Executivo

Angola registou elevados níveis de crescimento económico após o término da guerra civil, tendo o PIB per capita quase duplicado de 3.892 USD (PPC) em 2000 para 6.813 USD (PPC) em 2014 (Banco Mundial, 2020). Apesar do crescimento económico do pós-guerra, Angola ocupa a posição 149º entre 182 países no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do PNUD, enquanto os níveis de pobreza permanecem elevados.¹ Em 2019, a incidência da pobreza era de 40,6 por cento a nível nacional. Os níveis de pobreza são particularmente elevados nas zonas rurais (57,2 por cento) em comparação com as zonas urbanas – 29,8 por cento (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Com mais de 50,0 por cento das necessidades alimentares de Angola a serem importadas, os agregados familiares são vulneráveis a choques externos, bem como a outros choques internos, tais como quebras de colheitas e alterações climáticas (Banco Mundial, 2020). Estes choques afectam as crianças e os seus cuidadores. Por exemplo, o Inquérito Demográfico e de Saúde de 2016 estabeleceu que sete em cada dez mulheres em Angola têm dificuldades em aceder aos serviços de saúde, um terço das crianças com menos de cinco anos sofrem de desnutrição crónica e apenas 31 por cento dos bebés entre os 12 e os 23 meses completaram todas as vacinas básicas. Além disso, existe uma considerável desigualdade de género no país. O índice de desigualdade de género (GII) para Angola era de 0,537 em 2021 e estava classificado em 136º entre 169 países em 2021 pelo PNUD. Finalmente, a taxa de pobreza multidimensional é de 54 por cento a nível nacional, desagregada em 87,8 por cento e 35 por cento nas zonas rurais e urbanas, respectivamente (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

A protecção social, incluindo as transferências sociais monetárias, tem o potencial de reduzir a pobreza, bem como de proteger as famílias contra choques e vulnerabilidade (ver Handa et al. 2018). No entanto, a cobertura de famílias pobres e vulneráveis pelo actual sistema de protecção social de Angola ainda é fraca. Os programas de protecção social existentes são, em grande parte, pensões contributivas e seguros sociais que beneficiam principalmente os que trabalham no sector formal, que é a minoria da população (Banco Mundial 2020). Em 2014, o Governo de Angola e os seus Parceiros de Desenvolvimento criaram o Apoio à Protecção Social – APROSOC ("Apoio à Protecção Social em Angola") como um primeiro passo para um sistema nacional de protecção social. Esse projecto, implementado pelo Ministério da Acção Social, Família e Promoção da Mulher (MASFAMU), com assistência técnica do UNICEF, e financiado pela União Europeia, tinha como uma das principais intervenções o programa Valor Criança, um programa de transferência social monetária (PTSM) incondicional sensível às crianças, destinado a agregados familiares com crianças dos zero aos cinco anos de idade em municípios propensos à insegurança alimentar seleccionados. Este foi o primeiro programa de transferência social monetária em Angola,² e foi pilotado em seis municípios nas províncias do Bié, Moxico e Uíge. Embora a fase piloto tenha terminado, o programa "cash-plus" ofereceu, para além das transferências sociais monetárias, a ligação a outros serviços, tais como apoio ao registo de nascimento, desenvolvimento da primeira infância, aconselhamento nutricional, actividades de geração de rendimentos, capacitação de adolescentes, e Saneamento Total Liderado pela Comunidade (STLC). A intervenção proporcionou uma transferência social monetária mensal de AOA 3.000 – aumentada para AOA 5.000 em resposta à COVID-19 – por cada criança com

1 Plano de Desenvolvimento das Nações Unidas (2022), Relatório de Desenvolvimento Humano 2021/2022. Nova Iorque.

2 Prestadores de cuidados foram definidos como o membro do agregado familiar que realiza actividades diárias de cuidado da criança ou crianças. O programa, portanto, não impôs quem deveria ser o cuidador do agregado familiar, uma vez que adoptou uma abordagem de neutralidade de género. Assim, os membros do agregado familiar autoidentificaram quem realiza a maioria das actividades diárias de cuidado da criança. Na amostra do estudo, mulheres de 85 por cento dos agregados familiares se identificaram como a principal prestadora de cuidados.

menos de cinco anos de idade. O montante da transferência era pago directamente ao cuidador (predominantemente mulheres) da criança, com um limite máximo de três crianças elegíveis por agregado familiar.

Os dados sobre a eficácia dos programas de assistência social em Angola são limitados. Este estudo aborda esta lacuna de evidência, determinando os impactos do programa Valor Criança em vários domínios do bem-estar das crianças e dos agregados familiares. O estudo também investiga os impactos nos resultados da igualdade de género como parte do programa de investigação Protecção Social Sensível ao Género e à Idade (GRASSP) (2018-2023) liderado pelo UNICEF Innocenti e financiado pelo Ministério das Relações Exteriores, Commonwealth e Desenvolvimento (FCDO) do Reino Unido.

O estudo teve como objectivo responder às seguintes questões de investigação 1) Quais são os impactos do PTSM nos cuidadores e nas crianças? 2) Quais são os impactos mais alargados do PTSM nos agregados familiares? 3) Como as características de desenho e implementação do PTSM influenciam os objectivos e os resultados do programa? e 4) Como as características dos agregados familiares e dos cuidadores influenciam o impacto do programa de transferência social monetária? Para responder à primeira e segunda questões de investigação, o estudo investiga se o programa melhorou vários domínios de resultados, incluindo a igualdade de género. Os exemplos de indicadores incluem – mas não se limitam a – o empoderamento das mulheres e sua tomada de decisões, a segurança alimentar e as práticas de alimentação das crianças, os bens dos agregados familiares e as actividades económicas, entre muitos outros. Para responder à terceira questão de investigação, o estudo avalia a forma como as características de desenho e implementação, como o registo dos beneficiários, a modalidade de pagamento, a adequação e regularidade e os mecanismos de denúncia e comunicação, influenciaram os objectivos e resultados do programa. Para responder à quarta questão de investigação, o estudo analisou a forma como a dimensão do agregado familiar e as principais características do cuidador, como a idade e a educação, afectaram os impactos do programa.

Metodologia

Este estudo usa uma abordagem de método misto para examinar o impacto do programa de transferência social monetária em crianças, cuidadores e agregados familiares. Os dados do estudo de base foram recolhidos em Outubro – Novembro de 2019 em 2.990 agregados familiares (1.442 no grupo de tratamento e 1.548 no grupo de comparação) nas províncias do Bié, Moxico e Uíge. Os dados finais foram recolhidos em Julho de 2022 em 2.586 agregados familiares (1.326 no grupo de tratamento e 1.260 no grupo de comparação) que foram rastreados e entrevistados novamente com sucesso. Foram também recolhidos dados qualitativos para aprofundar as percepções sobre os impactos e o processo de implementação do programa. Isto foi conseguido através de entrevistas a informantes-chave (21 EIC), entrevistas aprofundadas (35 EA) e discussões em grupos focais (16 DGF). As actividades de recolha de dados foram levadas a cabo pelo UNICEF Innocenti e pelo UNICEF Angola em colaboração com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e a Mundi Consulting.

A análise quantitativa combina dois modelos de correlação/previsão e três modelos de estimativa da diferença nas diferenças para garantir a coerência e a robustez dos resultados antes de tirar conclusões sobre os impactos do programa. A análise qualitativa utiliza a análise causal para a componente Protocolo de Impacto Qualitativo (QulP) e uma análise temática para a componente de avaliação do processo. A análise causal do QulP envolve a análise de dados narrativos através da identificação e codificação de declarações causais no software Causal Mapping, a fim de estabelecer a atribuição da mudança. O estudo deparou-se com

várias limitações em termos de dados. Em primeiro lugar, cerca de 70 por cento dos agregados familiares com intenção de tratamento receberam benefícios do programa antes de os dados de base terem sido recolhidos. Assim, foram tomadas medidas para reconstruir os dados de base com dados de recordação incorporados sobre a situação do agregado familiar antes de receber as prestações pecuniárias; no entanto, os dados de recordação tendem a ter um viés de confirmação e de desejabilidade social, o que resulta na subestimação dos níveis de resultados dos beneficiários na base. Em segundo lugar, foram utilizadas estratégias de amostragem diferentes para os agregados familiares beneficiários e de comparação na base. Foi utilizada uma probabilidade proporcional à dimensão para a amostra de beneficiários (utilizando a lista de beneficiários), enquanto o grupo de comparação foi amostrado por meio de passeio aleatório nas zonas de comparação. Em terceiro lugar, a qualidade de algumas das transcrições nas entrevistas da componente QULP foi afectada por dificuldades de tradução.

Questões de investigação e resumo dos resultados

O programa, por meio da provisão de transferências sociais monetárias para os agregados familiares, pagas diretamente ao cuidador principal da criança ou das crianças, além de oferecer apoio ao registo de nascimento, desenvolvimento na primeira infância, aconselhamento nutricional, atividades de geração de renda, empoderamento de adolescentes e STLC, visou melhorar a segurança alimentar dos agregados familiares beneficiários. O programa também definiu como objetivo melhorar os resultados de igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres por meio do pagamento direto de transferências de dinheiro para os cuidadores principais, que são em sua maioria mulheres. Diante disso, o estudo teve quatro objetivos principais:

- Explorar os impactos e a eficácia da intervenção do Programa de Transferência Social Monetária (PTSM) em áreas rurais de Angola, a fim de informar sobre a potencial continuidade e expansão do programa ou programas futuros.
- Avaliar se transferências sociais monetárias tiveram impacto protetivo no bem-estar de beneficiários, e se foram responsivas a choques em relação aos efeitos negativos da pandemia de COVID-19.
- Avaliar a eficácia da prestação de transferências sociais monetárias e serviços associados directamente às mulheres que prestam cuidados no agregado familiar, a fim de determinar a eficácia dessa abordagem para transferências sociais monetárias.
- Explorar os pontos fortes e fragilidades dos parâmetros de desenho do programa e das características operacionais relacionadas à definição do público-alvo, à selecção e ao registo, aos sistemas de pagamento e aos mecanismos de comunicação e denúncia.

Questão de Investigação 1: Impacto nos cuidadores e nas crianças

O programa incentivou investimentos no desenvolvimento humano das famílias, como demonstrado pelos impactos positivos no bem-estar material das crianças, nas práticas de alimentação infantil, na imunização e nos cuidados de saúde preventivos. A posse de um par de sandálias/sapatos, de roupas e de um cobertor melhorou em 47 pontos percentuais, 25 pontos percentuais e 49 pontos percentuais, respectivamente, para as crianças dos agregados familiares beneficiários. O controlo do crescimento pós-natal melhorou em 18 pontos percentuais, enquanto a realização de todas as vacinas básicas necessárias aumentou em cerca de 18 pontos percentuais. Os dados relativos à dinâmica de tomada de decisões dos agregados familiares são mistos, tendo sido observadas alterações positivas em alguns aspectos da tomada de decisões e da segurança do rendimento das mulheres. Os resultados

quantitativos revelaram que as transferências sociais monetárias aumentaram o apoio social aos cuidadores, ao mesmo tempo em quem melhoraram a tomada de decisões financeiras em conjunto. As entrevistas qualitativas revelaram que os cuidadores recebiam os pagamentos em numerário e sentiam melhorias na tomada de decisões e na elaboração de orçamentos em conjunto com o cônjuge e, nalguns casos, autonomia na tomada de decisões da esposa. No entanto, outros cuidadores notaram o controlo que os homens ainda têm sobre a tomada de decisões, em resultado de normas de género enraizadas. As conclusões qualitativas também documentaram a melhoria do empoderamento das mulheres através da melhoria da geração de rendimentos, da melhoria do bem-estar e da melhoria das relações comunitárias nas zonas de intervenção. Por último, as conclusões qualitativas indicaram que as famílias beneficiárias registaram melhorias em vários indicadores relacionados com o consumo de alimentos e a segurança alimentar.

Por outro lado, os impactos nas práticas de prestação de cuidados foram menos consistentes. O programa não teve um impacto significativo nos indicadores de parentalidade e disciplina, uma conclusão que é consistente nos resultados qualitativos e quantitativos. As entrevistas qualitativas sugeriram que os estilos parentais estavam profundamente enraizados nas normas culturais locais e que o PTSM e os serviços associados não tinham produzido comportamentos diferentes nem marcado uma mudança nos modelos parentais dos beneficiários.

Questão de Investigação 2: Impactos nos agregados familiares

A análise focou no acúmulo de bens, actividades económicas, segurança alimentar e diversidade, quantidade e qualidade da dieta do agregado familiar. O PTSM teve impactos positivos na segurança alimentar, nos bens das famílias e nas actividades económicas. Os impactos notáveis incluem a redução da escala de experiência de insegurança alimentar em 1,14 pontos, a redução da escala de fome no agregado familiar em 0,38 pontos, o aumento do número de refeições em 24 pontos percentuais. Além disso, o PTSM aumentou a acumulação de bens duradouros (por exemplo, telefone, rádio e motociclo), a posse de gado em 14 pontos percentuais, o acesso à terra para cultivo em 5 pontos percentuais, a produção agrícola em 18 pontos percentuais, bem como os processos e o comércio de subprodutos agrícolas em 6 pontos percentuais. As entrevistas qualitativas revelaram que as famílias beneficiárias tinham aumentado e diversificado as suas actividades agrícolas para incluir uma variedade de culturas cultiváveis que contribuíram para o consumo e diversidade alimentar das famílias. Em termos de bens do agregado familiar, as entrevistas revelaram que os beneficiários puderam comprar roupa, roupa de cama e camas, bem como produtos de higiene para os seus agregados familiares.

Questão de Investigação 3: Influência das características de desenho e de implementação nos resultados do programa

Resultados-chave da avaliação do processo destacaram aspectos do desenho da intervenção que podem ser aprimorados para maximizar a eficácia do PTSM. A começar pelo registo, os resultados sugerem que houve possíveis erros de exclusão devido à ausência de cuidadores elegíveis do agregado familiar no momento do registo em campo. Os pontos de pagamento para coleta dos benefícios infantis foram considerados de alto custo de criação e manutenção, enquanto as beneficiárias afirmaram que a distância para ter acesso aos mesmos acarretava custos de tempo e possíveis riscos de segurança. Em relação à regularidade dos pagamentos, a avaliação do processo constatou que eles eram irregulares ao longo da intervenção do programa, devido a questões decorrentes da pandemia de COVID-19. Os valores dos pagamentos também

foram considerados insuficientes para atender às necessidades dos beneficiários. Embora tenham sido implementados mecanismos de reclamação, a eficácia das medidas de resolução não foi clara devido a inconsistências na documentação e na transmissão de informações dos activistas sociais para os níveis superiores do governo. Por fim, a avaliação do processo também destacou a falta de ligações dos cuidadores a outros serviços do APROSOC, o que explicou a ausência de impactos nas práticas parentais e de prestação de cuidados.

Questão de Investigação 4: Papel moderador das características do agregado familiar e do cuidador e dos factores contextuais

Uma análise mais aprofundada mostrou que os impactos não são, em grande medida, moderados pela dimensão do agregado familiar nem pela idade do cuidador. A educação do cuidador influencia efectivamente os impactos do programa. Nos agregados familiares com cuidadores com alguma educação formal, registaram-se impactos positivos na diversidade alimentar mínima das crianças nas actividades agrícolas, em comparação com os agregados familiares sem educação formal. Por último, uma média de 66 por cento dos agregados familiares beneficiários e de comparação referiram que consideravam que a COVID-19 tinha um impacto negativo nos seus níveis de rendimento e nas actividades geradoras de rendimento.

A partir do uso de dados de linha de base colectados em 2019 e de dados finais colectados em 2022, de um modo geral, o programa de Transferência Social Monetária teve fortes impactos positivos numa grande variedade de indicadores, com impactos fracos ou nulos noutros indicadores (ver Tabela 1). O programa gerou impactos positivos nas crianças e nas necessidades básicas do agregado familiar. A dinâmica de decisão do agregado familiar também se alterou, com aumentos registados na tomada de decisões conjuntas pelos cônjuges, em vez de um único decisor para o agregado familiar, o que normalmente é feito pelos homens. Os beneficiários também comunicaram melhorias na participação económica das mulheres (por exemplo, emprego por conta própria e criação de empresas). A eficácia do programa poderia ter sido maximizada através do reforço dos mecanismos de responsabilização, da previsibilidade e da regularidade das transferências, bem como da acessibilidade e da segurança.

Tabela 1: Resumo dos impactos

NÍVEL DA CRIANÇA		NÍVEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS		NÍVEL DO AGREGADO FAMILIAR	
Domínio do Indicador	Impacto	Domínio do Indicador	Impacto	Domínio do indicador	Impacto
Bem-estar material	↑	Inclusão financeira e poupança	↑	Bens	↑
Cuidados de saúde infantil	↑	Tomada de decisão conjunta	↑	Actividades económicas	↑
Imunização	↑	Práticas parentais e de prestação de cuidados	↔	Segurança alimentar	↑
Práticas de alimentação infantil e dieta	↑	Conhecimentos sobre nutrição e alimentação	↔	Diversidade, quantidade e qualidade dos alimentos	↑
Actividades de desenvolvimento infantil e disciplina	↔				

CHAVE: ↑ Impactos positivos consistentes ↔ Impactos Fracos/Nulos

As conclusões do estudo ajudam a informar os esforços actuais para a criação de um programa de assistência social de âmbito nacional em Angola. O relatório conclui com recomendações políticas e de investigação que podem ser implementadas para reforçar ainda mais o impacto do programa. As seguintes recomendações políticas podem ser consideradas para aumentar a eficácia do programa:

- Reforçar a capacidade de resposta às questões de género através da integração e da ligação a serviços complementares sensíveis às questões de género e do aumento da acessibilidade aos pagamentos.
- Assegurar a prestação de transferências sociais monetárias regulares, previsíveis e adequadas.
- Melhorar a comunicação com os beneficiários e reforçar a coordenação dos canais de informação no âmbito dos mecanismos de comunicação de denúncia.
- Institucionalizar e ampliar a cobertura da assistência social.

Além disso, são recomendadas as seguintes actividades de investigação para apoiar a concepção e a adaptação do programa:

- Determinar um valor de transferência adequado que seja sensível a choques.
- Explorar a viabilidade e os impactos da integração das transferências sociais monetárias com serviços complementares sensíveis às crianças e ao género.
- Investigar o papel das normas de género na influência da dinâmica de decisão do agregado familiar.
- Examinar o papel moderador da regularidade e pontualidade dos pagamentos.

1. Introdução

1.1. Contexto e descrição do programa

Angola registou um crescimento económico impressionante após o término da guerra civil, tendo o PIB per capita quase duplicado de 3.892 USD (PPC) em 2000 para 6.813 USD (PPC) em 2014. A taxa de crescimento elevou Angola a terceira maior economia da África Subsaariana, classificada como de rendimento médio inferior (Banco Mundial, 2020). Apesar do crescimento económico do pós-guerra, Angola ocupa a posição 149ª entre 182 países no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do PNUD, enquanto os níveis de pobreza permanecem elevados. Em 2019, a incidência da pobreza era de 40,6 por cento a nível nacional.³ Os níveis de pobreza são particularmente elevados nas zonas rurais (57,2 por cento) em comparação com as zonas urbanas (29,8 por cento) (Instituto Nacional de Estatística, 2020). As grandes diferenças na incidência da pobreza entre as zonas rurais e urbanas reflectem-se no coeficiente de Gini de 0,597, o que faz de Angola um dos países mais desiguais da África Subsaariana (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Além disso, a taxa de pobreza multidimensional é de 54 por cento a nível nacional, desagregada em 87,8 por cento e 35 por cento nas zonas rurais e urbanas, respectivamente (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Para além dos elevados níveis de pobreza e desigualdade, as famílias são altamente vulneráveis à pobreza devido a choques como a quebra de colheitas, as alterações climáticas e os preços dos alimentos. Mais de 50 por cento das necessidades alimentares de Angola são importadas, pelo que são susceptíveis a choques na cadeia de abastecimento, como os exacerbados pelo recente cenário geopolítico e pela pandemia da COVID-19 (Banco Mundial, 2020). Além disso, o Inquérito Demográfico e de Saúde de 2016 mostrou os muitos desafios que as crianças com menos de cinco anos enfrentam em Angola. A taxa de mortalidade de menores de cinco anos é de 68 mortes por 1.000 nados-vivos, com os agregados familiares pobres a registarem uma taxa de 103 mortes por 1.000 nados-vivos. As taxas de vacinação são também muito baixas, com apenas 31 por cento das crianças com idades entre os 12 e os 23 meses a terem recebido todas as vacinas básicas. As taxas de cobertura de vacinação são mais baixas nas províncias do Cuando Cubango, Bié, Moxico e Uíge, com taxas de cobertura de 8 por cento, 10 por cento, 10 por cento e 15 por cento, respectivamente. Mais de um terço das crianças com menos de cinco anos sofrem de desnutrição crónica, com a província do Bié a registar a taxa mais elevada de desnutrição crónica, com 51 por cento (Instituto Nacional de Estatística (INE) et al. 2017). Além disso, a desigualdade de género está enraizada no país. O índice de desigualdade de género (GII) para Angola foi de 0,537 em 2021 e foi classificado em 136º de 169 países em 2021 pelo PNUD. O nível de escolaridade e a participação na força de trabalho são inferiores para as mulheres em comparação com os homens em Angola. Enquanto 51,5 por cento dos homens com idade igual ou superior a 25 anos possuem o ensino secundário, menos de um em cada três (28,2 por cento) das mulheres da mesma faixa etária possui o ensino secundário. No que respeita à participação no mercado de trabalho, 74 por cento e 79 por cento das mulheres e dos homens, respectivamente, com idade igual ou superior a 15 anos, participam no mercado de trabalho.

A protecção social, incluindo as transferências sociais monetárias, tem o potencial de reduzir a pobreza e a desigualdade, bem como de proteger as famílias contra choques e vulnerabilidade (ver Handa et al. 2018). No entanto, a cobertura de famílias pobres e vulneráveis pelo sistema de protecção social em Angola ainda é fraca. Os programas de protecção social existentes são, em grande parte, pensões contributivas e seguros sociais que beneficiam principalmente os que trabalham no sector formal (Banco Mundial 2020). Assim, na ausência de programas de assistência social, as famílias dependem maioritariamente de mecanismos de solidariedade tradicionais informais inadequados, incluindo durante os choques.

Num esforço para resolver a falta de programas de assistência social, o Governo de Angola, em colaboração com os seus Parceiros de Desenvolvimento (União Europeia, Louis Berger e UNICEF), estabeleceu o projecto Apoio à Protecção Social – APROSOC ("Apoio à Protecção Social em Angola") como o primeiro projecto piloto e modelo de abordagens que informam os instrumentos de política para a criação de um sistema de assistência social a nível nacional. O projecto foi financiado pela União Europeia e visava contribuir para a melhoria global da prestação e do acesso às intervenções nacionais de assistência social em Angola. O programa visava também reforçar a capacidade do Ministério da Acção Social, Família e Promoção da Mulher (MASFAMU) para conceber e implementar progressivamente uma agenda de assistência social mais ambiciosa. Isto serviria de base para a expansão da assistência social financiada pelo Governo nos anos futuros.

3 O limiar de pobreza nacional estimado é de AOA 12.181 por mês.

1.2. Descrição da intervenção e do mecanismo de selecção

Uma das principais intervenções no âmbito do APROSOC é o Valor Criança (VC), um programa de transferência social monetária incondicional (PTSM) sensível às crianças, destinado a agregados familiares com insegurança alimentar em Angola.⁴ O programa Valor Criança foi testado em municípios seleccionados em todo o país. Como iniciativa-piloto, e considerando o orçamento limitado disponível, foi seleccionada uma pequena cobertura geográfica pelo país. A selecção de três das 18 províncias de Angola baseou-se num diagnóstico situacional realizado nas fases iniciais da concepção do APROSOC pelo MASFAMU em coordenação com os governos provinciais e municipais. Durante este processo, foi determinado que uma província em cada uma das regiões do país (sul, norte e centro) deveria estar representada no programa. Este processo estabeleceu as províncias do Bié, Moxico e Uíge como as províncias piloto do Valor Criança.

Em cada uma das três províncias visadas, foram seleccionados dois municípios e, dentro destes municípios, apenas um número de aldeias foi incluído. Na fase inicial de implementação, nem todas as aldeias dos municípios seleccionados das três províncias foram incluídas nas áreas de tratamento devido a limitações orçamentais. Após uma revisão orçamental no final de 2020, as comunidades beneficiárias foram alargadas nos municípios seleccionados das três províncias. Embora o programa visasse estabelecer uma subvenção universal incondicional para crianças, as restrições orçamentais levaram à adopção de critérios de elegibilidade durante a fase piloto. Os critérios de elegibilidade do Valor Criança foram estabelecidos utilizando a categorização social, em que os agregados familiares eram considerados elegíveis se fizessem parte de um determinado grupo demográfico. Os beneficiários pretendidos da intervenção eram cuidadores com crianças menores de cinco anos de idade que viviam há mais de um ano num dos seis municípios seleccionados nas províncias do Bié, Moxico e Uíge. Todos os agregados familiares que preenchessem estes critérios de elegibilidade podiam ser inscritos no programa e cada agregado familiar podia inscrever até três crianças no programa. Os critérios foram definidos durante a fase de concepção pelo UNICEF Angola e pelo MASFAMU.

Com um dos objectivos do programa de proporcionar aos bebés o melhor começo de vida possível, a Transferência Social Monetária foi paga directamente aos cuidadores de crianças com menos de cinco anos de idade. Cada cuidador elegível tinha direito a um montante de transferência mensal de AOA 3.000 (cerca de 10 USD na altura) por criança, com um máximo de três crianças por cuidador em 2019. Em resposta à COVID-19, o montante da transferência foi aumentado para AOA 5.000 por criança e por mês em 2020. O programa adoptou inicialmente um ciclo de pagamento trimestral, que foi revisto para um superciclo de pagamento que abrange seis meses do montante da transferência devido a perturbações e desafios administrativos no início da pandemia da COVID-19. O ciclo de pagamentos foi ainda aumentado para um megaciclo que cobria 12 meses do valor da transferência nas últimas fases. Nas localidades seleccionadas, o programa de Transferência Social Monetária abrangeu um total de 35.411 crianças com menos de cinco anos de idade.

1.3. Objectivos do estudo

Um grande número de estudos e análises sublinhou os impactos positivos consistentes das transferências sociais monetárias no bem-estar dos beneficiários (por exemplo, Davis et al. 2016; Bastagli et al. 2016; Hidrobo et al. 2014). Na África Subsaariana, as evidências do Projecto de Transferência (*the Transfer Project*) mostraram que as transferências sociais monetárias, que são principalmente incondicionais, têm impactos positivos abrangentes sobre os beneficiários em domínios como segurança alimentar e dietas, matrícula escolar, bem-estar subjectivo, redução da pobreza, redução da violência por parceiro íntimo, meios de subsistência e, no nível macro, efeitos multiplicadores na economia local (Natali et al. 2018; Daidone et al. 2019; Tirivayi, Waidler e Otchere 2021). A investigação também demonstrou que as transferências sociais monetárias podem ser um instrumento eficaz para apoiar os cuidadores nas zonas rurais da África Subsaariana. Um estudo efectuado por Haushofer et al. (2020) concluiu que as transferências sociais monetárias no Quénia melhoraram a saúde mental e reduziram o stress entre as mulheres prestadoras de cuidados, e um estudo de Bhalla et al (2018) concluiu que as transferências sociais monetárias no Zimbabué melhoraram a segurança alimentar e reduziram o stress financeiro entre os cuidadores.

4 O APROSOC foi iniciado em 2014, enquanto o quadro regulatório e as aprovações para o componente Valor Criança foram obtidos em 2018. O primeiro pagamento de transferência de dinheiro foi feito em 2019. O programa piloto havia sido encerrado quando da escrita deste relatório.

O Valor Criança dotava os cuidadores dentro do agregado familiar com transferências sociais monetárias. Em Angola, a responsabilidade dos cuidados recai tipicamente sobre as mulheres, que devem cuidar das crianças, dos doentes e dos idosos nos seus agregados familiares. Consequentemente, os cuidadores beneficiados eram predominantemente mulheres. Ao visar principalmente as mulheres, o programa tinha como objectivo fornecer-lhes os recursos e o apoio necessários para as suas famílias, ajudando também a reduzir a disparidade de género na pobreza. A prestação de transferências sociais monetárias directamente às mulheres pode contribuir para a promoção da igualdade de género em muitos países, incluindo Angola.

As evidências sobre a eficácia dos programas de assistência social em Angola são limitadas. Este estudo aborda esta lacuna de evidências, determinando os impactos do programa Valor Criança em vários domínios do bem-estar das crianças e dos agregados familiares. Reconhecendo a carga desproporcional de cuidados e o impacto que isso tem sobre as oportunidades económicas e o bem-estar das mulheres, juntamente com o aumento do impacto da COVID-19 nos cuidadores, o estudo também investiga os impactos nos resultados da igualdade de género como parte do programa de pesquisa Protecção Social Sensível ao Género e à Idade (*Gender-Responsive Age-Sensitive Social Protection* (GRASSP)) (2018-2023) liderado pelo UNICEF Innocenti e financiado pelo Ministério das Relações Exteriores, Commonwealth e Desenvolvimento (*Foreign, Commonwealth and Development Office* (FCDO)) do Reino Unido.

Assim, o estudo tinha quatro objectivos principais:

- **Explorar os impactos e a eficácia da intervenção do Programa Social de Transferência Social Monetária (PTSM)** nas áreas rurais de Angola, a fim de informar a potencial continuidade e expansão do programa ou de programas futuros.
- **Avaliar se as transferências sociais monetárias tiveram um impacto protetor** no bem-estar dos beneficiários e se foram responsivas a choques em relação aos efeitos negativos da pandemia de COVID-19.
- **Avaliar a eficácia da prestação de transferências sociais monetárias e serviços associados** directamente às mulheres que prestam cuidados no agregado familiar, a fim de determinar a eficácia desta abordagem para as transferências sociais monetárias.
- **Explorar os pontos fortes e fragilidades** dos parâmetros de desenho do programa e as características operacionais relacionadas à definição do público-alvo, à selecção e ao registo, aos sistemas de pagamento e aos mecanismos de comunicação e reclamação.

1.4. Questões de investigação

Para responder a estes objectivos de estudo, foram concebidas quatro questões de investigação para orientar a realização geral deste estudo.

1. **Quais são os impactos do PTSM nos cuidadores e nas crianças?** Os cuidadores, que são predominantemente mulheres, enfrentam frequentemente desafios económicos e sociais significativos que limitam a sua capacidade de prestar cuidados e apoio adequados às suas famílias. Esta questão de investigação visa explorar o impacto do PTSM nos cuidadores e nas crianças aos seus cuidados, em termos de nutrição, saúde e educação.
2. **Quais são os impactos mais amplos do PTSM nos agregados familiares?** O programa visa prestar apoio e assistência a agregados familiares vulneráveis, com o objectivo final de reduzir a pobreza infantil e melhorar o nível de vida. Esta questão de investigação procura explorar em que medida o programa atinge estes objectivos e qual o seu impacto no rendimento, nas despesas e no bem-estar dos agregados familiares.

- 3. Como é que as características de desenho e de implementação do PTSM influenciam os objectivos e os resultados do programa?** Esta questão de investigação visa explorar a forma como as várias características do programa, tais como o montante e a frequência das transferências sociais monetárias, afectam o impacto do programa nos cuidadores, nas crianças e nos agregados familiares.
- 4. Como é que as características do agregado familiar e do cuidador e os factores contextuais influenciam o impacto do programa de Transferência Social Monetária?** Esta questão de investigação considera factores como a idade do cuidador, a educação e a dimensão do agregado familiar. Ao explorar a forma como estes factores moldam o impacto do programa de Transferência Social Monetária, o estudo pode identificar áreas de melhoria para melhor satisfazer as necessidades dos agregados familiares mais vulneráveis.

As duas primeiras questões de investigação visam responder aos dois primeiros objectivos: explorar o impacto e a eficácia do PTSM nos cuidadores e nos agregados familiares, bem como determinar o impacto protector do PTSM nos beneficiários durante a pandemia da COVID-19. A terceira questão de investigação responde ao objectivo de determinar a eficácia da prestação de transferências sociais monetárias directamente às mulheres, respondendo simultaneamente ao quarto objectivo de explorar os parâmetros operacionais e de desenho do programa. A quarta questão de investigação responde tanto ao primeiro como ao terceiro objectivos: explorar em que medida as características dos agregados familiares e dos beneficiários acentuam ou atenuam os potenciais impactos do PTSM, bem como avaliar a eficácia da estratégia de definição do público-alvo através da compreensão das principais características demográficas dos cuidadores beneficiários.

1.5. Quadro conceptual

O estudo está alinhado com o quadro conceptual sobre programas de protecção social sensíveis ao género e à idade e com as evidências desenvolvidas como parte do programa de investigação GRASSP (UNICEF 2020).⁵ O quadro propõe uma tipologia para descrever o grau de integração do género num programa de protecção social, tendo em conta a fase do curso de vida. Também mapeia como a protecção social sensível ao género abordaria a desigualdade de género, a pobreza e as vulnerabilidades e alcançaria resultados sensíveis ao género e à igualdade de género; e como os factores moderadores (por exemplo, características do agregado familiar e individuais, factores contextuais, tais como normas de género) influenciariam esta mudança.

O foco do PTSM nas crianças pequenas e nos seus cuidadores, maioritariamente mulheres, demonstra a sua sensibilidade à idade e permite a exploração da forma como o foco em prestadoras de cuidado predominantemente mulheres pode levar a melhorias nos resultados para mulheres e crianças e provocar maior mudança em relação à igualdade de género. As transferências sociais monetárias também eram sensíveis à idade, uma vez que tinham como objectivo chegar às crianças pequenas. O programa potencialmente abordou necessidades específicas de género e capacitou as mulheres prestadoras de cuidados através de **vias de mudança, tais como a alteração da dinâmica de decisão do agregado familiar e investimentos no desenvolvimento humano, incluindo o das crianças**. Por fim, o estudo investiga como factores como a dimensão do agregado familiar, a educação e a idade do cuidador e a COVID-19 (percebida) moderam os impactos do programa.

5 UNICEF (2020). Gender-Responsive Age-Sensitive Social Protection: Um quadro conceptual, Documentos de trabalho do Innocenti, no. 2020-10, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence <https://www.unicef-irc.org/publications/1116-gender-responsive-age-sensitive-social-protection-a-conceptual-framework.html>

Figura 1: Conceptualização do estudo em função do género



2. Metodologia

Este estudo utilizou uma análise de impacto de métodos mistos que se baseou em dados quantitativos e qualitativos para avaliar o PTSM Valor Criança em Angola. A componente quantitativa adoptou um desenho longitudinal quase-experimental para avaliar os impactos da intervenção nos resultados a nível familiar e individual, tirando partido de dados de linha de base recolhidos em Outubro de 2019. Em paralelo, a parte qualitativa do estudo baseou-se parcialmente no Protocolo de Impacto Qualitativo – QulP (Copestake, Morsink, e Remnant, 2019; Copestake, 2014) – uma abordagem à avaliação do impacto concebida para explorar a amplitude e a profundidade das intervenções de desenvolvimento através de entrevistas semi-estruturadas e em profundidade e discussões em grupos focais – e parcialmente numa abordagem de avaliação do processo, que analisou o desenho do programa para compreender o funcionamento da intervenção.

2.1. Desenho do estudo quantitativo

2.1.1. Estratégia de amostragem e de atrito

A componente quantitativa foi um estudo longitudinal concebido com base nos dados de linha de base recolhidos em Outubro-Novembro de 2019. Com base na descrição do programa no Capítulo 1, o estudo de linha de base adoptou uma estratégia de amostragem proporcional à população (PPP). A base de dados dos agregados familiares beneficiários registados foi utilizada como principal quadro de amostragem, onde o número de agregados familiares tratados (aqueles que seriam inscritos no Valor Criança) foi amostrado aleatoriamente (ver Tabela 2.1).⁶

Tabela 2.1 Distribuição dos agregados familiares beneficiários e tratados na linha de base

Província	Número de agregados familiares beneficiários	Percentagem de agregados familiares beneficiários (%)	Número de agregados familiares tratados incluídos na amostra	Percentagem de agregados familiares tratados incluídos na amostra (%)
Bié	3.033	52,28	758	52,57
Moxico	960	16,55	311	21,57
Uíge	1.809	31,18	373	25,87
Total	5.802		1.442	

Fonte: Base de dados interna do programa e dados de linha de base

Em cada município, foram seleccionadas aleatoriamente duas áreas geográficas distintas para as áreas de tratamento e de comparação. A selecção aleatória das áreas foi feita de modo a permitir um nível considerável de distância entre as áreas de tratamento e de controlo, para minimizar o risco de contaminação e de repercussões das áreas de tratamento para as áreas de comparação. Um grupo de comparação de 1.548 agregados familiares foi atribuído aos agregados familiares tratados em cada província, seguindo uma estratégia semelhante em várias fases, com uma diferença fundamental. Embora a selecção das localizações geográficas tenha seguido o mesmo padrão dos agregados familiares tratados, a falta de um quadro de amostragem ou de bases de dados

⁶ A distribuição da amostra baseou-se na dimensão proporcional da população beneficiária. Isto explica o facto de a dimensão da amostra no Bié ser proporcional à dimensão do beneficiário.

de recenseamento actualizadas fez com que a selecção específica dos agregados familiares fosse diferente da do grupo tratado. Os agregados familiares do grupo de comparação (aqueles com características semelhantes, mas que não estariam inscritos no Valor Criança) foram amostrados através de caminhadas aleatórias a partir das localizações geográficas mais baixas em várias fases.

Um número total de 2.990 agregados familiares distribuídos pelas três províncias constituiu a base da dimensão da amostra a rastrear para a avaliação final. Dos 2.990 agregados familiares esperados, 2.586 foram localizados e entrevistados, levando a uma taxa de atrito global de 13,51 por cento. A Província do Uíge registou o nível mais elevado de atrito, onde dois em cada dez agregados familiares entrevistados na linha de base não puderam ser localizados na avaliação final. Seguiu-se a Província do Moxico, onde 1,6 em cada dez agregados familiares não puderam ser encontrados na avaliação final.

Tabela 2.2: Dimensão das amostras na linha de base e na avaliação final

	Número de agregados familiares na linha de base			Número de agregados familiares na avaliação final			Taxa de atrito
	Comparação	Tratamento	Total	Comparação	Tratamento	Total	
Bié	848	758	1,606	792	656	1,448	9,84
Moxico	327	311	638	295	240	535	16,14
Uíge	373	373	746	173	430	603	19,17
Total	1.548	1.442	2.990	1.260	1.326	2.586	13,51

Para verificar se a perda de 13,51 por cento dos agregados familiares entre a linha de base e a avaliação final não ameaça a validade interna do desenho do estudo, efectuamos uma série de testes estatísticos entre a amostra que abandonou o estudo e a amostra que foi novamente entrevistada com base nas características do agregado familiar, do cuidador e do chefe do agregado familiar. Os resultados da Tabela A.1.1 no Anexo mostram que a amostra excluída não era sistemática e estatisticamente diferente da amostra do painel. Para além do teste entre o painel e as amostras excluídas, realizámos outros testes de comparação cruzada dentro das populações. Os resultados não apresentados aqui não revelam qualquer diferença sistemática entre as amostras rejeitadas e as amostras do painel.

2.1.2. Instrumentos de inquérito

O instrumento do inquérito final foi baseado no estudo de linha de base. O questionário de linha de base do agregado familiar recolheu informações gerais relacionadas com os membros do agregado familiar, educação e saúde de todos os membros do agregado familiar, habitação e condições de vida, dívidas, créditos e transferências, segurança alimentar do agregado familiar, bens, propriedade de animais, produção agrícola, empresas não-agrícolas, nutrição do agregado familiar e compras mensais, e choques e mecanismos de subsistência, bem como experiência com outros programas.

Para além do acima referido, o questionário também recolheu as seguintes informações relacionadas com as crianças com menos de cinco anos de idade junto do seu principal cuidador: saúde materna e infantil, imunizações, bem como desenvolvimento e disciplina das crianças. Outras secções do questionário foram concebidas para obter informações sobre a tomada de decisões e empoderamento das mulheres no seio do agregado familiar, bem como sobre os seus conhecimentos em matéria de práticas alimentares e nutricionais.

O instrumento de avaliação final manteve todas as secções administradas durante a linha de base com duas novas secções que recolheram informações sobre a implementação do programa e o conhecimento e percepções da COVID-19 entre os agregados familiares. As informações sobre as secções do questionário relacionadas com o agregado familiar e os seus membros podiam ser fornecidas pelo cuidador, chefe do agregado familiar ou qualquer membro adulto do agregado familiar que tivesse conhecimento das condições do agregado familiar. No entanto, as secções que recolhem informações sobre as crianças com menos de cinco anos e sobre os cuidadores foram administradas à principal prestadora de cuidados. As perguntas sobre práticas de aleitamento materno, conhecimentos sobre nutrição e empoderamento das mulheres foram concebidas para obter informações numa perspectiva de género.

2.1.3. Recolha de dados

As actividades de trabalho de campo foram conduzidas pelo Departamento de Inquéritos Especiais do Instituto Nacional de Estatística (INE) de Angola, com o apoio do UNICEF Innocenti e do UNICEF Angola. Nenhum dos membros da equipa de trabalho de campo e de investigação esteve envolvido na implementação do projecto. Para atenuar os desafios de infraestrutura e logística devido às distâncias e ao tempo de viagem, bem como aos custos entre as três províncias, a formação para a recolha de dados foi realizada simultaneamente em Junho de 2022 em dois centros de formação, tal como aconteceu durante a recolha de dados de linha de base.

A formação centrou-se na familiarização da equipa de recolha de dados com o instrumento de inquérito, bem como com os protocolos do estudo e a ética do trabalho de campo. As actividades de recolha de dados começaram em todas as áreas de enumeração após a formação, utilizando tablets para registar as respostas durante a entrevista. Para a linha de base, a recolha de dados do trabalho de campo ocorreu a partir de 12 de Outubro de 2019 e terminou a 20 de Novembro de 2019 nas três províncias. Para a avaliação final, a recolha de dados do trabalho de campo começou a 20 e 21 de Junho de 2022 nas províncias do Moxico e Uíge e Bié, respectivamente. Dada a variação do nível de progresso e a dificuldade de localizar novamente alguns agregados familiares entrevistados na linha de base, as equipas de trabalho de campo concluíram as entrevistas em datas diferentes. A recolha de dados foi concluída a 9 de Julho, 13 de Julho e 18 de Julho de 2022, nas províncias do Bié, Moxico e Uíge, respectivamente.

2.1.4. Características da amostra

A Tabela 2.3 apresenta as características do cuidador principal e do chefe de família dos agregados familiares do painel observados na linha de base. A tabela também apresenta resultados sobre as diferenças estatísticas entre as médias observadas para os grupos de tratamento e de comparação. As idades médias dos cuidadores e dos chefes dos agregados familiares eram estatisticamente semelhantes, com cerca de 31 e 38 anos, respectivamente, tanto no grupo tratado como no grupo de comparação. Em ambos os grupos, os cuidadores eram predominantemente do sexo feminino, numa média de 95 por cento. Enquanto os chefes de família eram predominantemente do sexo masculino em ambos os grupos, com 18 por cento e 14 por cento para os grupos de tratamento e de comparação, respectivamente, uma diferença que é estatisticamente significativa.

Relativamente ao estado civil, 73 por cento e 78 por cento dos cuidadores nos grupos de tratamento e de comparação, respectivamente, eram casados, enquanto 73 por cento e 77 por cento dos chefes de família nos grupos de tratamento e de comparação também eram casados. Ambas as diferenças são estatisticamente significativas. Cerca de 29 por cento dos cuidadores e 59 por cento dos chefes de família, em média, nos grupos de tratamento e de comparação, eram alfabetizados, ou seja, sabiam ler e escrever em português ou em qualquer língua local. Um número ligeiramente superior de cuidadores, 40 por cento, já tinha frequentado a escola, enquanto 56 por cento dos chefes de família também já tinham frequentado a escola em ambos os grupos. Finalmente, a prevalência de qualquer forma de deficiência é de 5 por cento e 6 por cento para os cuidadores e chefes de família, respectivamente, em ambos os grupos de tratamento e comparação.

Tabela 2.3: Características do cuidador e do chefe do agregado familiar na fase inicial

Indicador	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Valor-p (4)
Idade do cuidador	30,86	31,37	30,39	0,073
O cuidador é do sexo feminino	0,95	0,95	0,94	0,239
O cuidador é casado	0,75	0,73	0,78	0,027
O cuidador é alfabetizado	0,29	0,32	0,26	0,159
O cuidador já frequentou a escola	0,40	0,43	0,37	0,164
O cuidador tem alguma deficiência	0,05	0,05	0,05	0,979
O chefe do agregado familiar é do sexo feminino	0,16	0,18	0,14	0,002
Idade do chefe do agregado familiar	37,95	38,31	37,62	0,369
O chefe do agregado familiar é casado	0,75	0,73	0,77	0,027
O chefe do agregado familiar é alfabetizado	0,59	0,60	0,58	0,489
O chefe do agregado familiar frequentou alguma vez a escola	0,56	0,57	0,56	0,557
O chefe do agregado familiar tem alguma deficiência	0,06	0,06	0,07	0,507
N	2.586	1.227	1.359	

Nota: Características do cuidador principal e do chefe de família dos agregados familiares do painel na linha de base.

A Tabela 2.4 apresenta as características demográficas dos membros dos agregados familiares do painel que foram observados na linha de base. O tamanho médio do agregado familiar era de 5,22 membros, sem diferenças significativas entre os grupos de tratamento e de comparação. A idade média dos membros do agregado familiar era de 16,87 anos na linha de base. Tanto nos grupos de tratamento como nos de comparação, mais de 50 por cento dos membros do agregado familiar eram do sexo feminino. Em cada grupo, as crianças com idades compreendidas entre os zero e os 17 anos constituíam 58 por cento do agregado familiar, sendo que um terço da população do agregado familiar era constituído por crianças com idade inferior a cinco anos. Os jovens e os adultos em idade activa, entre os 18 e os 59 anos, constituem 40 por cento da população do agregado familiar, enquanto os adultos com 60 anos ou mais constituem os restantes 2 por cento.

Tabela 2.4: Características demográficas dos membros do agregado familiar

Indicador	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Valor-p (4)
Dimensão do agregado familiar	5,22	5,33	5,11	0,165
Idade média dos membros do agregado familiar	16,87	16,91	16,84	0,879
Percentagem de membros do sexo feminino	0,52	0,52	0,53	0,241
Percentagem de membros com idades compreendidas entre os 0 e os 4 anos	0,32	0,33	0,31	0,052
Percentagem de membros com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos	0,26	0,25	0,26	0,538
Percentagem de membros com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos	0,40	0,39	0,40	0,375
Percentagem de membros com 60 anos ou mais	0,02	0,02	0,02	0,674
Rácio de dependência	1,56	1,58	1,53	0,306
N	2.586	1.227	1.359	

Nota: Características dos agregados familiares do painel observadas na linha de base.

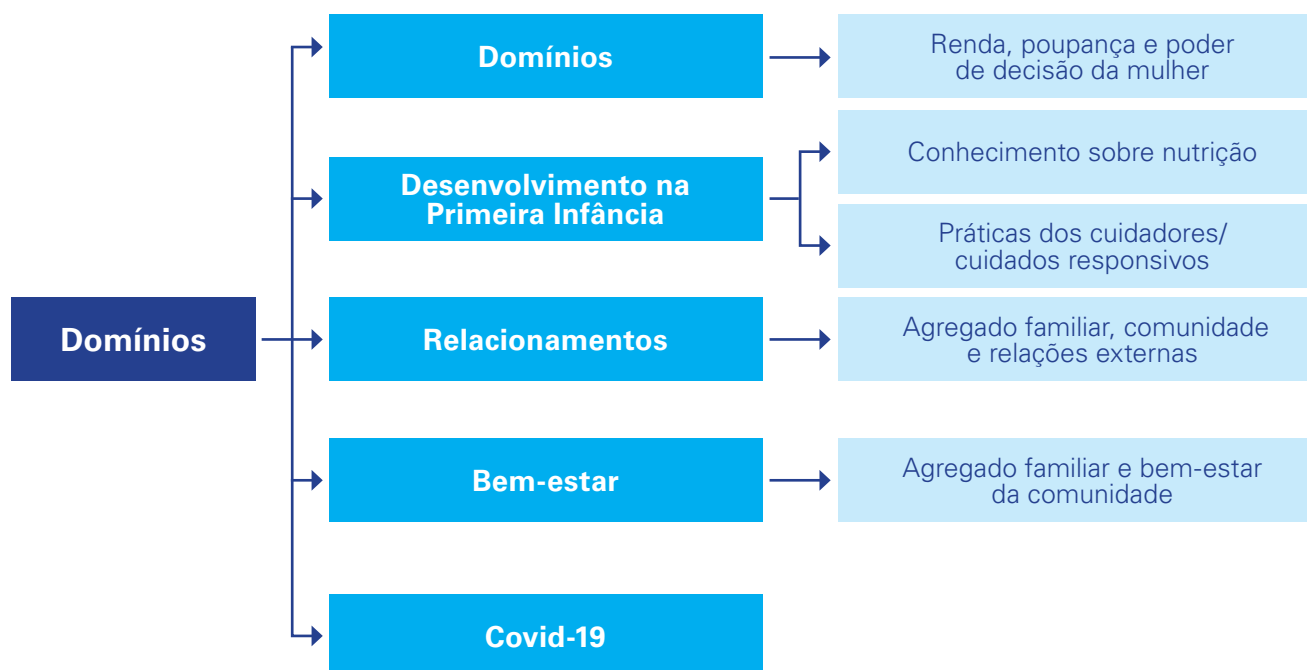
2.2. Desenho do estudo qualitativo

A componente qualitativa foi conduzida com base em duas abordagens. Por um lado, o QuIP foi utilizado para abordar as questões de investigação um e dois, ou seja, as questões de investigação relacionadas ao impacto do programa, com o objectivo de avaliar as mudanças percebidas nos agregados familiares beneficiários, tanto do ponto de vista dos homens como das mulheres.

O QuIP é uma abordagem de avaliação do impacto que se baseia na Análise da Contribuição para avaliar e rever os mecanismos causais ou a teoria da mudança existente. Fá-lo procurando recolher dados e informações sobre o impacto de uma intervenção directamente junto dos beneficiários previstos, através da recolha de declarações causais narrativas em domínios seleccionados (ver Figura 2.1). Tais domínios foram baseados nos mesmos indicadores de pesquisa usados no estudo quantitativo, que, por sua vez, foi informado pelo quadro conceitual do programa GRASSP. Como resultado, o QuIP tinha como objetivo complementar os resultados quantitativos com narrativas causais aprofundadas. Tipicamente, os domínios do QuIP são informados por uma Teoria da Mudança (ToC). No entanto, no momento do desenho do estudo, não havia uma ToC disponível para o programa. Embora a metodologia do QuIP não procure quantificar o impacto e, por conseguinte, não forneça efeitos de tratamento ou resultados estatisticamente representativos, serve para destacar e apresentar evidências e histórias sobre a mudança e serve para verificar as consequências de uma determinada intervenção, neste caso a Transferência Social Monetária e os serviços associados.

Por outro lado, a componente de avaliação de processo tinha como objectivo responder à terceira questão de investigação. Em vez de analisar os impactos ou os resultados do programa, a abordagem de avaliação de processo analisa o desenho do programa e as características e a fidelidade da sua implementação. Para a avaliação do processo, os dados foram recolhidos através de entrevistas a informantes-chave (EIC), discussão em grupos focais (DGF) e observações. Esta combinação de métodos de recolha de dados permitiu a triangulação dos resultados e a geração de conhecimentos credíveis relacionados tanto com os aspectos práticos da implementação como com as experiências vividas pelos beneficiários.

Figura 2.1: Domínios de componentes qualitativos explorados pelo QuIP



2.2.1. Ferramentas e guias

A equipa de avaliação elaborou instrumentos semi-estruturados para orientar os EICs, IDIs e FGDs. Estes instrumentos foram adaptados para responder às respectivas questões de investigação e estruturaram a interação geral com os participantes, permitindo alguma flexibilidade ao facilitador e aos participantes para seguirem novas direcções dentro dos temas gerais. Os instrumentos foram validados pela equipa do UNICEF Angola.

Os instrumentos foram inicialmente concebidos em inglês e depois traduzidos para português. Os guiões de DGF para a avaliação de processo foram também traduzidos para Chokwe e Umbundu, línguas faladas nas províncias do Moxico e Bié. As FGDs no Uíge foram conduzidas em português.

2.2.2. Recolha de dados

1. QUIP

Para recolher dados para a componente QUIP, o UNICEF Innocenti contratou uma empresa local, a Mundi Consulting, com experiência na recolha de dados em Angola. A formação para a recolha de dados foi ministrada em Junho de 2022 no Escritório Nacional do UNICEF Angola. A formação centrou-se na familiarização da equipa de recolha de dados com a metodologia QUIP, apresentando os instrumentos de recolha de dados, bem como o protocolo do estudo e a ética do trabalho de campo. As actividades de recolha de dados tiveram início após a formação e envolveram uma equipa de seis entrevistadores qualitativos, dois dos quais recolheram dados em cada uma das províncias. Os IDIs com beneficiários do sexo feminino foram conduzidos por uma entrevistadora do sexo feminino, enquanto os IDIs com beneficiários do sexo masculino foram conduzidos por um entrevistador do sexo masculino. As discussões nos grupos focais também foram conduzidas por um facilitador do mesmo sexo dos participantes, com o apoio de um moderador do sexo oposto. Tanto os IDIs como as FGDs foram conduzidos na língua local da aldeia com o apoio de um tradutor local – Chokwe nas aldeias localizadas no Moxico; Umbundu nas aldeias localizadas no Bié; e Kikongo na aldeia localizada no Uíge. Alguns IDIs e FGDs envolveram uma misturada língua local e do português, dependendo da preferência dos participantes.

2. Avaliação de Processo

Os informantes-chave foram seleccionados com base no seu envolvimento com o programa e abrangeram partes interessadas a nível nacional, provincial, municipal e de aldeia, incluindo partes interessadas governamentais e não governamentais. Todas as EICs a nível nacional foram realizadas à distância, utilizando plataformas de teleconferência. As EICs com os níveis provincial, municipal e de aldeia foram realizadas pessoalmente e à distância. A maioria das EICs foi conduzida em português por um membro da equipa do sexo feminino, falante nativo de português, excepto um que foi conduzido em inglês pelo mesmo membro da equipa. As EICs tiveram a duração de cerca de uma hora cada e foram gravadas em áudio com o consentimento informado dos participantes, para garantir que o conteúdo da discussão fosse totalmente captado.

Todas as FGDs foram conduzidas pessoalmente por um membro da equipa, do sexo feminino, falante nativo de português. Os participantes foram identificados e coordenados com o apoio dos activistas sociais dos Centros de Ação Social Integrado (CASI), que apoiaram a equipa de avaliação na procura e acesso às aldeias. As FGDs foram realizadas num espaço aberto, com os participantes e o moderador sentados em círculo. As discussões nos grupos focais foram conduzidas para obter as perspectivas e experiências dos participantes com o programa e compreender o seu efeito na dinâmica familiar, particularmente no que diz respeito às normas de género e às práticas de prestação de cuidados. As discussões nos grupos focais foram realizadas com beneficiários do sexo feminino e masculino que receberam pelo menos uma transferência durante a implementação do programa. Todas as FGDs foram realizadas pessoalmente com dez a 12 participantes do mesmo género e demoraram cerca de uma hora e meia cada. As FGDs também foram gravadas em áudio, incluindo o consentimento informado dos participantes.

O processo de tomada de notas durante o trabalho de campo permitiu a documentação de informações perspicazes que também foram incorporadas neste relatório, particularmente no que diz respeito à comunicação não verbal entre os participantes. Além disso, as observações efectuadas antes e depois de cada uma das discussões nos grupos focais foram utilizadas como pano de fundo contextual para a compreensão dos dados.

2.2.3. Amostra

Foi aplicado um procedimento de selecção de amostras intencional a ambas as abordagens (QuIP e avaliação de processos) da parte qualitativa do estudo. Os dados fornecidos pelo UNICEF Angola foram utilizados para identificar as aldeias com elevado e baixo número de inscrições no programa, bem como os níveis de segurança, acessibilidade e as línguas faladas. Com base nestes critérios, os beneficiários foram seleccionados propositadamente em seis comunas no total (duas comunas no Bié; duas comunas no Moxico; e duas comunas no Uíge).

a. QuIP

No âmbito da abordagem do QuIP, foram realizadas 12 entrevistas individuais em cada uma das três províncias de tratamento, incluindo cinco com homens e sete com mulheres dos agregados familiares dos beneficiários (chefe de família ou cônjuge), atingindo um total de 36 entrevistas. Os participantes foram seleccionados propositadamente para garantir a representação por idade, educação, número de filhos e tipo de chefia do agregado familiar. Adicionalmente, foram realizadas duas discussões em grupos focais em três províncias de tratamento com beneficiários do sexo masculino e feminino (seis discussões em grupos focais no total) e em duas províncias de comparação (quatro discussões em grupos focais no total). Em cada DGF participaram até oito inquiridos do mesmo sexo, em conformidade com as restrições da COVID-19 em Angola. As FGDs foram segregadas por género, a fim de incentivar a participação activa de todos os entrevistados e limitar o potencial de um género dominar a conversa em detrimento de outro. Estas FGDs exploraram os domínios de investigação qualitativa listados na abordagem de investigação QuIP acima. Tal como os entrevistados, os participantes das FGDs também foram seleccionados propositadamente para garantir a representação por idade, educação, tipo de chefe de família e número de crianças no agregado familiar. A distribuição geográfica do tamanho da amostra é descrita na tabela abaixo (Tabela 2.5).

Tabela 2.5: Dimensão da amostra QuIP e distribuição geográfica

Comuna tratada (CT) ou de comparação (CC)	Província	Município	Comuna	Aldeia	Número deFGDs	Número de IDIs
CT-1	Bié	Chinguar	Cangala	Chimbi	2 (1F/1M)	7F/5M
CT-2	Moxico	Lucusse	Lucusse	Mulangelo	2 (1F/1M)	7F/5M
CT-3	Uíge	Uíge	Sede	Mbanza	2 (1F/1M)	7F/5M
CC-1	Moxico	Luená	Kachipoque	Kachipoque	2 (1F/1M)	0
CC-2	Bié	Catabola	Sande	Sande	2 (1F/1M)	0
Total					10	36

b. Avaliação de Processo

Foi realizado um total de seis discussões em grupos focais com os cuidadores – dois em cada uma das três províncias de tratamento. Em cada uma destas aldeias, foram realizadas duas discussões em grupos focais, uma com participantes do sexo masculino e outra com participantes do sexo feminino. Foram feitos esforços para formar grupos diversificados, que incluíam indivíduos casados e solteiros de diferentes faixas etárias. No total, foram realizadas seis discussões em grupos focais, envolvendo 58 beneficiários (36 mulheres e 30 homens). A distribuição geográfica do tamanho da amostra é descrita na tabela abaixo (tabela 2.6).

Tabela 2.6: Dimensão da amostra das FGDs da avaliação de processo

Província	Município	Comuna	Aldeia	Número de FGDs
Bié	Catabola	Chipeta	Bairro Popular	2 (1M/1F)
Moxico	Camanongue	Camanongue	Kamuleke	2 (1M/1F)
Uíge	Uíge	Calumbo	Calumbo	2 (1M/1F)
Total				6

Além disso, foram realizadas 21 EICs com implementadores, incluindo partes interessadas governamentais e não governamentais a nível nacional, partes interessadas governamentais das províncias, municípios e comunas seleccionados. Os implementadores envolvidos no programa foram identificados em consulta com o UNICEF Angola e convidados a participar nas EICs.

2.3. Ética

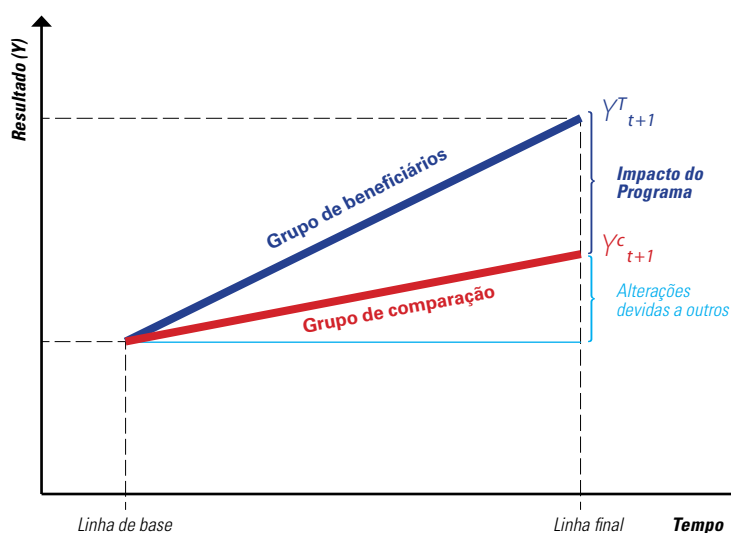
O estudo seguiu todos os protocolos éticos necessários para garantir a mais rigorosa adesão às boas práticas nacionais e internacionais em matéria de investigação social. Os inquiridos foram solicitados a dar o seu consentimento e foram informados dos mecanismos de recurso. Os roteiros para o consentimento informado foram lidos no início de todas as entrevistas e incluíam informações sobre o estudo, a intervenção a ser avaliada, a utilização potencial dos resultados, os possíveis riscos e benefícios para os participantes e as medidas que a equipa tomava para garantir a confidencialidade e o consentimento para a utilização dos dados e das gravações áudio. O princípio de “não causar dano” foi seguido em todas as entrevistas e os protocolos de prevenção da COVID-19 foram seguidos em todos os momentos durante as entrevistas no terreno. Por último, a segurança dos dados foi garantida através da anonimização das informações durante a limpeza dos dados e do armazenamento dos dados em servidores seguros. De um modo geral, estas medidas visaram proteger tanto os participantes como os investigadores envolvidos na avaliação. O estudo foi aprovado eticamente pelo Conselho de Revisão Institucional do HML com o número de aprovação – HML IRB Review #542ANGO22 – após uma extensa revisão de todos os protocolos de investigação e instrumentos de recolha de dados.

2.4. Processamento e análise de dados quantitativos

O estudo procura avaliar os impactos do programa nas zonas-piloto. A avaliação dos impactos requer um contrafactual para estimar o que teria acontecido na ausência do programa. Este estudo utiliza um desenho quase-experimental. O PTSM foi atribuído ao nível da “comuna” nos municípios que constituíam as zonas-piloto.⁷ Para permitir a criação de um contrafactual, o estudo incluiu um grupo de comparação constituído por agregados familiares e cuidadores que não foram expostos ao PTSM, mas que tinham características muito semelhantes às dos beneficiários na linha de base.

A abordagem de análise pode ser resumida na Figura 2.2. Dado um indicador de resultado de interesse relatado no eixo vertical observado na linha de base Y_t tanto para o tratamento como para a comparação, é colocada a hipótese de que na linha de base, o valor da variável de resultado de interesse é estatisticamente semelhante entre a população de interesse. Depois de o programa ter sido implementado, haveria diferenças entre os grupos de beneficiários (tratamento) e não beneficiários (comparação). Note-se que, embora a Figura 2.2 apresente uma variável de resultado hipotética que se espera que aumente, a direcção da mudança depende da variável de interesse.

Figura 2.2: Quadro conceptual teórico



7 As comunas são o terceiro nível administrativo, enquanto os municípios são o segundo nível administrativo.

2.4.1. Reconstrução dos dados de linha de base e teste de equilíbrio

Um dos principais pressupostos subjacentes à análise de impacto é o facto de os grupos de beneficiários e de comparação serem estatisticamente semelhantes antes de qualquer intervenção do programa. No entanto, os desafios enfrentados pelos responsáveis pela implementação e pela empresa de recolha de dados de linha de base levaram a que cerca de 70 por cento dos beneficiários do programa recebessem pagamentos de transferências sociais monetárias antes das actividades de recolha de dados de linha de base no terreno. A falta de dados pré-programa afecta negativamente a viabilidade de uma análise de impacto. Além disso, este facto também ameaça o pressuposto da tendência paralela, que exige que as diferenças entre o grupo beneficiário e o grupo de comparação permaneçam constantes ao longo do tempo. Este pressuposto é fundamental para a análise econométrica (diferença nas diferenças).

Para reconstruir os dados pré-programa, foram utilizados dados sobre se o montante da Transferência Social Monetária recebido foi utilizado para comprar determinados bens ou serviços. Foi utilizada informação adicional sobre se o agregado familiar costumava comprar o bem/serviço específico antes de receber o dinheiro da transferência social monetária e a frequência para distinguir entre agregados familiares que teriam efectuado as compras independentemente da Transferência Social Monetária e aqueles cujas compras estavam condicionadas à Transferência Social Monetária.

Para verificar se a reconstrução reduz a ameaça às tendências paralelas e à estratégia de estimativa (para impactos), efectuamos um teste de equilíbrio em cada variável de resultado entre o grupo de tratamento e de comparação na linha de base. Os resultados apresentados nas Tabelas B.2.1 – B.4.6 no Anexo B mostram que tanto o grupo tratado como o grupo de comparação eram estatisticamente semelhantes antes da implementação do programa.

2.4.2. Correlações agrupadas e estratégia de estimação

Dadas as deficiências da estratégia de amostragem e dos dados de linha de base, a confiança na estratégia de estimação canónica (padrão) da diferença nas diferenças (DiD) para determinar o impacto da intervenção nas variáveis de resultados não seria suficiente. Para garantir a coerência e a robustez da análise empírica, combinámos dois modelos de correlação/previsão e três modelos de diferença nas diferenças antes de tirar conclusões sobre os impactos do programa.

O primeiro método de estimativa utiliza regressões de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) para examinar as diferenças entre os grupos de tratamento e de comparação, utilizando dados que são agrupados tanto na linha de base como na avaliação final. Este é um primeiro passo para determinar se podem ser observadas diferenças entre o grupo tratado e o grupo de comparação sem determinar impactos causais. Esta abordagem é complementada com um segundo modelo de correlação/previsão que combina MQO com aprendizagem automática. A abordagem metodológica pós-dupla selecção (PDS) de Belloni, Chernozhukov e Hansen (2014b; 2014a) examina todas as variáveis possíveis para determinar se o estatuto de beneficiário/tratamento está correlacionado com a variável de resultado, através de uma série de eliminações.

Os três métodos de estimação restantes utilizam a estratégia de estimação da diferença nas diferenças (dupla diferença) para avaliar o impacto de uma intervenção do programa. Esta abordagem compara as mudanças nos resultados ao longo do tempo entre o grupo tratado e o grupo de comparação. A abordagem calcula a primeira diferença (antes e depois) nos resultados do grupo tratado e, em seguida, uma segunda diferença para o grupo de comparação (antes e depois). O impacto estimado resulta da subtração da segunda diferença à primeira diferença, ou seja, a “diferença nas diferenças”. O quadro geral de estimativa do modelo DiD pode ser expresso da seguinte forma:

$$Y_{it} = \alpha + \beta_1 P_i + \beta_2 T_t + \beta_3 (P_i * T_t) + \beta_4 X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

em que Y_{it} é o resultado de interesse para o agregado familiar/indivíduo i no momento t . P_i é uma variável binária igual a 1 se um agregado familiar é beneficiário da Transferência Social Monetária do Valor Criança, e 0 caso contrário. T_t é uma variável binária para as observações da onda final, e 0 se for a linha de base. $P_i * T_t$ é o termo de interação entre o estatuto de beneficiário do programa e o tempo. X_{it} representa um conjunto de características observadas do agregado familiar, e ε_{it} é o termo de erro usual.

Os três modelos de estimação DiD aplicam procedimentos diferentes para obter o nosso coeficiente de interesse. O primeiro modelo é o modelo DiD padrão. O fornecimento de transferências sociais monetárias a alguns beneficiários do grupo tratado antes da recolha de dados de linha de base aponta claramente para uma potencial violação do pressuposto de tendência paralela, que é necessário para a inferência. Uma solução consiste em utilizar uma metodologia de estimação que relaxe o pressuposto estrito de tendência paralela num quadro DiD (ver Roth et al. (2022) para uma análise pormenorizada dos desenvolvimentos recentes na literatura sobre DiD). O método de Ponderação pela Probabilidade Inversa (IPW) introduzido por (Abadie 2005) modela a probabilidade de pertencer ao grupo de tratamento condicional às características observadas para derivar um índice de propensão. O índice de propensão derivada é então utilizado como um peso (peso de probabilidade inversa) no modelo de regressão DiD. As inferências que utilizam a abordagem IPW serão válidas se o índice de propensão for correctamente especificado. Testar a especificação correcta dos índices de propensão é a avaliação crítica para determinar se as inferências feitas com a abordagem IPW são válidas.

O quinto método de estimação é uma abordagem flexível que alarga o método IPW para permitir que as inferências sejam válidas sempre que o índice de propensão e/ou a regressão do resultado estejam correctamente especificados. O método DiD duplamente robusto proposto por Sant'Anna e Zhao (2020) permite que as inferências sejam válidas sempre que a regressão do resultado ou a propensão sejam especificadas. As inferências continuarão a ser válidas se tanto o modelo de resultados como o modelo de propensão estiverem correctamente especificados. Assim, a flexibilidade da DiD duplamente robusta permite que as inferências sejam efectuadas numa vasta gama de aplicações. Finalmente, para reduzir os problemas de viés de amostragem, utilizamos erros-padrão de *bootstrapping* selvagem em vez dos erros-padrão de cluster padrão.

2.4.3. Verificações de robustez

Efectuamos verificações de robustez dos resultados. Em primeiro lugar, efectuamos um teste placebo como substituto do pressuposto de tendência paralela, utilizando um resultado de interesse falso. Geramos um número aleatório tanto para o grupo de tratamento como para o grupo de comparação. Não se espera que o programa tenha qualquer impacto sobre a percentagem de membros do sexo feminino num agregado familiar nem sobre a exposição a choques de conflito nas comunidades. Para testar a robustez dos nossos resultados, estimámos as correlações e o impacto do programa no número aleatório, na percentagem de membros femininos do agregado familiar e na exposição a choques de conflito. Os resultados apresentados no Anexo B não mostram qualquer correlação ou impacto do programa num número gerado aleatoriamente, na percentagem de membros do sexo feminino no agregado familiar e nos choques de conflito na comunidade.

Por último, controlamos a probabilidade de cometer qualquer erro de tipo I – ou seja, a probabilidade de atribuir impactos ao programa quando não houve impacto (falso-positivo) – realizando testes de hipóteses múltiplos no quadro da taxa de erro familiar (FWER). Aplicamos o procedimento Romano-Wolf devido à sua flexibilidade para acomodar variáveis de controlo no procedimento de teste (Clarke, Romano e Wolf 2020). Os resultados no Anexo B mostram que os valores-p ajustados obtidos com o procedimento Romano-Wolf são semelhantes aos valores-p do modelo, o que sugere que os resultados do modelo são consistentes.

2.5. Metodologia de análise de dados qualitativos

2.5.1. Uma visão geral do Protocolo de Impacto Qualitativo (QulP) e dos Mapas Causais

O QulP é um método de avaliação de impacto concebido pelo Centro de Estudos para o Desenvolvimento da Universidade de Bath, no Reino Unido (actualmente desenvolvido e supervisionado pela Bath Social & Development Research Ltd – www.bathsdrr.org). Foi concebido para recolher informações credíveis directamente dos beneficiários previstos sobre os factores de mudança significativos em domínios seleccionados da sua vida (com base na teoria da mudança do projecto) e sobre o que os inquiridos consideram ser as razões para essas mudanças durante um período predefinido. O método é particularmente útil em contextos complexos, em que uma variedade de factores difíceis de distinguir podem influenciar os resultados de uma intervenção. Os dados narrativos recolhidos por investigadores de campo independentes ‘vendados’ (que têm pouco ou nenhum conhecimento das hipóteses que estão a ser testadas) são analisados em comparação com as actividades do projecto do comissário para identificar os factores de mudança inesperados e previstos. A ‘venda’ parcial ou total, o método através do qual os investigadores e os inquiridos não são informados pelos parceiros contratantes do objectivo específico do estudo, é um elemento importante para mitigar o problema do viés pró-projecto ou de confirmação que, de outro modo, é considerado como uma grande fraqueza na investigação qualitativa sobre a inclusão financeira.

Os mapas causais utilizados neste relatório mostram uma visualização dos dados narrativos recolhidos nas entrevistas, utilizando uma forma de análise de dados qualitativos causais. Os mapas mostram onde os inquiridos estabeleceram uma ligação causal entre factores e quantas vezes essa ligação foi estabelecida por diferentes inquiridos da amostra. Para analisar os dados, um analista com formação em análise de dados qualitativos (QDA) reviu as transcrições resumidas e codificou os dados à procura de afirmações causais nas histórias de mudança partilhadas pelos inquiridos. Estas transcrições são codificadas num software de QDA chamado Causal Map – concebido especificamente para captar e analisar mecanismos causais. Todos os mapas deste relatório têm uma ligação ao mapa e aos dados de origem no Causal Map⁸.

Os mapas causais do presente relatório foram produzidos filtrando os dados de modo a mostrar apenas as ligações com uma frequência superior a um determinado número (normalmente mais de 3), a fim de mostrar as ligações mais frequentemente citadas nas entrevistas – as principais histórias de mudança nas narrativas. Os mapas também serão filtrados em função de factores específicos identificados como importantes motores de mudança ou resultados nas entrevistas e, em alguns casos, para grupos específicos de inquiridos. O título da figura por cima do mapa descreverá os filtros e, se for caso disso, será fornecida informação adicional sobre os filtros, juntamente com uma ligação ao mapa filtrado no Causal Map.

Os mapas causais utilizam duas contagens diferentes:

- 1. Contagem de frequência:** refere-se ao número de vezes que uma determinada ligação ou factor foi mencionado em todas as entrevistas – pode ser mais do que uma vez por inquirido.
- 2. Contagem de fontes:** refere-se ao número de inquiridos que mencionaram essa ligação ou factor específico – este valor é, no máximo, um por inquirido (um máximo de 35 neste conjunto de dados).

Por exemplo, se um inquirido menciona a falta de trabalho que leva à diminuição do rendimento cinco vezes na entrevista – o número de vezes que esta ligação é mencionada no total seria a contagem de frequência, 5, enquanto a contagem de fontes seria limitada a 1 para esta ligação em particular. Se uma ligação de mapa for etiquetada com ‘3’, isso significa que a ligação foi utilizada por 3 inquiridos diferentes, mas não indica quantas vezes a mencionaram.

Embora os mapas possam ter sido produzidos à procura de ligações com uma frequência superior a um determinado número (por exemplo, mais de 3), a etiqueta utilizada sobre as ligações no mapa é a contagem da fonte, pelo que podem aparecer valores inferiores. Por exemplo, um inquirido pode ter mencionado essa ligação

⁸ Consulte www.causalmap.app para obter mais informações sobre o software e para criar uma conta gratuita para explorar os mapas e as citações em mais pormenor.

mais de 3 vezes durante a entrevista, pelo que aparecerá uma etiqueta de ligação 1. Se apenas uma pessoa tiver mencionado uma ligação uma única vez, esta não aparecerá num mapa que filtra as contagens de baixa frequência. Todos os mapas causais produzidos neste relatório utilizam contagens de fontes para dimensionar as ligações (o tamanho da seta) e rotular as ligações. Dada a pequena dimensão da amostra de 35, espera-se que as contagens nos mapas sejam baixas.

2.5.2. Análise dos dados da avaliação de processo

Foi utilizada uma abordagem de análise temática para interpretar os dados primários e responder à pergunta de investigação relacionada com a avaliação de processo (QI 3: Como é que as características de desenho e implementação da Transferência Social Monetária moderam os impactos do programa?) Para analisar os dados, foram efectuados os seguintes passos:

- As gravações de áudio das EICs e FGDs foram transcritas *literalmente* e os dados gerados foram anonimizados.
- Foi desenvolvido um quadro temático dedutivo para a codificação dos dados com base em temas-chave apresentados nos instrumentos de recolha de dados. Este quadro foi posteriormente alargado utilizando uma abordagem indutiva, através da qual foram identificados e incluídos temas e padrões adicionais. O quadro de codificação final foi acordado pela equipa de avaliação.
- O processo de codificação foi levado a cabo pela equipa de avaliação utilizando o software NVivo.
- As reflexões iniciais geradas pelo processo de codificação foram depois organizadas num esquema inicial no qual se baseou a redação.

2.6. Limitações e advertências

Foram encontradas algumas limitações durante a recolha de dados quantitativos e no desenho inicial do estudo na linha de base. Embora alguns destes desafios tenham sido resolvidos, outros revelaram-se difíceis de resolver ex-post. Em primeiro lugar, a determinação da dimensão da amostra baseou-se na cobertura orçamental e não na determinação da potência. Embora tenham sido tomadas medidas para resolver parcialmente o cálculo da dimensão da amostra, a falta de listagem da amostra ou de dados populacionais actualizados nas áreas de comparação significou que não foi possível determinar ex-post uma dimensão adequada da amostra. Além disso, o desenho da linha de base utilizou dois quadros de amostragem diferentes para os grupos de tratamento e de comparação. A base de dados contida no sistema de informação de gestão do programa forneceu o quadro de amostragem para os agregados familiares tratados, enquanto os agregados familiares de comparação foram propositadamente amostrados através de caminhadas aleatórias nas áreas de comparação.

Em segundo lugar, cerca de 70 por cento do grupo de beneficiários com intenção de tratamento recebeu transferências sociais monetárias antes de a recolha de dados de linha de base ter sido concluída. Apesar dos esforços envidados para resolver estas violações através da reconstrução dos dados de linha de base, tal como sustentado pelos resultados dos testes de equilíbrio subsequentes, o viés de memória e o viés de desejabilidade social podem afectar a validade da inferência feita utilizando o modelo canónico de diferença nas diferenças.

Em terceiro lugar, os desafios encontrados durante a recolha de dados, a transcrição e a tradução dos dados qualitativos apresentaram algumas limitações adicionais ao estudo. Estas estão resumidas em três áreas:

viés de confirmação, desafios das entrevistas no terreno e qualidade da transcrição. Devido a alterações imprevistas no processo de investigação, um aspecto importante da metodologia QulP – o método da ‘dupla venda’ – não foi implementado durante a recolha de dados. Consequentemente, as entrevistas podem ter resultado num viés de confirmação do inquirido. Este facto teve o potencial impacto de dividir as narrativas dos inquiridos em duas: narrativas que descrevem experiências antes da intervenção e experiências após a intervenção. Devido à natureza das transferências sociais monetárias, o incentivo para responder positivamente à intervenção pode ter enviesado os resultados deste estudo QulP. No entanto, em conjunto com as componentes complementares de avaliação quantitativa e de processo, os resultados continuam a fornecer indicações importantes sobre os resultados que emergem do PTSM.

A extensão do questionário pode ter produzido ‘fadiga’ na entrevista, em que os inquiridos reduziram progressivamente a profundidade das suas respostas à medida que a entrevista se prolongava. Várias transcrições apontam para o facto de os inquiridos afirmarem estar cansados e terem de fazer pausas, o que fez com que as entrevistas fossem apressadas no final da entrevista. Houve também indicações de que familiares ou membros da comunidade próximos estavam presentes durante as entrevistas, o que indica que as respostas podem ter sido influenciadas por preconceitos sociais.

Durante as entrevistas qualitativas, os investigadores no terreno utilizaram frequentemente perguntas de orientação quando questionavam os inquiridos, o que resultou em dados inutilizáveis. Estas perguntas eram especialmente frequentes quando se discutiam as mudanças nas relações conjugais no agregado familiar e nas práticas educativas. Além disso, as respostas descritivas foram geralmente frequentes nas entrevistas qualitativas. Embora o QulP tenha sido concebido principalmente para explorar ligações causais (ou seja, influências de mudança), também pode codificar respostas descritivas como um objectivo secundário de investigação exploratória. No entanto, de um modo geral, as respostas descritivas não são geralmente codificadas, uma vez que não contêm influências causais que conduzam a resultados.

Por último, a maioria das transcrições era de difícil leitura e, por conseguinte, muitas das respostas não puderam ser fielmente interpretadas na análise. Várias transcrições, como BDIDI4F, BCDIFI3F, UMIDI1F, UMIDI2F e BCIDI6F, foram particularmente difíceis de interpretar. As transcrições difíceis podem, em parte, estar associadas à diversidade das línguas locais, à literacia geral dos inquiridos e, em alguns casos, à colocação do microfone. Como resultado, várias entrevistas contêm passagens que são etiquetadas como ‘imperceptíveis’ e não foram transcritas.

3. Impacto das transferências sociais monetárias em mulheres e crianças

Principais conclusões

1. As transferências sociais monetárias melhoraram as práticas alimentares das crianças, com o consumo da maioria dos grupos alimentares a registar melhorias em relação aos agregados familiares de comparação. Embora a diversidade alimentar mínima não pareça ter melhorado para as crianças entre os 6 e os 23 meses, o alargamento da faixa etária para os 6 a 50 meses revelou melhorias significativas. Além disso, as transferências sociais monetárias aumentaram o bem-estar material das crianças, uma vez que as crianças beneficiárias possuíam mais sapatos, roupas e cobertores. As entrevistas qualitativas registaram um aumento semelhante na variedade de grupos alimentares consumidos pelas crianças beneficiárias e um aumento das compras de vestuário, roupas de cama e camas, espetáculos e material escolar.
2. As visitas de cuidados pré-natais aumentaram para as mulheres grávidas e o número de mulheres grávidas em agregados familiares tratados que não tiveram visitas de cuidados pré-natais diminuiu em 28 por cento. A probabilidade de ter um cartão de saúde aumentou em 15 por cento para os agregados familiares tratados, enquanto as visitas de monitorização do crescimento pós-nascimento e a vacinação (excepto a quarta dose de Poliomielite e Sarampo) aumentaram. As entrevistas qualitativas revelaram que as transferências sociais monetárias aumentaram o acesso a tratamentos médicos.
3. No que respeita à tomada de decisões e ao empoderamento das mulheres, os resultados da investigação diferem entre os resultados qualitativos e quantitativos, com estes últimos a indicarem que as transferências sociais monetárias aumentaram o apoio social, mas não aumentaram a autonomia financeira das mulheres. As entrevistas qualitativas revelaram que as prestadoras de cuidados recebiam pagamentos em numerário e sentiam melhorias na tomada de decisões e na elaboração de orçamentos com o cônjuge e, nalguns casos, aumentavam a autonomia da esposa na tomada de decisões. Entre os agregados familiares beneficiários, as taxas de poupança aumentaram 36 por cento entre as prestadoras de cuidados.
4. Os resultados quantitativos e qualitativos indicam que não houve diferença entre os agregados familiares tratados e os de comparação no que respeita aos conhecimentos dos cuidadores sobre as necessidades nutricionais do recém-nascido durante a amamentação imediatamente após o nascimento ou a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses. Além disso, o programa não teve qualquer impacto no desenvolvimento e na disciplina das crianças.
5. Nas entrevistas qualitativas, a maioria dos beneficiários referiu que as normas culturais de parentalidade estavam há muito estabelecidas e enraizadas na comunidade e que não havia grande necessidade ou desejo de as alterar.

3.1. Cuidadores

3.1.1. Tomada de decisões e empoderamento das mulheres

Esta subsecção apresenta as correlações e a análise do impacto do programa na tomada de decisões e no empoderamento dos cuidadores. A Tabela 3.1 resume os resultados sobre a dinâmica das decisões financeiras das famílias, a estrutura de apoio social disponível para os cuidadores, as percepções sobre a justificação da violência doméstica e as expectativas de escolaridade das crianças do sexo masculino e feminino. As decisões financeiras do agregado familiar são agrupadas em três categorias: decisões tomadas apenas pelo cuidador em total autonomia, decisões tomadas pelo cônjuge e decisões conjuntas do cuidador e do cônjuge. Durante o

inquérito, foi pedido aos cuidadores que classificassem a frequência com que conseguem obter ajuda/apoio/assistência para realizar oito actividades, utilizando uma escala de Likert de 1 a 5, em que 1 nada representa e 5 representa sempre⁹. As respostas são resumidas no índice de apoio social, que varia de zero a oito.

Tabela 3.1: Correlações e impacto do programa na tomada de decisões e no empoderamento das mulheres

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
Decisões financeiras para os agregados familiares: só o prestador de cuidados	-0.013 (0.01)	-0.015 (0.01)	-0.045* (0.02)	-0.051*** (0.02)	-0.051*** (0.02)
Decisões financeiras dos agregados familiares: cônjuge	0.012 (0.01)	0.012 (0.01)	0.012 (0.04)	0.011 (0.02)	0.011 (0.02)
Decisões financeiras para os agregados familiares: prestador de cuidados e cônjuge	-0.003 (0.01)	-0.003 (0.01)	0.022 (0.05)	0.027 (0.03)	0.027 (0.03)
Índice de apoio social	-0.055 (0.25)	-0.077 (0.25)	1.281** (0.62)	1.310*** (0.49)	1.310*** (0.49)
Nunca é justificável bater na mulher	0.013 (0.01)	0.012 (0.01)	0.015 (0.02)	0.017 (0.02)	0.017 (0.02)
Espera que a filha conclua pelo menos o ensino secundário	0.078*** (0.01)	0.081*** (0.01)	0.006 (0.04)	0.006 (0.03)	0.006 (0.03)
Espera que o filho conclua pelo menos o ensino secundário	0.050*** (0.01)	0.053*** (0.01)	0.019 (0.04)	0.017 (0.03)	0.017 (0.03)
N	4,161	4,161	4,161	3,450	3,450

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

9 As actividades sociais abrangidas pelo índice de apoio social incluem: (1) necessidade de assistência em caso de doença, (2) assistência para ser levado ao centro de saúde/clínica/hospital, (3) assistência para preparar refeições quando o cuidador não pode, (4) assistência para realizar tarefas diárias, (5) companheiro para passar tempo juntos, (6) sugestões para lidar com problemas pessoais (7) apoio para compreender problemas, e (8) companhia emocional.

Os resultados do Quadro 3.1 mostram que as decisões financeiras tomadas apenas pelo cuidador parecem ter diminuído para os cuidadores dos agregados familiares tratados, em comparação com os dos agregados familiares comparados. Por outro lado, não parece haver correlações ou impactos nas decisões financeiras tomadas pelo cônjuge ou pelo cônjuge e pelo cuidador. Estas conclusões sobre as decisões financeiras são consistentes em todas as correlações e modelos de análise de impacto. Os modelos de análise de impacto parecem mostrar que o apoio social melhorou para os cuidadores nos agregados familiares tratados, ao passo que os modelos de correlação não corroboram esta conclusão. A percepção da justificação da violência doméstica não se alterou em todos os modelos, o que sugere que não parece haver diferença na justificação da violência entre os agregados familiares tratados e os de comparação. Por último, a expectativa sobre o nível de escolaridade das crianças do sexo masculino e feminino não se alterou entre a linha de base e a avaliação final para os agregados familiares tratados e de comparação.

Para além das estimativas de impacto, o Tabela 3.2 apresenta estatísticas descritivas sobre decisões e questões especificamente relacionadas com a Transferência Social Monetária recolhidas apenas na avaliação final.¹⁰ Aproximadamente 54 por cento dos cuidadores dos agregados familiares beneficiários informaram que decidiram sozinhos sobre a utilização da Transferência Social Monetária recebida, enquanto 40 por cento indicaram que as decisões foram tomadas pelo cônjuge, sendo as restantes tomadas por outros membros do agregado familiar. Além disso, 26 por cento dos cuidadores indicaram que as decisões tomadas por eles não são objecto de qualquer consulta, enquanto 49 por cento indicaram que o cônjuge os questiona frequentemente sobre as decisões tomadas relativamente à utilização da Transferência Social Monetária, e os restantes 25 indicaram que são objecto de consultas por parte de outros membros do agregado familiar.

Tabela 3.2: Decisões e questões sobre a utilização de transferências sociais monetárias

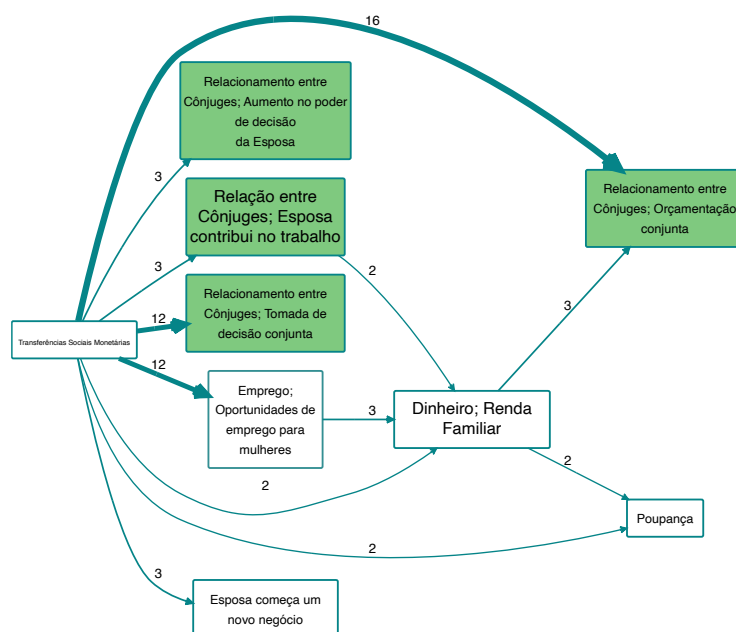
Indicador	Média	95% IC inferior	95% IC superior	N
Decisões tomadas pelo cuidador	53.57	49.70	57.44	1,316
Decisões tomadas pelo chefe de família (não cuidador)	39.82	35.52	44.12	1,316
Decisões tomadas por outro membro do agregado familiar (não cuidador)	6.61	5.05	8.17	1,316
Perguntas sobre as decisões relativas a dinheiro tomadas pelo cuidador – nenhuma	25.96	20.75	31.17	705
Consultas sobre decisões sobre dinheiro tomadas pelo cuidador – cônjuge	48.79	42.84	54.74	705
Perguntas sobre decisões relativas a dinheiro tomadas pelo cuidador – outro membro do agregado familiar	25.25	21.22	29.28	705

¹⁰ Esta informação só foi pedida aos agregados familiares beneficiários na avaliação final, como parte do módulo de avaliação de processo.

Os resultados qualitativos das componentes do QuIP e da avaliação do processo indicam uma mudança notável no processo de tomada de decisões entre o cônjuge e os cuidadores, especificamente em termos de orçamentação e de tomada de decisões conjunta. A Figura 3.1 mostra fortes relações causais entre as transferências sociais monetárias e a melhoria das práticas de tomada de decisão conjunta nas relações, bem como das práticas de orçamentação conjunta. No entanto, à semelhança dos resultados quantitativos, não se verificou um aumento da tomada de decisões por parte da principal prestadora de cuidados, tendo apenas três inquiridos sugerido que tal acontecia.

“Ela disse, vem meu marido, vamos sentar-nos e vamos decidir. Primeiro, senta-te com o marido antes de continuares, vamos fazer o que nos faz melhor, senão estragamos tudo”. UMIDI1F, S: 684

Figura 3.1: Alterações nas relações entre cônjuges



As narrativas nos grupos focais da avaliação de processo revelaram que as mulheres prestadoras de cuidados eram responsáveis pela recolha e gestão das transferências sociais monetárias. Era prática comum das mulheres casadas nos três locais de estudo contar o dinheiro juntamente com os seus parceiros quando regressavam do ponto de pagamento e, em seguida, decidir em conjunto quais as necessidades e despesas prioritárias do agregado familiar.

"Vou buscar o dinheiro e, quando chego a casa, mostro-o ao meu marido. Fizemos a criança juntos, por isso somos os dois responsáveis por decidir como gastar o dinheiro. Às vezes dou-lhe parte do dinheiro, para ele ficar entusiasmado, mas a maior parte fica comigo para comprar coisas e fazemos planos juntos para essas coisas." [Prestadora de cuidados no grupo focal no Uíge].

Os parceiros das beneficiárias de todos os locais de estudo também declararam que as suas esposas eram responsáveis pela recolha dos pagamentos. Os únicos casos em que os homens recebiam as transferências eram quando eram cuidadores únicos – nestes casos, estavam inscritos no programa como cuidador principal – ou quando a mulher estava ausente.

"Voltei para casa feliz e ela mostrou-me o dinheiro. Fizemos planos dando prioridade às crianças, que são as que têm o dinheiro, pensámos no que faltava [em casa] e decidimos comprar sapatos, comida, casacos para a escola e depois comprar coisas boas como um colchão, mosquiteiros e, a partir daí, veríamos. Também comprámos cerca de dez chapas de metal para fazer um pequeno anexo à casa." [Cuidador masculino no grupo focal no Uíge].

As entrevistas de informantes-chave com a equipa de implementação pareciam sugerir que as mudanças nestas dinâmicas produziram melhorias visíveis na autoestima das mulheres, aumentando a sua autonomia financeira e encorajando-as a envolverem-se no processo de tomada de decisões no seio do agregado familiar, especialmente no que diz respeito ao consumo e às despesas. Um informante-chave a nível municipal que trabalha de perto com os residentes das aldeias ilustrou este ponto descrevendo um maior sentido de empoderamento, autoridade e autonomia entre as mulheres beneficiárias:

"É notório que este dinheiro teve um efeito nas famílias. O que mais me agradou foi saber que, apesar de se centrar na criança, também se centrou nas mulheres. Os pagamentos deram voz às mulheres, que se sentiram mais fortes na comunidade. Vivemos numa comunidade em que as mulheres são vistas como objectos e as transferências sociais monetárias dão-lhes alguma autoridade, alguma autonomia, mesmo que pequena. Esta ajuda financeira veio dar às mulheres a possibilidade de tomarem decisões sobre o que querem fazer com o dinheiro e de terem uma voz dentro das suas famílias." [Informante-chave a nível municipal].

Há algumas ressalvas importantes a registar. As respostas específicas sobre se os inquiridos tinham testemunhado mudanças na tomada de decisões por parte do cônjuge também foram recebidas com numerosas respostas que realçavam a natureza enraizada da dinâmica conjugal e doméstica nestas comunidades. Como ilustra a seguinte inquirida, em certos agregados familiares continua a existir um forte desequilíbrio de poder a favor da tomada de decisões financeiras masculina em agregados familiares chefiados por homens, o que, em última análise, limita o potencial de tomada de decisões das mulheres;

"O homem é que decide, toma a decisão, 'minha mulher vamos fazer isto, vamos fazer aquilo'. Mesmo quando ele chega a uma conclusão e depois faz o que tu queres, sim. Dentro de casa, é o homem que toma essa decisão." UMIDI2M, S: 979

Os resultados qualitativos e quantitativos acima referidos sugerem que existe uma variação considerável nas experiências das pessoas que prestam cuidados no que se refere à melhoria da autonomia financeira e à tomada de decisões e orçamentação conjuntas. No que diz respeito à tomada de decisão individual, tanto o QuIP como os resultados quantitativos apontam para a ausência de alterações significativas para as mulheres prestadoras de cuidados, com o QuIP a mostrar, pelo contrário, alterações causais que conduzem a melhorias na tomada de decisão conjunta e na orçamentação. Por outro lado, a avaliação do processo destaca uma melhoria na autonomia financeira e na tomada de decisões das mulheres prestadoras de cuidados, enquanto apoia a conclusão do QuIP sobre as melhorias na tomada de decisões conjunta e na orçamentação entre os cuidadores. Os resultados apoiam a análise de que estão a ocorrer mudanças nas capacidades de tomada de decisão das mulheres prestadoras de cuidados, mas que as melhorias são dificultadas pelas normas de género enraizadas descritas acima.

3.1.2. Conhecimentos sobre nutrição e alimentação

O quadro 3.3 resume as correlações e os resultados do impacto do programa nos conhecimentos sobre nutrição e alimentação. Os resultados mostram que os impactos nos conhecimentos sobre nutrição e alimentação não foram consistentes em diferentes modelos de estimativa, bem como limitados a poucos indicadores. Parece não haver diferença estatística entre as famílias tratadas e as comparadas no que respeita aos conhecimentos dos cuidadores sobre a necessidade de amamentar os recém-nascidos imediatamente após o nascimento ou sobre a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses. Do mesmo modo, os resultados relativos aos conhecimentos sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo não foram consistentes em todos os modelos. O MQO agrupado mostrou uma diferença marginal entre os agregados familiares tratados e os de comparação, enquanto as estimativas de impacto utilizando o IPW e a DiD duplamente robusto mostraram uma melhoria de 5 pontos percentuais para os cuidadores nos agregados familiares tratados. No entanto, este resultado não é corroborado.

Tabela 3.3: Correlações e impacto do programa nos conhecimentos sobre nutrição e alimentação

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
O bebé deve ser amamentado imediatamente após o nascimento	-0.016 (0.01)	-0.016 (0.01)	-0.038 (0.03)	-0.034 (0.02)	-0.034 (0.02)
O bebé deve ser amamentado exclusivamente até aos 6 meses de idade	0.017 (0.01)	0.016 (0.01)	0.016 (0.03)	0.017 (0.02)	0.017 (0.02)
Conhece os benefícios do aleitamento materno exclusivo	0.018 (0.01)	0.019* (0.01)	0.051 (0.03)	0.054** (0.02)	0.054** (0.02)
Sabe quando é que os bebés devem começar a receber líquidos	0.038*** (0.01)	0.038*** (0.01)	0.000 (0.04)	-0.000 (0.02)	-0.000 (0.02)
Sabe quando é que os bebés devem começar a receber alimentos	0.041*** (0.01)	0.042*** (0.01)	-0.030 (0.03)	-0.028 (0.02)	-0.028 (0.02)
Os bebés entre os 12 e os 24 meses que ainda estão a amamentar devem comer 3-6 refeições por dia	0.109*** (0.01)	0.111*** (0.01)	0.056 (0.04)	0.055** (0.03)	0.055** (0.03)
N	5,099	5,099	5,099	5,172	5,172

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

Os resultados qualitativos foram consistentes com estas conclusões, uma vez que poucas declarações causais dos inquiridos sugeriram que houve uma melhoria generalizada no conhecimento de alimentos saudáveis e no conhecimento de uma nutrição saudável durante a amamentação. Entre os 35 inquiridos, apenas dois indicaram que era esse o caso:

"As coisas mudaram porque a minha mulher dentro de casa agora come bem. Sim, agora a minha mulher está de muito boa saúde, por isso a amamentação dela também é boa para a criança." BCIDI5M, S: 305

"A alimentação da mulher tem de mudar quando ela está a comer. O dinheiro ajuda, temos de comprar mais vitaminas para a mulher porque não são só as nossas filhas e o nosso filho que precisam... Precisamos de comprar coisas boas para eles crescerem melhor, que deem bom leite materno à mulher." UMIDI3M, S: 820

3.1.3. Inclusão financeira

A Tabela 3.4 resume as correlações e os resultados do impacto do programa nos indicadores de inclusão financeira. Os indicadores de inclusão financeira incluem poupança e capacidade de poupança, grupo de crédito nas comunidades, acesso a contas bancárias, transferências sociais monetárias internas e externas, bem como dívida. Os resultados mostram melhorias na inclusão financeira ao longo de vários indicadores. Os cuidadores dos agregados familiares tratados têm mais probabilidades de ter poupanças do que os cuidadores dos agregados familiares comparados. Aproximadamente, a taxa de poupança parece ter aumentado em 36 por cento entre os cuidadores dos agregados familiares tratados em comparação com os dos agregados familiares comparados. O nível de poupança também parece ter aumentado nos agregados familiares tratados em comparação com os agregados familiares comparados. Em média, os cuidadores dos agregados familiares tratados pouparam mais AOA 10.000 no último mês em comparação com os dos agregados familiares de comparação. Embora o total de poupanças nos últimos doze meses também tenha aumentado, a diferença marginal em relação ao mês anterior é de aproximadamente AOA 2.400, sugerindo que grande parte do total de poupanças anuais disponíveis deriva das poupanças acumuladas no último mês.

Tabela 3.4: Correlações e impacto do programa na inclusão financeira

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
O cuidador poupa dinheiro	0,183*** (0,01)	0,183*** (0,01)	0,365*** (0,03)	0,362*** (0,02)	0,362*** (0,02)
Poupança do cuidador: último mês (Kz)	4.699,512*** (318,85)	4.699,426*** (297,40)	10.146,740*** (820,52)	10.182,367*** (589,14)	10.182,367*** (589,14)
Poupança do cuidador: últimos 12 meses (Kz)	5.806,162*** (409,41)	5.830,128*** (371,87)	12.490,615*** (1.226,74)	12.488,819*** (757,43)	12.488,819*** (757,43)
Grupo de crédito na comunidade	0,033*** (0,01)	0,033*** (0,01)	0,006 (0,01)	0,008 (0,01)	0,008 (0,01)
Um membro do agregado familiar tem uma conta bancária	0,037*** (0,01)	0,036*** (0,01)	0,039** (0,02)	0,040*** (0,01)	0,040*** (0,01)
O agregado familiar recebe dinheiro de pessoas fora do agregado familiar	0,064*** (0,01)	0,064*** (0,01)	0,058*** (0,02)	0,055*** (0,01)	0,055*** (0,01)
O agregado familiar envia dinheiro a pessoas fora do agregado familiar	0,052*** (0,01)	0,052*** (0,01)	0,070*** (0,02)	0,070*** (0,01)	0,070*** (0,01)
O agregado familiar recebe transferências em géneros de pessoas fora do agregado familiar	0,055*** (0,01)	0,054*** (0,01)	0,007 (0,02)	0,007 (0,01)	0,007 (0,01)
O agregado familiar tem dívidas pendentes	-0,005 (0,01)	-0,002 (0,01)	-0,042* (0,02)	-0,040** (0,02)	-0,040** (0,02)
N	5.099	5.099		5.099	5.172

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

Outro indicador-chave da inclusão financeira que parece ter aumentado para os agregados familiares tratados é o acesso a uma conta bancária e, por conseguinte, aos serviços bancários. Consistentemente em todos os modelos, o acesso a uma conta bancária aumentou em 5 por cento nos agregados familiares tratados em comparação com

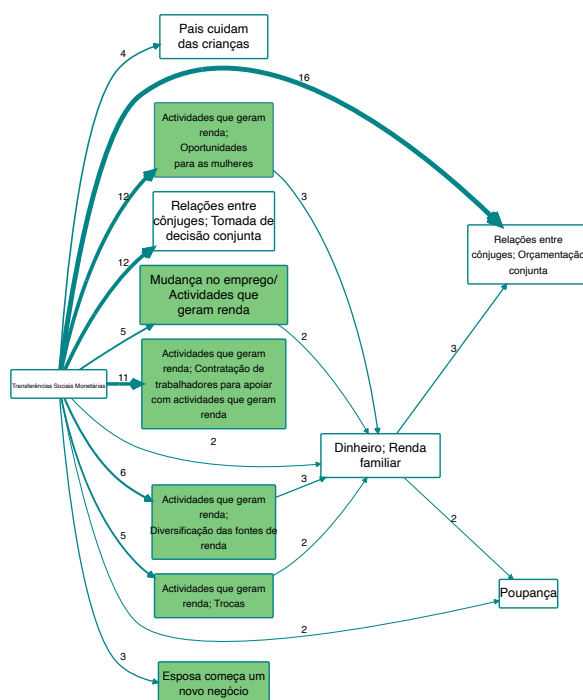
os agregados familiares comparados. O resultado sobre a disponibilidade de grupos de crédito nas comunidades é misto em todos os modelos. Os modelos de correlação mostram que os agregados familiares tratados têm mais probabilidades de ter grupos de crédito do que os agregados familiares comparados, ao passo que os modelos de análise de impacto não apoiam a correlação. Dado que o projecto não induz explicitamente a formação de grupos de crédito nem reforça os grupos pré-existentes, é plausível que a sua existência e funcionamento não sejam influenciados pelo projecto. Além disso, as transferências financeiras internas e externas com pessoas fora do agregado familiar também aumentaram. Por último, os modelos de análise de impacto parecem mostrar que a dívida pendente diminuiu nos agregados familiares tratados em comparação com os agregados familiares comparados, embora os modelos de correlação não considerem que a redução seja estatisticamente significativa.

Embora as entrevistas qualitativas não tenham revelado conclusões narrativas sobre poupanças, as conclusões relativas ao aumento dos fluxos de rendimento e à geração de rendimentos das mulheres prestadoras de cuidados apontam para mudanças substanciais. Como indica a Figura 3.2 abaixo, os beneficiários de transferências sociais monetárias notaram melhorias no início ou na diversificação dos fluxos de rendimento existentes, o que, por sua vez, contribui para um aumento do rendimento do agregado familiar. Por exemplo, MMIDI3F, uma participante do sexo feminino do Moxico, afirmou que usou parte do dinheiro que sobrou das transferências sociais monetárias para comprar produtos extra, bem como para contratar trabalhadores extra para a ajudar nas minas. Como resultado da diversificação do seu rendimento, ela ganhou dinheiro suficiente para comprar e cultivar dois campos adicionais;

"Com o dinheiro que recebo, compro mel. Depois de o mel ser vendido e o outro dinheiro ir para a mina [para contratar mais trabalhadores], dá para cultivar dois campos com esse dinheiro extra." MMIDI3F

Os grupos focais com os beneficiários revelaram igualmente que algumas mulheres utilizaram as transferências sociais monetárias para iniciar os seus próprios negócios, por exemplo, comprando bananas para produzir e vender refeições ou comprando frango para assar e vender perto das estradas. Para algumas destas mulheres, esta foi a primeira vez que tiveram acesso a um rendimento. Estes resultados sugerem que, embora as normas culturais relativas aos papéis de género sejam fortes nas comunidades, as transferências sociais monetárias promoveram uma mudança na forma como as beneficiárias lidam com o dinheiro e, em alguns casos, permitiram que as mulheres iniciassem actividades para gerar rendimentos próprios.

Figura 3.2: Alterações causais no rendimento

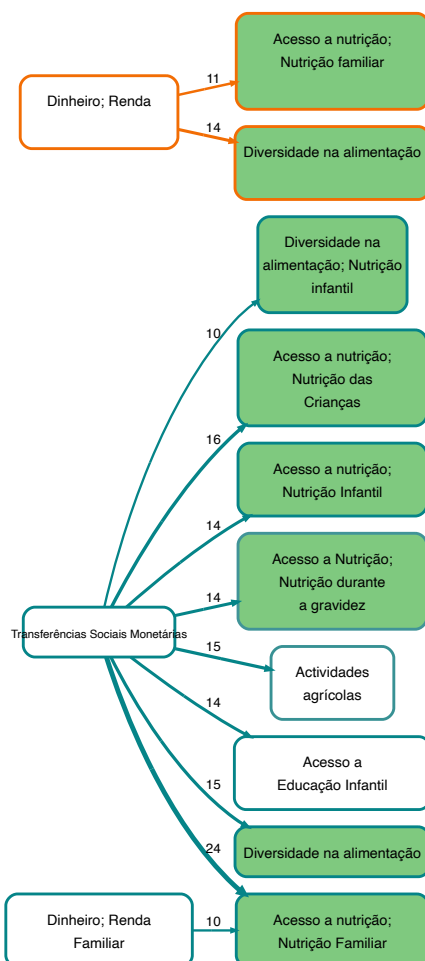


O resultado deste aumento do património dos agregados familiares beneficiários parece ter tido um impacto adicional a nível da comunidade. A figura 3.3 indica que foram feitas numerosas declarações causais que relacionavam as transferências sociais monetárias com uma melhoria da riqueza da comunidade, bem como das relações comunitárias em geral. Especificamente, 11 inquiridos afirmaram ter contratado trabalhadores adicionais para ajudar nas actividades geradoras de rendimento, frequentemente relacionadas com actividades agrícolas. Um inquirido em particular afirmou que as transferências sociais monetárias apoiaram a sua actividade agrícola após a morte do marido, permitindo-lhe contratar membros da comunidade para apoiar as suas actividades agrícolas

"Por exemplo, como não tenho marido, ajuda-me conseguir esse dinheiro. Empristo-o a pessoas para cultivarem para mim, e depois esse dinheiro ajuda-me com a comida, com doenças, e com outras preocupações que possam surgir." MMIDI1F

Em resultado das transferências sociais monetárias e da possibilidade de os beneficiários pagarem a membros da comunidade para os apoiarem em actividades geradoras de rendimentos, os resultados apontam para uma melhoria da prosperidade e das relações comunitárias. Como afirmou um inquirido do Bié: A aldeia melhorou e mudou. A aldeia mudou graças a este dinheiro que o governo deu, os outros que estavam para trás também estão a ir ao encontro dos outros.

Figura 3.3: Alterações causais no rendimento (comunidade)



3.2. Crianças com menos de cinco anos de idade

3.2.1. Bem-estar material

O acesso a sandálias, vestuário e roupa de cama constitui a forma básica de bem-estar da criança e de protecção contra a exposição a perigos, lesões e riscos para a saúde. Os resultados da análise do bem-estar material das crianças, representado pela posse de pelo menos um par de sandálias ou sapatos, dois conjuntos de roupa e um cobertor, são apresentados na Tabela 3.5. Os resultados parecem mostrar melhorias consistentes no bem-estar material das crianças em todos os indicadores e em todos os modelos. A posse de um par de sandálias ou sapatos aumentou em cerca de 47 por cento para as crianças em agregados familiares tratados. Da mesma forma, ter pelo menos dois conjuntos de roupa e um cobertor também aumentou em 25 por cento e 49 por cento, respectivamente, em média.

Tabela 3.5: Correlações e impacto do programa no bem-estar material das crianças (0-59 meses)

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
A criança tem um par de sandálias ou sapatos	0.329***	0.330***	0.472***	0.474***	0.474***
	(0.02)	(0.02)	(0.04)	(0.03)	(0.03)
A criança tem dois conjuntos de roupa	0.175***	0.176***	0.256***	0.254***	0.254***
	(0.01)	(0.01)	(0.05)	(0.03)	(0.03)
A criança tem um cobertor	0.287***	0.286***	0.483***	0.489***	0.489***
	(0.02)	(0.02)	(0.05)	(0.03)	(0.03)
N	3,753	3,753	3,753	3,218	3,218

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

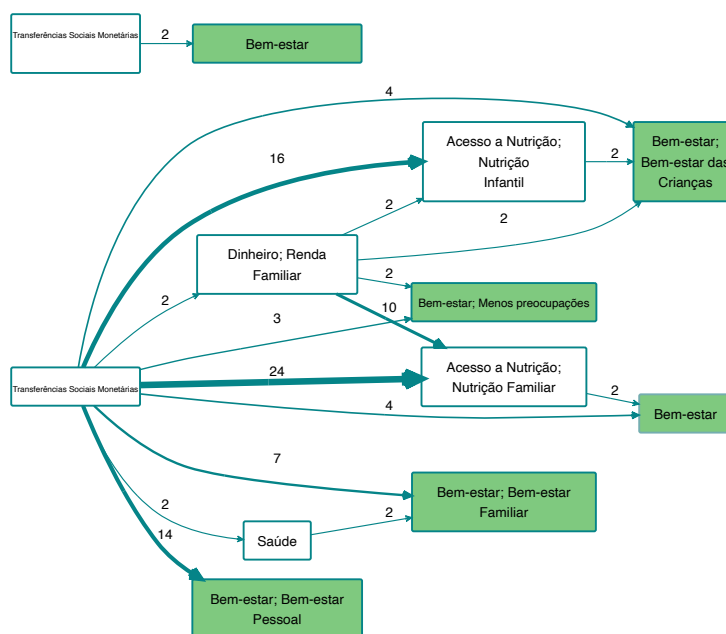
Os resultados qualitativos das componentes QulP e avaliação de processo apontam igualmente para um aumento do número de cuidadores que adquirem diversos materiais para melhorar o bem-estar dos seus filhos. Os materiais mais comuns incluem roupa de cama, vestuário, calçado e material didático. Estes artigos foram considerados de grande importância para os encarregados de educação, nomeadamente para incentivar os seus filhos a frequentar a escola, uma vez que as crianças se recusam muitas vezes a ir por vergonha das suas roupas ou sapatos gastos;

"Há dois anos, as crianças entre os 6 e os 8 anos não gostavam de ir para a escola, discutiam porque não tinham sapatos, mas graças ao dinheiro que o governo lhes dá, hoje posso levar 50 e ir para a escola. Mesmo antes de o empurrar para a escola quando ele está sujo, às vezes ele não aceita e diz: "Não tenho sapatos, não posso ir, não tenho roupa, não posso ir". Mas agora estamos a cuidar bem deles, estão a vestir-se bem." MMIDID3M

Para além da possibilidade de ir à escola, a compra de roupa de cama e sabão tem sido associada a um maior bem-estar em vários agregados familiares beneficiários. O sabão, em particular, tem proporcionado melhores resultados em termos de sucesso escolar, observando-se que as crianças limpas têm mais probabilidades de querer frequentar a escola.

A Figura 3.4 abaixo mostra os mapas causais que emergem das entrevistas dos inquiridos, centrados nas mudanças no bem-estar como resultado da recepção de transferências sociais monetárias. Embora o acesso a bens materiais não esteja presente neste mapa, as declarações feitas alegam frequentemente uma ligação causal directa entre o recebimento de transferências sociais monetárias e o bem-estar do agregado familiar, do indivíduo e das crianças.

Figura 3.4: Impacto no bem-estar material das crianças (0-59 meses)



3.2.2. Saúde materna e infantil

A Tabela 3.6 apresenta resultados sobre a procura e a utilização de serviços de saúde por parte dos agregados familiares para a saúde materna e para as crianças com menos de cinco anos de idade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as mulheres grávidas recebam pelo menos quatro consultas de cuidados pré-natais, uma vez que isso aumenta a probabilidade de receberem intervenções de saúde materna, tais como medição da tensão arterial, análises à urina para detecção de bacteriúria e proteinúria, análises ao sangue para detecção de sífilis e anemia grave, e muitas outras. Os resultados da Tabela 3.6 mostram que as mulheres grávidas que se beneficiaram de quatro ou mais consultas de cuidados pré-natais aumentaram em 15 por cento nos agregados familiares tratados, em comparação com os agregados familiares comparados. Além disso, as mulheres grávidas que não tiveram consultas de cuidados pré-natais diminuíram 28 por cento nos agregados familiares tratados.

Tabela 3.6: Correlações e impacto do programa na saúde materna e infantil (0-59 meses)

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
Visitas de cuidados pré-natais quatro vezes ou mais	0.090*** (0.01)	0.091*** (0.01)	0.160*** (0.05)	0.154*** (0.03)	0.154*** (0.03)
Nenhuma consulta de cuidados pré-natais durante a gravidez	-0.065*** (0.01)	-0.068*** (0.01)	-0.295*** (0.05)	-0.287*** (0.03)	-0.287*** (0.03)
Parto com assistência de um profissional qualificado – Parteira Tradicional	0.075*** (0.01)	0.076*** (0.01)	-0.012 (0.03)	-0.014 (0.02)	-0.014 (0.02)
Parto com assistência de um profissional qualificado	0.181*** (0.01)	0.182*** (0.01)	0.010 (0.03)	0.012 (0.02)	0.012 (0.02)
Parto numa unidade sanitária	0.177*** (0.01)	0.178*** (0.01)	-0.022 (0.02)	-0.017 (0.02)	-0.017 (0.02)
A criança tem cartão de saúde	0.271*** (0.01)	0.272*** (0.01)	0.158*** (0.04)	0.151*** (0.02)	0.151*** (0.02)
Tamanho à nascença pequeno/muito pequeno	-0.036*** (0.01)	-0.036*** (0.01)	-0.026 (0.02)	-0.028 (0.02)	-0.028 (0.02)
Nenhuma visita de controlo do crescimento	-0.067*** (0.01)	-0.068*** (0.01)	-0.272*** (0.05)	-0.273*** (0.03)	-0.273*** (0.03)
Pelo menos três visitas de controlo do crescimento	0.124*** (0.01)	0.125*** (0.01)	0.175*** (0.05)	0.183*** (0.03)	0.183*** (0.03)
Recebeu suplementos de vitamina A nos últimos 6 meses	0.135*** (0.01)	0.137*** (0.01)	0.123*** (0.04)	0.123*** (0.03)	0.123*** (0.03)
Recebeu medicação para desparasitação nos últimos 6 meses	0.122*** (0.01)	0.124*** (0.01)	0.138*** (0.05)	0.138*** (0.03)	0.138*** (0.03)
A criança teve diarreia nas últimas 2 semanas	0.059*** (0.01)	0.061*** (0.01)	-0.021 (0.03)	-0.021 (0.02)	-0.021 (0.02)

A criança teve febre nas últimas 2 semanas	0.069***	0.068***	0.004	0.006	0.006
	(0.01)	(0.01)	(0.03)	(0.02)	(0.02)
A criança teve tosse nas últimas 2 semanas	0.059***	0.059***	0.012	0.014	0.014
	(0.01)	(0.01)	(0.03)	(0.03)	(0.03)
N	4,992	4,992	4,992	5,138	5,138

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

Por outro lado, a melhoria observada no acesso a consultas de cuidados pré-natais durante a gravidez não se traduz em partos assistidos por profissionais qualificados (parteiras tradicionais formadas ou profissionais de saúde formais) e partos em unidades sanitárias. Isto pode dever-se a diferentes factores, como as distâncias entre as casas e as unidades sanitárias, bem como os desafios logísticos para chegar a uma unidade sanitária no mais curto espaço de tempo possível. No entanto, os resultados destacam várias necessidades de serviços de saúde após o parto. A probabilidade de uma criança ter um cartão de saúde parece ter aumentado em 15 por cento nos agregados familiares tratados em comparação com os agregados familiares comparados. À semelhança das consultas de cuidados pré-natais, as consultas de monitorização do crescimento após o nascimento aumentaram nos agregados familiares tratados em comparação com os agregados familiares comparados.

Outros investimentos em cuidados preventivos, tais como suplementos de vitamina A e medicamentos para desparasitação, também aumentaram cerca de 12 por cento e 14 por cento, respectivamente, nos agregados familiares tratados em comparação com os agregados familiares comparados. Por último, a incidência de doenças comuns como a diarreia, a febre e a tosse não mostrou qualquer variação estatisticamente significativa entre os agregados familiares tratados e os agregados familiares comparados, desde a linha de base até à avaliação final.

A análise do QuIP é consistente com estas conclusões, sugerindo que as práticas de cuidados de saúde melhoraram em geral como resultado das transferências sociais monetárias; no entanto, os dados são ambíguos em termos de tratamentos específicos e a quem os tratamentos foram fornecidos. Como demonstra a Figura 3.5, 10 beneficiários afirmaram que o acesso às transferências sociais monetárias melhorou o seu acesso a tratamentos médicos. Mais especificamente, a capacidade de comprar medicamentos ou de pagar tratamentos foi frequentemente um resultado directo do acesso às transferências sociais monetárias;

"Na doença, no consultório do médico, o enfermeiro pede dinheiro à pessoa que tratou [e] nós tiramos desse dinheiro [transferências sociais monetárias]." BCIDI1M

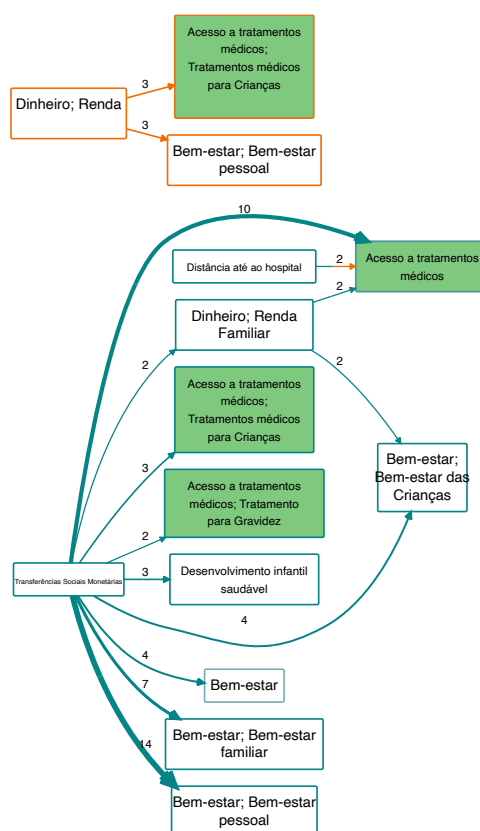
"Dão-lhes uma receita no hospital, eles [os beneficiários] levam esse dinheiro com o qual podem comprar medicamentos. Isto aqui é o que está a melhorar na casa do patrão." MMIDI5M

Em termos de cuidados médicos pré-natais, os resultados do QuIP encontraram poucas declarações causais directas, com apenas três inquiridos a afirmarem que o acesso a tratamentos médicos para crianças tinha melhorado e dois inquiridos a afirmarem ter melhorado os tratamentos durante a gravidez.

Afirmando que as transferências sociais monetárias geralmente facilitam o transporte das crianças para o hospital, um inquirido disse;

“Penso que [as transferências sociais monetárias] estão a facilitar-nos o trabalho [e] a doença. Quando uma criança está doente, é só levá-la lá, ir ao hospital – facilita, está a facilitar.” BCIDI1M

Figura 3.5: Impacto do programa no acesso a tratamentos médicos



3.2.3. Imunização

Tal como observado na procura de serviços de cuidados de saúde pré-natais e pós-natais na subsecção anterior, também podem ser observadas tendências semelhantes para a procura de imunização. A posse e a disponibilidade do cartão de vacinação aumentaram para os bebés dos agregados familiares tratados em comparação com os dos agregados familiares comparados (ver Tabela 3.7). Para maior precisão, o estado de vacinação para cada tipo de vacina foi registado directamente a partir da vacinação.¹¹ Houve melhorias em todos os tipos de vacinação, excepto na quarta dose de Poliomielite e Sarampo. O número de bebés que receberam o calendário completo de vacinação aumentou em 18 por cento para os bebés em agregados familiares tratados.

¹¹ Para além de registar o estado de vacinação a partir do cartão de vacinação das crianças como fonte preferencial, a informação é depois captada por fotografia, que é armazenada de forma segura. A captação das informações permitiu a validação cruzada para garantir a exatidão dos dados.

Tabela 3.7: Correlações e impacto do programa na taxa de imunização (12 – 23 meses)

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
Propriedade do cartão de vacinação	0.263*** (0.01)	0.264*** (0.01)	0.125*** (0.04)	0.116*** (0.02)	0.116*** (0.02)
Disponibilidade do cartão de vacinação (visto)	0.123*** (0.01)	0.122*** (0.01)	0.046 (0.03)	0.048*** (0.02)	0.048*** (0.02)
BCG	0.140*** (0.03)	0.147*** (0.03)	0.165** (0.07)	0.208** (0.08)	0.208** (0.08)
Poliomielite 1	0.152*** (0.03)	0.159*** (0.03)	0.165** (0.07)	0.168* (0.09)	0.168* (0.09)
Poliomielite 2	0.156*** (0.03)	0.162*** (0.03)	0.239*** (0.06)	0.202** (0.09)	0.202** (0.09)
Poliomielite 3	0.165*** (0.03)	0.172*** (0.03)	0.210*** (0.06)	0.199** (0.08)	0.199** (0.08)
Poliomielite 4	0.150*** (0.03)	0.157*** (0.03)	0.157** (0.06)	0.108 (0.08)	0.108 (0.08)
Pentavalente 1	0.133*** (0.03)	0.142*** (0.03)	0.153** (0.06)	0.199** (0.08)	0.199** (0.08)
Pentavalente 2	0.131*** (0.03)	0.139*** (0.03)	0.196*** (0.06)	0.224*** (0.08)	0.224*** (0.08)
Pentavalente 3	0.123*** (0.03)	0.132*** (0.03)	0.180*** (0.05)	0.184** (0.08)	0.184** (0.08)
Sarampo	0.115*** (0.03)	0.115*** (0.03)	0.123* (0.07)	0.126 (0.08)	0.126 (0.08)
Recebeu 2 doses de Rotavírus	0.099*** (0.02)	0.103*** (0.02)	0.190*** (0.05)	0.184** (0.08)	0.184** (0.08)
Recebeu 3 doses da vacina conjugada pneumocócica	0.097*** (0.03)	0.102*** (0.03)	0.177*** (0.06)	0.230*** (0.08)	0.230*** (0.08)
Recebeu todas as vacinas	0.109*** (0.03)	0.113*** (0.03)	0.210*** (0.05)	0.177** (0.08)	0.177** (0.08)
N	1,326	1,326	1,326	526	526

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

3.2.4. Desenvolvimento infantil e disciplina

As Tabelas 3.8 e 3.9 apresentam os resultados dos indicadores de desenvolvimento infantil e de disciplina, respectivamente. O instrumento de inquérito quantitativo permitiu obter informações sobre actividades de desenvolvimento infantil, como ler livros para a criança, contar histórias, cantar canções, passear com a criança fora de casa, brincar com a criança e realizar actividades aritméticas simples, como contar objectos e desenhar. Estas actividades têm o potencial de estimular o desenvolvimento da criança. Os resultados da Tabela 3.8 não revelam alterações estatisticamente significativas nos indicadores de desenvolvimento infantil entre as crianças dos agregados familiares tratados e os dos agregados familiares comparados, desde a linha de base até à avaliação final.

Tabela 3.8: Correlações e impacto do programa no desenvolvimento infantil (0-59 meses)

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
Número de actividades com a mãe (se a mãe biológica viver com a criança)	-0.011 (0.06)	0.001 (0.06)	-0.248 (0.19)	-0.178 (0.13)	-0.178 (0.13)
Número de actividades com o pai (se o pai biológico viver com a criança)	0.050 (0.05)	0.043 (0.05)	0.031 (0.12)	0.073 (0.09)	0.073 (0.09)
Número de actividades com outro membro adulto do agregado familiar	0.208*** (0.04)	0.203*** (0.04)	-0.060 (0.14)	-0.056 (0.08)	-0.056 (0.08)
4+ actividades com um membro adulto do agregado familiar	0.018 (0.01)	0.020 (0.01)	-0.055 (0.04)	-0.044* (0.02)	-0.044* (0.02)
1+ actividades com a mãe	0.007 (0.01)	0.010 (0.01)	-0.039 (0.04)	-0.029 (0.03)	-0.029 (0.03)
1+ actividades com o pai	0.003 (0.01)	0.004 (0.01)	0.017 (0.03)	0.015 (0.02)	0.015 (0.02)
N	4,992	4,992	4,992	5,138	5,138

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

Tabela 3.9: Correlações e impacto do programa na disciplina infantil (0-59 meses)

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
Agressão psicológica	0.033** (0.01)	0.033** (0.01)	0.011 (0.03)	0.017 (0.03)	0.017 (0.03)
Castigos físicos	0.004 (0.02)	0.004 (0.02)	0.010 (0.04)	0.009 (0.03)	0.009 (0.03)
Qualquer disciplina violenta	0.037** (0.02)	0.036** (0.02)	0.017 (0.04)	0.029 (0.04)	0.029 (0.04)
Qualquer disciplina não violenta	0.018 (0.02)	0.024 (0.02)	-0.005 (0.04)	-0.029 (0.04)	-0.029 (0.04)
N	2,807	2,807	2,807	1,810	1,810

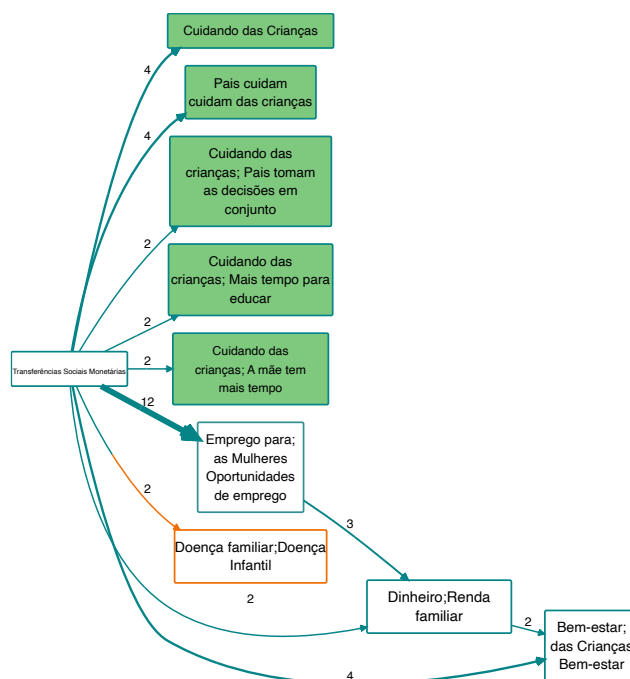
Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

À semelhança dos resultados quantitativos, o QuIP encontrou poucas evidências causais de que as transferências sociais monetárias produziram mudanças na disciplina infantil e nas práticas de prestação de cuidados. Os beneficiários alegaram que as normas culturais de parentalidade e prestação de cuidados tinham estabelecido há muito tempo estas práticas como enraizadas na comunidade, e que havia pouca necessidade ou desejo de as mudar.

"Há muito tempo que não há diferenças. Quem toma conta da criança é a Laura [a inquirida]. O pai anda muito a pé, quem conhece a criança é a Laura. É a Laura que toma conta, é a Laura que dá banho, é a Laura que leva a criança à escola." BCIDI5F, S: 493

Como a Figura 3.6 indica, com números baixos de fontes, poucos inquiridos afirmaram que as transferências sociais monetárias tinham tido um impacto positivo nas práticas de prestação de cuidados e de disciplina infantil nos seus agregados familiares.

Figura 3.6: Correlações e impacto do programa nas práticas de prestação de cuidados às crianças (0-59 meses)



3.2.5. Práticas de alimentação infantil e dieta

A Tabela 3.10 mostra as correlações e o impacto do programa nas práticas alimentares e na dieta das crianças. Os vários alimentos consumidos são classificados em sete grandes grupos alimentares com base na sua componente nutricional. O consumo do grupo de alimentos à base de hidratos de carbono – cereais, raízes e tubérculos – aumentou cerca de 18 por cento para as crianças das famílias beneficiárias. As leguminosas e os frutos secos também parecem ter aumentado em 12 por cento, enquanto o consumo de lacticínios não parece ter sofrido alterações. O consumo de carne, peixe, aves de capoeira, fígado/órgãos e ovos por parte das crianças dos agregados familiares beneficiários aumentou 24 por cento e 12 por cento, respectivamente, em comparação com os dos agregados familiares comparados. O consumo de frutas e legumes ricos em vitamina A, bem como de outras frutas e legumes, também aumentou em cerca de 10 por cento cada. Por último, não se registou qualquer diferença no aleitamento materno contínuo de crianças entre os 6 e os 23 meses em agregados familiares beneficiários e não beneficiários.

Tabela 3.10: Correlações e impacto do programa nas práticas alimentares e dietas das crianças (6-59 meses)

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
Grupo Alimentar 1: Grãos, raízes e tubérculos	0.143*** (0.01)	0.144*** (0.01)	0.161*** (0.05)	0.180*** (0.03)	0.180*** (0.03)
Grupo Alimentar 2: Leguminosas e frutos secos	0.069*** (0.01)	0.069*** (0.01)	0.116*** (0.03)	0.119*** (0.03)	0.119*** (0.03)
Grupo Alimentar 3: Produtos lácteos (leite, iogurte, queijo)	0.024* (0.01)	0.026** (0.01)	0.023 (0.03)	0.037 (0.03)	0.037 (0.03)
Grupo Alimentar 4: Alimentos frescos (carne, peixe, aves de capoeira, fígado/carnes orgânicas)	0.166*** (0.02)	0.165*** (0.02)	0.239*** (0.04)	0.241*** (0.03)	0.241*** (0.03)
Grupo Alimentar 5: Ovos	0.086*** (0.01)	0.085*** (0.01)	0.122*** (0.03)	0.120*** (0.02)	0.120*** (0.02)
Grupo Alimentar 6: Frutos e legumes ricos em vitamina A	0.067*** (0.01)	0.067*** (0.01)	0.089* (0.05)	0.096*** (0.03)	0.096*** (0.03)
Grupo Alimentar 7: Outros frutos e produtos hortícolas	0.053*** (0.01)	0.053*** (0.01)	0.106*** (0.04)	0.107*** (0.03)	0.107*** (0.03)
Crianças de 6-23 meses ainda a mamar	-0.006 (0.01)	-0.005 (0.01)	0.021 (0.03)	0.015 (0.03)	0.015 (0.03)
Diversidade alimentar mínima: 6-23 meses	0.113*** (0.02)	0.113*** (0.02)	0.131*** (0.05)	0.073 (0.07)	0.073 (0.07)
Diversidade alimentar mínima: todas as crianças a partir dos 6 meses	0.137*** (0.01)	0.136*** (0.01)	0.172*** (0.04)	0.187*** (0.03)	0.187*** (0.03)
Frequência mínima das refeições: crianças 6-23 meses	0.084*** (0.02)	0.083*** (0.02)	0.097** (0.04)	0.048 (0.05)	0.048 (0.05)
Frequência mínima das refeições: todas as crianças a partir dos 6 meses	0.034*** (0.01)	0.034*** (0.01)	0.032 (0.03)	0.024 (0.02)	0.024 (0.02)

Dieta mínima aceitável: crianças 6-23 meses	0.044***	0.045***	0.053***	0.039*	0.039*
	(0.01)	(0.01)	(0.02)	(0.02)	(0.02)
Dieta mínima aceitável: crianças a partir dos 6 meses	0.021***	0.021***	0.020**	0.022**	0.022**
	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.01)
N	4,259	4,259	4,259	3,828	3,828

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

Três indicadores, diversidade alimentar mínima, frequência mínima de refeições e dieta mínima aceitável, são derivados dos grupos de alimentos e da informação sobre aleitamento materno. A diversidade mínima da dieta não melhorou para as crianças entre os 6-23 meses. No entanto, o alargamento do grupo etário para abranger as crianças entre os 6 e os 59 meses mostrou melhorias na diversidade da dieta. Relativamente à frequência mínima das refeições, não se registou qualquer impacto tanto nas crianças de 6-23 meses como nas de 6-59 meses. A dieta mínima aceitável registou uma melhoria marginal nas crianças entre os 6 e os 23 meses e nas crianças entre os 6 e os 59 meses.

Os resultados do QuIP, por outro lado, fornecem fortes indicações de que as crianças estão a consumir mais grupos de alimentos como resultado do acesso dos agregados familiares às transferências sociais monetárias. A Figura 3.7 mostra fortes ligações causais entre cinco factores: diversidade das fontes alimentares das crianças, consumo alimentar das crianças, consumo alimentar dos bebés, consumo alimentar durante a gravidez, diversidade dos grupos alimentares consumidos e consumo alimentar geral do agregado familiar. Cada um destes factores fornece fortes indícios de que o acesso às transferências sociais monetárias teve um impacto positivo na diversidade e na quantidade total de alimentos consumidos nos níveis de consumo alimentar dos bebés, das crianças e das mães grávidas.

As entrevistas realizadas no âmbito da componente de avaliação de processo também observaram que os beneficiários, parceiros dos beneficiários e informantes-chave locais na maioria dos locais de estudo afirmaram que as transferências sociais monetárias eram frequentemente utilizadas para comprar alimentos e fornecer refeições nutritivas às crianças. Nos grupos de discussão, as mulheres e os homens que prestam cuidados mencionaram o leite, as verduras, o óleo e os cereais, como a soja e o arroz, entre os tipos de alimentos comprados depois de receberem as transferências sociais monetárias.

Como afirmou um dos inquiridos:

"Porque compra coisas boas para lhes dar de comer, [como] óleo. Óleo bom que a pessoa pode consumir, para que as crianças gostem de comer [e] se alimentem bem." MMIDI7F, S: 588

A menção ao óleo foi feita várias vezes pelos inquiridos no estudo QuIP e durante os grupos focais e entrevistas com os beneficiários para a componente de avaliação de processo. Os resultados indicaram

que o óleo é um ingrediente chave tanto em termos de resultados para a saúde, como para elevar o sabor dos vários alimentos e pratos consumidos pelos membros do agregado familiar. Como resultado de refeições mais saborosas, o consumo geral de alimentos foi melhorado.

"Porque antigamente a comida não tinha sabor, agora a comida atual tem sabor porque foi cozinhada com óleo e outros produtos." MMIDI3F, S: 113

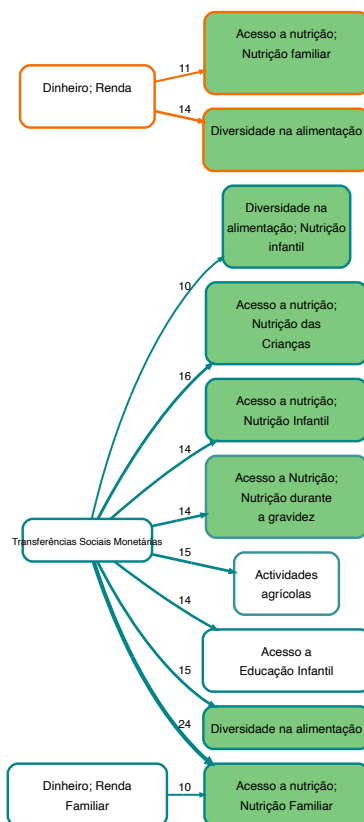
Em contrapartida, os inquiridos afirmaram que a falta de rendimentos, ou o período anterior à intervenção, se caracterizava frequentemente por uma diversidade alimentar reduzida e uma menor ingestão de alimentos. Isto reflectia-se no facto de os inquiridos afirmarem que muitas vezes comiam apenas uma refeição por dia, sendo essa refeição frequentemente limitada a uma tigela de mandioca ou a uma refeição de funge. A dieta restritiva teve resultados importantes para os cuidadores, alguns dos quais afirmaram que mesmo os bebés se contentavam ocasionalmente em comer apenas funge durante longos períodos:

"Era diferente, porque mesmo antes, o bebé era obrigado a comer funge." BCDIDI3M

Outros afirmaram que as dietas restritivas tinham consequências negativas para a saúde;

"Não tínhamos forma de arranjar algum dinheiro ou de ter o dinheiro que temos agora; sofriamos, comíamos mal. Às vezes não está muito saudável e está doente, a coisa que se vai comer também é má, então é sempre sofrimento. Actualmente, com este dinheiro que nos está a ajudar, compramos qualquer coisa assim que podemos para nos dar saúde..." MMIDI3M

Figura 3.7: Impacto nas Práticas Alimentares das Crianças, antes e depois das transferências sociais monetárias



4. Impacto das transferências sociais monetárias nos agregados familiares

Principais conclusões

1. O programa aumentou os bens dos agregados familiares. Do mesmo modo, as compras mensais dos agregados familiares aumentaram, tendo as compras de vestuário e calçado aumentado 44 e 55 pontos percentuais para os agregados familiares beneficiários em comparação com os agregados familiares não beneficiários. A análise qualitativa apoia estas conclusões, uma vez que mostra uma relação causal directa entre receber transferências monetárias e investimentos em vestuário, roupa de cama e, em menor grau, produtos de higiene como o sabão.
2. As transferências monetárias melhoraram as actividades económicas dos agregados familiares. A percentagem de agregados familiares com gado aumentou em 14,2 por cento nos agregados familiares tratados, e também foram registadas melhorias no número de culturas cultivadas e na propriedade de terras para cultivo. As entrevistas qualitativas apontam para resultados semelhantes e também para uma melhor diversificação das culturas dos beneficiários em resultado do acesso às transferências monetárias. A análise causal demonstra ainda uma ligação entre o aumento das actividades agrícolas e a geração de rendimentos, o que resulta numa melhoria do consumo alimentar das famílias.
3. Vários indicadores de segurança alimentar e de ingestão de alimentos melhoraram nos agregados familiares tratados, com o número de refeições por dia a aumentar em 24 por cento e, enquanto a ansiedade sobre a falta de alimentos diminuiu em 14,7 por cento em comparação com os agregados familiares não beneficiários. A análise qualitativa causal apoia estas conclusões, com a maioria dos inquiridos a afirmar que o consumo de alimentos é mais diversificado e que o consumo de alimentos aumenta de um modo geral. A análise também mostra que tanto o consumo alimentar como a diversidade alimentar eram menores antes de se tornarem beneficiários do programa.

4.1. Bens do agregado familiar

A Tabela 4.1 apresenta as correlações e o impacto do programa na acumulação de bens dos agregados familiares. Os resultados mostram que o número de bens aumentou significativamente para os agregados familiares tratados em comparação com os agregados familiares de comparação. Isto também se reflecte no índice de bens do agregado familiar – construído por análise de componentes principais – que parece ter aumentado em 36 por cento para os agregados familiares tratados em comparação com os agregados familiares comparados. Em termos de bens específicos, três itens registaram melhorias positivas e estatisticamente significativas. A posse de telefone, rádio e motocicleta melhorou 12,8, 26,5 e 8,6 pontos percentuais, respectivamente. Outros bens remanescentes não registaram melhorias estatísticas consistentes.

Tabela 4.1: Correlações e Impacto do Programa na Acumulação de Bens das Famílias

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
Número de bens	0.303*** (0.03)	0.302*** (0.03)	0.610*** (0.06)	0.594*** (0.05)	0.594*** (0.05)
Índice de bens	0.174*** (0.02)	0.174*** (0.02)	0.365*** (0.04)	0.356*** (0.03)	0.356*** (0.03)
Telefone	0.073*** (0.01)	0.075*** (0.01)	0.133*** (0.03)	0.128*** (0.02)	0.128*** (0.02)
Rádio	0.128*** (0.01)	0.128*** (0.01)	0.268*** (0.03)	0.265*** (0.02)	0.265*** (0.02)
Motocicleta	0.059*** (0.01)	0.059*** (0.01)	0.088*** (0.02)	0.086*** (0.02)	0.086*** (0.02)
Frigorífico	-0.001 (0.00)	-0.001 (0.00)	0.002 (0.00)	0.004 (0.00)	0.004 (0.00)
Computador	-0.000 (0.00)	-0.000 (0.00)	0.007** (0.00)	0.007*** (0.00)	0.007*** (0.00)
Bicicleta	0.010** (0.00)	0.010** (0.00)	0.012* (0.01)	0.012 (0.01)	0.012 (0.01)
Carrinho	-0.003* (0.00)	-0.003* (0.00)	0.001 (0.00)	-0.001 (0.00)	-0.001 (0.00)
Rede de pesca	0.000 (0.00)	0.000 (0.00)	0.012** (0.01)	0.010 (0.01)	0.010 (0.01)
N	5,026	5,026	5,026	5,172	5,172

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

4.2. Actividades económicas do agregado familiar

A Tabela 4.2 apresenta as correlações e o impacto nas actividades económicas dos agregados familiares, que incluem o gado, a agricultura e as empresas não agrícolas. A percentagem de agregados familiares que tinham gado aumentou em 14,2 pontos percentuais para os agregados familiares tratados em comparação com os agregados familiares de comparação entre a linha de base e a avaliação final. No entanto, não se registou qualquer melhoria no número de animais detidos, medido em unidades de gado tropical padronizadas. Da mesma forma, o número de agregados familiares que tinham terra para cultivo aumentou 5,4 pontos percentuais para os beneficiários do programa em comparação com os não beneficiários. O número de culturas cultivadas aumentou 18,3 pontos percentuais para as famílias beneficiárias em comparação com as famílias não beneficiárias. No entanto, a diversificação das culturas em termos de diferentes categorias de culturas manteve-se inalterada entre os agregados familiares beneficiários e não beneficiários.

Tabela 4.2: Correlações e Impacto do Programa nas Actividades Económicas das Famílias

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
O agregado familiar possui gado	0.110*** (0.01)	0.108*** (0.01)	0.144*** (0.03)	0.142*** (0.02)	0.142*** (0.02)
Número de animais detidos em unidades de pecuária tropical	0.042 (0.06)	0.046 (0.06)	-0.048 (0.24)	0.050 (0.23)	0.050 (0.23)
Possui terras para cultivo	0.062*** (0.01)	0.062*** (0.01)	0.056** (0.02)	0.054*** (0.02)	0.054*** (0.02)
Número de culturas cultivadas	0.205*** (0.03)	0.209*** (0.03)	0.181* (0.10)	0.183*** (0.07)	0.183*** (0.07)
Diversificação das culturas – pelo menos duas categorias de culturas diferentes	0.072*** (0.01)	0.073*** (0.01)	0.039 (0.04)	0.039 (0.03)	0.039 (0.03)
Comércio de serviços (por exemplo, alfaiate, carpinteiro, barbeiro, etc.) propriedade/ exploração do agregado familiar	0.055*** (0.01)	0.056*** (0.01)	0.093*** (0.02)	0.099*** (0.02)	0.099*** (0.02)
O agregado familiar transformou e vendeu quaisquer subprodutos agrícolas, carne e peixe	0.048*** (0.01)	0.048*** (0.01)	0.059** (0.03)	0.058*** (0.02)	0.058*** (0.02)
Outro comércio não agrícola detido/explorado pelo agregado familiar, incluindo mercado de rua	0.074*** (0.01)	0.075*** (0.01)	0.106*** (0.02)	0.113*** (0.02)	0.113*** (0.02)
N	5,026	5,026	5,026	5,172	5,172

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

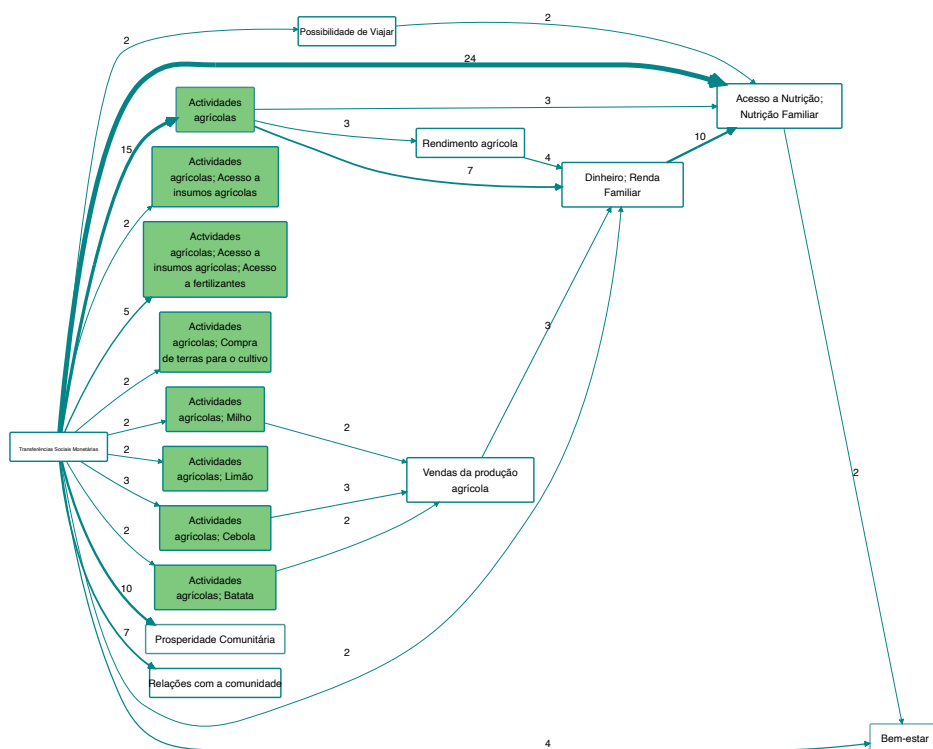
Além disso, os agregados familiares beneficiários relataram uma melhoria consistente nas actividades empresariais não agrícolas em comparação com os agregados familiares não beneficiários. A percentagem de agregados familiares que possuíam ou exploravam actividades de serviços como alfaiate, carpintaria, cabeleireiro, entre outros,

aumentou cerca de 10 por cento para os agregados familiares beneficiários em comparação com os agregados familiares não beneficiários. Do mesmo modo, o número de agregados familiares beneficiários que exerciam outras actividades comerciais não agrícolas, como o mercado de rua, aumentou 11,3 por cento para os agregados familiares beneficiários. Por último, os agregados familiares beneficiários eram também mais susceptíveis de transformar e vender produtos agrícolas, como carne e peixe, do que os agregados familiares não beneficiários.

Como indica a Figura 4.1, a análise causal indica igualmente que as transferências sociais monetárias tiveram impacto numa série de práticas agrícolas. Em geral, os beneficiários puderam utilizar as transferências sociais monetárias para plantar novas culturas cultiváveis, tais como cebolas, batatas, limas e milho, e melhoraram a capacidade de aceder a fertilizantes e outros insumos agrícolas. De uma forma mais geral, 15 inquiridos sugeriram que as transferências sociais monetárias tinham, em geral, melhorado as suas actividades agrícolas. Um resultado importante destas melhorias é que os inquiridos associaram estas actividades agrícolas a rendimentos mais elevados e a um aumento das vendas de produtos agrícolas, sugerindo que as transferências sociais monetárias podem estar causalmente ligadas a aumentos nas actividades geradoras de rendimento e, consequentemente, no rendimento do agregado familiar.

"Porque a partir daí, a partir desse projecto, pude comprar mais insumos agrícolas que aumentaram a minha produção e a partir daí posso tirar uma parte para vender e posso comprar outros bens que não podia ter e comprar também outros, posso fazer trocas." BCIDI4M

Figura 4.1: Correlações e Impacto do Programa nas Actividades Económicas das Famílias



Estes resultados estão igualmente ligados à nutrição das famílias, com a diversidade de plantas cultivadas e o aumento das actividades agrícolas a desempenharem um papel importante no fornecimento de uma gama mais vasta de fontes alimentares para consumo.

4.3. Segurança alimentar do agregado familiar e consumo de alimentos

Um dos principais objectivos do programa é avaliar a eficácia da Transferência Social Monetária para satisfazer as necessidades básicas da população-alvo. A Tabela 4.3 apresenta a avaliação do programa sobre a segurança alimentar e o consumo de alimentos a nível do agregado familiar. Em resumo, várias medidas de segurança alimentar e indicadores de consumo alimentar melhoraram entre a linha de base e a avaliação final. O número de refeições por dia aumentou em 24 por cento para os agregados familiares beneficiários em comparação com os agregados familiares não beneficiários. A melhoria no número de refeições por dia consumidas reflectiu-se noutras dimensões da segurança alimentar. Por exemplo, os agregados familiares que se preocupavam com a falta de alimentos ou que não tinham comida durante um dia inteiro diminuíram 14,7 e 12,2 pontos percentuais, respectivamente. Além disso, os indicadores de segurança alimentar baseados na experiência – escala de experiência de insegurança alimentar e escala de fome no agregado familiar – que resumem vários aspectos da insegurança alimentar, corroboram as conclusões sobre a melhoria da segurança alimentar (ver T. Ballard et al. 2011; e T. J. Ballard, Kepple, e Cafiero 2013 para orientações técnicas sobre os indicadores acima mencionados). Os agregados familiares beneficiários relataram melhorias na escala de experiência de insegurança alimentar e na escala de fome do agregado familiar em comparação com os agregados familiares não beneficiários.

Tabela 4.3: Correlações e Impacto do Programa na Segurança alimentar do Agregado Familiar

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
Número de refeições por dia	0.219*** (0.01)	0.220*** (0.01)	0.240*** (0.03)	0.239*** (0.02)	0.239*** (0.02)
Preocupado com a falta de comida, últimas 4 semanas	-0.100*** (0.01)	-0.099*** (0.01)	-0.156*** (0.04)	-0.147*** (0.02)	-0.147*** (0.02)
Ficou sem comer durante um dia, nas últimas 4 semanas	-0.166*** (0.01)	-0.166*** (0.01)	-0.127*** (0.04)	-0.122*** (0.03)	-0.122*** (0.03)
Escala de experiência de insegurança alimentar	-1.061*** (0.09)	-1.062*** (0.09)	-1.150*** (0.26)	-1.139*** (0.17)	-1.139*** (0.17)
Escala de fome do agregado familiar	-0.486*** (0.04)	-0.488*** (0.04)	-0.394*** (0.12)	-0.382*** (0.07)	-0.382*** (0.07)
Grãos e cereais (grama/semana/per capita)	254.821*** (69.99)	251.484*** (66.22)	1,263.439*** (214.68)	1,260.305*** (133.81)	1,260.305*** (133.81)
Raízes e tubérculos (grama/semana/per capita)	18.382 (13.98)	21.076 (14.65)	107.403*** (33.34)	105.821*** (26.06)	105.821*** (26.06)

Legumes (grama/ semana/per capita)	-4.074	-2.127	126.174**	128.141***	128.141***
	(16.69)	(15.24)	(50.85)	(31.12)	(31.12)
Frutos (grama/ semana/per capita)	-269.397	-269.595	-619.274	-584.258	-584.258
	(241.49)	(270.91)	(490.82)	(506.15)	(506.15)
Carnes (grama/ semana/per capita)	703.899	650.907	1,362.368	1,348.223	1,348.223
	(449.34)	(535.92)	(854.88)	(850.47)	(850.47)
Ovos (grama/semana/ per capita)	0.042***	0.042***	0.059***	0.059***	0.059***
	(0.01)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.01)
Peixe e marisco (grama/ semana/per capita)	176.584***	173.888***	517.255***	520.454***	520.454***
	(31.84)	(29.27)	(92.79)	(59.86)	(59.86)
Leguminosas, legumes e frutos de casca rija (grama/ semana/per capita)	47.357	47.616	142.109	178.375**	178.375**
	(42.26)	(50.05)	(99.61)	(88.64)	(88.64)
Leite e produtos lácteos (grama/semana/per capita)	65.715	66.756	271.950	269.928	269.928
	(190.02)	(202.63)	(407.00)	(325.72)	(325.72)
Açúcar (grama/ semana/per capita)	87.146***	83.186**	262.124***	265.582***	265.582***
	(33.28)	(32.32)	(76.14)	(64.37)	(64.37)
Óleos e gorduras (grama/ semana/per capita)	86.930***	88.645***	298.944***	297.520***	297.520***
	(16.78)	(16.02)	(45.71)	(30.97)	(30.97)
Índice de Diversidade Alimentar do Agregado Familiar	0.967***	0.969***	2.962***	2.990***	2.990***
	(0.07)	(0.08)	(0.21)	(0.13)	(0.13)
Índice de Berry	0.039***	0.039***	0.123***	0.127***	0.127***
	(0.01)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.01)
Índice de Diversidade Alimentar Saudável – FCSBI	0.028***	0.028***	0.048***	0.049***	0.049***
	(0.00)	(0.00)	(0.01)	(0.01)	(0.01)
N	4,698	4,698	4,698	4,518	4,518

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores de referência: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, choques climáticos e ambientais (secas, inundações, ciclones), choques agrícolas e pecuários, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, sexo do cuidador, estado civil do cuidador, sexo do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentou a escola.

Complementamos a análise de segurança alimentar com ingestão de alimentos utilizando informação detalhada sobre o consumo alimentar recolhida durante a recolha de dados. Todos os vários itens alimentares são agrupados nos seguintes macro grupos alimentares: grãos e cereais; raízes e tubérculos; vegetais; frutas; carnes; ovos; peixe e marisco; legumes, leguminosas e nozes; leite e produtos lácteos; açúcar, óleos e gorduras; e diversos que reúnem outros itens alimentares (ver Tabela 4.3). Três indicadores são calculados a partir destes grupos de alimentos para captar o consumo alimentar do agregado familiar. O primeiro indicador, o Índice de Diversidade Alimentar do Agregado Familiar (HDDS), conta o número de grupos alimentares distintos consumidos pelo agregado familiar. O HDDS para um representante pode ser expresso como:

$$HDDS_h = \sum fg$$

Os resultados da Tabela 5.3 mostram que os agregados familiares beneficiários têm mais probabilidades de registar um aumento do número de grupos de alimentos consumidos em cerca de três unidades do que os agregados familiares não beneficiários. Embora o HDDS tenha registado uma melhoria na diversidade dos grupos de alimentos consumidos pelas famílias, não considera as quantidades relativas dos grupos de alimentos. Para ultrapassar esta limitação, complementamos o HDDS com o Índice de Berry, que considera a quantidade real de alimentos consumidos em cada categoria de grupo alimentar. O Índice de Berry para um agregado familiar representativo pode ser expresso como:

$$BI_h = 1 - \sum s_i^2$$

em que s_i é a parte do grupo de géneros alimentícios i na quantidade total de alimentos consumidos por um agregado familiar. O índice de Berry capta assim o peso relativo de cada grupo alimentar numa escala normalizada entre 0 e 1. Se o índice de Berry for igual a zero, indica que o agregado familiar consome apenas um grupo alimentar. Os resultados da Tabela 4.3 mostram que o índice de Berry também aumentou para os agregados familiares beneficiários em cerca de 12,7 por cento em comparação com os agregados familiares não beneficiários.

Por último, embora o índice de Berry melhore o HDDS, não tem em conta o valor nutricional de cada grupo de alimentos. Exploramos a informação sobre o conteúdo nutricional de cada grupo de alimentos, tal como validado no indicador de consumo alimentar do Programa Alimentar Mundial (PAM), para propor um Índice de Diversidade Alimentar Saudável (HFDI). O HFDI pode ser expresso como:

$$HFDI_h = \left(1 - \sum s_i^2\right)nv_h$$

em que nv é o valor nutricional da composição de cada grupo de alimentos. Tal como o Índice de Berry, o HFDI varia entre 0 e 1. Os resultados do indicador na Tabela 4.3 mostram que a pontuação da diversidade alimentar nutricional aumentou 5 por cento para as famílias beneficiárias em comparação com as famílias não beneficiárias.

Consistente com os resultados quantitativos acima referidos, os resultados da pesquisa do QuIP indicam que houve uma diversificação importante nos tipos de alimentos a que os agregados familiares dos beneficiários têm acesso e consomem. A Figura 4.2 mostra um mapa causal em que os inquiridos fornecem evidências quanto aos tipos de alimentos a que têm acesso como consequência causal directa das transferências sociais

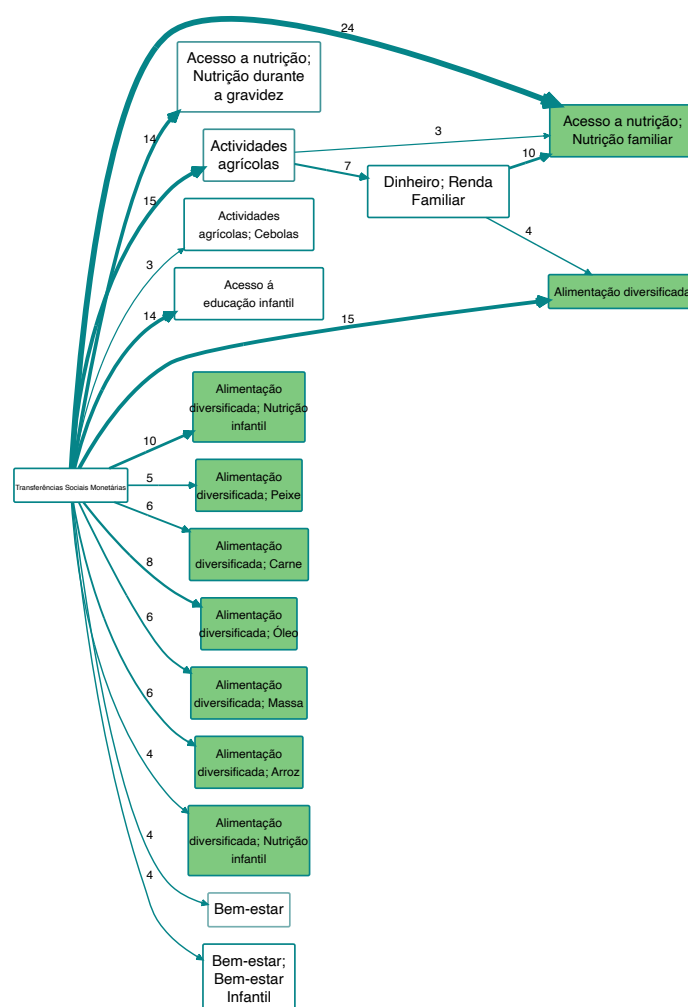
monetárias. Estes incluem carnes, óleo, arroz, massas e peixe. Além disso, 15 inquiridos não indicaram nenhum tipo específico de fonte alimentar, mas comentaram de forma geral que tinham acesso a grupos alimentares mais vastos em resultado do acesso às transferências sociais monetárias.

"O governo conseguiu trazer este montante, o que está a facilitar muito as coisas, porque houve uma altura em que só comiam soba, mas agora podem comprar frango, óleo, etc." MMIDI5F

14 inquiridos sugeriram que a diversidade das fontes alimentares era especialmente importante na dieta das crianças e dos bebés. Afirmando que:

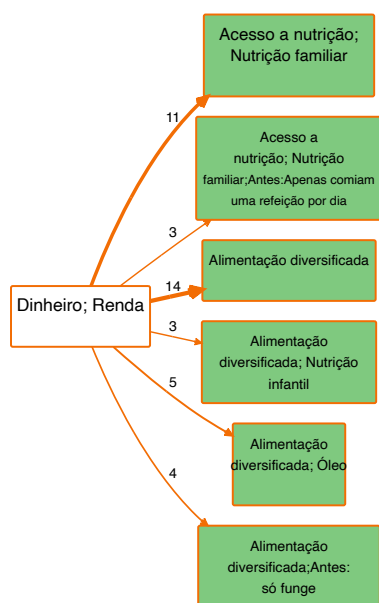
"Agora elas [as crianças] estão bem. Agora, os alimentos que não podiam comer antes estão a comer. Antes não podíamos comprar peixe, carne – não podíamos comprar coisas que eram caras." UMIDI6F

Figura 4.2: Impacto do Programa na Segurança Alimentar do Agregado Familiar



Por outro lado, as declarações feitas pelos inquiridos referentes ao seu consumo de alimentos antes de receberem as transferências sociais monetárias indicam uma falta definitiva de diversidade no consumo de alimentos e uma capacidade geralmente baixa de ter acesso a fontes de alimentos. A Figura 4.3 abaixo representa as alegações das causas dos inquiridos, nas quais os beneficiários referem as causas da falta de rendimento antes da inscrição no programa de transferência social monetária.

Figura 4.3: Segurança alimentar do agregado familiar antes das transferências sociais monetárias



4.4. Compras mensais

A Tabela 4.4 apresenta as correlações e o impacto do programa nas grandes compras não frequentes dos agregados familiares. Os agregados familiares beneficiários são mais propensos a declarar compras de tecidos ou têxteis, que aumentaram 40 por cento em comparação com os agregados familiares não beneficiários. Da mesma forma, as compras de vestuário e calçado também aumentaram em 44 por cento e 55 por cento, respectivamente, para os agregados familiares beneficiários em comparação com os agregados familiares não beneficiários. Além disso, também se registou uma melhoria nas compras de mosquiteiros, detergentes e sabões para os agregados familiares beneficiários, o que pode contribuir para práticas preventivas positivas em matéria de saúde.

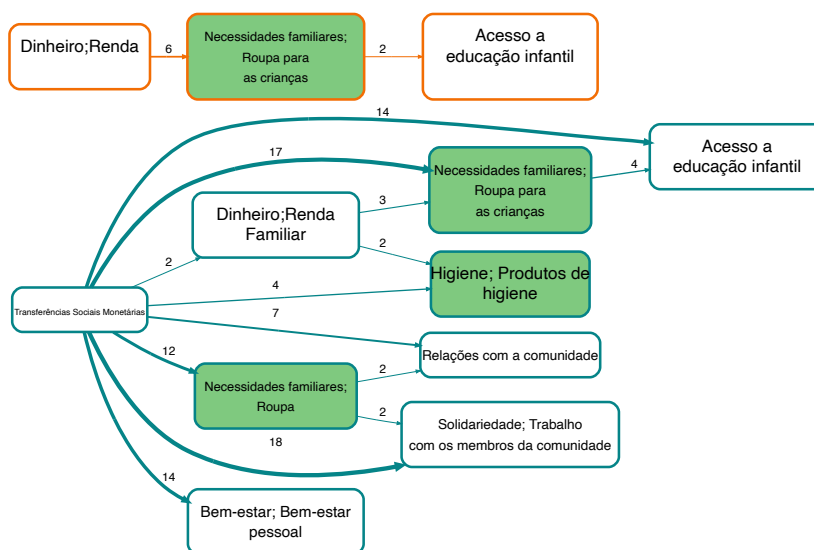
Tabela 4.4: Correlações e Impacto do Programa das Grandes Compras do Agregado Familiar

Variável Dependente	MOO Agrupado	MOO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
Tecidos e têxteis	0.206*** (0.01)	0.207*** (0.01)	0.398*** (0.02)	0.400*** (0.02)	0.400*** (0.02)
Vestuário	0.217*** (0.01)	0.216*** (0.01)	0.437*** (0.02)	0.440*** (0.02)	0.440*** (0.02)
Calçado	0.311*** (0.01)	0.310*** (0.01)	0.551*** (0.02)	0.552*** (0.02)	0.552*** (0.02)
Mosquiteiros	0.029*** (0.00)	0.029*** (0.00)	0.033*** (0.01)	0.034*** (0.01)	0.034*** (0.01)
Detergentes e sabões	0.119*** (0.01)	0.119*** (0.01)	0.396*** (0.04)	0.403*** (0.02)	0.403*** (0.02)
N	5,026	5,026	5,026	5,172	5,172

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava.

Da mesma forma, os beneficiários em entrevistas qualitativas afirmaram que as transferências sociais monetárias tinham melhorado a sua capacidade de comprar roupas para os seus filhos, bem como materiais escolares e produtos de higiene. Na figura 4.4, o mapa das causas mostra um elevado número de afirmações das causas que está associado às transferências sociais monetárias para vestuário de crianças, bem como um número importante de afirmações que associa as transferências sociais monetárias para ter acesso às necessidades de vestuário em geral. É interessante notar que, embora os números sejam baixos, o mapa das causas indica que a melhoria do acesso ao vestuário melhorou as relações dos beneficiários com os membros da comunidade.

Figura 4.4: Alterações das Causas das Compras Mensais



5. Influência do desenho e implementação nos objectivos e resultados do programa

Principais conclusões

1. Existiram possíveis erros de exclusão no cadastramento, uma vez que alguns prestadores de cuidado elegíveis não foram inscritos (não puderam ser contactados, estavam longe de casa).
2. Os pontos de pagamento feitos por via manual exigiam recursos humanos e financeiros significativos para serem criados e mantidos. Além disso, havia uma sobrecarga de tempo para as mulheres (incluindo as mães a amamentar) nas zonas rurais e remotas que tinham de se deslocar aos pontos de pagamento, bem como riscos de segurança para as mulheres que regressavam desses pontos de pagamento.
3. O surto da COVID-19 em 2020 contribuiu para os atrasos e a irregularidade das transferências monetárias durante o programa.
4. Os beneficiários consideraram que o montante da transferência era inadequado para as necessidades básicas.
5. Embora tenham sido implementados mecanismos de reclamação, a eficácia das medidas de resolução não foi clara devido a inconsistências na documentação e na transmissão de informações dos ativistas sociais para os níveis superiores do governo.

5.1. Processo de cadastramento

5.1.1. Pré-cadastramento (ou cadastramento silencioso)

Para identificar os cuidadores elegíveis nas aldeias seleccionadas, o UNICEF Angola e o MASFAMU realizaram o que foi internamente designado por “cadastramento silencioso”, no qual os potenciais beneficiários foram inicialmente identificados sem serem informados sobre a intervenção. Como parte deste processo, as equipas responsáveis pela identificação – incluindo activistas sociais e enumeradores externos recrutados e formados especificamente para este fim – visitaram as aldeias beneficiárias e recolheram dados sobre as famílias, particularmente sobre o número de crianças com menos de cinco anos que viviam no mesmo agregado familiar. Os informantes-chave mencionaram que uma das razões que explicam a decisão de realizar o cadastramento silencioso foi a possibilidade de mobilidade geográfica, motivada pelo conhecimento das áreas seleccionadas para a Transferência Social Monetária.

“No início foi feito um cadastramento silencioso, mediante solicitação do Ministério [da Acção Social] porque, sendo o primeiro programa deste género, havia a preocupação de que pudesse haver muita movimentação entre áreas geográficas. Por isso, no início, não se dizia exactamente para que programa estavam a ser cadastrados, apenas que estaríamos a recolher dados para potencial cadastramento em futuros programas que o Governo de Angola viesse a definir no âmbito da protecção social.” [Informante-chave do Escritório Nacional do UNICEF]

Informantes-chave nacionais também informaram que a decisão foi em parte tomada como resultado da descrença dos potenciais beneficiários em iniciativas da protecção social, particularmente numa que envolvia o pagamento de uma transferência direta, que era um conceito novo em Angola. Como resultado, a primeira fase do cadastramento obteve uma baixa taxa de inscrição, o que mais tarde veio a motivar um processo de

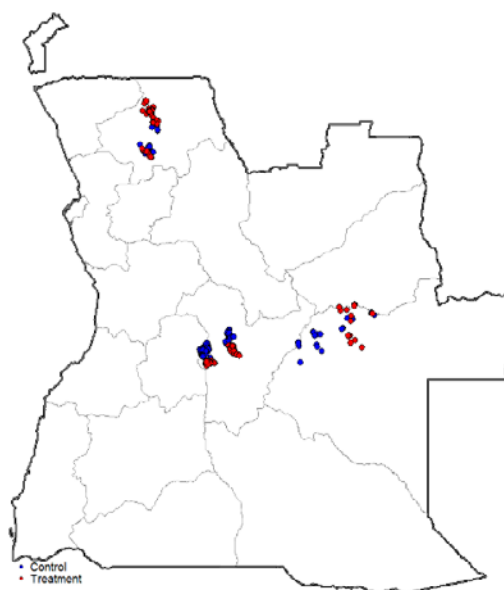
consciencialização coordenado pelo MASFAMU e implementado principalmente pelas autoridades tradicionais e activistas sociais locais. A estratégia de consciencialização incluiu ir de porta em porta para falar com os membros do agregado familiar e realizar reuniões comunitárias para promover o programa.

“Na primeira fase, a população não sabia por que razão estava a ser cadastrada. Em alguns locais, a taxa de cadastramento era baixa, ouvíamos a população dizer ‘um grupo vem aqui, pega nossos nomes, aponta nos papéis e nunca se faz nada, não se resolve nenhum problema.’ Por isso, iniciámos um processo de consciencialização, e foi feito muito trabalho com as autoridades tradicionais e quaisquer outros agentes comunitários, qualquer assistente social que se deslocasse aos locais seleccionados. Percebemos que as autoridades tradicionais deveriam ter sido envolvidas desde a primeira fase, para que nos pudessem ter ajudado a mobilizar e a consciencializar a população desde o início.”
[Informante-chave a nível nacional]

O processo de consciencialização ajudou as comunidades a depositarem confiança no processo de pré-cadastramento, resultando em mais agregados familiares a optarem pelo cadastramento. Esta mudança de comportamento pode ser atribuída, em parte, ao facto de que os promotores das actividades de consciencialização eram líderes locais já conhecidos nas aldeias, o que contribuiu para diminuir o sentimento dos agregados familiares em relação a um processo de cima para baixo introduzido nas comunidades com poucas explicações sobre os seus objectivos.

Para verificar se o cadastramento silencioso alcançou o objectivo pretendido de limitar a contaminação entre as áreas tratadas e de comparação, a Figura 5.1 representa a distribuição espacial dos agregados familiares tratados e de comparação mostrando os limites das províncias. Primeiro, todos os agregados familiares estavam localizados dentro dos limites das suas províncias. Em segundo lugar, nas Províncias do Bié e Moxico, parece haver uma clara separação geográfica entre os agregados familiares tratados e os de comparação. Na província do Uíge, uma área municipal mostrava uma clara distinção entre as áreas tratadas e as áreas de comparação, enquanto havia uma sobreposição na outra área municipal. Esta sobreposição deveu-se a uma revisão do plano de implementação do programa para alargar a cobertura dos beneficiários, o que fez com que cerca de 33 por cento dos agregados familiares em áreas designadas para comparação se tornassem agregados familiares tratados¹³. De um modo geral, o processo de cadastramento parece ter alcançado o objectivo pretendido de limitar a contaminação entre as zonas de comparação e as zonas tratadas¹⁴.

Figura 5.1: Distribuição espacial dos agregados familiares a nível Provincial



13 A revisão da expansão do programa ocorreu antes do lançamento da implementação do programa e, portanto, não constituiu uma mudança de estatuto dos agregados familiares após o início da implementação.

14 O gráfico da Figura 5.1 está estruturado de forma a preservar a privacidade dos agregados familiares.

5.1.2. Desafios no processo de cadastramento

Embora a estratégia do cadastramento silencioso tenha sido unanimemente considerada pelos informantes-chave de todos os níveis como a melhor abordagem possível face ao contexto do país na altura, também resultou em alguns desafios no processo de cadastramento. Embora o processo de cadastramento fosse contínuo, por diferentes razões, alguns cuidadores elegíveis foram excluídos do pré-cadastramento e acabaram por não se inscrever no programa.

Em primeiro lugar, apesar das autoridades tradicionais terem sido informadas sobre a data em que as equipas de pré-cadastramento visitariam as aldeias para que pudessem comunicar o facto aos residentes, nem todos os cuidadores elegíveis estavam em casa no momento da visita. Durante os grupos focais, várias beneficiárias demonstraram desapontamento ao mencionar que os cuidadores vizinhos não estavam cadastrados porque estavam a cultivar ou estavam longe da aldeia por outras razões, como tratamentos de saúde ou viagens à cidade para vender produtos. Um informante-chave a nível provincial descreveu uma situação comum em que as famílias percorrem longas distâncias à procura de cuidados de saúde tradicionais/espirituais e passam longos períodos fora da aldeia. De acordo com este e alguns outros informantes-chave, esta foi uma das principais razões pelas quais alguns dos agregados familiares não puderam ser encontrados na aldeia por ocasião do pré-cadastramento.

“Muitas mulheres vão cultivar todos os dias, as quintas ficam muito longe das zonas onde vivem e no dia marcado para o cadastramento, algumas delas não estavam presentes. Apesar da mobilização e de todo o trabalho feito através das autoridades tradicionais, houve casos em que as mulheres não foram cadastradas porque não estavam presentes no dia marcado na sua aldeia. Houve também casos em que precisaram de se deslocar à cidade porque um familiar estava no hospital. E outra situação muito comum foi que, na altura do cadastramento, estavam no Kimbanda. O Kimbanda é um tipo de tratamento tradicional em que as famílias permanecem durante longos períodos num local e, durante o período de tratamento, estão proibidas de sair. Por isso, nestes casos, algumas famílias perderam a oportunidade de serem cadastradas.” [Informante-chave a nível provincial]

Em segundo lugar, alguns cuidadores decidiram não efectuar o pré-cadastramento porque não confiavam no processo ou não sabiam a razão por detrás da necessidade de fornecer dados pessoais. Apesar dos esforços dos governos locais e das autoridades tradicionais para consciencializar as comunidades, a principal razão que os mesmos deram para o pré-cadastramento foi o facto que este era necessário para os futuros programas que poderiam ser realizados pelo governo angolano para beneficiar as crianças. Tanto os informantes-chave como os beneficiários partilharam que a falta de informação sobre o motivo pelo qual os dados estavam a ser recolhidos foi uma das principais razões pelas quais algumas famílias optaram por não participar.

Outro desafio durante o processo de cadastramento, decorrente da estratégia de selecção, foi o número limitado de aldeias incluídas nos municípios beneficiários. Algumas aldeias foram incluídas enquanto outras com características sociodemográficas semelhantes não o foram, o que levou os membros da comunidade a questionar frequentemente a razão pela qual as famílias vizinhas com crianças com menos de cinco anos foram excluídas da intervenção. Os informantes-chave do governo local partilharam que a divulgação de informações sobre o Valor Criança e as aldeias beneficiárias resultou na mudança de pessoas de aldeias não beneficiárias para aldeias beneficiárias. Os governos locais trabalharam com as autoridades tradicionais para identificar os agregados familiares que estavam a viver na aldeia durante um período mínimo de um ano, e aqueles que se tinham mudado recentemente não foram autorizados a inscrever-se no programa.

Alguns cuidadores também enfrentaram dificuldades para se inscreverem no programa nos casos em que não eram a mãe ou o pai da criança, ou quando a mãe tinha menos de 18 anos de idade. Por exemplo, as crianças que vivem com avós ou outros membros da família alargada não foram, em alguns casos, reconhecidas para inclusão. Durante as discussões nos grupos focais, os participantes do Moxico e do Uíge partilharam que alguns cuidadores podiam ser reconhecidos através de testemunhas, como a autoridade tradicional, enquanto outros nunca conseguiram inscrevê-los no programa. Os informantes-chave dos níveis local e provincial confirmaram que casos como estes aconteciam, mas também apontaram algumas situações em que aqueles que tentavam fazer o cadastramento não eram comprovadamente os cuidadores das crianças.

5.2. Confirmação de elegibilidade e inscrição

Ao cadastramento silencioso seguiu-se a confirmação de elegibilidade, que envolveu a introdução de dados num sistema gerido pelo MASFAMU para avaliar se os cuidadores pré-cadastrados cumpriam com os critérios de elegibilidade, – agregados familiares com crianças menores de cinco anos que viviam por mais de um ano num dos seis municípios seleccionados nas províncias do Bié, Moxico e Uíge. Houve também uma nova série de visitas às aldeias beneficiárias para verificar se os membros do agregado familiar possuíam documentos de identificação que comprovassem as informações fornecidas no pré-cadastramento e para emitir um recibo de inscrição. Nos casos em que o documento de identificação do cuidador ou da criança não estava disponível e a idade da criança não podia ser confirmada, os activistas sociais calculavam a data de nascimento com base em informações fornecidas pelos membros da família, tais como a estação do ano em que a criança nasceu ou a idade de outras crianças da aldeia que nasceram por volta da mesma data.

A inscrição era confirmada quando o cuidador recebia um cartão com uma fotografia e um número pessoal. Este cartão foi validado e aceite pelo Ministério da Justiça e dos Direitos Humanos (MINJDH) e pelo Banco Nacional de Angola como substituto do documento de identificação oficial, permitindo que os beneficiários o utilizassem para abrir as suas contas bancárias e receber os pagamentos. Durante o processo de pré-cadastramento, foram também recolhidas informações sobre se os cuidadores e as crianças possuíam certidões de nascimento e cartões de vacina, para efeitos de definição de perfis. Embora estes não fossem critérios de elegibilidade e de inscrição, e não fossem utilizados para esse fim, as informações recolhidas permitiram a realização de campanhas de registo de nascimento realizadas pelo governo. Foram organizadas brigadas móveis de registo de nascimento nas aldeias beneficiárias e nos CASIs e, antes e depois da inscrição, as comunidades foram fortemente encorajadas a efectuar o registo de nascimento, tanto de adultos como de crianças, não só porque tal seria necessário numa fase posterior para receber os pagamentos, mas também como forma de promover os direitos de cidadania dos beneficiários.

“Então começou a surgir um dos benefícios do Valor Criança, é o que chamamos de cidadania. Quer dizer que as crianças e até os pais começaram a ser cidadãos de facto. Antes do Valor Criança alguns deles não eram oficialmente cidadãos porque não tinham registo de nascimento, não tinham identidade oficial.” [Informante-chave do Escritório Nacional do UNICEF]

Como mencionado anteriormente, em 2021 o programa foi alargado tanto vertical como horizontalmente. Por um lado, mais agregados familiares que vivem nas aldeias inicialmente beneficiárias e que não se tinham cadastrado antes tiveram outra oportunidade de o fazer. Por outro lado, foram seleccionadas novas áreas geográficas que inicialmente não eram beneficiárias e os agregados familiares que residiam nessas aldeias puderam beneficiar do programa. As novas aldeias incluídas estavam localizadas nas mesmas províncias e municípios já abrangidos pelo APROSOC, e os seguintes critérios adicionais foram definidos para seleccionar as novas aldeias:

- **Rural versus Urbano:** Preferência pelas zonas rurais;
- **Equidade:** Todas as três províncias que fazem parte do APROSOC devem ser incluídas e novas áreas geográficas devem ser seleccionadas dentro das províncias e municípios já beneficiários;
- **Número de crianças:** A expansão deve abranger mais de 15.000 crianças, 5.000 em cada aldeia;
- **Localização:** As novas aldeias beneficiárias devem ser de fácil acesso a partir das áreas geográficas já abrangidas, para evitar custos logísticos adicionais;
- **Capacidade da administração local:** A expansão deve dar prioridade às áreas geográficas onde os CASIs já estavam estabelecidos.

5.3. Mecanismo de pagamento

O mecanismo de pagamento do Valor Criança foi definido durante o processo de desenho. Tendo em conta as características sociais e geográficas das aldeias, foi estabelecido pelo UNICEF, em coordenação com o Ministério da Acção Social, que seriam instalados pontos de pagamento e que os pagamentos seriam feitos manualmente, em vez de transferências bancárias ou dinheiro móvel. Foram elaborados termos de referência para a selecção dos bancos que iriam gerir os pagamentos. Estes já indicavam alguns dos procedimentos de implementação, incluindo a instalação de pontos de pagamento num raio de 10 quilómetros de cada uma das aldeias para evitar que os beneficiários percorressem longas distâncias a pé e que os pagamentos seriam feitos em dinheiro.

Durante as entrevistas, os informantes-chave de todos os níveis referiram que esta era a melhor estratégia para os pagamentos, tendo em conta o contexto angolano. A maioria das aldeias beneficiárias do programa são rurais e algumas são de difícil acesso, enquanto os bancos só estão disponíveis nas vilas e cidades maiores. Isto significa que os beneficiários teriam de percorrer longas distâncias para terem acesso a uma agência bancária, gastando tempo e recursos em transportes. Os informantes-chave que participaram no desenho também referiram que um sistema de pagamento que envolvesse cartões electrónicos ou telemóveis não funcionaria devido ao baixo nível de literacia financeira dos beneficiários.

“Sabemos que os pagamentos por cartão electrónico não funcionariam nestes contextos. Em termos de utilização diária, os beneficiários teriam dificuldade em efectuar levantamentos de dinheiro, uma vez que não existem ATM disponíveis ou não saberiam como utilizar o cartão. Este método seria viável numa zona urbana, mas não funcionaria nas aldeias onde estamos a implementar o programa.” [Informante-chave do Escritório Nacional do UNICEF]

Para além das barreiras relacionadas com a formação financeira e tecnológica dos beneficiários, a possibilidade de gastar dinheiro através de cartões de débito ou dinheiro móvel foi considerada baixa devido a desafios com os sistemas de comunicação e de rede nas comunidades rurais (ou seja, indisponibilidade de máquinas de cartões e ATM, etc.). A opção de utilizar dinheiro móvel também foi considerada durante o processo de desenho. Um informante-chave a nível nacional revelou ter conhecimento das experiências de outros países africanos, como Moçambique e Malawi, e explicou porque é que esta opção não funcionaria em Angola.

“Considerando a nossa realidade, pois ainda temos muitos problemas de acesso à rede móvel e aos serviços de comunicação em geral, esta foi a melhor forma encontrada para efectuar os pagamentos às famílias. Mesmo nas grandes cidades, onde o acesso à rede móvel e aos sistemas informáticos é de melhor qualidade, ainda enfrentamos desafios com inundações, falta de electricidade, questões que afectam estes sistemas de comunicação.” [Informante-chave a nível nacional]

Embora os pontos de pagamento parecessem ser a melhor opção para o contexto local, exigiam recursos significativos para a sua criação e implementação. Envolveram especialmente recursos humanos substanciais, incluindo os governos nacional, provincial e municipal, o pessoal do UNICEF e o pessoal dos bancos. Por um lado, alguns informantes-chave a nível municipal sugeriram alternativas mais económicas, tais como a operacionalização dos pagamentos através dos governos municipais. Por outro lado, os informantes-chave nacionais explicaram que as estruturas legais e operacionais necessárias para a implementação dos pagamentos através das administrações municipais teriam de ser definidas durante o processo de desenho e negociadas com todas as partes envolvidas, incluindo o governo nacional e o doador.

“Penso que a delegação que vem de Luanda, às vezes com 16 ou mais pessoas, não é necessária porque os pagamentos poderiam ser feitos localmente. Seria menos despesa, o dinheiro gasto com esta delegação de X pessoas que vêm e ficam X dias em hotéis, alimentação, etc., poderia ser o dinheiro de muitas famílias. Continuo a pensar que o foco deveria ser a formação do pessoal local. Penso que foi um desperdício de dinheiro a delegação ir e vir para fazer o trabalho que podia ser feito localmente.” [Informante-chave a nível municipal]

A maioria dos informantes-chave de alto nível descreveu a operação de pagamento como desafiodara e de alto custo, e reconheceu a importância da formação do pessoal local em todas as tarefas relacionadas com o programa, incluindo o mecanismo de pagamento. Contudo, também sublinharam que o quadro desenvolvido durante o desenho do programa não previa o envolvimento das administrações locais neste processo. Os funcionários do UNICEF informaram que o Escritório Nacional foi um factor chave no mecanismo de pagamento, estabelecendo acordos entre os doadores e os bancos, gerindo os prestadores de serviços e assegurando o fluxo de pagamentos. Os pagamentos não eram processados pelo governo nacional e, por conseguinte, esta responsabilidade não podia ser transferida para um nível inferior do governo sem os devidos procedimentos legais.

5.4. Adequação do montante e regularidade dos pagamentos

5.4.1. Montante da Transferência

O montante da transferência foi calculado com base em dados socioeconómicos de Angola, nomeadamente o valor de um cabaz básico de produtos e o salário mínimo nacional. Os cuidadores elegíveis começaram a receber pagamentos trimestrais equivalentes a transferências sociais monetárias mensais de AOA 3.000 (cerca de 10 USD na altura) por criança (até um máximo de três crianças por agregado familiar). O desembolso de caixa começou em Outubro de 2019. Em resposta à crise da COVID-19, a prestação pecuniária mensal foi aumentada para AOA 5.000 por criança em 2020 e os pagamentos trimestrais foram substituídos por dois pagamentos semestrais (no equivalente a seis meses de transferências cada) denominados superciclos, sem variação do número máximo de crianças por agregado familiar (três crianças). Em 2021, a frequência foi novamente reduzida para um único pagamento correspondente a 12 meses, denominado megaciclo, no montante de AOA 5.000 por criança e por mês.

Embora os beneficiários das três províncias tenham apreciado a prestação pecuniária, os mesmos também referiram que o montante pago no início não era suficiente para cobrir as despesas básicas. Nos grupos focais, os participantes do sexo feminino e masculino referiram que, durante os primeiros pagamentos, tinham de escolher entre comprar comida para as crianças e a família ou comprar sementes para investir na agricultura familiar. Expressaram satisfação com o aumento do montante no segundo ano da intervenção e referiram que, após o aumento, podiam também investir na agricultura e, em alguns casos, abrir pequenos negócios e começar a construir as suas casas.

Os informantes-chave dos níveis nacional, provincial e municipal consideraram que os montantes em dinheiro eram adequados para cobrir as necessidades básicas das crianças e para permitir pequenos investimentos em actividades agrícolas. Os funcionários do UNICEF também consideraram o montante adequado, uma vez que foi ajustado com base no número de crianças, em vez de ser um montante fixo por agregado familiar.

“Na semana em que começámos a efectuar o pagamento, vimos a maior alegria da população a correr para os mercados, para os armazéns para comprar bens como sabão, açúcar, óleo, para comprar comida, roupa para as crianças. Informámos a população de que o pagamento seria feito de 3 em 3 meses. Também receberam informação sobre conhecimentos financeiros por parte dos bancos, foram dadas várias palestras sobre como organizar e utilizar o dinheiro, investir em pequenos negócios e iniciativas produtivas.” [Informante-chave a nível nacional]

A maioria dos informantes-chave realçou que o montante seria insignificante se fosse considerado o custo de vida praticado na capital do país ou mesmo noutras cidades maiores, mas que era suficiente para melhorar os meios de subsistência das pessoas que vivem nas zonas rurais. Os dados indicam que a prestação pecuniária é suficiente para manter os beneficiários inscritos no programa, uma vez que estes veem o seu valor ao permitir-lhes melhorar o seu nível de vida.

5.4.2. Regularidade das transferências

Inicialmente, os pagamentos eram efectuados em ciclos de três meses. Tal deveu-se ao facto de os pagamentos mensais implicarem custos elevados para o funcionamento dos pontos de pagamento. De facto, os dois primeiros pagamentos foram feitos trimestralmente, mas depois de Março de 2020 e do surto da pandemia da COVID-19, não foi possível manter a frequência dos pagamentos planeados. Um funcionário do UNICEF observou que, quando a pandemia começou, estavam a organizar o terceiro pagamento. No entanto, a resposta do governo angolano ao surto incluiu restrições de viagem em todo o país, impossibilitando as delegações de pagamento de se deslocarem de Luanda para as províncias onde a Transferência Social Monetária estava a ser implementada. Mesmo após a flexibilização das restrições de viagem, a organização da logística tornou-se um desafio, uma vez que algumas das províncias apenas são acessíveis por voo e a companhia aérea local não estava a operar.

Consequentemente, o terceiro pagamento foi adiado, pelo que os beneficiários tiveram de esperar mais de um ano. Os atrasos provocados pela pandemia deixaram os beneficiários na incerteza relativamente ao momento do próximo desembolso de caixa, o que afectou fortemente a sua tomada de decisões e a sua forma de encarar os benefícios do programa. Num dos grupos focais, uma beneficiária referiu que, sem o dinheiro, não podia comprar sementes e, consequentemente, perdeu o momento de fazer algumas plantações. A mesma participante também mencionou que, assim que os beneficiários recebiam o pagamento, investiam em bens como cobertores, sapatos e roupas para as crianças.

“Durante o ano em que não recebemos o dinheiro, esperámos muito e o dinheiro não veio. Muitos de nós não cultivámos porque não tínhamos sementes, não tínhamos dinheiro para comprar sementes. Passámos o ano inteiro sem cultivar. Depois de recebermos o dinheiro, comprámos sementes de milho, roupa para as crianças, cobertores para o tempo de frio, calçados e muitas outras coisas.” [Participante do grupo focal do sexo feminino do Moxico]

Os informantes-chave dos níveis nacional, provincial e municipal informaram que estavam cientes dos desafios encarados pelos beneficiários e que foram feitos esforços para encontrar estratégias alternativas para a desembolso de caixa.

“Esta era de facto uma situação que causava constrangimentos. As famílias estavam desesperadas, estavam ansiosas por receber o pagamento no prazo que tinha sido indicado. Mas isto aconteceu porque tivemos de arranjar uma alternativa e procurar ver que medidas a equipa podia adoptar para evitar o risco de contaminação não só da equipa, mas também das comunidades que visitávamos, a quem fazíamos os pagamentos.” [Informante-chave a nível nacional]

Um membro do pessoal do UNICEF explicou que foram considerados vários cenários para facilitar os pagamentos, incluindo a viabilidade da sua operacionalização através dos governos municipais. No entanto, conforme discutido acima (secção referente aos mecanismos de **Pagamento**), esta possibilidade não foi possível porque apenas o UNICEF era responsável por todas as actividades relacionadas com a operacionalização dos pagamentos, e também não havia precedentes legais para transferir esta responsabilidade para o governo, quer a nível nacional quer a nível municipal.

Quando questionados sobre qual deveria ser a regularidade ideal das transferências, a resposta mais comum, tanto nos grupos focais masculinos como femininos, foi de seis meses. Os beneficiários demonstraram preferência por acumular o montante durante um período mais longo, em vez de o receberem em prestações mais pequenas. Um beneficiário do Bié respondeu que **“é melhor aumentar o prazo para seis meses para que o montante duplique”, concordando com uma mulher do Moxico que disse que “é melhor de seis em seis meses, para podermos trazer mais dinheiro para casa”**. Uma participante feminina de um grupo de foco no Uíge explicou melhor esta preferência:

“De seis em seis meses é melhor porque o montante será acumulado e, assim, também podemos comprar algo que esteja a faltar em casa. Se for de três em três meses, não poderemos comprar o que precisamos porque o montante não será suficiente. Para quem paga renda, onde vivemos os senhorios só aceitam o pagamento de seis em seis meses. Depois de seis meses, precisamos de ter o montante disponível.” [Participante do grupo de foco do sexo feminino do Uíge]

Como mencionado na secção anterior, os atrasos da pandemia da COVID-19 acabaram por fazer com que os beneficiários recebessem grandes montantes fixos e um aumento no montante da transferência. Os beneficiários receberam um único pagamento correspondente a 12 meses, chamado megaciclo, no valor de AOA 5.000 por criança por mês. As discussões dos grupos focais foram efectuadas algumas semanas após a conclusão deste megaciclo, o que pode explicar a preferência dos beneficiários por um período maior.

Os pagamentos com intervalos superiores a seis meses, como aconteceu durante a pandemia, não parecem ser adequados, especialmente quando os beneficiários não tinham conhecimento de quando seria feito o próximo pagamento. Os pagamentos regulares e atempados permitiriam aos beneficiários planear as suas despesas, mas tal foi dificultado pelo surto da COVID-19 e pelas consequentes restrições.

5.5. Desafios na recepção dos pagamentos

Para além da pandemia da COVID-19, que teve um impacto profundo na regularidade dos pagamentos, os beneficiários enfrentaram desafios adicionais para ter acesso às transferências sociais monetárias. Os principais desafios levantados durante as entrevistas e os grupos focais estavam relacionados com a distância até aos pontos de pagamento e as questões de segurança.

5.5.1. Distância dos pontos de pagamentos

Durante o desenho do programa, previa-se que os pontos de pagamento fossem instalados a menos de 10 quilómetros de cada uma das aldeias, para evitar que os beneficiários percorressem longas distâncias a pé. No entanto, alguns beneficiários referiram que tinham de caminhar até 22 quilómetros para chegar aos pontos de pagamento. Muitas das aldeias estão situadas em zonas com acesso apenas a pé e as que estão mais próximas da estrada não dispõem de serviços de transporte regulares. Num grupo focal com prestadoras de cuidados, estas mencionaram que, nas datas de pagamento, as mulheres deixavam a aldeia de manhã cedo e regressavam ao fim do dia. As longas distâncias e o percurso difícil têm um efeito marginalizador no acesso dos cuidadores aos pagamentos e sobrecarregam as mulheres, que muitas vezes têm de carregar os seus bebés, especialmente quando ainda estão a amamentar.

5.5.2. Riscos de segurança para as mulheres

Além disso, como resultado da distância dos pontos de pagamento, alguns beneficiários informaram estar preocupados com a segurança pessoal daqueles que se deslocam para receber os pagamentos. No Moxico, as mulheres informaram que quando regressavam à aldeia ao fim da tarde, após o pagamento do megaciclo (montante elevado), tinham sido seguidas e intimidadas por um grupo de homens que não conheciam. A exposição a este risco é particularmente preocupante, uma vez que a maioria dos cuidadores inscritos no programa são mulheres e são geralmente elas as responsáveis pela recolha dos pagamentos. Embora a oportunidade de receber e gerir os pagamentos se tenha revelado altamente empoderadora para as mulheres que vivem nestas comunidades, as transferências efectuadas manualmente representam um risco que poderia ser reduzido se existissem infra-estruturas adequadas para permitir transferências electrónicas.

5.5.3. Pontos de pagamento superlotados

Os membros da equipa de avaliação estiveram presentes numa das províncias no último pagamento e observaram que o local estava superlotado, o que levantou preocupações sobre os riscos tanto em relação à segurança dos beneficiários como à segurança sanitária, particularmente face à pandemia da COVID-19 ainda em curso. O agendamento das datas de pagamento poderia ser uma alternativa para os beneficiários receberem os seus pagamentos em dias diferentes do mês, evitando grandes aglomerações, especialmente durante os primeiros dias.



Pontos de pagamento na província do Uíge. Fonte: Equipa do UNICEF Innocenti

5.6. Satisfação dos beneficiários do programa

De um modo geral, os beneficiários mostram-se satisfeitos com o programa. Uma média de 94 por cento dos agregados familiares beneficiários referem que o processo de selecção é claro. Além disso, 90 por cento dos beneficiários declararam estar satisfeitos com as actividades de comunicação e consciencialização (ver Tabela 5.1). A solicitação informal de presentes no ponto de pagamento foi referida por 12 por cento dos beneficiários, enquanto a maioria se sente segura para levantar dinheiro nos vários pontos de pagamento. Outras características do programa muito apreciadas incluem: o pagamento directo aos cuidadores, por oposição aos chefes do agregado familiar ou a qualquer outro membro do agregado familiar; e o acesso aos pontos de pagamento em termos de tempo de viagem e custo foi considerado satisfatório por 76 por cento dos agregados familiares beneficiários. Por último, os níveis mais baixos de satisfação foram expressos relativamente aos ciclos de pagamento semestrais e anuais, indicando que os ciclos de pagamento trimestrais eram populares entre os agregados familiares beneficiários.

Tabela 5.1: Satisfação dos beneficiários do programa

Indicador	Média	IC Inferior de 95%	IC Superior de 95%	N
O processo de selecção está claro	93,78	92,30	95,26	1.319
Solicitação de ofertas nos pontos de pagamento	12,21	9,58	14,83	1.319
Sentir-se seguro para efectuar levantamentos nos pontos de pagamento	81,05	75,61	86,49	1.319
Transporte das despesas para os pontos de pagamento (AOA)	441,12	331,08	551,16	1.319
Montante recebido – último pagamento (AOA)	121.986,53	115.966,64	128.006,41	1.112
Montante recebido – total dos pagamentos (AOA)	205.587,55	196.921,31	214.253,80	1.157
Satisfação dos beneficiários do programa – Consciencialização e comunicação	90,83	89,28	92,37	1.319
Satisfação dos beneficiários do programa – Cadastramento do agregado familiar	93,86	92,13	95,59	1.319
Satisfação dos beneficiários do programa – Pagamentos directos aos cuidadores	84,69	81,96	87,41	1.319
Satisfação dos beneficiários do programa – Acesso aos pontos de pagamento (tempo de deslocação)	76,72	72,62	80,83	1.319
Satisfação dos beneficiários do programa – Acesso aos pontos de pagamento (custo de deslocação)	76,27	72,00	80,54	1.319
Satisfação dos beneficiários do programa – Frequência de transferência (trimestral)	78,70	75,83	81,56	1.319
Satisfação dos beneficiários do programa – Frequência de transferência (semestral)	68,76	66,36	71,17	1.319
Satisfação dos beneficiários do programa – Frequência de transferência (anual)	62,24	58,15	66,34	1.319
Satisfação dos beneficiários do programa – Valor da transferência	84,00	81,65	86,36	1.319

5.7. Mecanismos de comunicação e reclamação

De acordo com a concepção do Valor Criança, os mecanismos de comunicação do programa foram concebidos para se apoiarem sobretudo nos activistas sociais dos CASIs, que realizavam visitas domiciliárias periódicas aos cuidadores inscritos no programa. Os activistas sociais são actores-chave no modelo do APROSOC, que trabalham a nível comunitário para apoiar as comunidades mais vulneráveis com o objectivo de promover a municipalização da acção social. Muitos activistas sociais foram recrutados para apoiar a implementação do Valor Criança. Outras responsabilidades dos activistas sociais dos CASIs, para além do programa de Transferência Social Monetária (CTP), incluíam a identificação e o acompanhamento das famílias mais vulneráveis nos municípios abrangidos pelo APROSOC; o apoio à implementação de projectos comunitários; e o fornecimento de informações aos níveis municipal e provincial sobre a implementação do APROSOC.

De facto, as evidências das FGDs mostraram que os activistas sociais eram o principal ponto de contacto com os agregados familiares em todas as fases do programa e eram aqueles a quem os beneficiários recorriam quando tinham dúvidas sobre o cadastramento, a inscrição ou a frequência dos pagamentos. O papel dos activistas sociais incluía também actividades de consciencialização sobre temas como a utilização de latrinas, práticas de prestação de cuidados e violência doméstica. A maioria dos beneficiários indicou que podia contar com os activistas sociais sempre que tinha dúvidas ou reclamações. Alguns também mencionaram que falavam com os sobas [chefes de aldeia] ou se dirigiam directamente à administração municipal sempre que tinham uma dúvida ou reclamação.

“Os CASIs aceitaram todas as reivindicações que vieram tanto do Valor Criança como as resultantes da situação de vulnerabilidade vivida pelos membros da comunidade. No entanto, os centros estão sediados a nível comunitário, pelo que a maioria das preocupações eram levadas ou aos activistas sociais ou às autoridades tradicionais, que intermediavam a comunicação com os CASIs. Foi assim que o sistema de comunicação funcionou. Os activistas sociais também tinham a responsabilidade de monitorizar e identificar quaisquer pagamentos não efectuados.” [Informante-chave a nível provincial]

Embora seja claro que os activistas sociais foram os primeiros pontos de contacto com os beneficiários, a documentação e o fluxo de relatórios pareciam ser inconsistentes e não abordavam totalmente as questões e as reclamações. Em entrevistas com informantes-chave nacionais e municipais, não ficou claro como a informação era transmitida dos activistas sociais para a administração municipal e, finalmente, para os níveis superiores do governo, nem se e como as reclamações eram resolvidas.

“Os CASIs têm um mecanismo de apresentação de relatórios, os activistas apresentam relatórios a nível da administração municipal, depois a documentação é enviada a nível provincial, e da provincial a nível central. Mas sabemos que, nos seus relatórios, a informação nem sempre está actualizada e não temos a certeza se todas as reivindicações foram resolvidas, etc. Por isso, eu diria que a informação pode estar incompleta, ou insuficiente, ou não ser tão exacta.” [Informante-chave do Escritório Nacional do UNICEF]

A equipa de avaliação não teve acesso a qualquer sistema de reclamação ou registo de reclamações para analisar este fluxo ou quais eram os tipos mais comuns de reclamações.

6. Papel moderador dos factores contextuais

Principais conclusões

1. O tamanho do agregado familiar modera os impactos do programa nos cuidados de saúde das crianças. As crianças que viviam em agregados familiares mais pequenos tinham maior probabilidade de serem levadas para consultas pré-natais e pós-natais e tinham, em média, maior probabilidade de serem totalmente vacinadas, enquanto as crianças que viviam em agregados familiares maiores tinham maior probabilidade de ter cartões de saúde e de vacinação.
2. A idade do cuidador não influencia de forma alguma no impacto do programa. Os resultados dos prestadores de cuidados são semelhantes tanto para os prestadores de cuidados idosos como para os jovens.
3. Os prestadores de cuidados sem o ensino primário tinham mais probabilidades de comprar sapatos para os seus filhos e de participar em consultas de cuidados pré-natais do que os que tinham o ensino primário. Também era mais provável que tivessem terra para cultivo e para mais colheitas de produtos agrícolas, o que talvez explique o facto de este grupo também apresentar um maior número de refeições por dia.

Esta secção apresenta uma análise dos factores contextuais que podem levar a impactos diferentes com base nas características do agregado familiar. Expandimos a análise através do exame dos impactos heterogéneos entre agregados familiares grandes e pequenos, cuidadores jovens e idosos, bem como cuidadores com pelo menos o ensino primário e aqueles sem qualquer educação formal. Para analisar os impactos heterogéneos do programa, aumentamos a equação (1) estimando uma equação de diferença tripla. A análise heterogénea produzirá assim impactos para cada grupo categórico – por exemplo, agregados familiares pequenos e grandes – bem como a diferença relativa de impacto entre os dois grupos.

6.1. Dimensão do agregado familiar

A dimensão do agregado familiar varia entre um mínimo de duas pessoas e um máximo de catorze pessoas, com uma mediana de cinco pessoas. Utilizando a mediana, classificámos os agregados familiares em dois grupos – pequenos e grandes. Os agregados familiares pequenos são agregados com menos de cinco pessoas, enquanto os agregados familiares grandes são classificados como aqueles com cinco ou mais membros. Os beneficiários dos agregados familiares pequenos e grandes informaram ter recebido uma média de transferência total per capita de AOA 48.445 e AOA 33.041, respectivamente. Um teste estatístico simples sobre a diferença de AOA 15.403 entre os agregados familiares pequenos e grandes mostrou que a diferença é estatisticamente significativa. Por isso, examinamos se os resultados observados diferem entre os agregados familiares pequenos e grandes.

As Tabelas 6.1, 6.2 e 6.3 apresentam a análise heterogénea do número do agregado familiar em relação aos cuidadores, crianças e agregado familiar, indicadores de resultados, respectivamente. As colunas (1) das tabelas apresentam os resultados do impacto geral obtidos através da diferença nas diferenças duplamente robusta apresentada nos capítulos anteriores. As colunas (2) e (3) apresentam os resultados relativos à categoria – agregados familiares grandes e pequenos, respectivamente. Por último, a coluna (4) apresenta os resultados relativos a uma diferença tripla, que indica o impacto adicional dos agregados familiares pequenos em relação aos agregados familiares grandes.

No que diz respeito aos resultados sobre os cuidadores, grande parte dos resultados são muito semelhantes aos obtidos na estimativa do impacto geral. No entanto, surgem algumas diferenças. Em primeiro lugar, embora os cuidadores dos agregados familiares pequenos e grandes tenham comunicado um aumento das poupanças, é provável que os agregados familiares mais pequenos poupem 11 pontos percentuais a mais do que os agregados familiares grandes. Por outro lado, os cuidadores em agregados familiares numerosos têm mais probabilidades de ter uma rede de apoio social do que os cuidadores em agregados familiares pequenos.

Na Tabela 6.2, surge uma tendência semelhante sobre o impacto semelhante e diferencial entre os agregados familiares pequenos e grandes. Em primeiro lugar, o resultado sobre o bem-estar material das crianças através do fornecimento de sandálias, o impacto observado não difere estatisticamente entre os agregados familiares pequenos e grandes. No entanto, os resultados sobre as visitas de cuidados pré-natais e pós-natais foram maioritariamente impulsionados pelos agregados familiares pequenos em comparação com os agregados familiares grandes. As crianças que viviam em agregados familiares pequenos tinham mais probabilidades de serem levadas a consultas de cuidados pré-natais e pós-natais, em 18 e 12 pontos percentuais, respectivamente, do que as que viviam em agregados familiares grandes. As diferenças nas visitas de cuidados pós-natais reflectiram-se na adesão à vacinação, uma vez que as crianças de agregados familiares pequenos tinham 17 pontos percentuais mais probabilidades de receber todas as vacinas do que as de agregados familiares grandes. Por outro lado, as crianças em agregados familiares pequenos eram mais susceptíveis de serem sujeitas a agressões psicológicas e castigos físicos do que as crianças em agregados familiares grandes. Da mesma forma, as crianças de agregados familiares maiores tinham maior probabilidade de possuir cartões de vacina e saúde, para além de receberem medicamentos para desparasitação.

Os resultados da análise heterogénea apresentados na Tabela 6.3 para indicadores ao nível do agregado familiar produziram os resultados mais semelhantes entre agregados familiares pequenos e grandes. Algumas diferenças a destacar incluem as actividades económicas do agregado familiar e a compra de mosquiteiros, em que os resultados globais parecem ser principalmente impulsionados pelos agregados familiares grandes. Nos outros indicadores, como bens, gado e segurança alimentar, os resultados são estatisticamente semelhantes entre agregados familiares pequenos e grandes.

Tabela 6.1: Análise heterogénea baseada na dimensão do agregado familiar: indicadores de resultados do cuidador

Variável	Geral (1)	Agregado Familiar Grande (2)	Agregado Familiar Pequeno (3)	Diferença Tripla (4)
Decisões financeiras dos agregados familiares: somente o cuidador	-0.033* (0.019)	-0.025 (0.026)	-0.044 (0.033)	0.019 (0.042)
O cuidador poupa dinheiro	0.368*** (0.022)	0.416*** (0.029)	0.304*** (0.038)	0.112** (0.047)
Grupo de crédito na comunidade	0.012 (0.014)	0.015 (0.018)	0.017 (0.025)	-0.002 (0.030)
Índice de apoio social	0.996** (0.504)	0.111 (0.664)	2.293*** (0.784)	-2.182** (1.028)
Nunca é justificável bater na mulher	0.024 (0.022)	0.031 (0.029)	0.013 (0.036)	0.019 (0.046)
Espera que a filha conclua pelo menos o ensino secundário	0.012 (0.030)	0.000 (0.036)	0.017 (0.046)	-0.017 (0.058)

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava.

Tabela 6.2: Análise heterogénea baseada na dimensão do agregado familiar: indicadores de resultados das crianças

Variável	Geral	Agregado Familiar Grande	Agregado Familiar Pequeno	Diferença Tripla
A criança tem um par de sandálias	0.483*** (0.032)	0.481*** (0.040)	0.465*** (0.050)	0.016 (0.063)
Cuidados pré-natais efectuados 4 vezes ou mais	0.132*** (0.033)	0.055 (0.043)	0.237*** (0.055)	-0.182*** (0.068)
Parto numa unidade sanitária	-0.037* (0.022)	-0.023 (0.034)	-0.058 (0.047)	0.035 (0.056)
A criança tem um cartão de saúde	0.143*** (0.030)	0.196*** (0.040)	0.069 (0.047)	0.126** (0.062)
Visitas de acompanhamento pós-natal pelo menos 3 vezes	0.094*** (0.033)	0.062 (0.042)	0.185*** (0.052)	-0.123* (0.066)
Suplementos de vitamina A	0.062* (0.036)	0.065 (0.042)	0.083 (0.055)	-0.019 (0.068)
Medicamentos para desparasitação	0.082** (0.035)	0.101** (0.043)	0.057 (0.054)	0.043 (0.068)
Possui um cartão de vacina	0.111*** (0.030)	0.128*** (0.040)	0.046 (0.046)	0.083 (0.061)
Recebeu todas as vacinas	0.184** (0.078)	0.114* (0.065)	0.284*** (0.075)	-0.170* (0.099)
Número de actividades com a mãe	-0.556 (0.392)	-0.279 (0.321)	-0.651 (0.399)	0.372 (0.507)
Mais de 1 actividade com a mãe	-0.072 (0.089)	-0.118 (0.072)	-0.030 (0.085)	-0.088 (0.111)
Agressão psicológica	0.137** (0.058)	0.038 (0.051)	0.119* (0.063)	-0.081 (0.081)
Castigos físicos	0.104 (0.069)	0.023 (0.054)	0.084 (0.065)	-0.061 (0.084)
Qualquer disciplina violenta	0.244*** (0.075)	0.053 (0.062)	0.173** (0.071)	-0.120 (0.094)

Diversidade mínima da dieta	0.081	0.090	0.150*	-0.060
	(0.082)	(0.069)	(0.084)	(0.109)
Frequência mínima das refeições	0.022	0.055	0.071	-0.016
	(0.065)	(0.055)	(0.070)	(0.087)
Dieta mínima aceitável	0.041	0.066	0.051	0.015
	(0.050)	(0.041)	(0.057)	(0.069)

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava.

Tabela 6.3: Análise heterogénea baseada na dimensão do agregado familiar: indicadores de resultados do agregado familiar

Variável	Geral	Agregado Familiar Grande	Agregado Familiar Pequeno	Diferença Tripla
Número de bens	0.662***	0.716***	0.580***	0.136
	(0.050)	(0.077)	(0.087)	(0.117)
Índice de bens	0.408***	0.444***	0.355***	0.089
	(0.035)	(0.054)	(0.070)	(0.087)
O agregado familiar tem animais de criação	0.142***	0.181***	0.101***	0.079
	(0.024)	(0.032)	(0.038)	(0.050)
Número de cabeças de gado TLU	0.025	-0.241	-0.234	-0.007
	(0.300)	(0.376)	(0.289)	(0.509)
Possui terras para cultivo	0.044	0.010	0.044	-0.035
	(0.032)	(0.031)	(0.035)	(0.047)
Número de colheitas de produtos agrícolas	0.104	0.126	0.086	0.040
	(0.127)	(0.120)	(0.142)	(0.186)
Serviços pertencentes ou exercidos pelo agregado familiar (por exemplo, alfaiate, carpinteiro, barbeiro, etc.)	0.110***	0.175***	0.061	0.114*
	(0.034)	(0.034)	(0.052)	(0.060)

Subprodutos agrícolas processados pelo agregado familiar	0.089** (0.041)	0.067* (0.040)	0.085 (0.055)	-0.018 (0.066)
Número de refeições diárias	0.210*** (0.045)	0.165*** (0.054)	0.293*** (0.064)	-0.129 (0.084)
Escala de Experiência de Insegurança Alimentar	-1.148*** (0.326)	-1.040*** (0.337)	-1.432*** (0.413)	0.392 (0.531)
Escala de fome do agregado familiar	-0.318** (0.141)	-0.313** (0.154)	-0.648*** (0.172)	0.335 (0.234)
Pontuação da Diversidade Alimentar do Agregado Familiar	2.959*** (0.245)	3.017*** (0.279)	2.389*** (0.328)	0.627 (0.432)
Índice de Berry	0.116*** (0.027)	0.120*** (0.024)	0.078*** (0.026)	0.043 (0.036)
Índice de Diversidade Alimentar Saudável	0.057*** (0.009)	0.054*** (0.009)	0.058*** (0.012)	-0.004 (0.015)
Tecidos e têxteis	0.441*** (0.042)	0.411*** (0.043)	0.449*** (0.056)	-0.039 (0.070)
Mosquiteiros	0.041** (0.020)	0.060*** (0.017)	0.033 (0.022)	0.028 (0.027)

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava.

6.2. Idade do cuidador

Esta subsecção apresenta um impacto heterogéneo nas variáveis de resultados ao nível do cuidador, das crianças e do agregado familiar, com base na idade do cuidador. Na situação inicial, os cuidadores a crianças com menos de cinco anos de idade variavam entre os 15 e os 60 anos, com uma idade média de 29 anos. Utilizando a distribuição da amostra, classificamos os cuidadores com idade inferior à mediana como “jovens”, enquanto os cuidadores com idade igual ou superior à mediana são considerados “idosos”. As Tabelas 6.4 – 6.6 apresentam a análise da subsecção 6.1, indicando os resultados relativos aos indicadores de resultados do cuidador, das crianças e do agregado familiar, respectivamente.

Os resultados da análise heterogénea dos indicadores de resultados a nível do cuidador, apresentados na Tabela 6.4, permanecem em grande medida semelhantes em ambas as categorias de idade. Por conseguinte, os resultados dos indicadores de resultados do cuidador não parecem ser significativamente influenciados pela idade do cuidador. No que diz respeito aos indicadores de resultados relativos às crianças, apresentados na Tabela 6.5, há poucos resultados dignos de menção. Em geral, sempre que se observa um impacto nas categorias de cuidadores “jovens” e “idosos”, parece não haver diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Por outro lado, existem alguns casos em que os resultados globais observados são impulsionados por

apenas uma categoria. As consultas de acompanhamento pós-natal parecem ser impulsionadas pelos cuidadores idosos, ao passo que os resultados relativos à desparasitação, à agressão psicológica e à disciplina violenta são impulsionados pelos cuidadores jovens.

Por último, observam-se tendências semelhantes nos indicadores de resultados a nível do agregado familiar, em que os resultados são muito semelhantes entre os cuidadores jovens e idosos. Os resultados da Tabela 6.6 apresentam resultados semelhantes entre os cuidadores jovens e idosos, sem diferença significativa entre os dois grupos. Para nos certificarmos de que nenhum destes resultados é determinado pelo limite de idade, voltámos a estimar os resultados das Tabelas 6.4 – 6.6 classificando os cuidadores com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos como jovens e os cuidadores com idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos como idosos. Os resultados foram muito semelhantes aos obtidos através da utilização do ponto de corte da idade mediana¹⁵.

Tabela 6.4: Análise heterogénea baseada na idade do cuidador: indicadores de resultados do cuidador

Variável	Geral	Cuidador idosos	Cuidador jovem	Diferença Tripla
Decisões financeiras dos agregados familiares: somente o cuidador	-0.033* (0.019)	-0.052* (0.029)	-0.004 (0.029)	-0.049 (0.041)
O cuidador poupa dinheiro	0.368*** (0.022)	0.346*** (0.031)	0.394*** (0.034)	-0.049 (0.046)
Grupo de crédito na comunidade	0.012 (0.014)	0.013 (0.019)	0.016 (0.021)	-0.003 (0.029)
Índice de apoio social	0.996** (0.504)	0.989 (0.709)	1.127 (0.726)	-0.138 (1.015)
Nunca é justificável bater na mulher	0.024 (0.022)	0.027 (0.031)	0.030 (0.033)	-0.003 (0.045)
Espera que a filha conclua pelo menos o ensino secundário	0.012 (0.030)	0.056 (0.039)	-0.064 (0.042)	0.119** (0.057)

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava.

15 Os resultados do controlo de robustez estão disponíveis mediante solicitação.

Tabela 6.5: Análise heterogénea baseada na idade do cuidador: indicadores de resultados das crianças

Variável	Geral	Cuidador idosos	Cuidador jovem	Diferença Tripla
A criança tem um par de sandálias	0.483*** (0.032)	0.447*** (0.045)	0.495*** (0.042)	-0.048 (0.062)
Cuidados pré-natais efectuados 4 vezes ou mais	0.132*** (0.033)	0.158*** (0.048)	0.125*** (0.047)	0.033 (0.068)
Parto numa unidade sanitária	-0.037* (0.022)	-0.042 (0.040)	-0.036 (0.039)	-0.006 (0.057)
A criança tem um cartão de saúde	0.143*** (0.030)	0.129*** (0.045)	0.159*** (0.042)	-0.030 (0.062)
Visitas de acompanhamento pós-natal pelo menos 3 vezes	0.094*** (0.033)	0.156*** (0.047)	0.070 (0.046)	0.085 (0.066)
Suplementos de vitamina A	0.062* (0.036)	0.071 (0.050)	0.075 (0.047)	-0.004 (0.069)
Medicamentos para desparasitação	0.082** (0.035)	0.066 (0.048)	0.118*** (0.045)	-0.052 (0.066)
Possui um cartão de vacina	0.111*** (0.030)	0.094** (0.045)	0.102** (0.043)	-0.009 (0.062)
Recebeu todas as vacinas	0.184** (0.078)	0.207*** (0.075)	0.167** (0.066)	0.040 (0.100)
Número de actividades com a mãe	-0.556 (0.392)	-0.677* (0.381)	-0.346 (0.338)	-0.332 (0.515)
Mais de 1 actividade com a mãe	-0.072 (0.089)	-0.120 (0.086)	-0.060 (0.073)	-0.060 (0.113)
Agressão psicológica	0.137** (0.058)	0.031 (0.057)	0.115** (0.056)	-0.084 (0.082)
Castigos físicos	0.104 (0.069)	0.036 (0.064)	0.036 (0.054)	-0.000 (0.084)
Qualquer disciplina violenta	0.244*** (0.075)	0.062 (0.072)	0.126** (0.063)	-0.064 (0.096)

Diversidade mínima da dieta	0.081	0.088	0.118*	-0.030
	(0.082)	(0.082)	(0.069)	(0.107)
Frequência mínima das refeições	0.022	-0.003	0.076	-0.079
	(0.065)	(0.071)	(0.055)	(0.088)
Dieta mínima aceitável	0.041	0.021	0.054	-0.033
	(0.050)	(0.051)	(0.043)	(0.067)

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava

Tabela 6.6: Análise heterogénea baseada na idade do cuidador: indicadores de resultados do agregado familiar

Variável	Geral	Cuidador idosos	Cuidador jovem	Diferença Tripla
Número de bens	0.662***	0.695***	0.626***	0.069
	(0.050)	(0.078)	(0.084)	(0.115)
Índice de bens	0.408***	0.445***	0.366***	0.079
	(0.035)	(0.059)	(0.056)	(0.082)
O agregado familiar tem animais de criação	0.142***	0.180***	0.093**	0.088*
	(0.024)	(0.033)	(0.037)	(0.050)
Número de cabeças de gado TLU	0.025	0.113	-0.522	0.635
	(0.300)	(0.261)	(0.401)	(0.470)
Possui terras para cultivo	0.044	-0.006	0.030	-0.036
	(0.032)	(0.029)	(0.034)	(0.045)
Número de colheitas de produtos agrícolas	0.104	-0.022	0.249*	-0.272
	(0.127)	(0.124)	(0.138)	(0.184)
Serviços pertencentes ou exercidos pelo agregado familiar (por exemplo, alfaiate, carpinteiro, barbeiro, etc.)	0.110***	0.123***	0.153***	-0.030
	(0.034)	(0.038)	(0.046)	(0.059)
Subprodutos agrícolas processados pelo agregado familiar	0.089**	0.049	0.121**	-0.072
	(0.041)	(0.045)	(0.050)	(0.067)

Número de refeições diárias	0.210*** (0.045)	0.153*** (0.057)	0.250*** (0.060)	-0.097 (0.083)
Escala de Experiência de Insegurança Alimentar	-1.148*** (0.326)	-0.819** (0.353)	-1.828*** (0.389)	1.009* (0.524)
Escala de fome do agregado familiar	-0.318** (0.141)	-0.357** (0.153)	-0.714*** (0.168)	0.357 (0.227)
Pontuação da Diversidade Alimentar do Agregado Familiar	2.959*** (0.245)	2.667*** (0.286)	2.894*** (0.342)	-0.227 (0.443)
Índice de Berry	0.116*** (0.027)	0.089*** (0.025)	0.100*** (0.028)	-0.010 (0.037)
Índice de Diversidade Alimentar Saudável	0.057*** (0.009)	0.054*** (0.010)	0.058*** (0.012)	-0.004 (0.015)
Tecidos e têxteis	0.441*** (0.042)	0.447*** (0.045)	0.447*** (0.046)	-0.000 (0.065)
Mosquiteiros	0.041** (0.020)	0.034** (0.015)	0.071*** (0.022)	-0.036 (0.026)

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava.

6.3. Educação dos cuidadores

Para concluir a secção, esta subsecção examina o impacto heterogéneo do programa de Transferência Social Monetária, centrando-se no nível de educação do cuidador. Tal como nas subsecções anteriores, os resultados são apresentados nas Tabelas 6.7 – 6.9. Fazemos uma distinção entre os cuidadores que concluíram pelo menos o ensino primário e os que não têm qualquer educação formal ou apenas frequentaram a escola pré-primária.

Os cuidadores com o ensino primário têm mais probabilidades de poupar dinheiro do que os cuidadores sem o ensino primário. Nas comunidades, os cuidadores com algum ensino primário são mais susceptíveis de contar com apoio social adicional do que aqueles que não têm qualquer educação formal. Por outro lado, os cuidadores beneficiários com o ensino primário esperam que as suas filhas concluam o ensino secundário, ao passo que os que não têm educação formal registam um resultado negativo, o que conduz a um resultado global não significativo.

Nos indicadores de resultados relativos às crianças apresentados na Tabela 6.8, os cuidadores com o ensino primário têm maior probabilidade de comprar um par de sandálias para os seus filhos, bem como de participar em consultas de cuidados pré-natais, em comparação com os que não têm o ensino primário. Para além dos casos em que o impacto difere em termos de pontos percentuais entre os dois grupos, o impacto do programa para os cuidadores com o ensino primário em relação aos que não têm qualquer educação formal não difere estatisticamente. Nos indicadores a nível do agregado familiar apresentados na Tabela 6.9, a diferença mais significativa entre os dois grupos de cuidadores é observada nas actividades agrícolas e no número de refeições

consumidas por dia. Os cuidadores com ensino primário têm maior probabilidade de ter terra para cultivo e para mais colheitas de produtos agrícolas do que os que não têm ensino primário. Por último, o número de refeições por dia é 17 por cento superior para os cuidadores com o ensino primário.

Tabela 6.7: Análise heterogénea baseada na educação do cuidador – indicadores de resultados do cuidador

Variável	Geral	Ensino primário	Sem ensino primário	Diferença Tripla
Decisões financeiras dos agregados familiares: somente o cuidador	-0.033* (0.019)	0.020 (0.035)	-0.066*** (0.025)	0.086** (0.043)
O cuidador poupa dinheiro	0.368*** (0.022)	0.439*** (0.042)	0.330*** (0.027)	0.109** (0.048)
Grupo de crédito na comunidade	0.012 (0.014)	0.051 (0.032)	-0.006 (0.014)	0.057* (0.030)
Índice de apoio social	0.996** (0.504)	1.584* (0.850)	0.867 (0.640)	0.718 (1.087)
Nunca é justificável bater na mulher	0.024 (0.022)	-0.007 (0.040)	0.041 (0.027)	-0.049 (0.047)
Espera que a filha conclua pelo menos o ensino secundário	0.012 (0.030)	-0.132*** (0.048)	0.082** (0.034)	-0.214*** (0.058)

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava.

Tabela 6.8: Análise heterogénea baseada na educação do cuidador – indicadores de resultados das crianças

Variável	Geral	Ensino primário.	Sem ensino primário	Diferença Tripla
A criança tem um par de sandálias	0.483*** (0.032)	0.559*** (0.053)	0.421*** (0.037)	0.138** (0.065)
Cuidados pré-natais efectuados 4 vezes ou mais	0.132*** (0.033)	0.241*** (0.059)	0.079** (0.040)	0.161** (0.070)
Parto numa unidade sanitária	-0.037* (0.022)	-0.037 (0.052)	-0.040 (0.032)	0.004 (0.058)
A criança tem um cartão de saúde	0.143*** (0.030)	0.152*** (0.052)	0.137*** (0.038)	0.015 (0.065)
Visitas de acompanhamento pós-natal pelo menos 3 vezes	0.094*** (0.033)	0.118** (0.058)	0.097** (0.039)	0.021 (0.069)
Suplementos de vitamina A	0.062* (0.036)	0.091 (0.057)	0.066 (0.041)	0.025 (0.070)
Medicamentos para desparasitação	0.082** (0.035)	0.110* (0.058)	0.081** (0.040)	0.030 (0.070)
Possui um cartão de vacina	0.111*** (0.030)	0.071 (0.049)	0.106*** (0.038)	-0.035 (0.064)
Recebeu todas as vacinas	0.184** (0.078)	0.209** (0.088)	0.156*** (0.060)	0.053 (0.105)
Número de actividades com a mãe	-0.556 (0.392)	0.080 (0.428)	-0.573* (0.306)	0.653 (0.528)
Mais de 1 actividade com a mãe	-0.072 (0.089)	-0.037 (0.093)	-0.068 (0.068)	0.031 (0.117)
Agressão psicológica	0.137** (0.058)	0.074 (0.070)	0.082* (0.048)	-0.008 (0.084)
Castigos físicos	0.104 (0.069)	0.092 (0.074)	0.023 (0.048)	0.069 (0.086)
Qualquer disciplina violenta	0.244*** (0.075)	0.167** (0.082)	0.077 (0.056)	0.090 (0.098)

Diversidade mínima da dieta	0.081	0.220**	0.045	0.175
	(0.082)	(0.090)	(0.062)	(0.108)
Frequência mínima das refeições	0.022	0.060	0.045	0.016
	(0.065)	(0.073)	(0.053)	(0.091)
Dieta mínima aceitável	0.041	0.074	0.033	0.041
	(0.050)	(0.059)	(0.038)	(0.068)

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava.

Tabela 6.9: Análise heterogénea baseada na educação do cuidador – indicadores de resultados do agregado familiar

Variável	Geral	Ensino primário	Sem ensino primário	Diferença Tripla
Número de bens	0.662***	0.702***	0.635***	0.067
	(0.050)	(0.109)	(0.068)	(0.123)
Índice de bens	0.408***	0.447***	0.372***	0.075
	(0.035)	(0.083)	(0.044)	(0.085)
O agregado familiar tem animais de criação	0.142***	0.104**	0.162***	-0.058
	(0.024)	(0.046)	(0.029)	(0.052)
Número de cabeças de gado TLU	0.025	-0.297	-0.176	-0.121
	(0.300)	(0.295)	(0.370)	(0.566)
Possui terras para cultivo	0.044	0.109**	-0.012	0.121***
	(0.032)	(0.044)	(0.024)	(0.046)
Número de colheitas de produtos agrícolas	0.104	0.391**	-0.022	0.413**
	(0.127)	(0.158)	(0.108)	(0.189)
Serviços pertencentes ou exercidos pelo agregado familiar (por exemplo, alfaiate, carpinteiro, barbeiro, etc.)	0.110***	0.136**	0.139***	-0.002
	(0.034)	(0.055)	(0.034)	(0.062)
Subprodutos agrícolas processados pelo agregado familiar	0.089**	0.133**	0.053	0.080
	(0.041)	(0.057)	(0.041)	(0.071)

Número de refeições diárias	0.210*** (0.045)	0.309*** (0.070)	0.136*** (0.049)	0.174** (0.085)
Escala de Experiência de Insegurança Alimentar	-1.148*** (0.326)	-1.333*** (0.413)	-1.166*** (0.323)	-0.167 (0.543)
Escala de fome do agregado familiar	-0.318** (0.141)	-0.599*** (0.178)	-0.365*** (0.141)	-0.234 (0.237)
Pontuação da Diversidade Alimentar do Agregado Familiar	2.959*** (0.245)	3.057*** (0.392)	2.572*** (0.253)	0.485 (0.454)
Índice de Berry	0.116*** (0.027)	0.111*** (0.029)	0.076*** (0.023)	0.035 (0.038)
Índice de Diversidade Alimentar Saudável	0.057*** (0.009)	0.053*** (0.013)	0.056*** (0.009)	-0.003 (0.015)
Tecidos e têxteis	0.441*** (0.042)	0.498*** (0.055)	0.421*** (0.040)	0.078 (0.068)
Mosquiteiros	0.041** (0.020)	0.033 (0.021)	0.059*** (0.017)	-0.026 (0.028)

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava.

6.4. Impactos registados da pandemia da COVID-19

Esta subsecção apresenta as conclusões sobre os impactos registados pelos agregados familiares em relação à pandemia da COVID-19. A Tabela 6.10 mostra que o impacto negativo no rendimento é o impacto mais registado pelos agregados familiares. Segue-se o impacto registado a nível da escolaridade das crianças, auto-reportado por 38 por cento dos agregados familiares. Por último, o aumento registado em termos de violência, quer vivida, quer testemunhada, foi auto-reportado por 18 por cento dos agregados familiares. Nos três indicadores, as diferenças médias auto-reportadas entre os agregados familiares tratados e os beneficiários não são estatisticamente significativas.

Tabela 6.10: Impactos registados da COVID-19

Indicador	Todo (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	valor-p (4)
Impacto negativo registado no rendimento	0.66	0.70	0.63	0.051
Aumento registado em termos de violência	0.18	0.18	0.19	0.890
Impacto registado a nível da escolaridade das crianças	0.38	0.41	0.36	0.160
N	2,586	1,227	1,359	

As entrevistas qualitativas encontraram poucas provas causais que sugiram que a pandemia da COVID-19 teve impactos atenuantes nos resultados do programa para os beneficiários. De todas as 35 entrevistas qualitativas do QulP, apenas cinco inquiridos afirmaram que a COVID-19 teve um impacto.

"Sem impacto. Não, quando tivemos uma pandemia, as pessoas não estavam dependentes, mas já andavam de forma independente, comiam de forma independente." MMIDI2F

No entanto, vários inquiridos referiram ter conhecimento das práticas de higiene necessárias para reduzir a incidência da doença da COVID-19 na comunidade. No entanto, não se sabe ao certo onde é que este conhecimento foi obtido.

"Na sua família, nenhum deles [contraiu] a doença da COVID-19. Ele apenas assistia na televisão e ouvia na rádio. Devido a cerimónia que ocorria, tiveram sempre o cuidado de lavar as mãos com água e sabão, e através da utilização das máscaras faciais, [os mesmos] podiam manter-se em reunião". MMIDI4M

Também não se sabe se ausência do impacto registado resultou através da utilização das transferências sociais monetárias para resistir ao choque da pandemia, mas, como sugere um inquirido do Uíge, foi mais difícil para as pessoas das zonas urbanas, onde as deslocações eram muito restritas.

"Afectou alguns porque já não era como antes [...] mas pelo menos aqui não foi tão mau como em Luanda. Afectou-os muito porque alguns trabalhos ficaram paralisados e as pessoas também não podiam deslocar-se." BCIDI5F

A impossibilidade de viajar localmente teve, no entanto, impacto nas actividades comunitárias e no apoio social. As festas religiosas e as festividades comunitárias foram canceladas e as actividades desportivas, como o futebol, foram igualmente interrompidas durante a pandemia:

"Não íamos às festas através da COVID-19, a festa do município acabou por passar assim, não havia muita gente através da COVID-19." UMIDI5M

"A COVID-19 criou-nos muitas dificuldades. Não podíamos participar nas actividades de futebol, e sempre gostávamos de jogar futebol. A COVID impediu-nos de jogar por causa do número de pessoas. Criou-nos muitas dificuldades." UMIDI1M

7. Conclusões e recomendações

7.1. Resumo das conclusões

Este estudo procurou obter dados sobre os impactos do primeiro programa de transferência social monetária em Angola. O estudo avalia os impactos do programa em vários domínios do bem-estar da criança e do agregado familiar, incluindo os resultados da igualdade de género, com base no quadro conceitual do programa GRASSP. O estudo procurou responder a quatro questões que investigaram o seguinte: os impactos do PTSM nos cuidadores e nas crianças; os impactos mais amplos nos agregados familiares, a forma como o desenho e a implementação do PTSM influenciaram os objectivos e resultados do programa, e o papel das características dos agregados familiares e dos cuidadores na configuração do impacto do PTSM. O estudo utilizou uma abordagem de método misto, que combinou métodos qualitativos e quantitativos ao longo de um período de três anos.

As conclusões mostram que o PTSM teve fortes impactos positivos numa grande variedade de indicadores e factores relacionados com o bem-estar das crianças, o empoderamento das mulheres e as actividades económicas dos agregados familiares, apesar da implementação durante a pandemia da COVID-19. Os agregados familiares beneficiários registaram um maior consumo de alimentos por parte do agregado familiar e das crianças, uma maior diversidade alimentar (com as crianças a comerem uma maior diversidade de grupos alimentares) e uma menor insegurança alimentar do que o grupo de comparação. Os resultados médicos das crianças e dos agregados familiares também melhoraram. As crianças beneficiaram de um aumento da inoculação em quase todos os tipos de vacinação, enquanto o acesso a serviços e tratamentos médicos melhorou. Estes resultados sugerem que o PTSM teve um impacto positivo nos agregados familiares e nas crianças, o que implica que os objectivos do PTSM foram bem sucedidos no combate a algumas das principais causas da pobreza rural em Angola.

O programa não teve grande impacto na educação e disciplina dos pais. As entrevistas qualitativas sugeriram que os estilos parentais estavam profundamente enraizados nas normas culturais locais e que o PTSM e os seus serviços associados não tinham produzido comportamentos diferentes ou marcado uma mudança nos modelos de educação dos pais para os beneficiários. Do mesmo modo, não se registaram impactos no conhecimento das práticas de aleitamento materno para recém-nascidos, apesar de terem sido prestados serviços educativos aos beneficiários sobre este tópico.

O PTSM teve impactos positivos nos agregados familiares. Os beneficiários do PTSM eram mais susceptíveis de ter aumentado o rendimento através da venda de produtos agrícolas e eram mais susceptíveis de ter aumentado a terra para cultivo do que os agregados familiares de comparação. Da mesma forma, o número de bens domésticos reportados nos agregados familiares tratados aumentou significativamente, especificamente tecidos, têxteis e vestuário, bem como mosquiteiros e detergentes. As conclusões qualitativas apontaram para o facto de os beneficiários melhorarem as relações com a comunidade em resultado de usarem melhor roupa, enquanto as crianças tinham mais probabilidades de frequentar a escola depois de terem acesso a roupa nova. As conclusões qualitativas indicaram ainda que o acesso a estes bens contribuiu para uma sensação de bem-estar e para uma redução do stress dos cuidadores.

O estudo também analisou o impacto da prestação do serviço de transferências sociais monetárias às mulheres prestadoras de cuidados. Os resultados quantitativos mostraram que se registou uma diminuição significativa da tomada de decisão individual no agregado familiar. No entanto, os resultados qualitativos sugerem que houve um aumento da orçamentação e da tomada de decisões conjuntas, directamente decorrentes do PTSM. As mulheres prestadoras de cuidados e os seus cônjuges referiram que o facto de receberem transferências sociais monetárias as incentivou a ponderar cuidadosamente a forma como o dinheiro poderia ser utilizado – para investir nos seus filhos ou para investir na agricultura ou noutras oportunidades geradoras de rendimentos. No entanto, uma proporção substancial dos inquiridos em entrevistas qualitativas sugeriu que a tomada de decisões era da competência dos homens, o que indica que as estruturas sociais enraizadas no género continuam a desempenhar um papel fundamental na dinâmica da tomada de decisões no seio do agregado familiar.

Nas entrevistas qualitativas, os beneficiários referiram igualmente impactos positivos no empoderamento das mulheres. Isto inclui um aumento do acesso das mulheres a oportunidades geradoras de rendimento como resultado directo de ter acesso às transferências sociais monetárias. Estas oportunidades económicas variaram entre os inquiridos, com algumas mulheres a concentrarem-se na compra de bens comerciais, enquanto outras aumentaram o seu trabalho em actividades agrícolas. Embora estes resultados sejam promissores, o estudo não encontrou indicações claras quanto ao facto de este aumento do trabalho remunerado ter sido feito à custa do tempo passado com as crianças. Os resultados qualitativos sugerem que o aumento da riqueza dos beneficiários do PTSM foi partilhado entre os membros da comunidade, o que pode ter resultado em taxas mais elevadas de prestação de cuidados partilhada entre os membros do agregado familiar. Estas conclusões corroboram a razão de ser da orientação para as mulheres beneficiárias, a fim de aumentar o seu poder económico e social nas zonas rurais.

O PTSM não teve impacto nos conhecimentos dos cuidadores sobre as necessidades nutricionais dos recém-nascidos, incluindo o aleitamento materno. Além disso, o PTSM não teve impacto no desenvolvimento infantil e na disciplina. Nas entrevistas qualitativas, a maioria dos beneficiários referiu que as normas culturais da parentalidade estavam estabelecidas e enraizadas na comunidade há muito tempo e que havia pouca necessidade ou desejo de as alterar.

Os agregados familiares dos beneficiários eram mais resistentes a choques externos ou macroeconómicos, como indicado pelo aumento da geração de rendimentos e dos bens dos agregados familiares durante o período de estudo de três anos. Nos dados qualitativos, houve poucos indícios de que a pandemia da COVID-19 tenha tido um impacto significativo nas comunidades rurais, para além de uma restrição temporária das viagens e das actividades comunitárias. Com efeito, uma pequena margem de inquiridos referiu que as deslocações para as zonas urbanas tinham sido perturbadas, mas que estas tinham sido temporárias e que os inconvenientes já tinham sido atenuados há muito tempo no momento da recolha de dados de acompanhamento em 2022. Dada a ruralidade das comunidades incluídas no programa, é provável que as perturbações nas deslocações tenham sido mínimas durante o auge da pandemia. Ainda assim, algumas conclusões qualitativas sugeriram que as pressões inflacionistas aumentaram a incapacidade de comprar insumos de produção agrícola e géneros alimentícios essenciais.

O estudo deparou-se com várias limitações. Cerca de 70 por cento dos agregados familiares beneficiários receberam prestações do programa antes de os dados de linha de base terem sido recolhidos, o que foi resolvido através da reconstrução dos dados de linha de base com recurso a perguntas de recordação. Os dados de recordação sofrem de viés de confirmação e de desejabilidade social, podendo subestimar os níveis de resultados. Além disso, foram utilizadas estratégias de amostra diferentes para os agregados familiares beneficiários e de comparação na linha de base. Por último, a qualidade de algumas das transcrições para a componente QulP (qualitativa) foi afectada por dificuldades de tradução e técnicas de entrevista que não se centraram em narrativas causais.

Em geral, as evidências mostram que o PTSM piloto foi um passo significativo para o estabelecimento de mecanismos de protecção social resilientes em Angola, aliviando a insegurança alimentar e a vulnerabilidade infantil, e capacitando as mulheres nas áreas rurais. No entanto, várias áreas da implementação do PTSM poderiam ser melhoradas no futuro, a fim de reduzir alguns dos problemas das mulheres prestadoras de cuidados e reforçar ainda mais alguns dos impactos referidos nas conclusões acima. O montante das transferências sociais monetárias foi universalmente considerado pelos beneficiários e pelo pessoal responsável pela execução como adequado para as zonas, mas vários factores afectaram a qualidade da entrega das transferências sociais monetárias aos beneficiários. Acima de tudo, os pontos de pagamento das transferências sociais monetárias eram distantes para muitos beneficiários. Devido a esta distância, as prestadoras de cuidados eram sobrecarregadas com caminhadas de um dia inteiro para ter acesso a estes desembolsos de transferências sociais monetárias. Este facto, juntamente com a estrutura de pagamento bianual, levou a que as mulheres viajassem longas distâncias com os valores, o que as deixou vulneráveis à insegurança. Além disso, os desembolsos eram irregulares e imprevisíveis para os beneficiários, com intervalos mais longos entre os pagamentos durante a pandemia. Este facto pode ter impedido o PTSM de alcançar o máximo impacto.

7.2. Recomendações

Com base nas conclusões deste estudo, as seguintes recomendações, não exaustivas, podem ser consideradas.

Recomendações programáticas

- 1. Melhorar a capacidade de resposta às questões de género através da integração e da ligação aos serviços complementares susceptíveis de responder às questões de género e do aumento da acessibilidade aos pagamentos.**

Embora este estudo tenha encontrado provas de que o pagamento das transferências sociais monetárias aos cuidadores melhorou as necessidades básicas das crianças e do agregado familiar e capacitou economicamente as mulheres, os impactos em vários resultados relacionados com os cuidadores (por exemplo, conhecimentos nutricionais e práticas de prestação de cuidados) foram limitados. Este facto explica-se, em parte, pela falta de serviços integrados para abordar resultados específicos, por exemplo, conhecimentos sobre nutrição. Além disso, o pagamento das transferências sociais monetárias às mulheres implicava um encargo adicional para as mesmas, como a realização de longas viagens a pé até ao ponto de pagamento, com o risco de segurança associado. Para tal, é possível explorar opções de pagamento electrónicas, bem como aumentar o número de pontos de pagamento para reduzir os tempos de deslocação e os riscos de segurança.

- 2. Assegurar a prestação de serviço de transferências sociais monetárias de forma regulares, previsíveis e adequadas**

A execução do programa foi negativamente afectada pela pandemia da COVID-19, que resultou na irregularidade dos pagamentos, com longos intervalos entre os mesmos. Consequentemente, as transferências sociais monetárias não eram previsíveis para os beneficiários. Além disso, no final do programa, as pressões inflacionistas começaram a afectar o poder de compra dos beneficiários. Estes desafios podem ter atenuado a eficácia do programa.

- 3. Melhorar a comunicação com os beneficiários e reforçar a coordenação dos canais de informação no âmbito dos mecanismos de comunicação de reclamações**

Os mecanismos de reclamação não foram tão eficazes, uma vez que os beneficiários tiveram dificuldade em seguir os canais de comunicação adequados e as informações não foram correctamente comunicadas aos serviços competentes. O programa teria vantagem em melhorar a comunicação com os beneficiários e em identificar, e eliminar os obstáculos nos canais de comunicação.

- 4. Institucionalizar e melhorar a cobertura da assistência social.**

O Plano de Desenvolvimento Nacional de Angola 2018-2022 reconhece a protecção social como um instrumento político fundamental para alcançar o seu primeiro objectivo de desenvolvimento humano e bem-estar. No entanto, os programas de protecção social existentes são, na sua maioria, seguros sociais contributivos sob a forma de pensões com os agregados familiares pobres e vulneráveis não cobertos pelo programa de assistência social a nível nacional. O programa-piloto do Valor Criança foi o primeiro programa de transferência social monetária no país. As evidências dos impactos do programa sobre as crianças e o bem-estar dos agregados familiares neste relatório sugerem que um programa institucionalizado de assistência social sensível à criança seria um instrumento político fundamental para combater a pobreza entre as crianças e os agregados familiares, tal como previsto nos objectivos de desenvolvimento sustentável.

Recomendações para Investigação

1. Determinar um valor de transferência adequado que seja adequado a estas situações. A falta de dados sobre as despesas e/ou rendimentos no início do estudo impediu a equipa de investigação de calcular a percentagem relativa do montante da transferência em relação aos níveis de despesas anteriores à intervenção. A avaliação do processo deste estudo apresentou resultados contraditórios sobre a adequação do montante da transferência. Por conseguinte, é necessária uma reavaliação do montante da transferência para determinar a sua adequação e a sua capacidade de resposta a situações como a inflação dos preços e as tendências macroeconómicas.
2. Explorar a viabilidade e o impacto da integração das transferências sociais monetárias em serviços complementares sensíveis às crianças e às questões de género. Este tipo de investigação permitiria avaliar a aceitabilidade de uma modalidade de Transferência Social Monetária acrescida “*cash-plus*” e determinar se essa modalidade tem um impacto sinérgico neste contexto.
3. Investigar o papel das normas de género que influenciam a dinâmica de decisão dos agregados familiares. Este facto pode ser conseguido através de investigação qualitativa e de investigação sobre as preferências comportamentais (conjugais).
4. A investigação futura sobre programas semelhantes poderia examinar o papel moderador da regularidade e da pontualidade dos pagamentos. Para o efeito, seria necessário comparar os impactos de diferentes calendários de pagamento para os beneficiários.

8. Referências

- Bhalla, Garima, Sudhanshu Handa, Gustavo Angeles, and David Seidenfeld. "The effect of cash transfers and household vulnerability on food security in Zimbabwe." *Food policy* 74 (2018): 82-99.
- Abadie, Alberto. 2005. "Semiparametric Difference-in-Differences Estimators." *The Review of Economic Studies* 72 (1): 1–19. <https://doi.org/10.1111/0034-6527.00321>.
- Ballard, Terri, Jennifer Coates, Anne Swindale, and Megan Deitchler. 2011. "Household Hunger Scale: Indicator Definition and Measurement Guide." Washington DC. www.fantaproject.org.
- Ballard, Terri J, Anne W Kepple, and Carlo Cafiero. 2013. "The Food Insecurity Experience Scale Development of a Global Standard for Monitoring Hunger Worldwide." Rome. <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/voices/en/>.
- Belloni, Alexandre, Victor Chernozhukov, and Christian Hansen. 2014a. "High-Dimensional Methods and Inference on Structural and Treatment Effects." *Journal of Economic Perspectives* 28 (2): 29–50. <https://doi.org/10.1257/jep.28.2.29>.
- . 2014b. "Inference on Treatment Effects after Selection among High-Dimensional Controls." *The Review of Economic Studies* 81 (2): 608–50. <https://doi.org/10.1093/restud/rdt044>.
- Clarke, Damian, Joseph P. Romano, and Michael Wolf. 2020. "The Romano–Wolf Multiple-Hypothesis Correction in Stata." *The Stata Journal* 20 (4): 812–43. <https://doi.org/10.1177/1536867X20976314>.
- Copestake, J. G. 2014. "Full Guidelines for the Qualitative Impact Protocol (QUIP)."
- Copestake, James, Marlies Morsink, and Fiona Remnant. 2019. "Attributing Development Impact." *Attributing Development Impact*, March, 1–192. <https://doi.org/10.3362/9781780447469>.
- Daidone, Silvio, Benjamin Davis, Sudhanshu Handa, and Paul Winters. 2019. "The Household and Individual-Level Productive Impacts of Cash Transfer Programs in Sub-Saharan Africa." *American Journal of Agricultural Economics* 101 (5): 1401–31. <https://doi.org/10.1093/AJAE/AAY113>.
- Haushofer, Johannes, Matthieu Chemin, Channing Jang, and Justin Abraham. 2020. "Economic and Psychological Effects of Health Insurance and Cash Transfers: Evidence from a Randomized Experiment in Kenya." *Journal of Development Economics* 144: 102416. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2019.102416>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MINSA), Ministério da Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MPDT), and ICF. 2017. "Key Findings of the 2015-16 Angola IIMS." Luanda, Angola. Rockville, Maryland, U.S.A. <https://dhsprogram.com/publications/publication-SR238-Summary-Reports-Key-Findings.cfm>.
- Natali, Luisa, Sudhanshu Handa, Amber Peterman, David Seidenfeld, and Gelson Tembo. 2018. "Does Money Buy Happiness? Evidence from an Unconditional Cash Transfer in Zambia." *SSM – Population Health* 4 (April): 225–35. <https://doi.org/10.1016/J.SSMPH.2018.02.002>.
- Roth, Jonathan, Pedro H C Sant'Anna, Alyssa Bilinski, and John Poe. 2022. "What's Trending in Difference-in-Differences? A Synthesis of the Recent Econometrics Literature." *ArXiv Preprint ArXiv:2201.01194*.
- Sant'Anna, Pedro H C, and Jun Zhao. 2020. "Doubly Robust Difference-in-Differences Estimators." *Journal of Econometrics* 219 (1): 101–22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2020.06.003>.
- Tirivayi, Nyasha, Jennifer Waidler, and Frank Otchere. 2021. "Cash Transfers: P Past, Present and Future Evidence and Lessons Learned from the Transfer Project." 2021–07. Innocenti Research Brief.
- World Bank. 2020. "Angola Poverty Assessment." Washington, DC. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34057>.

9. Anexo

9.1. Anexo A: Testes de Atrito e de Equilíbrio

Teste de Atrito

Tabela A.1: Teste de atrito no que diz respeito às características do agregado familiar, do cuidador e do chefe do agregado familiar

Variáveis	Amostra do Painei		Amostra do Atrito		Teste de Atrito			Efeito
	Média	N1	Média	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
Índice das condições de habitação	-0,045	2.586	0,290	404	0,335	0,201	0,156	0,335
Intenção de sair do seu município	0,372	2.586	0,448	404	0,076	0,033	0,070	0,156
Alterações climáticas e ambientais: secas, inundações e ciclones	0,190	2.586	0,171	404	-0,019	0,029	0,542	-0,049
Alterações na agricultura e na pecuária: animais de estimação, colheitas e morte de animais	0,187	2.586	0,156	404	-0,031	0,020	0,182	-0,081
Rácio de dependência	1,555	2.586	1,451	404	-0,105	0,049	0,086	-0,112
Número do agregado familiar	5,216	2.586	4,973	404	-0,243	0,117	0,092	-0,126
Idade média dos membros do agregado familiar	16,872	2.586	16,885	404	0,012	0,385	0,976	0,002
Percentagem de membros com idades compreendidas entre os 0 e os 4 anos	0,323	2.586	0,332	404	0,009	0,014	0,568	0,056
Percentagem de membros com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos	0,259	2.586	0,233	404	-0,026	0,015	0,144	-0,124
Percentagem de membros com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos	0,400	2.586	0,417	404	0,017	0,011	0,187	0,121

Percentagem de membros com 60 anos ou mais	0,018	2.586	0,017	404	-0,001	0,003	0,789	-0,013
Idade do cuidador	30,857	2.585	29,374	404	-1,483	0,564	0,047	-0,136
O cuidador é casado	0,755	2.532	0,685	375	-0,069	0,013	0,004	-0,159
O cuidador já frequentou a escola	0,400	2.550	0,436	392	0,037	0,045	0,451	0,075
O cuidador tem alguma deficiência	0,050	2.586	0,045	404	-0,005	0,004	0,248	-0,025
Idade do chefe do agregado familiar	37,945	2.583	36,455	402	-1,490	0,527	0,037	-0,117
Género do chefe do agregado familiar	0,162	2.586	0,200	404	0,039	0,018	0,079	0,104
O chefe do agregado familiar já frequentou a escola	0,560	2.585	0,582	404	0,022	0,033	0,547	0,043
O chefe do agregado familiar tem alguma deficiência	0,062	2.586	0,074	404	0,012	0,013	0,390	0,049

Teste de equilíbrio para indicadores de resultados dos cuidadores

Tabela A.2: Teste de Equilíbrio para Indicadores de Resultados da Tomada de Decisão e do Empoderamento das Mulheres

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
Decisões financeiras dos agregados familiares: somente o cuidador	0,206	1.246	0,240	1.340	0,033	0,020	0,157	0,080
Decisões financeiras dos agregados familiares: cônjuge	0,232	1.246	0,233	1.340	0,001	0,052	0,987	0,002
Decisões financeiras dos agregados familiares: cuidador e cônjuge	0,502	1.246	0,463	1.340	-0,039	0,058	0,531	-0,078
Índice de apoio social	27,399	1.246	26,598	1.340	-0,801	0,732	0,324	-0,086
Nunca é justificável bater na mulher	0,823	1.246	0,831	1.340	0,008	0,012	0,544	0,021
Espera que a filha conclua pelo menos o ensino secundário	0,651	946	0,727	1.117	0,076	0,036	0,092	0,164
Espera que o filho conclua pelo menos o ensino secundário	0,753	944	0,796	1.111	0,043	0,028	0,185	0,102

Tabela A.3: Teste de Equilíbrio para Indicadores de Resultados relativos aos Conhecimentos Nutricionais e Alimentares das Mulheres

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
O bebé deve ser amamentado imediatamente após o nascimento	0,778	1.246	0,783	1.340	0,005	0,018	0,787	0,012
O bebé deve ser amamentado exclusivamente até aos 6 meses de idade	0,188	1.246	0,196	1.340	0,008	0,030	0,807	0,020
Conhece os benefícios do aleitamento materno exclusivo	0,725	1.246	0,721	1.340	-0,004	0,028	0,896	-0,009
Sabe quando é que os bebés devem começar a receber líquidos	0,221	1.246	0,266	1.340	0,045	0,052	0,429	0,105
Sabe quando é que os bebés devem começar a receber alimentos	0,225	1.246	0,288	1.340	0,063	0,049	0,249	0,145
Os bebés entre os 12 e os 24 meses que ainda estão a amamentar devem comer 3-6 refeições por dia	0,324	1.246	0,427	1.340	0,103	0,051	0,100	0,212
Sabe que o sal é frequentemente enriquecido com iodo	0,632	1.246	0,647	1.340	0,015	0,024	0,556	0,032
Conhece pelo menos uma propriedade do ferro	0,596	1.246	0,607	1.340	0,010	0,026	0,708	0,021
É capaz de identificar pelo menos um alimento rico em ferro	0,581	1.246	0,579	1.340	-0,002	0,030	0,950	-0,004
Conhece pelo menos um modo de intervenção adequado em caso de diarreia	0,503	1.246	0,571	1.340	0,068	0,045	0,189	0,136

Tabela A.4: Teste de Equilíbrio para Indicadores de Resultados da Inclusão Financeira das Mulheres

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
O cuidador poupa dinheiro	0,148	1.246	0,171	1.340	0,022	0,037	0,573	0,061
Poupança do cuidador: último mês	7.405,341	185	6.034,891	229	-1.370,450	502,430	0,041	-0,147
Poupanças do cuidador: últimos 12 meses	8.569,730	185	7.669,432	229	-900,297	630,806	0,213	-0,090
Grupo de crédito na comunidade	0,028	1.246	0,075	1.340	0,047	0,027	0,146	0,209
Um membro do agregado familiar tem uma conta bancária	0,055	1.246	0,095	1.340	0,039	0,026	0,197	0,149
O agregado familiar recebe dinheiro de pessoas fora do agregado familiar	0,040	1.246	0,080	1.340	0,040	0,023	0,142	0,166
O agregado familiar envia dinheiro a pessoas fora do agregado familiar	0,056	1.246	0,076	1.340	0,020	0,018	0,328	0,080
O agregado familiar recebe transferências directas de pessoas fora do agregado familiar	0,051	1.246	0,101	1.340	0,050	0,030	0,160	0,188
O agregado familiar tem dívidas pendentes	0,109	1.246	0,129	1.340	0,020	0,024	0,449	0,062

Teste de equilíbrio para indicadores de resultados das crianças

Tabela B.1: Teste de Equilíbrio para Indicadores de Resultados do Bem-Estar Material das Crianças

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
A criança tem um par de sandálias: crianças com menos de cinco anos	0,337	846	0,419	934	0,082	0,094	0,425	0,168
A criança tem duas peças de roupa: crianças com menos de cinco anos	0,638	846	0,675	934	0,036	0,102	0,737	0,076
A criança tem um cobertor: crianças com menos de cinco anos	0,372	846	0,408	934	0,036	0,080	0,674	0,073

Tabela B.2: Teste de Equilíbrio para Indicadores de Resultados de Saúde Materno-Infantil

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
ANC 4 ou mais vezes	0,365	1.238	0,388	1.331	0,023	0,092	0,817	0,047
Nenhuma visita de ANC durante a gravidez	0,401	1.238	0,465	1.331	0,064	0,092	0,521	0,128
Parto com assistência de um profissional qualificado – TBA	0,695	1.238	0,789	1.331	0,093	0,046	0,100	0,214
Parto com assistência de um profissional qualificado	0,248	1.238	0,457	1.331	0,209	0,119	0,140	0,436
Parto numa unidade sanitária	0,129	1.238	0,354	1.331	0,225	0,134	0,154	0,522
A criança tem um cartão de saúde	0,385	1.238	0,623	1.331	0,238	0,084	0,037	0,475
Tamanho ao nascer pequeno/muito pequeno	0,159	1.238	0,134	1.331	-0,025	0,016	0,168	-0,072
Nenhuma visita de controlo ao crescimento	0,462	1.238	0,516	1.331	0,054	0,096	0,597	0,108
pelo menos 3 visitas de controlo ao crescimento	0,330	1.238	0,385	1.331	0,054	0,076	0,505	0,113
Recebeu suplementos de vitamina A nos últimos 6 meses	0,389	1.238	0,485	1.331	0,096	0,042	0,071	0,194
Recebeu medicação para desparasitação nos últimos 6 meses	0,342	1.238	0,418	1.331	0,077	0,049	0,178	0,158
A criança teve diarreia nas últimas 2 semanas	0,218	1.238	0,292	1.331	0,074	0,019	0,011	0,170
A criança teve febre nas últimas 2 semanas	0,235	1.238	0,309	1.331	0,074	0,012	0,002	0,165
A criança teve tosse nas últimas 2 semanas	0,271	1.238	0,322	1.331	0,050	0,017	0,034	0,110
Espera que o filho conclua pelo menos o ensino secundário	0,753	944	0,796	1.111	0,043	0,028	0,185	0,102

Tabela B.3: Teste de Equilíbrio para Taxa de Imunização de Crianças

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
Possui um cartão de vacina	0,447	1.238	0,690	1.331	0,242	0,073	0,021	0,490
Disponibilidade do cartão de vacina (visto)	0,149	1.238	0,274	1.331	0,125	0,072	0,145	0,304
BCG: 12-23 meses	0,501	337	0,576	413	0,075	0,095	0,467	0,150
Poliomielite 1: 12-23 meses	0,570	337	0,663	413	0,094	0,095	0,367	0,193
Poliomielite 2: 12-23 meses	0,510	337	0,581	413	0,071	0,081	0,422	0,142
Poliomielite 3: 12-23 meses	0,409	337	0,504	413	0,094	0,083	0,310	0,189
Poliomielite 4: 12-23 meses	0,338	337	0,436	413	0,098	0,075	0,250	0,200
Pentavalente 1: 12-23 meses	0,451	337	0,545	413	0,094	0,077	0,277	0,187
Pentavalente 2: 12-23 meses	0,377	337	0,448	413	0,071	0,068	0,341	0,144
Pentavalente 3: 12-23 meses	0,320	337	0,392	413	0,072	0,061	0,289	0,149
Sarampo: 12-23 meses	0,448	337	0,516	413	0,068	0,097	0,518	0,135
Recebeu todas as vacinas: 12-23 meses	0,249	337	0,281	413	0,032	0,053	0,574	0,071
Recebeu 2 doses de RV (rotavírus): 12-23 meses	0,329	337	0,375	413	0,046	0,053	0,422	0,096
Recebeu 3 doses de PCV (vacina pneumocócica conjugada): 12-23 meses	0,306	337	0,346	413	0,041	0,068	0,574	0,086
Espera que o filho conclua pelo menos o ensino secundário	0,753	944	0,796	1.111	0,043	0,028	0,185	0,102

Tabela B.4: Teste de Equilíbrio para Indicadores de Desenvolvimento Infantil

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
Número de actividades com a mãe (se a mãe biológica vive com a criança)	1.424	1.169	1.532	1.275	0.107	0.252	0.687	0.051
Número de actividades com o pai (se o pai biológico vive com a criança)	0.510	1.012	0.548	1.044	0.038	0.096	0.708	0.028
Número de actividades com outro membro adulto do agregado familiar	0.488	1.238	0.705	1.331	0.218	0.095	0.071	0.153
4+ actividades com um membro adulto do agregado familiar	0.233	1.238	0.264	1.331	0.031	0.050	0.566	0.072
Mais de 1 actividade com a mãe	0.417	1.238	0.448	1.331	0.031	0.032	0.379	0.063
1+ actividades com o pai	0.153	1.238	0.144	1.331	-0.010	0.020	0.632	-0.028

Tabela B.5: Teste de Equilíbrio para Indicadores de Disciplina e Violência Infantil

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
Agressão psicológica	0,146	554	0,178	686	0,032	0,038	0,440	0,085
Castigos físicos	0,159	554	0,162	686	0,003	0,034	0,933	0,008
Qualquer disciplina violenta	0,218	554	0,251	686	0,032	0,047	0,520	0,076
Qualquer disciplina não violenta	0,204	554	0,236	686	0,032	0,021	0,187	0,077

Tabela B.6: Teste de Equilíbrio para Indicadores de Nutrição Infantil

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
Grupo Alimentar 1: Grãos, raízes e tubérculos	0,465	1.019	0,519	1.144	0,054	0,096	0,598	0,108
Grupo Alimentar 2: Leguminosas e castanhas	0,200	1.019	0,216	1.144	0,016	0,033	0,658	0,039
Grupo Alimentar 3: Produtos laticínios (leite, iogurte, queijo)	0,231	1.019	0,251	1.144	0,020	0,030	0,527	0,047
Grupo Alimentar 4: Alimentos frescos (carne, peixe, carne de aves, fígado/carnes orgânicas)	0,414	1.019	0,468	1.144	0,054	0,076	0,510	0,108
Grupo Alimentar 5: Ovos	0,096	1.019	0,121	1.144	0,024	0,023	0,339	0,078
Grupo Alimentar 6: Frutos e legumes ricos em vitamina A	0,563	1.019	0,582	1.144	0,019	0,059	0,761	0,038
Grupo Alimentar 7: Outros frutos e legumes	0,240	1.019	0,250	1.144	0,010	0,041	0,823	0,022
Crianças dos 0-23 meses ainda em aleitamento materno	0,917	629	0,902	661	-0,016	0,019	0,440	-0,055
Diversidade mínima da dieta: 6-23 meses	0,202	410	0,264	474	0,061	0,069	0,414	0,144
Diversidade mínima da dieta: todas as crianças com 6 meses ou mais	0,221	1.019	0,278	1.144	0,057	0,045	0,264	0,132
Frequência mínima das refeições: crianças de 6 a 23 meses	0,122	410	0,167	474	0,045	0,026	0,140	0,127
Frequência mínima das refeições: todas as crianças com 6 meses ou mais	0,117	1.011	0,133	1.136	0,016	0,024	0,532	0,049
Dieta mínima aceitável: crianças de 6 a 23 meses	0,019	629	0,044	661	0,025	0,014	0,126	0,141
Dieta mínima aceitável: Crianças com 6 meses ou mais	0,012	1.011	0,026	1.136	0,014	0,009	0,174	0,100

Teste de equilíbrio para indicadores de resultados do agregado familiar

Tabela B.7: Teste de Equilíbrio para Indicadores do Património do Agregado Familiar

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
Número de bens	0,706	1.246	0,767	1.340	0,061	0,072	0,436	0,059
Índice de bens	-0,029	1.246	0,011	1.340	0,040	0,057	0,511	0,056
Telefone	0,202	1.246	0,242	1.340	0,040	0,059	0,530	0,095
Rádio	0,238	1.246	0,237	1.340	-0,001	0,021	0,964	-0,002
Motocicleta	0,128	1.246	0,143	1.340	0,015	0,015	0,356	0,044
Frigorífico	0,005	1.246	0,004	1.340	-0,000	0,005	0,949	-0,005
Computador	0,005	1.246	0,001	1.340	-0,003	0,002	0,227	-0,060
Bicicleta	0,026	1.246	0,031	1.340	0,004	0,007	0,604	0,025
Carrinho	0,006	1.246	0,005	1.340	-0,001	0,004	0,757	-0,016
Rede de pesca	0,018	1.246	0,013	1.340	-0,005	0,007	0,496	-0,040

Tabela B.8: Teste de Equilíbrio para Indicadores das Actividades Económicas do Agregado Familiar

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
O agregado familiar tem animais de criação	0,211	1.246	0,244	1.340	0,033	0,025	0,251	0,079
Número de Animais possuídos em Unidades de Animais Tropicais	0,237	1.246	0,333	1.340	0,096	0,045	0,085	0,067
Possui terras para cultivo	0,855	1.246	0,882	1.340	0,027	0,032	0,430	0,081
Número de colheitas de produtos agrícolas	1,666	1.246	1,751	1.340	0,085	0,098	0,424	0,068
Diversificação das colheitas – pelo menos duas colheitas diferentes	0,564	1.246	0,606	1.340	0,042	0,036	0,301	0,085
Serviços pertencentes ou exercidos pelo agregado familiar (por exemplo, alfaiate, carpinteiro, barbeiro, etc.)	0,071	1.246	0,084	1.340	0,013	0,014	0,384	0,048
O agregado familiar transformou e vendeu quaisquer subprodutos agrícolas, carne e peixe	0,097	1.246	0,121	1.340	0,024	0,028	0,434	0,076
Outro comércio não agrícola possuído/ explorado pelo agregado familiar, incluindo mercado de rua	0,096	1.246	0,123	1.340	0,028	0,013	0,081	0,088

Tabela B.9: Teste de Equilíbrio para Indicadores de Segurança Alimentar do Agregado Familiar

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
Número de refeições diárias	2,030	1.246	2,163	1.340	0,132	0,050	0,044	0,281
Preocupado com a falta de comida, últimas 4 semanas	0,723	1.246	0,698	1.340	-0,025	0,031	0,457	-0,056
Ficou sem comer durante um dia, nas últimas 4 semanas	0,599	1.246	0,490	1.340	-0,108	0,040	0,044	-0,218
Escala de Experiência de Insegurança Alimentar	5,623	1.226	5,100	1.294	-0,523	0,145	0,015	-0,169
Escala de fome do agregado familiar	1,964	1.246	1,660	1.340	-0,304	0,094	0,023	-0,230
Escala de fome do agregado familiar: fome moderada no agregado familiar	0,120	1.246	0,125	1.340	0,005	0,016	0,774	0,015
Grãos e cereais (grama/semana/per capita)	938,558	1.246	597,425	1.340	-341,133	195,340	0,141	-0,271
Raízes e tubérculos (grama/semana/per capita)	245,315	1.246	219,920	1.340	-25,395	19,681	0,253	-0,062
Vegetais (grama/semana/per capita)	402,544	1.246	339,790	1.340	-62,754	19,532	0,024	-0,156
Frutos (grama/semana/per capita)	332,023	1.246	495,744	1.340	163,721	54,338	0,030	0,155
Carnes (grama/semana/per capita)	82,720	1.246	108,163	1.340	25,443	12,108	0,090	0,081
Ovos (grama/semana/per capita)	0,059	1.246	0,077	1.340	0,018	0,019	0,382	0,074
Peixe e marisco (grama/semana/per capita)	269,008	1.246	217,156	1.340	-51,852	28,206	0,125	-0,130
Grãos, legumes e castanhas (grama/semana/per capita)	202,788	1.246	231,184	1.340	28,396	47,416	0,575	0,080

Leite e produtos lacticínios (grama/semana/per capita)	4,982	1.246	15,285	1.340	10,303	6,204	0,158	0,108
Açúcar (grama/semana/per capita)	82,149	1.246	71,837	1.340	-10,312	16,070	0,549	-0,069
Óleos e factos (grama/semana/per capita)	132,883	1.246	83,133	1.340	-49,751	9,486	0,003	-0,371
Pontuação da Diversidade Alimentar do Agregado Familiar	4,212	1.246	3,835	1.340	-0,377	0,292	0,253	-0,144
Índice de Berry	0,556	1.164	0,540	1.204	-0,016	0,021	0,487	-0,060
Índice de Diversidade Alimentar Saudável – FCSBI	0,068	1.164	0,074	1.204	0,005	0,003	0,136	0,062

Tabela B.10: Teste de Equilíbrio para Indicadores de Compras Mensais dos Agregados Familiares

	Comparação		Tratamento		Teste de Equilíbrio			Efeito
Variáveis	Média	N1	Médio	N2	Diferente da Média	SE Diferente	valor-p	Tamanho
Tecidos e têxteis	0,066	1.246	0,082	1.340	0,016	0,010	0,173	0,062
Vestuário	0,083	1.246	0,087	1.340	0,005	0,013	0,734	0,017
Calçado	0,065	1.246	0,107	1.340	0,042	0,016	0,050	0,148
Mosquiteiros	0,022	1.246	0,035	1.340	0,013	0,005	0,068	0,075
Detergentes e sabões	0,256	1.246	0,203	1.340	-0,053	0,034	0,177	-0,126

9.2. Anexo B: Teste de placebo e teste de hipóteses múltiplas

Tabela C.1: Teste de Placebo

Variável Dependente	MQO Agrupado	MQO Agrupado com PDSLASSO	DiD Canónico	Abadie (2005) IPW	DiD duplamente robusto
	Diferença (1)	Diferença (2)	Diferença (3)	Impacto (4)	Impacto (5)
Número aleatório	-0,001	-0,001	-0,009	-0,004	-0,004
	(0,01)	(0,01)	(0,02)	(0,02)	(0,02)
Percentagem de membros do sexo feminino	-0,007	-0,007	0,002	0,003	0,003
	(0,01)	(0,01)	(0,00)	(0,00)	(0,00)
Situações de conflito na comunidade	0,001	0,001	-0,003	-0,003	-0,003
	(0,00)	(0,00)	(0,01)	(0,01)	(0,01)
N	5.026	5.026	5.026	5.172	5.172

Nota: Erros-padrão robustos e bootstrap [coluna (5) com 10.000 repetições] entre parênteses. ***, ** e * representam a significância estatística aos níveis de 1, 5 e 10 por cento. Todas as estimativas controlam as seguintes covariáveis fixadas nos seus valores: índice de qualidade das condições de habitação, intenção de migrar, alterações climáticas e ambientais (secas, inundações, ciclones), consequências das alterações na agricultura e na pecuária, rácio de dependência do agregado familiar, número de crianças dos 0 aos cinco anos, género do profissional de saúde, estado civil do profissional de saúde, género do chefe do agregado familiar, o chefe do agregado familiar sabe ler e escrever em português e o chefe do agregado familiar já frequentava.

Tabela C.2: Testes de hipóteses múltiplas para indicadores de resultados seleccionados dos cuidadores

Variável de Resultado	Modelo do valor-p	Valor-p da reamostra	Valor-p do Romano-Wolf
Decisões financeiras dos agregados familiares: somente o cuidador	0,1838	0,1868	0,4675
O cuidador poupa dinheiro	0,0000	0,0010	0,0010
Grupo de crédito na comunidade	0,0000	0,0010	0,0010
Índice de apoio social	0,8424	0,8452	0,8452
Nunca é justificável bater na mulher	0,2349	0,2388	0,4675
Espera que a filha conclua pelo menos o ensino secundário	0,0000	0,0010	0,0010

Tabela C.3: Teste de hipóteses múltiplas para indicadores de resultados das crianças seleccionadas

Variável de Resultado	Modelo do valor-p	Valor-p da reamostra	Valor-p do Romano-Wolf
A criança tem um par de sandálias	0,0000	0,0010	0,0010
Teve visitas pré-natais 4 ou mais vezes	0,0000	0,0010	0,0010
Parto numa unidade sanitária	0,0000	0,0010	0,0010
A criança tem um cartão de saúde	0,0000	0,0010	0,0010
Acompanhamento do crescimento pós-natal	0,0000	0,0010	0,0010
Recebeu suplementos de vitamina A nos últimos 6 meses	0,0000	0,0010	0,0010
Recebeu medicação para desparasitação nos últimos 6 meses	0,0000	0,0010	0,0010
Possui um cartão de vacina	0,0000	0,0010	0,0010
Recebeu todas as vacinas: 12-23 meses	0,0001	0,0010	0,0010
Frequência mínima das refeições: todas as crianças com 6 meses ou mais	0,0000	0,0010	0,0010
Frequência mínima das refeições: todas as crianças com 6 meses ou mais	0,0017	0,0020	0,0130
Dieta mínima aceitável: Crianças com 6 meses ou mais	0,0000	0,0010	0,0010

Tabela C.4: Teste de hipóteses múltiplas para indicadores de resultados seleccionados do agregado familiar

Variável de Resultado	Modelo do valor-p	Valor-p da reamostra	Valor-p do Romano-Wolf
Número de bens	0,0000	0,0010	0,0010
Índice de bens	0,0000	0,0010	0,0010
O agregado familiar tem animais de criação	0,0000	0,0010	0,0010
Possui terras para cultivo	0,0000	0,0010	0,0010
Número de refeições diárias	0,0000	0,0010	0,0010
Escala de Experiência de Insegurança Alimentar	0,0000	0,0010	0,0010
Escala de fome do agregado familiar	0,0000	0,0010	0,0010
Pontuação da Diversidade Alimentar do Agregado Familiar	0,0000	0,0010	0,0010
Índice de Berry	0,0000	0,0010	0,0010
Índice de Diversidade Alimentar Saudável – FCSBI	0,0000	0,0010	0,0010
Tecidos e têxteis	0,0000	0,0010	0,0010
Calçado	0,0000	0,0010	0,0010
Mosquiteiros	0,0000	0,0010	0,0010
Detergentes e sabões	0,0000	0,0010	0,0010

9.3. Anexo C: Modelo do QulP e códigos dos inquiridos

	Homens inquiridos	Mulheres inquiridas
Moxico	MM_IDI1_M, MM_IDI2_M, MM_IDI3_M, MM_IDI4_M, MM_IDI5_M	MM_IDI1_F, MM_IDI2_F, MM_IDI3_F, MM_IDI4_F, MM_IDI5_F, MM_IDI6_F, MM_IDI7_F
Uíge	UM_IDI1_M, UM_IDI2_M, UM_IDI3_M, UM_IDI4_M, UM_IDI5_M	UM_IDI1_F, UM_IDI2_F, UM_IDI3_F, UM_IDI4_F, UM_IDI5_F, UM_IDI7_F, UM_IDI6_F
Bié	BC_IDI1_M, BC_IDI2_M, BC_IDI3_M, BC_IDI4_M, BC_IDI5_M	BC_IDI1_F, BC_IDI2_F, BC_IDI3_F, BC_IDI4_F, BC_IDI5_F, BC_IDI6_F, BC_IDI7_F

para cada criança, respostas

UNICEF Angola
Edifício do Instituto Nacional da Criança (INAC)
Rua N'Gola M'Bandi – Calemba
Luanda, Angola

Tel: +244 226 430 870
luanda@unicef.org
www.unicef.org/angola

© 2023 United Nations Children's Fund (UNICEF)

unicef 
para cada criança