

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO
DA SUBCOMPONENTE
SUBSÍDIO PARA
CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS
2019-2021**



JULHO 2022

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO
DA SUBCOMPONENTE
SUBSÍDIO PARA CRIANÇA
DE 0 A 2 ANOS –**

Componente de Subsídio
para Criança do Programa
Subsídio Social Básico na
Província de Nampula em
Moçambique 2019-2021

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 a 2 anos – Componente de Subsídio para Criança do Programa Subsídio Social Básico na Província de Nampula em Moçambique
2019-2021

© United Nations Children’s Fund, Mozambique, 2022
UNICEF Mozambique
1440 Avenida do Zimbabwe, Maputo, Mozambique
Telephone: +258-21-481-100

O objectivo da publicação de relatórios de avaliação produzidos pelo Gabinete de Avaliação do UNICEF é cumprir um compromisso corporativo de transparência através da publicação de todas as avaliações concluídas. Os relatórios são elaborados com o objectivo de estimular uma livre troca de ideias entre os interessados no tema e de garantir aos que apoiam o trabalho do UNICEF que este analise rigorosamente as suas estratégias, resultados e eficácia global.

O conteúdo do relatório não reflecte necessariamente as políticas ou pontos de vista do UNICEF.

O texto não foi editado segundo as normas de publicação oficial e o UNICEF não aceita qualquer responsabilidade por eventuais erros.

As designações contidas na presente publicação não implicam uma opinião sobre o estatuto jurídico de qualquer país ou território, ou das suas autoridades, ou a delimitação de fronteiras.

Os direitos de autor relativos a este relatório são detidos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância. É necessária autorização para reimprimir/reproduzir/fotocopiar ou de qualquer outra forma mencionar ou citar o presente relatório por escrito. O UNICEF tem uma política formal de autorização, que requer a apresentação de um pedido por escrito. Para usos não comerciais, a autorização será normalmente concedida sem encargos. Favor escrever para o Gabinete de Avaliação no endereço abaixo mencionado para poder dar início a um pedido de autorização.

Para mais informações, favor contactar::

Juan Bonilla

Lead Evaluator
American Institute for Research
Email: jbonilla@air.org

Luis Corral

Social Protection Specialist
UNICEF Mozambique
Email: lcorral@unicef.org

Fabio Bezerra

Gestor da Avaliação
UNICEF Mozambique
Email: fbezerra@unicef.org

Colaboração

Esta avaliação foi encomendada pelo Governo de Moçambique, através do Ministério de Género, Criança e Acção Social em conjunto com o Escritório Nacional do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Moçambique e conduzida pelo American Institutes for Research® (AIR®) e o Escritório de Pesquisa do UNICEF-Innocenti em parceria com a ELIM Serviços (pesquisa da linha de base) e Dalberg Research (pesquisa final).

A comissão técnica do **Ministério do Género, Criança e Acção Social (MGCAS) e do Instituto Nacional de Acção Social (INAS)**, foi constituída por a Angélica Magaia, Directora Nacional da Criança (MGCAS), Moises Comiche, Director Nacional da Acção Social (MGCAS), Chico Almajane, Director de Planificação e Cooperação (MGCAS), Elen Barreto, Assessora da Ministra (MGCAS), Félix Matusse, Chefe do Departamento de Políticas de Assistência Social (DNAS/MGCAS), Olívia Faite, Chefe do Departamento de Assistência Social (INAS), Geral Bazo, Chefe da Repartição de Planificação e Estatísticas (DPE/INAS), e Chesyra Maloa, Chefe de Repartição de Assistência Social (DAS/INAS).

A avaliação foi financiada pelo Gabinete de Negócios Estrangeiros, Commonwealth e Desenvolvimento do Reino Unido (FCDO), a Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (Sida), e o Ministério Holandês das Relações Exteriores. Os Investigadores Principais da avaliação são Juan Bonilla e David Seidenfeld (AIR), Amber Peterman (Escritório de Pesquisa do UNICEF-Innocenti) e Zlata Bruckauf (UNICEF). Outros contribuintes para o desenvolvimento e implementação desta avaliação estão listados por ordem alfabética e por afiliação institucional:

AIR

Gustavo Novaes
Kelsey Hunt
Rosa Castro Zarzur

ELIM Serviços

Aisha Said
António Tembe
Meriamo Jacob
Rosa Matine

University of North Carolina – Chapel Hill

Sudhanshu Handa

Dalberg Research

(with Arusha Ltd.)
Ainadine Juma
Amadeu Neves
Irio Pinto
Patrick Wanjala

UNICEF Moçambique

Andrea Rossi
Carolina Bascunan
Dominguez
Edith Morch-Binnema
Fabio Bezerra
Florencia Alejandre
Gerson Nhancale
Gerson Nombora

Graciano Langa
Lucia Jofrice
Luis Corral
Maki Kato
Mathieu Joyeux
Naomi Neijhoft
Tomás Zaba

Agradecemos aos antigos e actuais membros do grupo técnico de doadores – Eleasara Antunes, Luísa Fumo e Benjamin Zeitlyn pelo seu feedback detalhado relativo ao projecto e implementação desta avaliação. Estamos também gratos às autoridades provinciais e distritais e às delegações do INAS pelo seu interesse activo e apoio na implementação, assim como pelo seu feedback ao longo do estudo. Por último, gostaríamos de agradecer aos profissionais de saúde, profissionais do INAS, líderes comunitários e a todas as cuidadoras dos distritos de estudo de Nampula pela sua participação e apoio na avaliação.



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE



para cada criança

Parceiros:



TABLE OF CONTENTS

EXECUTIVE SUMMARY	VI
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objectivos da Avaliação	1
1.2 Contexto.....	2
1.3 Descrição do Subsídio para Crianças 0-2	5
1.4 Revisão da literature	7
1.4.1 <i>Transferências para Melhorar o Bem-estar Infantil</i>	8
1.4.1.1 <i>Nutrição Infantil</i>	8
1.4.1.2 <i>Saúde Infantil</i>	9
1.4.1.3 <i>Fertilidade e Gravidez Precoce</i>	9
1.4.1.4 <i>Migração Económica e a Subsequente Separação Familiar</i>	10
1.4.1.5 <i>Bem-estar Psicossocial</i>	11
1.4.1.6 <i>Violência na Infância</i>	11
1.4.1.7 <i>Trabalho Infantil</i>	12
1.4.1.8 <i>Casamento Precoce</i>	12
1.4.1.9 <i>Educação</i>	13
1.4.2 <i>Dinheiro e Cuidados para Apoiar o Bem-Estar Infantil</i>	13
1.4.3 <i>Protecção Social para o Bem-Estar da Criança em Moçambique</i>	14
2 ESCOPO DA AVALIAÇÃO	15
2.1 Marco Lógico da Intervenção	15
2.2 Questões de Avaliação	17
2.3 Domínios de Interesse.....	17
2.3.1 <i>Variáveis de Resultado Principais</i>	17
2.3.2 <i>Variáveis de Resultado Secundárias</i>	18
2.4 Aspectos Adicionais	20
3 METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO	20
3.1 Visão Geral.....	20
3.2 Estratégia de Identificação.....	22
3.3 Amostragem	23
3.3.1 <i>Locais</i>	23
3.3.2 <i>Poder para Detectar os Impactos</i>	23
3.3.3 <i>Seleção da Amostra</i>	24

3.4	Plano para Análise de Avaliação de Impacto	25
4	RECOLHA DE DADOS	27
4.1	Formação e Pilotagem	28
4.2	Protocolo de Ética	29
4.3	Trabalho de Campo e Desafios	30
5	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA E ANÁLISE DE ATRICÃO	31
5.1	Descrição da Amostra na Linha de Base	31
5.2	Análise de Atrição	32
5.3	Descrição das Unidades de Saúde e as Comunidades.....	38
6	IMPACTOS EM CRIANÇAS MENORES DE 24 MESES (0 A 6 MESES NA LINHA DE BASE).....	39
6.1	Certidão de Nascimento e Registro de Crianças	40
6.2	Diversidade Alimentar e Práticas de Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas	41
6.3	Vacinas	44
6.4	Estimulação e Envolvimento Parental	46
6.5	Estado Nutricional.....	49
7	AGREGADOS FAMILIARES	53
7.1	Consumo	53
7.2	Pobreza.....	58
7.3	Segurança Alimentar.....	60
7.4	Propriedade de Activos	63
7.5	Crédito e Transferências	65
7.6	Meios de Subsistência: Empreendimento Não Agrícola, Produção Agrícola e Propriedade Pecuária.....	67
7.7	Resiliência: choques e estratégias para enfrentá-los	71
7.8	Acesso a outros programas	73
8	CUIDADORAS PRINCIPAIS	74
9	CRIANÇAS MAIS VELHAS.....	86
9.1	Bem-estar Material.....	87
9.2	Educação	89
9.3	Uso do Tempo	92
9.4	Violência contra as Crianças.....	96

10	IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO	99
11	RECOMENDAÇÕES E LIÇÕES APRENDIDAS.....	104
12	CONCLUSÕES	108
13	REFERÊNCIAS	113
	ANEXO A. TABELAS ADICIONAIS DE BALANCEAMENTO E ATRIÇÃO	123
	ANEXO B. TABELAS ADICIONAIS DE IMPACTOS	138
	ANEXO C. ANÁLISE COMPLEMENTAR PARA LALAUÁ	140
	ANEXO D. OUTROS DOCUMENTOS	145
	<i>D.1. TERMOS DE REFERENCIA.....</i>	<i>145</i>
	<i>D.2. APROVAÇÃO ÉTICA.....</i>	<i>153</i>
	<i>D.3. INSTRUMENTO DE PESQUISA.....</i>	<i>155</i>

FIGURAS

Figura 1. Modelo da Intervenção do Subsídio para Criança 0-2	7
Figura 2. Marco Lógico.....	15
Figura 3. Visualização da Amostra do Estudo ao Longo dos Distritos	22
Figura 4. Marco Conceitual dos Determinantes que Afetam o Estado Nutricional Infantil.....	50
Figura 5. Impactos Agrupados em Despesas e Consumo, por Gênero do Chefe do AF	56
Figura 6. Impactos nos Indicadores de Pobreza, por Gênero do Chefe do AF	60
Figura 7. Impactos nos Indicadores de Segurança Alimentar, por Gênero do Chefe do AF	63
Figura 8. Impactos na Propriedade de Activos, por Gênero do Chefe do AF	65
Figura 9. Impactos em Créditos e Transferências, por Gênero do Chefe do AF	67
Figura 10. Impactos em Empreendimentos Domésticos Não Agrícolas, por Gênero do Chefe do AF	69
Figura 11. Impactos no Bem-estar Psicológico e Apoio Social da Cuidadora, por Idade da Cuidadora	78
Figura 12. Impactos no Status e Empoderamento da Cuidadora, por Idade da Cuidadora	81
Figura 13. Impactos nos Conflitos Intrafamiliares da Cuidadora e Violência Conjugal, por Idade da Cuidadora	84
Figura 14. Impactos no Bem-estar Material das Crianças, por Sexo e Idade	89
Figura 15. Impactos na Frequência Escolar, por Sexo e Idade	92
Figura 16. Impactos no Uso do Tempo das Crianças, por Sexo e Idade	95
Figura 17. Impactos na Disciplina Violenta de Crianças de 1 a 14 Anos, por Sexo e Idade	97

TABELAS

Tabela 1. Resumo dos Principais Impactos da Avaliação em Todos os Domínios	xi
Tabela 2. Indicadores e Domínios do Bem-Estar das Crianças (≤ 24 Meses).....	18
Tabela 3. Domínios e Indicadores a Nível do Agregado Familiar	18
Tabela 4. Domínios e Variáveis de Resultado a Nível da Cuidadora Principal.....	19

Tabela 5. Domínios e Indicadores das Crianças Mais Velhas	19
Tabela 6. Taxas de Atrição por Braço de Estudo.....	32
Tabela 7. Características Demográficas do AF e seus Chefes na Linha de Base	34
Tabela 8. Características das Cuidadoras Principais na Linha de Base	35
Tabela 9. Características da Habitação na Linha de Base	36
Tabela 10. Resumo das Diferenças Médias Padronizadas acima de 0,25 DP nas Características e Resultados Apresentados: Painel e Atrição.....	38
Tabela 11. Serviços Disponíveis nas Unidades de Saúde	38
Tabela 12. COVID-19 e Outros Fatores: Casos e Fechamentos de Unidades.....	39
Tabela 13. Impactos na Certidão de Nascimento da Criança Alvo.....	41
Tabela 14. Impactos no Registro de Nascimento da Criança Alvo	41
Tabela 15. Impactos na Diversidade Alimentar e Nutrição da Criança Alvo	43
Tabela 16. Vacinas, Vitamina A, Desparasitação e Diarreia da Criança Alvo.....	46
Tabela 17. Impactos nos Indicadores de Desenvolvimento Infantil da Criança Alvo.....	48
Tabela 18. Estado Nutricional da Criança Alvo	51
Tabela 19. Resumo dos Impactos Complementares nos Determinantes Subjacentes da Nutrição Infantil.....	52
Tabela 20. Impactos em Despesas Mensais, per capita (MZN)	55
Tabela 21. Impactos nas Despesas Alimentares (MZN)	57
Tabela 22. Impactos nos Indicadores de Pobreza.....	59
Tabela 23. Impactos nos Indicadores de Segurança Alimentar	62
Tabela 24. Impactos na Propriedade de Activos	64
Tabela 25. Impactos em Créditos e Transferências.....	66
Tabela 26. Impactos em Empreendimentos Domésticos Não Agrícolas	68
Tabela 27. Impactos na Produção Agrícola	70
Tabela 28. Impactos na Propriedade Pecuária (proporção)	71
Tabela 29. Impactos nos Efeitos Negativos do COVID-19.....	72
Tabela 30. Impactos nas Estratégias de Enfrentamento de Choques Negativos.....	73
Tabela 31. Impactos na Saúde da Cuidadora e seu Conhecimento Nutricional.....	75
Tabela 32. Impactos no Bem-estar Psicológico e Apoio Social da Cuidadora	77
Tabela 33. Impactos no Status e Empoderamento da Cuidadora	80
Tabela 34. Impactos no Conflito Intrafamiliar da Cuidadora e na Violência por Parceiro Íntimo	83
Tabela 35. Impactos na Fertilidade da Cuidadora e Separação Familiar	86
Tabela 36. Impactos no Bem-estar Material (Crianças de 3 a 17 Anos)	87
Tabela 37. Impactos nos Resultados Educacionais (crianças de 6 a 17 Anos)	91
Tabela 38. Impactos no Uso do Tempo (Crianças de 5 a 17 Anos)	94
Tabela 39. Impactos na Disciplina Violenta de Crianças de 1 a 14 Anos	97
Tabela 40. Impactos nos Ritos de Iniciação de Crianças do Sexo Feminino de 10 a 18 Anos	99
Tabela 41. Conhecimento e Cumprimento da Intervenção	100
Tabela 42. Critérios de Elegibilidade para a Transferência de Acordo com os Beneficiários	101
Tabela 43. Implementação do Componente da Transferência	102
Tabela 44. Uso da Transferência pelos Beneficiários	103
Tabela 45. Critérios de Elegibilidade para o Componente de Gestão de Casos de Acordo com as Participantes	103
Tabela 46. Implementação do Componente de Gestão de Casos entre as Participantes.....	104
Tabela 47. Resumo dos Principais Impactos da Avaliação em Todos os Domínios	111

ACRONYMS

AIR	American Institutes for Research
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CES-D	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
CMSC	Comunicação para a Mudança Social e de Comportamentos
CT-OVC	Transferência Monetária para Órfãos e Crianças Vulneráveis
DiD	Diferença em Diferenças
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DP	Desvio Padrão
ELIM	ELIM Serviços
ENSSB	Estratégia Nacional de Segurança Social Básica
FCDO	Foreign, Commonwealth and Development Office of the UK
FIES	Escala da Experiência de Insegurança Alimentar
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde (DHS)
IOF	Inquérito sobre Orçamento Familiar
IYCF	Alimentação de Infantes e Crianças Pequenas
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA
INAS	Instituto Nacional da Acção Social
LEAP	Livelihood Empowerment Against Poverty
LMICs	Países de renda baixa e média
MDD	Diversidade Alimentar Mínima
MDES	Tamanho do Efeito Mínimo Detectável
MGCAS	Ministério do Género, Criança e Acção Social
MICS	Inquérito aos Indicadores Múltiplos (Multiple Indicator Cluster Surveys)
MZN	Metical de Moçambique
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PASD	Programa de Assistência Social Directa
PASP	Programa de Acção Social Produtiva
PP	Ponto Percentual
PSSB	Programa Subsídio Social Básico
RCT	Estudo Controlado Randomizado (Randomized Controlled Trial)
RDD	Regressão Descontínua Geográfica (Regression Discontinuity Design)
SACMEQ	Consórcio da África Austral e Oriental para Monitoria da Qualidade da Educação
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUN	Movimento para a Ampliação da Nutrição (Scaling Up Nutrition Movement)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VC	Violência Conjugal

EXECUTIVE SUMMARY

I. O Subsídio para Criança 0-2 na Província de Nampula em Moçambique é uma componente do Programa de Subsídio Social Básico (PSSB) atualmente em fase de arranque, que é implementado em quatro distritos selecionados da província de Nampula. A fase inicial é implementada pelo Ministério do Género, Criança e Acção Social (MGCAS) através do Instituto Nacional de Acção Social (INAS), o seu braço operacional. Espera-se que a fase inicial forneça lições importantes e informe a melhor maneira de ampliar a intervenção ao nível nacional. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) Moçambique, com apoio financeiro da Holanda, Reino Unido e Suécia, encarregou os American Institutes for Research (AIR) e seus parceiros de realizar uma avaliação de impacto com desenho longitudinal com duração de 24 meses e uma avaliação do processo.

II. O Subsídio para Criança 0-2 oferece transferências monetárias incondicionais para as cuidadoras primárias de crianças pequenas com o objetivo geral de reduzir a pobreza e a vulnerabilidade social, melhorar o bem-estar infantil e promover o acesso a serviços sociais básicos. Além disso, a componente de cuidados (a gestão de casos mais a subcomponente de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamentos - CMSC) pretende abordar a proteção complexa e inter-relacionada, bem como os riscos sociais, econômicos e de saúde que as famílias-alvo enfrentam.

III. **Finalidade e Objetivos.** O objetivo principal desta avaliação é medir os impactos causais da intervenção em uma ampla gama de resultados ao nível dos agregados familiares, as cuidadoras e as crianças, aproximadamente 24 meses após a pesquisa de linha de base. Em particular, os objetivos são medir os impactos da intervenção combinada, bem como os efeitos adicionais da componente de gestão de casos. Além disso, examinamos os impactos dos grupos vulneráveis quando possível, por exemplo, em famílias chefiadas por mulheres ou pela idade da cuidadora principal. Finalmente, apresentamos algumas informações descritivas sobre a experiência dos participantes com a intervenção e reavaliamos a validade interna do estudo. A avaliação de impacto é a primeira avaliação rigorosa de uma intervenção nacional de protecção social centrada na criança em Moçambique e acrescenta à escassa evidência regional sobre modelos de transferências e cuidados. Espera-se que os resultados forneçam evidências sólidas para o governo e seus parceiros tomarem decisões informadas sobre a expansão do mesmo. Além disso, aumentará a base de conhecimento sobre o investimento em intervenções semelhantes ao nível regional. Esses resultados e implicações para a implementação devem ser interpretados no contexto do COVID-19, o que aumentou os desafios na avaliação, as operações e a vulnerabilidade geral das famílias na amostra do estudo.

IV. **Intervenção.** A fase de arranque do Subsídio para Criança 0-2 é implementada em quatro distritos da província de Nampula: Ilha de Moçambique, Nacala-a-Velha, Lalaua e Mogincual. A componente de cuidados (gestão de casos e a CMSC) é implementada com apoio do Instituto Nacional de Acção Social (INAS) e dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) em Nacala-a-Velha, Mogincual e Lalaua. Esta avaliação de impacto estuda três dos distritos de intervenção: Ilha de Moçambique, Nacala-a-Velha e Lalaua, e inclui os distritos vizinhos de Mossuril e Nacala Porto como áreas de comparação.

V. O Subsídio para Criança 0-2 tem três componentes. A primeira componente é uma transferência em dinheiro de aproximadamente 540 MZN por mês planejada para ser

distribuída bimestralmente e de forma incondicional para as cuidadoras primárias de crianças entre 0 e 2 anos. Os agregados familiares elegíveis também estão expostos a um pacote de CMSC sobre a redução do atraso no crescimento, implementado a nível comunitário, com intervenções em torno de boas práticas de nutrição e higiene. Por último, a intervenção tem uma componente de gestão de casos é oferecida às famílias beneficiárias classificadas como mais vulneráveis aos riscos comuns de proteção, após os resultados de uma avaliação rápida (triagem de priorização de vulnerabilidade) implementada no momento da inscrição. Os serviços de apoio à família são oferecidos principalmente através dos Permanentes da INAS com supervisão do pessoal técnico do SDSMAS e incluem apoio psicossocial básico e aconselhamento, sensibilização sobre práticas parentais positivas, bem como informação e encaminhamento para serviços locais e estatutários. Todos as cuidadoras e crianças em agregados selecionados são apoiados como parte desta componente, incluindo a criança alvo. No âmbito da avaliação do estudo, a Ilha de Moçambique recebeu apenas a transferência monetária; Nacala-a-Velha e Lalaua Sede receberam a transferência e a componente de cuidados;¹ e Mossuril e Nacala Porto, como distritos de comparação, não receberam qualquer intervenção.

VI. **Metodologia.** A avaliação é uma avaliação de impacto longitudinal de 24 meses que compara dois braços de tratamento (1) a transferência e (2) transferência mais a subcomponente de gestão de casos) com um grupo de comparação (sem intervenção). A metodologia é um desenho quase experimental de regressão descontínua (RDD) geográfico para estimar os impactos para os distritos de tratamento de Nacala-a-Velha e Ilha de Moçambique, que compara os agregados familiares nesses distritos com os agregados familiares nos distritos vizinhos de Mossuril e Nacala Porto, que constituem o grupo de comparação.² A lógica por trás do RDD geográfico é que aqueles que vivem na área de tratamento junto à fronteira e recebem a intervenção são semelhantes em todos os aspectos aos que vivem fora da fronteira da área de tratamento e, portanto, servem como um grupo de comparação válido. Assim, a fronteira entre os distritos cria uma descontinuidade no tratamento, com a fronteira norte de Mossuril e a fronteira oeste de Nacala Porto a servirem de descontinuidade entre estes distritos e Nacala-a-Velha, e a fronteira sul de Mossuril a servirem de descontinuidade entre este distrito e a Ilha de Moçambique. A fim de estimar os impactos do programa, usamos uma especificação de diferença em diferenças (DiD) para avaliar o efeito das atividades combinadas da intervenção (ou seja, a transferência e a gestão de casos) nas variáveis de resultados de interesse, bem como o impacto diferencial da transferência versus a gestão de casos (ou seja, o termo de interação que mede o impacto adicional da subcomponente de gestão de casos) usando uma amostra de painel, aqueles agregados que foram entrevistados na linha de base e no rodada final. Ao interpretar os impactos diferenciais da gestão de casos, note-se que estes agregados (aproximadamente 50% da amostra de Nacala-a-Velha) foram escolhidos por terem riscos de proteção mais elevados em comparação com a amostra restante. Assim, esses domicílios não são estritamente comparáveis à amostra completa, porém controlamos por um índice que captura os riscos de proteção em todas as estimativas para levar em conta parcialmente esse

1 Deve-se notar que no distrito de Lalaua, os serviços de atendimento estão sendo implementados apenas em Lalaua Sede e faz parte da avaliação do processo, enquanto na área de abrangência de saúde de Meti, que está incluída na avaliação de impacto, os participantes recebem apenas a transferência monetária.

2 A análise para o distrito de Lalaua usa uma abordagem metodológica diferente e estima apenas os impactos do recebimento da transferência monetária em relação ao grupo de comparação. Apresentamos a metodologia, amostragem e resultados para Lalaua no Anexo C deste relatório.

potencial viés de seleção. Além disso, nossas estimativas usam um grande conjunto de variáveis de controle nos níveis da criança, a cuidadora e o agregado familiar. Observe que, devido à natureza não direcionada do pacote de CMSC, não podemos atribuir impactos especificamente nossas estimativas.

VII. **Amostra.** O critério de inclusão da amostra para a avaliação é que os agregados familiares tenham pelo menos uma criança com menos de 6 meses na linha de base e viva a menos de 10 km de uma fronteira distrital, onde o estado de tratamento muda de forma descontínua. Os dados de aproximadamente 2.130 domicílios (700 por braço do estudo) foram coletados na linha de base em fevereiro/março de 2019 (antes do início da intervenção) e aproximadamente 1.685 foram entrevistados na linha final (25 meses depois). Aproximadamente 21% da amostra não pôde ser entrevistada na linha final por se mudar, não estava disponível no momento da pesquisa ou não foi encontrada. A análise mostra que, embora uma percentagem maior do grupo de tratamento tenha deixado a amostra (23% no grupo de tratamento versus 17% no grupo de comparação), o painel geralmente tem boa validade interna, mostrando equilíbrio na linha de base entre os braços do estudo e poucos sinais de atrição diferencial. No geral, os agregados familiares têm uma média de 5,2 membros, são chefiados majoritariamente por homens (87%), tendo tanto a cuidadora principal como o chefe do agregado familiar com baixa escolaridade (apenas 10% e 16%, respectivamente, têm ensino secundário ou superior – e 39% e 34% não têm escolaridade formal). As famílias são principalmente muçulmanas (90%) e as cuidadoras da criança alvo são relativamente jovens (25,7 anos em média).

VIII. **Impactos.** Seguindo a estrutura lógica da intervenção, além das características básicas da amostra do estudo, os resultados são apresentados em quatro níveis principais: (a) nível da criança alvo (0 - 6 meses na linha de base), (b) nível do agregado familiar, (c) nível da cuidadora e (d) crianças maiores (3 a 17 anos). A Tabela 1 resume os impactos gerais nos indicadores principais nos quatro níveis, incluindo o impacto diferencial da componente de gestão de casos. Discutimos essas e outras descobertas importantes nas seções abaixo.

- **Criança Alvo:** Examinamos os resultados relacionados ao bem-estar da criança-alvo nos seguintes domínios: (a) certidão de nascimento e registro da criança, (b) diversidade alimentar e práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas (IYCF), (c) imunizações, (d) estimulação e envolvimento dos pais e (e) estado nutricional. Há impactos fortes e consideráveis na certidão e registro de nascimento das crianças (30 pontos percentuais [pp] ou um aumento de 150% em relação à média final do grupo de comparação), com impactos originados na transferência monetária e de gestão de casos. Além disso, há impactos benéficos (e consideráveis) em termos de diversidade alimentar e IYCF – incluindo número de refeições, diversidade alimentar mínima, frequência mínima de refeições e consumo de legumes, laticínios, carne e peixe, ovos, alimentos com vitamina A e outras frutas e vegetais. Por exemplo, a diversidade alimentar mínima aumentou em 100% sobre a média do grupo de comparação. Em contrapartida, há menos efeitos consistentes nas imunizações, com impactos apenas na posse do cartão de vacinação (impacto originado na componente de gestão de casos) e da vacina BCG (impacto originado na transferência) e nenhum impacto positivo na desparasitação ou nas doses de vitamina A. Não há impactos gerais nos resultados de estimulação dos pais para nenhum membro da família (com 15 anos ou mais). No entanto, as cuidadoras relataram um aumento de 11% nas atividades com

a criança-alvo (parcialmente impulsionada pela componente de gestão de casos). Finalmente, as medidas antropométricas, incluindo baixo peso, desnutrição aguda e desnutrição crônica permanecem praticamente inalteradas devido à intervenção. Os níveis de desnutrição crônica são altos, variando de 51% a 54% -indicando que é preciso ter estratégias adicionais para lidar com a desnutrição nessa população. Existem poucas diferenças significativas nos impactos por gênero da criança-alvo ou do chefe da família, sugerindo que a intervenção está beneficiando igualmente todos os grupos.

- **Agregado Familiar:** Examinamos domínios relacionados a: (a) consumo e gastos, (b) taxas de pobreza, (c) segurança alimentar, (d) propriedade de ativos, (e) crédito e transferências, (f) empresas não agrícolas, produção e pecuária, (g) choques e mecanismos de enfrentamento, e (h) acesso a outros programas. Há impactos moderados nos gastos totais per capita (que se traduzem em um aumento de 13% em relação à média final de grupo de comparação), impulsionados principalmente pelos gastos em alimentação, bem como gastos em habitação e serviços públicos, vestuário e calçados e transporte. Da mesma forma, há reduções nas taxas de pobreza de magnitude semelhante (8 pp ou 10% de redução na taxa de pobreza, 5 pp ou 13% de redução na lacuna de pobreza). A insegurança alimentar também diminuiu, tanto em termos do índice de experiência total de insegurança alimentar (composto por 8 questões sobre diferentes aspectos da insegurança alimentar), como no número de refeições realizadas por dia. As famílias investem em atividades não agrícolas, aumentando a operação de qualquer empreendimento em 7 pp (ou 16% em relação ao grupo de comparação). Embora haja aumentos na posse de bens das famílias, não há mudança na posse de gado ou atividades agrícolas. Por fim, as famílias do grupo de tratamento são menos propensas a relatar que foram afetadas negativamente pelo COVID-19 (14 pp ou redução de 54%). Com algumas exceções (por exemplo, lacuna de pobreza e a lacuna de pobreza ao quadrado), os impactos no nível familiar parecem se originar principalmente devido à componente de dinheiro. Além disso, em vários domínios (por exemplo, despesas totais, redução da pobreza, acesso ao crédito e empreendimentos não agrícolas), os impactos parecem ser impulsionados por agregados chefiados por mulheres, indicando que a intervenção foi particularmente benéfica para esse grupo demográfico mais vulnerável.
- **Cuidadora Principal:** No nível da cuidadora, examinamos os seguintes domínios: (a) conhecimento sobre saúde e nutrição, (b) bem-estar psicossocial e apoio social, (c) empoderamento e experiências violentas e (d) fertilidade e (e) separação familiar. Em vários domínios-chave do conhecimento sobre saúde e nutrição, incluindo o conhecimento sobre aleitamento materno exclusivo, não há impactos consistentes ou fortes – demonstrando que os componentes de intervenção relacionados à absorção do conhecimento não foram bem-sucedidos na mudança desses resultados específicos. No entanto, houve fortes impactos em quase todos os outros domínios: As cuidadoras têm menos sintomas depressivos (-7 pp ou redução de 11%), menos estresse (diminuição de 0,84 ou 5%), relatam níveis mais altos de felicidade e estão mais satisfeitas com a vida (impulsionado pela componente de gestão de casos). As cuidadoras estão a poupar mais dinheiro (4 pp ou 130% de aumento) e relatam níveis mais altos de autonomia, poder de decisão e capacidade financeira autoavaliada. Há também reduções notáveis nas atitudes de aceitação da violência conjugal (VC) e

menor experiência de VC emocional, física e combinada nos últimos 12 meses (esta última diminuindo 13 pp ou 38% em relação às médias do grupo de comparação). Por fim, não foram encontrados impactos adversos na gravidez ou na fertilidade, com a intervenção diminuindo as gestações atuais ou recentes e a componente de gestão de casos reduzindo a separação de crianças (medido como qualquer criança biológica <18 anos vivendo fora de casa). Em muitos casos, o componente de gestão de casos parece contribuir substancialmente para impactos adicionais em termos de violência e resultados de separação familiar. Finalmente, os impactos parecem ser maiores em vários domínios para cuidadoras mais velhas (aquelas maiores de 25 anos na linha de base), indicando que as cuidadoras mais vulneráveis (adolescentes ou jovens) podem precisar de actividades mais dedicadas ou intensivas.

- **Crianças mais Velhas:** Examinamos uma série de resultados para crianças mais velhas (principalmente aquelas de 3 a 17 anos) em quatro domínios principais: (a) bem-estar material, (b) resultados educacionais, (c) alocação de tempo, incluindo na escola e no trabalho (ambos trabalho produtivo e de cuidados) e (d) violência contra crianças, incluindo avaliação de ritos de iniciação entre crianças do sexo feminino. Encontramos fortes impactos no bem-estar materno das crianças, com aumentos de 21 pp (58% sobre a média do grupo de comparação) de ter sapatos, uma muda de roupa e um cobertor. Encontramos impactos mais fracos nos resultados educativos, com um impacto de 5 pp (8%, significativo de forma marginal) na matrícula escolar atual e nenhum impacto positivo na frequência escolar (número de dias por semana frequentados) ou nos gastos. Isso provavelmente está relacionado a pandemia de COVID-19, quando os dados finais foram coletados. As escolas foram reabertas no mesmo mês após um fechamento de um ano que afetou todo o país. As preocupações com a segurança levaram as autoridades dos distritos a introduzir limitações no número de dias de atendimento ou a variar o horário de turno que podem estar por trás dos efeitos observados. Encontramos reduções no tempo da criança usado tanto em atividades domésticas (ou seja, cuidar de membros da família, coletar lenha, outras tarefas domésticas), quanto em atividades produtivas, em uma série de resultados (ou seja, agricultura, pesca, colheita), com uma redução de 40% em relação à média do grupo de comparação. Finalmente, encontramos fortes diminuições na disciplina violenta de crianças (redução de 9 pp ou 16% sobre a média do grupo de comparação), bem como as crenças da cuidadora que a violência é necessária para educar às crianças (diminuição de 4 pp ou 67% sobre a média do grupo de comparação). Os dois últimos resultados mostram fortes impactos adicionais atribuíveis à componente de gestão de casos. Embora existam algumas diferenças originadas de grupos etários nesses impactos, há menos diferenças por sexo da criança – sugerindo que os impactos benéficos estão se acumulando tanto para meninos quanto para meninas.

Tabela 1. Resumo dos Principais Impactos da Avaliação em Todos os Domínios

	Tratamentos Combinados (coeficientes)	Variação percentual	Impacto benéfico adicional da gestão de casos
<i>Criança alvo (0-6 anos de idade na linha de base)</i>	(1)	(2)	(3)
A criança tem registo de nascimento	0.30***	+150%	X
Diversidade Alimentar Mínima	0.11***	+100	-
Tem cartão de vacinação	0.02	NA	X
Número de actividades que a cuidadora fez com a criança últimos 3 dias)	0.23*	+11	X
Desnutrição aguda (z-escore peso por comprimento < -2)	-0.02	NA	-
Desnutrição crónica (z-escore comprimento pela idade < -2)	0.03	NA	-
<i>Agregado familiar</i>			
Despesas mensais per capita (MZN)	118.2***	+13%	-
Despesas alimentares mensais per capita (MZN)	57.3**	+10%	-
Taxa de pobreza	-8.78***	-10%	-
Lacuna de pobreza	-4.84**	-13%	X
Índice de experiência de insegurança alimentar (FIES)	-0.79***	-11%	-
Opera qualquer empresa não agrícola	0.07**	+16%	-
Índice de propriedade pecuária	0.01	NA	-
Afectado negativamente pelo COVID-19	-0.14***	-54%	-
<i>Cuidadora principal</i>			
Pontuação total dos conhecimentos sobre nutrição e saúde	0.08	NA	-
Sintomas depressivos (CES-D ≥ 10) (CES-D ≥ 10)	-0.07**	-11%	-
Stress (escala de stress auto-reportado de Cohen)	-0.84***	-5%	-
Actualmente a poupar dinheiro	0.04**	+130%	-
Poder de decisão auto-avaliado (escada)	0.43***	+8%	-
VC emocional ou física (últimos 12 meses)	-0.13***	-38%	X
Actualmente grávida ou grávida nos últimos 24 meses	-0.09***	-22%	-
Qualquer criança biológica <18 anos morando fora de casa	0.01	NA	X
<i>Crianças mais velhas (principalmente 3-17 anos de idade)</i>			
Bem-estar material (sapatos, roupas e cobertor) (3-17 anos)	0.21***	58%	-
Actualmente a frequentar a escola (6-17 anos)	0.05*	8%	-
Horas usadas em tarefas domésticas (últimas 24 horas)	-0.27**	-12%	-
Horas usadas pela criança em actividades produtivas (última semana)	-0.96***	-40%	X
Qualquer disciplina violenta (1-14 anos)	-0.09***	-16%	X
Cuidadora acredita disciplina violenta e necessária	-0.04***	-67%	X

Notas: Os impactos combinados do tratamento são coeficientes de estimativas de um modelo de diferenças em diferenças com variáveis de controle nos níveis da criança, cuidadora e agregado familiar e erros padrão robustos entre a amostra do painel. As alterações percentuais são calculadas apenas quando os efeitos são significativos e estão em relação à média do grupo de comparação na linha final. Os impactos adicionais da componente de gestão de casos são calculados usando um modelo com um termo de interação adicional para os agregados elegíveis para esta componente. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

IX. **Desempenho Operacional.** Examinamos o desempenho operacional entre os participantes da intervenção para complementar as informações da avaliação do processo. Os resultados mostram que a intervenção é bem conhecida e aproximadamente 91% da amostra (totalmente em áreas de tratamento) relata ter recebido transferências ou serviços. Os participantes identificam predominantemente as cuidadoras com crianças pequenas como um dos principais critérios de elegibilidade (93%), com outros fatores percebidos como cuidar de órfãos e crianças vulneráveis, deficiência e pobreza. Apesar de relatar ter recebido o equivalente a 20 meses de transferências em média (10.509 MZN) durante o período de intervenção, as transferências foram irregulares (4,6 pagamentos em média) e imprevisíveis – com as cuidadoras incapazes de identificar quando receberiam sua próxima transferência. Nos pontos de pagamento, as cuidadoras relatam sentir-se seguras (90%), gastando em

média 74 minutos para pegar o dinheiro, e 83% designaram alguém para pegar os fundos quando não puderam. As cuidadoras relatam principalmente usar a transferência em gastos de alimentação e nutrição para a família (98%), vestuário e calçados (93%) e saúde (46%), e poucas cuidadoras mencionaram investimentos produtivos ou a possibilidade de poupar o dinheiro. Por fim, uma proporção menor do que o esperado relatou ter recebido o componente de gestão de casos (apenas 27% da amostra elegível para gestão de casos e 11% de toda a amostra de tratamento) e, entre esses, os participantes relataram um número menor de visitas do que o esperado (2,3 em média). Isso indica possíveis restrições de implementação para a componente de gestão de casos, o que deve ser considerado ao interpretar os impactos apresentados neste relatório.

X. Recomendações de Política. Os resultados desta avaliação mostram que o Subsídio para Criança 0-2 tem amplos benefícios para crianças pobres e vulneráveis e suas famílias (incluindo impactos na economia doméstica e na segurança alimentar e capacidade de lidar com o COVID-19), mas também em termos da saúde da cuidadora e da criança, bem-estar e ausência de violência. A maioria dos impactos ao nível do agregado familiar são atribuíveis à componente da transferência monetária. No entanto, vários impactos para as cuidadoras e crianças mais velhas derivam-se especificamente do efeito combinado da transferência e a gestão de casos. Com a experiência contínua de choques (incluindo COVID-19) local e nacionalmente, redes de segurança como o Subsídio para Criança 0-2 fornecem uma proteção essencial para garantir a saúde e o bem-estar de crianças pequenas e suas famílias. Assim, **a nossa recomendação geral é manter o actual desenho incondicional, enquanto planeia a expansão da intervenção para outros distritos em Nampula e além.** No futuro imediato, a intervenção deverá ser oferecida aos distritos do grupo de comparação e áreas vizinhas na província de Nampula.

XI. Apesar dos amplos efeitos benéficos, ao avaliar os impactos nos diferentes níveis e domínios, alguns são pequenos (ou modestos) em comparação com programas semelhantes na região – enquanto para outros, os efeitos são nulos. Portanto, concluímos que existem vários fatores relacionados ao desenho e implementação da intervenção que podem tê-la impedido de realizar todo o seu potencial. Fornecemos as seguintes recomendações em termos de política e programação:

- **Valor da Transferência:** A transferência representa 13% das despesas mensais dos agregados na linha de base – um valor que não foi ajustado ao longo do tempo para levar em conta a inflação – e é inferior à média regional recomendada de 20% das despesas mensais. Nossos resultados mostram que as famílias gastaram quase o valor total da transferência em consumo regular com baixo ou nenhum grande impacto no investimento em atividades produtivas (empresas não agrícolas, agricultura, pecuária) que poderiam ter um efeito multiplicador para a família e levar a impactos sustentáveis de longo prazo. **Essas descobertas levantam uma oportunidade de revisitar os níveis de benefícios ou, no mínimo, sugerir que é necessário um monitoramento ao longo do tempo para garantir que o valor real da transferência não diminua ainda mais.**
- **Duração da Transferência:** Intimamente relacionado com o valor da transferência, está a duração que as cuidadoras e os agregados são elegíveis para receber os fundos. Atualmente, as cuidadoras tornam-se elegíveis após o nascimento de uma criança, e isso se estende até quando a criança completar 2 anos de idade. A curta duração, que

pode ser complicada por atrasos no registro e atrasos nos pagamentos, limita ainda mais o potencial de sustentabilidade dos impactos. Uma duração mais longa da intervenção permitiria um maior investimento em atividades produtivas e capital humano das crianças. **Semelhante a outros modelos de Subsídio Infantil, recomendamos avaliar se a participação pode ser estendida para incluir o período de gravidez ou anos adicionais para crianças.**

- **Regularidade dos Pagamentos:** Os beneficiários relataram irregularidade nos intervalos de pagamento e incerteza sobre as datas de pagamento. As famílias são mais propensas a investir em atividades produtivas usando a transferência de dinheiro quando têm uma compreensão clara do momento dos pagamentos futuros. Reconhecemos que alguns desses desafios de implementação podem ter sido resultado de restrições do COVID-19. No entanto, os **participantes atuais e futuros se beneficiarão muito se a intervenção for capaz de seguir um plano específico de pagamentos.**
- **Restrições Operacionais da Componente de Gestão de Casos:** Nossos resultados também mostram que houve alguns desafios em termos de implementação de atividades para o componente de gestão de casos. Embora a triagem e o direcionamento para esta componente tenham sido modificados da prática padrão para acomodar as necessidades de avaliação, apenas 27% da amostra qualificada para a gestão de casos relatou receber atividades e os beneficiários relataram um baixo número de visitas. No entanto, nossos resultados indicam que a gestão de casos gerou impactos positivos para alguns resultados-chave, em particular aqueles relacionados à violência, proteção infantil e separação de crianças do agregado, o que sugere que uma abordagem conjunta de dinheiro e cuidados pode ser uma maneira eficaz de abordar algumas das principais vulnerabilidades complexas que as famílias enfrentam. **Recomendamos, portanto, continuar a implementação conjunta das componentes da intervenção e garantir que as atividades de atendimento sejam ainda mais apoiadas para garantir o máximo de benefícios sinérgicos para os participantes.** Reconhecemos a complexidade e os desafios inerentes à prestação de serviços de atendimento e destacamos as amplas recomendações específicas de implementação feitas no relatório de avaliação do processo.
- **Incentivar as Atividades de Nutrição Infantil:** A intervenção não teve um impacto mensurável na nutrição infantil, um alvo chave da intervenção. No final, mais da metade das crianças apresentaram desnutrição crónica e 40% das crianças tiveram diarreia nas duas semanas anteriores à pesquisa. Embora a componente CMSC da intervenção possa ter contribuído para alguns comportamentos positivos e conhecimento sobre nutrição, estes não foram capturados por meio de questões de conhecimento incluídas neste estudo. Além disso, é possível que um atraso no início completo das atividades de CMSC possa ter contribuído para uma probabilidade reduzida de impactos sinérgicos favoráveis na nutrição infantil e nos resultados relacionados. **Portanto, recomenda-se que os pontos de entrada para a convergência entre as intervenções de nutrição ao nível distrital e o Subsídio para Criança 0-2 sejam explorados e alavancados, além do modelo de CMSC atualmente em operação.** Em particular, a programação deve considerar os determinantes da nutrição infantil como pontos de entrada, incluindo a garantia de um ambiente limpo e higiene doméstica.

- **Apoiar às Cuidadoras Adolescentes:** Embora nossos resultados sugiram que a intervenção teve uma série de impactos benéficos para as cuidadoras, em várias categorias, esses benefícios parecem ser impulsionados principalmente por cuidadoras mais velhas (por exemplo, aquelas com 24 anos ou mais). A gestão de casos já prioriza as cuidadoras jovens e, em particular, aquelas que deram à luz quando crianças (menores de 18 anos). No entanto, essa limite de idade pode deixar de fora muitas mães jovens vulneráveis, muitas das quais se casaram quando ainda eram crianças. **Assim, recomenda-se que a ênfase seja continuada no atendimento de mães adolescentes e jovens, e que sejam feitas ligações sempre que possível como parte da gestão de casos com serviços específicos amigáveis para adolescentes.** Além disso, deve ser dada atenção às barreiras específicas que as meninas adolescentes podem enfrentar em diferentes componentes da intervenção (por exemplo, viagens aos pontos de pagamento, controle e tomada de decisões sobre transferências). **Essas considerações devem ser complementadas com mais esforços focados na prevenção do casamento infantil nas comunidades e famílias participantes – a fim de conter o ciclo de casamentos precoces e partos.** Isso pode incluir o envolvimento com serviços e programas específicos destinados a reduzir o casamento infantil precoce e forçado, incluindo serviços jurídicos, de saúde e educação, assim como o envolvimento com atores e grupos comunitários

1 INTRODUÇÃO

1. Este relatório fornece os resultados finais da avaliação do Subsídio para Criança 0-2 de Moçambique. O Subsídio Criança 0-2 é um subcomponente do Programa de Subsídio Social Básico (PSSB), um programa nacional liderado pelo Ministério de Género, Criança e Ação Social (MGCAS). A avaliação coincide com a fase de arranque da intervenção, que aconteceu até 2021 em quatro distritos seleccionados da província de Nampula. A intervenção segue uma metodologia de 'dinheiro e cuidado' e inclui três componentes: (1) transferências de dinheiro, (2) um pacote de comunicação para a mudança social e de comportamentos (CMSC) com ênfase em nutrição (3) uma gestão de casos em temas de proteção social para os mais vulneráveis. A intervenção visa reduzir a pobreza e a vulnerabilidade social, fornecendo transferências em dinheiro para as cuidadoras principais de crianças pequenas com o objetivo geral de reduzir a pobreza, melhorar o bem-estar infantil e promover o acesso a serviços sociais básicos. Além disso, o componente de cuidados da intervenção pretende abordar a proteção complexa e inter-relacionada, bem como os riscos sociais, económicos e de saúde, que as famílias-alvo enfrentam. A intervenção começou a ser implementada em setembro de 2018, e esta avaliação fornece evidências críticas sobre sua eficácia para informar a melhor forma de expansão da intervenção.

2. Em nome do MGCAS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) Moçambique contratou o American Institutes for Research® (AIR®) e seus parceiros para realizar uma avaliação de impacto longitudinal de 24 meses e uma avaliação do processo da fase de arranque do Subsídio para Criança 0-2. A avaliação de impacto investiga os efeitos da intervenção no bem-estar infantil e os impactos intermédios na pobreza e vulnerabilidade ao nível dos agregados familiares e das cuidadoras em três distritos piloto (Lalaua, Ilha de Moçambique e Nacala-a-Velha, sendo os dois últimos distritos discutidos neste relatório, enquanto os resultados para Lalaua são apresentados no Anexo C). A estrutura conceitual da avaliação, a análise e as conclusões seguem uma abordagem sensível ao gênero e à criança, informada pelo papel da proteção social para alcançar as populações mais vulneráveis e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A avaliação de impacto é a primeira avaliação rigorosa de uma intervenção nacional de proteção social centrada na criança em Moçambique e acrescenta à escassa evidência regional sobre modelos de dinheiro e cuidados. Assim, os principais utilizadores da avaliação de impacto incluem os decisores políticos nacionais e provinciais, incluindo o MGCAS e outros parceiros governamentais, bem como as principais partes interessadas, incluindo a UNICEF e os doadores. A avaliação visa fornecer a essas partes interessadas as informações necessárias para tomar decisões informadas sobre a expansão e o investimento em intervenções semelhantes regionalmente. No total, a fase de arranque teve um orçamento previsto de 3,5 milhões de USD e atingiu 15.345 beneficiários até 2021.

1.1 Objectivos da Avaliação

3. O objetivo principal desta avaliação é medir os impactos causais da intervenção em uma ampla gama de resultados ao nível dos agregados, as cuidadoras e as crianças, aproximadamente 24 meses após a pesquisa de linha de base. Em particular, os objetivos são medir os impactos da intervenção combinada, bem como os efeitos adicionais da componente de gestão de casos. Além disso, examinamos os impactos específicos em grupos vulneráveis quando possível, por exemplo, em famílias chefiadas por mulheres ou pela idade da cuidadora principal. Finalmente, apresentamos algumas informações descritivas sobre a experiência dos participantes com a intervenção e reavaliamos a validade interna do estudo. Esses resultados se baseiam nas descobertas do relatório de linha de base, que documentou e descreveu a amostra do estudo antes do início da intervenção e testou a equivalência na linha de base

entre os grupos de tratamento e comparação (AIR, 2020). Os TOR completos para a avaliação estão incluídos no Anexo D (Figura D.1), que permanecem praticamente inalterados desde o início.³ Este relatório explica primeiro o contexto, detalhes e motivação por trás do Subsídio para Criança 0-2. Subsequentemente, explica o marco lógico da intervenção, questões de pesquisa, desenho do estudo, coleta de dados, descrição da amostra e impactos da intervenção, e conclui com recomendações de políticas.

4. O AIR e seus parceiros realizaram uma avaliação de processo complementar para investigar o Subsídio para Criança 0-2 em relação aos critérios de avaliação da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (ou seja, em termos da relevância, eficácia, impacto, cobertura, coordenação e equidade) usando métodos principalmente qualitativos. A avaliação do processo concentra-se em questões complementares relativas à fidelidade da intervenção, desafios e pontos fortes da implementação, potenciais barreiras do lado da oferta e da procura ao acesso à transferência e aos serviços de cuidados e a experiência do beneficiário. A avaliação do processo destina-se a ajudar o mesmo grupo de formuladores de políticas e principais interessados a redesenhar a intervenção para melhorar sua operação e entrega e é divulgada em paralelo com a avaliação de impacto. Juntamente com os resultados da avaliação de impacto, a pesquisa compreende um conjunto completo de informações necessárias para os formuladores de políticas tomarem decisões sobre o futuro da intervenção. A avaliação do processo foi implementada em 2021 em todos os quatro distritos iniciantes com contribuições e em colaboração com a equipe de avaliação de impacto, e os resultados são apresentados em um relatório separado (AIR, 2022). Quando relevante, fazemos referência cruzada ao relatório de avaliação do processo para mostrar as principais áreas de concordância e divergência nos resultados.

1.2 Contexto

5. Moçambique experimentou um crescimento econômico sustentado após a sua luta pela independência e a guerra civil, mas os obstáculos para alcançar o bem-estar infantil persistem com grandes disparidades entre as províncias do país. As taxas de pobreza permanecem estagnadas, em cerca de 55%, desde 2003 devido aos altos níveis de investimento estrangeiro em indústrias extrativas que tiveram pouco efeito na economia local e na criação de empregos e pouco investimento na agricultura familiar, que sustenta a maior parte da população do país (Cunha et al., 2013). Entre 2003 e 2011, a desnutrição crônica de crianças menores de 5 anos aumentou ligeiramente de 41,0% para 42,6% (UNICEF, 2014). As províncias do centro e norte de Moçambique enfrentam maiores obstáculos para alcançar o bem-estar infantil do que as províncias do sul. Por exemplo, em 2014, 23% das crianças menores de 5 anos na Cidade e Província de Maputo sofriam de desnutrição crônica, enquanto em Nampula (a província de este estudo), 55% das crianças foram afetadas (UNICEF, 2014).

6. Moçambique fez do bem-estar infantil uma prioridade política e, como resultado, o país já demonstrou sinais de melhoria. Em 2011, Moçambique aderiu ao movimento Scaling Up Nutrition (SUN) para combater a fome e a desnutrição e assinou o Programa Abrangente de Desenvolvimento da Agricultura em África para promover a segurança alimentar e a prosperidade econômica. Políticas nutricionais direcionadas levaram a reduções nas taxas gerais de insegurança alimentar crônica, de 61% em 1997 para 24% em 2018 (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional [USAID], s.d.). As taxas de sobrevivência para crianças menores de 5 anos melhoraram muito, com as taxas de mortalidade caindo de 20% em 1997 para 10% em 2011 (UNICEF, 2014). A redução da

³ No momento da redação do TOR, vários aspectos da avaliação de impacto ainda não haviam sido determinados, incluindo o local exato da avaliação, o cronograma e a metodologia. Portanto, embora muitos detalhes do TOR original tenham evoluído, os principais objetivos e atividades da pesquisa permanecem praticamente inalterados.

mortalidade entre crianças menores de 5 anos pode ser atribuída ao aumento do financiamento governamental para programas de saúde, maior densidade de trabalhadores no sector saúde e a cobertura de partos para prevenir ou tratar malária, diarreia e transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o síndrome da imunodeficiência adquirida (Fernandes et al., 2014).

7. Apesar dessas melhorias, muitos desafios permanecem. De 1990 a 2003, a mortalidade materna caiu de 1.000 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos para 408 mortes maternas por 100.000; entretanto, de 2003 a 2011, essas taxas permaneceram estagnadas (UNICEF, 2014). Em uma medida recente de 2017, a taxa de mortalidade materna em Moçambique foi estimada em 452 por 100.000 nascidos vivos (UNICEF, 2021). Além disso, 42,3% das crianças com menos de 5 anos sofrem de desnutrição crónica devido à má nutrição materna, más práticas de alimentação infantil, má qualidade dos alimentos e infecções frequentes (Programa Alimentar Mundial, 2018). As repercussões do atraso no crescimento na primeira infância podem repercutir ao longo da vida de uma criança, resultando em menor desempenho na aprendizagem, salários e produtividade na idade adulta (Aguayo & Menon, 2016). Além disso, a segurança é um pré-requisito para o desenvolvimento na primeira infância. A nutrição adequada combinada com cuidados consistentes e responsivos é a melhor maneira de compensar os efeitos de múltiplas adversidades (UNICEF, 2011). A gravidez e o puerpério podem ser estressantes para as mães e famílias, e vulnerabilidades económicas e de saúde adicionais comprometem seu bem-estar. De acordo com os mais recentes dados representativos a nível nacional, quase metade (49%) das mulheres dos 20 aos 59 anos casaram-se aos 18 anos em Moçambique e 16% casaram-se aos 16 anos (Ministério da Saúde et al., 2015). A taxa média de fecundidade total é de 5,3 filhos por mulher, sendo este valor mais elevado nas áreas rurais e entre as mulheres sem escolaridade e com baixo nível de riqueza familiar. Finalmente, 36% das mulheres que já tiveram um parceiro relatam experimentar comportamentos controladores, 18% relatam violência física, 13% relatam violência emocional e 3% relatam violência sexual perpetrada por um parceiro íntimo em suas vidas. Além disso, de acordo com o Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique (DHS) de 2011, 18% das crianças não vivem com nenhum dos pais biológicos, em muitos casos devido à mortalidade adulta por HIV/SIDA, migração devido a factores económicos e climáticos, acolhimento informal, deficiência e casamento infantil. As crianças privadas de um ambiente familiar são menos propensas a ter apoio físico ou psicossocial positivo e são mais vulneráveis a maus-tratos e privações. Por exemplo, crianças órfãs com menos de 5 anos têm a maior probabilidade (51%) de ter desnutrição crónica, e crianças órfãs entre 10 e 14 anos têm 7% menos probabilidade de estar na escola (UNICEF, 2014).

8. A educação em Moçambique é caracterizada por baixos níveis de alfabetização e numeracia e altos níveis de abandono do ensino médio entre meninos e meninas adolescentes. Menos de 5% dos alunos da 4ª série são proficientes em português e menos de 8% têm habilidades matemáticas suficientes (Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, 2016). As estatísticas oficiais não refletem totalmente a dinâmica da participação da criança na escola. Embora as matrículas na escola primária continuem a ser elevadas de acordo com os registos administrativos do Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano (MINEDH) (mais de 90%, principalmente devido a crianças em idade escolar secundárias matriculadas na escola primária), quase metade das crianças em idade escolar primária estão fora da escola (43%), pois nunca terminam o ano letivo. As oportunidades para crianças em idade escolar são limitadas além da escola primária (UNICEF Moçambique 2021a). A idade oficial de ingresso na escola em Moçambique é de 6 anos, mas não é incomum encontrar crianças de 4 ou 5 anos para serem matriculadas como cuidadoras que usam a escola como método de prestação de cuidados infantis. Um sistema de dois níveis permite uma estrutura de escola primária de 5 ou 7 graus. No entanto, a idade avançada dos alunos

da escola primária apresenta desafios reais. O estudo longitudinal nacional (ALDE) relata que 17% dos adolescentes dos 13 aos 18 anos ainda estão na escola primária (UNICEF Moçambique 2021b).

9. Até à aprovação da Lei de Protecção Social em 2007, o Programa de Acção Social (Programa de Subsídio de Alimentos) estabelecido em 1990 era o principal programa de protecção social em Moçambique para apoio a idosos, pessoas com deficiência e pessoas com doenças crónicas. A Lei de Protecção Social atualizou os termos da assistência, incluindo condições e critérios de elegibilidade e ampliou ainda mais o esforço do governo de Moçambique para construir um sistema de segurança social básico e não contributivo que proteja os membros mais vulneráveis da sua sociedade – mas exclui predominantemente as crianças. De 2010 a 2014, a Estratégia Nacional de Segurança Social Básica [ENSSB] I implementou o PSSB, o Programa de Acção Social Direta (PASD) e o Programa de Acção Social Produtiva (PASP) para fornecer transferências de renda para famílias com restrições de trabalho e emprego de curto prazo a famílias com insegurança alimentar em áreas rurais com financiamento governamental e de doadores, mas as transferências foram insuficientes (UNICEF, 2014). Uma avaliação da ENSSB I encontrou baixa cobertura entre as populações elegíveis e falta de protecção social para crianças; apenas uma pequena fração das crianças vulneráveis recebeu benefícios indiretos (Organização Internacional do Trabalho, 2015). Em 2016, o governo adotou a ENSSB II para o 2016–24 com o objetivo de fornecer protecção social significativamente aumentada para crianças por meio de um subsídio infantil implementado em escala nacional (Falange & Pellerano, 2016; República de Moçambique, 2016). A ENSSB II contribui para “reduzir a pobreza e a vulnerabilidade, garantindo que os resultados do crescimento da economia moçambicana beneficiem todos os cidadãos, em particular os que vivem em situação de pobreza e vulnerabilidade”. Visa (a) aumentar o nível de consumo e a resiliência dos estratos pobres e vulneráveis da população; (b) contribuir para o desenvolvimento do capital humano através da melhoria da nutrição e do acesso aos serviços básicos de saúde e educação para os estratos pobres e vulneráveis da população; (c) prevenir e responder aos riscos de violência, abuso, exploração, discriminação e exclusão social por meio de serviços de assistência social; e (d) desenvolver a capacidade institucional para implementar e coordenar o subsistema de segurança social básica (República de Moçambique, 2016). A ENSSB II expande o PSSB existente para incluir uma componente de subvenção infantil que visa (a) crianças na primeira infância, (b) famílias chefiadas por crianças e (c) crianças órfãs em famílias pobres e vulneráveis. O Subsídio para Criança 0-2 é, portanto, uma nova subcomponente do subsídio para crianças introduzido no PSSB, na sequência do Decreto N 47/2018 (6-ago-2018) que operacionaliza o ENSSB II. Prevê-se que até 2024, metade de todas as crianças moçambicanas (0-17 anos) viverão em agregados familiares que recebem transferências sociais (Falange & Pellerano, 2016) e 28% da população que vive abaixo da linha de pobreza deve ser coberta por programas básicos de protecção social (GoM, 2020).

10. Mais recentemente, a devastação e a perda de meios de subsistência causados por desastres naturais e as consequências sociais e económicas devido à pandemia de COVID-19 expuseram a vulnerabilidade das populações pobres. Os ciclones Idai e Kenneth, que atingiram Moçambique em março e abril de 2019, e subsequentes inundações relacionadas, afetaram milhões de pessoas em Moçambique, Zimbábue e Malawi e foram o pior desastre natural a atingir o sul da África em décadas.⁴ Com o número de crianças em Moçambique que precisam de assistência humanitária totalizando quase 1,4 milhão, há um papel crescente da protecção social para responder às necessidades multisectoriais das populações afetadas. Consequentemente, o Subsídio para Crianças 0-2 planejava expandir para as populações

4 <https://www.unicef.org/mozambique/en/cyclone-idai-and-kenneth> (acessado em 26 de agosto de 2019).

afetadas em Cabo Delgado (com início em novembro de 2020). A pandemia de COVID-19 resultou em inúmeros impactos indiretos adversos na população moçambicana, com uma queda prevista no consumo de 7% a 14% em 2020, ou um aumento de 4 a 10 pontos percentuais (pp) na pobreza. Isso equivale a aproximadamente 2 milhões de pessoas adicionais entrando na pobreza e uma reversão dos ganhos obtidos na década anterior (Barletta et al., 2021). Além dos impactos em nível familiar, a pandemia de COVID-19 também teve um impacto severo na escolaridade e nos resultados de proteção das crianças – efeitos que ainda estão se desdobrando e sendo documentados no momento da redação deste artigo (Azevedo et al., 2021; Bhatia et al., 2021). Melhorar o bem-estar das crianças no contexto da exposição a desastres naturais e emergências de saúde pública representa um desafio importante em Moçambique.

1.3 Descrição do Subsídio para Crianças 0-2

11. Apoiado pelo UNICEF Moçambique, o MGCAS está a implementar, através do Instituto Nacional de Acção Social (INAS), a fase de arranque do Bolsa Criança 0-2 em quatro distritos da província de Nampula: Ilha de Moçambique, Nacala-a-Velha, Lalaua e Mogincual. A província de Nampula foi selecionada para a fase de arranque devido às tendências elevadas e crescentes da pobreza, apesar das reduções gerais nos níveis nacionais de pobreza (MGCAS, 2019). Espera-se que todas as áreas geográficas nesses locais recebam o Subsídio Infantil 0-2 (incluindo locais rurais e urbanos). Conforme determinado durante a reunião inicial (Junho de 2018), a avaliação de impacto do AIR estuda três dos distritos de intervenção – nomeadamente, Ilha de Moçambique, Nacala-a-Velha e Lalaua – e inclui os distritos vizinhos de Mossuril e Nacala Porto para comparação.

12. O Subsídio para Criança 0-2 engloba as seguintes características de design:

- **Transferência Monetária:** A intervenção oferece uma transferência fixa de aproximadamente 540 meticais moçambicanos (MZN) (representando um terço da linha de pobreza nacional) entregue mensalmente às principais cuidadoras de todas as crianças entre 0 e 2 anos. Nos três distritos em que a avaliação de impacto é realizada, as transferências foram distribuídas quase universalmente (as exclusões podem ser feitas ao nível da comunidade com base na riqueza e status social) e incondicionalmente para famílias com crianças de 0 a 6 meses de idade na inscrição. As transferências não foram limitadas ao nível do agregado familiar, o que significa que um agregado familiar poderia receber o dobro ou o triplo do valor da transferência se tivesse dois ou três crianças na faixa etária apropriada. O componente em dinheiro é implementado com base na graduação (ou seja, até que as crianças matriculadas atinjam a idade de 2 anos).
- **Pacote de informações sobre nutrição e higiene:** Este pacote consiste em intervenções de CMSC em torno de práticas positivas de nutrição e higiene. Originalmente, a intervenção e as mensagens de acompanhamento foram planejadas para serem divulgadas por APEs, líderes comunitários, teatro ou rádio. No entanto, no piloto, os Permanentes da INAS foram treinados para entregar as mensagens. O CMSC é implementado em todos os distritos de dinheiro e cuidados da intervenção, exceto na Ilha de Moçambique, mas não visa exclusivamente os beneficiários do Subsídio para Criança 0-2.
- **Apoio familiar através da gestão de casos:** Os serviços de gestão de casos são oferecidos às famílias beneficiárias classificadas como mais vulneráveis aos riscos comuns de proteção após os resultados de uma triagem usando uma ferramenta de

priorização de vulnerabilidades implementada no registro. Embora as metas de implementação originais estabeleçam a proporção de participantes elegíveis para gestão de casos em 10-15% do número de casos de transferência de dinheiro, na prática, aproximadamente 20% dos participantes foram direcionados para gestão de casos.⁵ Um plano de caso é desenvolvido para abordar riscos e necessidades da família, com base em uma ferramenta de diagnóstico inicial, com variação no número, frequência e duração das visitas domiciliares com base nas necessidades da família. A gestão de casos é oferecida principalmente por meio de Permanentes com apoio técnico, acompanhamento e envolvimento em casos de alto risco por técnicas dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS). As atividades de gestão de casos incluem apoio psicossocial básico, aconselhamento e conscientização sobre práticas parentais positivas, bem como informações e encaminhamentos para serviços locais e estatutários. Todas as crianças e suas cuidadoras em domicílios selecionados são apoiadas.

13. Entre os distritos visados para a avaliação quantitativa, a Ilha de Moçambique recebeu a transferência monetária; Nacala-a-Velha e Lalaua receberam a intervenção integral (tanto a componente de dinheiro como de gestão de casos, embora a área de captação de saúde de Meti em Lalaua receba apenas dinheiro); e Mossuril e Nacala Porto, como distritos de comparação, não receberam nenhuma das componentes da intervenção. De acordo com as datas oficiais de distribuição de pagamentos, as primeiras transferências ocorreram durante o período de abril a junho de 2019, aproximadamente 2 a 5 meses após o levantamento da linha de base. No momento da redação deste artigo, a implementação está em andamento em todos os distritos de intervenção.

A componente de transferência de dinheiro pode afetar potencialmente uma série de resultados para as famílias, incluindo consumo familiar, situação econômica, segurança alimentar, diversidade alimentar e nutrição, bem como o comportamento da cuidadora e o bem-estar holístico, incluindo melhoria da saúde mental e redução do estresse. A componente de dinheiro aborda o ODS 1, acabar com a pobreza em todas as suas formas e implementar sistemas de proteção social (Meta 1.3). O pacote completo de dinheiro e cuidados visa integrar os serviços sociais em todos os setores para abordar as múltiplas dimensões da pobreza e vulnerabilidade. Em particular, o componente SBCC de nutrição trabalha para abordar o ODS 3, Boa Saúde e Bem-Estar, bem como o ODS 6, Água Limpa e Saneamento. O componente de gestão de casos trabalha para o ODS 16 (especificamente a Meta 16.1 para eliminar todas as formas de violência contra mulheres e meninas), bem como para o ODS 5 sobre Igualdade de Gênero. Portanto, espera-se que as famílias que recebem dinheiro e cuidados demonstrem melhores resultados positivos em comparação com a intervenção somente em dinheiro (mais detalhes sobre resultados e caminhos entre os componentes da intervenção são discutidos nas seções subsequentes). A

⁵ Para efeitos desta avaliação, a percentagem de agregados familiares visados para gestão de casos foi aumentada para 50% da amostra de Nacala-a-Velha para aumentar o poder de detecção dos efeitos. Esses domicílios não passaram por uma avaliação rápida durante a inscrição no programa e, em vez disso, foram identificados usando os mesmos indicadores de triagem coletados como parte da pesquisa de linha de base.

14. Figura 1 descreve os principais componentes de intervenção do Subsídio para Criança 0-2 em todas as fases.⁶

⁶ As mensagens do CMSC não são direcionadas especificamente para a amostra de avaliação. Portanto, qualquer insight relacionado ao impacto da CMSC estará relacionado às atividades em nível distrital, às quais a amostra de avaliação também pode estar exposta.

Figura 1. Modelo da Intervenção do Subsídio para Criança 0-2



Fonte: UNICEF Moçambique. (2018). Materiais de Comunicação do Subsídio para Criança.

1.4 Revisão da literature

15. Muitos estudos de transferências de renda demonstram impactos positivos que ajudam governos e doadores internacionais a entender os retornos de seus investimentos. Em primeiro lugar, as transferências de dinheiro priorizam os direitos humanos, dando aos participantes maior controle sobre suas escolhas de gastos, permitindo-lhes acessar os bens e serviços que mais valorizam. Em contraste, as abordagens em espécie normalmente fornecem pacotes padrão que podem não atender às necessidades dos participantes de forma ideal (Jaspars et al., 2007). Em segundo lugar, as transferências de dinheiro permitem que os beneficiários façam investimentos e resolvam falhas de mercado que os programas em espécie ou de prestação de serviços não conseguem, como fazer pagamentos iniciais de terrenos ou pagar dívidas. Terceiro, as transferências de dinheiro podem fazer com que os fundos limitados cheguem mais longe, particularmente em ambientes humanitários e frágeis, porque geralmente custa menos fornecer dinheiro às pessoas do que com assistência em espécie ou voucher (Cabot Venton et al., 2015). Por exemplo, um estudo em vários países que comparou transferências monetárias com ajuda alimentar descobriu que 18% mais pessoas poderiam ser assistidas sem custo extra se os beneficiários do programa recebessem dinheiro em vez de alimentos (Margolies & Hoddinott, 2014). Finalmente, as transferências em dinheiro conferem maior dignidade aos participantes, pois muitas vezes não têm o mesmo estigma associado às transferências em espécie.

16. Embora existam debates em andamento sobre as características de design e direcionamento de programas nacionais na região africana e globalmente, pesquisas recentes mostraram que várias críticas populares às transferências de dinheiro não são apoiadas pelas evidências. Por meio do *Transfer Project*, Handa e colegas (2018) examinam seis percepções comuns de programas nacionais de transferência de renda incondicional na África. Por exemplo, os críticos afirmam que o dinheiro em espécie levará a maiores gastos com álcool ou tabaco, criará dependência (induzindo à preguiça e desincentivos ao trabalho) ou aumentará a fertilidade ou a inflação nos preços dos bens vendidos localmente. Usando oito avaliações

rigorosas, esses autores mostram que esses medos não são apoiados por evidências e, em muitos casos, as transferências de dinheiro funcionam na direção oposta (por exemplo, atrasando os primeiros nascimentos de jovens do sexo feminino ou permitindo que as famílias construam pequenos negócios e atividades produtivas). Embora os autores não consigam determinar explicitamente até que ponto a natureza incondicional das transferências contribui para esses impactos, eles observam que, pelo menos no caso de investimentos em capital humano (em educação), os impactos observados entre os países são de magnitude semelhante ou maior magnitude em comparação com os programas condicionais na América Latina. Os defensores dos programas incondicionais há muito argumentam que os programas condicionais em ambientes de baixa capacidade e prestação de serviços penalizam os segmentos mais vulneráveis da população, incapazes de cumprir as condições. É por causa desses debates que os estudiosos enfatizaram o potencial de condições brandas, incluindo transferências rotuladas, em vez de condições punitivas (Pellerano & Barca, 2017). Voltamos a vários desses debates e evidências específicas subjacentes a eles na revisão subsequente da literatura.

1.4.1 Transferências para Melhorar o Bem-estar Infantil

17. Neste estudo, o bem-estar infantil, na faixa etária-alvo abaixo de 24 meses, abrange nutrição, saúde (morbidade, acesso a vacinas e serviços pós-natais), estimulação e cuidados de criação (por exemplo, atividades/estimulação infantil por adultos do sexo masculino/feminino, brincadeiras atividades) e proteção da criança (por exemplo, ausência de separação familiar desnecessária; ausência de violência, abuso e negligência; registro de nascimento) (UNICEF, 2007). O bem-estar da criança pequena é influenciado pelo bem-estar dos irmãos da criança, cuidadora principal, família e comunidade. Portanto, a avaliação também avaliará a escolaridade das crianças mais velhas, o bem-estar material, a experiência de eventos de violência e trabalho infantil. Além disso, os determinantes ao nível da cuidadora e do agregado familiar incluem o bem-estar psicossocial feminino (ou seja, satisfação com a vida e saúde mental), autonomia e ausência de violência e situação econômica familiar, consumo, segurança alimentar, investimentos e resiliência.

18. As transferências incondicionais de dinheiro são ferramentas multifacetadas e de longo alcance para promover o bem-estar infantil, porque cada família pode determinar como usar o dinheiro para atender às suas diversas necessidades. No entanto, existem limitações aos potenciais impactos das transferências de dinheiro. As transferências monetárias são intervenções do lado da demanda que não conseguem resolver os constrangimentos do lado da oferta (UNICEF-Escritório Regional da África Oriental e Austral, 2015). Apesar das limitações, muitas pesquisas demonstram os impactos positivos das transferências monetárias incondicionais no bem-estar infantil na África Subsaariana (Garcia & Moore, 2012; UNICEF-Escritório Regional da África Oriental e Austral, 2015). As evidências resumidas nesta seção apoiam os efeitos positivos das transferências de renda sobre os principais fatores para a avaliação atual que contribuem para o bem-estar infantil holístico e ressaltam as áreas que precisam de mais pesquisas.

1.4.1.1 Nutrição Infantil

19. O estado nutricional de uma criança é condicionado por sua ingestão alimentar e estado de saúde, e esses fatores se baseiam na segurança alimentar da família, cuidados com mães e filhos e acesso a ambientes e serviços saudáveis (de Groot et al., 2017). As avaliações dos programas de transferência de renda mostram que as transferências de renda são usadas principalmente para melhorar a segurança alimentar e a diversidade da dieta em benefício de todos os membros da família (Agüero, Carter, & Woolard, 2007; AIR, 2013; Asfaw, Pickmans,

& Davis, 2016; Handa et al., 2013; Hidrobo et al., 2018; Pellerano et al., 2014; The Kenya Cash Transfer for Orphans and Vulnerable Children [CT-OVC] Evaluation Team, 2012; Vincent & Cull, 2009). Uma recente meta-análise de 74 estudos em todo o mundo mostra que, em média, as transferências de dinheiro melhoram o crescimento linear (altura para idade) e diminuem o atraso no crescimento (em 2,1%), provavelmente devido ao aumento da diversidade alimentar, aumento no consumo de alimentos de origem animal e redução da incidência de diarreia (Manley et al., 2020). No entanto, em média, os impactos para as medidas de peso infantil para idade e desnutrição aguda não foram significativos. Apesar dessas médias promissoras, várias avaliações de impacto individual de transferências incondicionais de dinheiro na África Subsaariana não mostraram impactos na nutrição das crianças – inclusive em Gana (Livelihood Empowerment Against Poverty [LEAP] 1000 Evaluation Team, 2018), Zâmbia (Handa et al., 2016), Quênia (Merttens, Hurrell, & Attach, 2013), Etiópia (Berhane et al., 2015), Tanzânia (Evans et al., 2014) e Uganda (Merttens et al., 2015). Vários obstáculos podem impedir uma criança de receber os benefícios do aumento dos gastos domésticos em alimentação. Por exemplo, as famílias podem enfrentar restrições do lado da oferta que podem resultar em escassez de alimentos; as práticas culturais de alimentação podem introduzir leite à base de fórmulas ou limitar alimentos adicionais aos membros da família do sexo masculino; e a falta de água, saneamento e ambientes de doenças podem contribuir para ciclos de doenças infecciosas e desnutrição (UNICEF Egypt, 2018). Além disso, as características de projeto ou implementação do programa podem limitar os impactos benéficos, incluindo transferência insuficientes, entrega de transferência inconsistente ou curta duração do programa. Mais pesquisas são necessárias para determinar como as transferências de renda combinadas com intervenções complementares afetam a nutrição infantil, bem como os determinantes nos níveis doméstico, da cuidadora e da criança (de Groot et al., 2017).

1.4.1.2 Saúde Infantil

20. As transferências de dinheiro podem permitir que os cuidadores paguem os custos de saúde e transporte, removendo assim as barreiras ao acesso às instalações de saúde. Revisões sistemáticas de programas de transferência de renda na África Subsaariana descobriram que as transferências de renda tendem a ter um impacto positivo na saúde materna e infantil (Bassani et al., 2013; Owusu-Addo, Renzaho, & Smith, 2018), incluindo o aumento do uso de cuidados pré-natais e assistência qualificada ao parto (Ekezia, Lamont, & Bhattacharya, 2017). No entanto, não há evidências suficientes sobre o impacto das transferências de renda no uso da saúde por crianças menores de 5 anos (Bassani et al., 2013). Por exemplo, uma avaliação do CT-OVC do Quênia não identificou melhorias substanciais no comportamento de busca de saúde entre os cuidadores de crianças menores de 5 anos. No entanto, 4 anos após a implementação do programa, o estudo descobriu que o uso de clínicas aumentou 15,8% para crianças menores de 30 meses, a posse de cartão de saúde aumentou 15,6% para crianças menores de 60 meses e o percentual de crianças com imunização completa aumentou 14,8% (Davis et al., 2016; Huan et al., 2017). Além disso, os programas de transferência de renda em Lesoto, Gana e Zâmbia não viram nenhum aumento no uso de serviços de saúde infantil devido à falta de recursos de saúde acessíveis às populações-alvo (AIR, 2013; Handa et al., 2013; Pellerano, 2014). A importância de abordar as restrições do lado da oferta é repetidamente enfatizada nesta literatura.

1.4.1.3 Fertilidade e Gravidez Precoce

21. Embora muitas vezes haja um medo, particularmente em modelos de subsídios para crianças, de que as transferências de renda aumentem a fertilidade das mulheres em um esforço para ganhar (ou estender) a elegibilidade do programa, evidências rigorosas sugerem

que esse não é o caso. Uma revisão das transferências monetárias incondicionais administradas pelo governo na África não mostra impactos na fertilidade ou aumentos no espaçamento entre os nascimentos e reduções na primeira gravidez entre mulheres jovens (Handa et al., 2018). Por exemplo, uma avaliação do Subsídio de Apoio à Criança da África do Sul descobriu que o tempo até a segunda gravidez foi significativamente maior para as beneficiárias do subsídio quando comparado com um grupo de comparação. Os autores do estudo argumentam que a independência econômica facilitada pela concessão cria uma mudança na dinâmica de poder, aumentando a agência das mulheres na determinação de sua saúde sexual e reprodutiva e diminuindo a necessidade de relacionamentos transacionais baseados no sexo. Além disso, as mulheres se beneficiam do acesso a cuidados de saúde e contracepção e podem optar por adiar a gravidez devido à melhoria da educação e das oportunidades de trabalho (Rosenberg et al., 2015). O mesmo programa reduziu as taxas de comportamento de risco em meninas, reduzindo assim o risco de transmissão do HIV/AIDS (Crea et al., 2015). Além disso, no Quênia, a transferência de renda incondicional do governo destinada a famílias que cuidam de órfãos e crianças vulneráveis reduziu a probabilidade de início sexual em 23% entre jovens entre 15 e 25 anos e atrasou a primeira gravidez entre mulheres entre 12 e 24 anos (Handa et al. 2014b; Handa et al., 2015). Essas dinâmicas são apoiadas por uma literatura mais ampla de países de baixa e média renda, indicando poucas evidências de que as transferências de renda induzirão as mulheres a engravidar para manter ou obter elegibilidade para benefícios.

1.4.1.4 Migração Económica e a Subsequente Separação Familiar

22. A literatura atual sobre os efeitos das transferências de renda na migração doméstica e internacional (e conseqüente separação familiar) é escassa e inconclusiva. Uma revisão recente examinando inicialmente 269 artigos encontrou apenas 10 estudos empíricos que examinaram rigorosamente a ligação entre assistência social e migração, geralmente descobrindo que a assistência reduz a probabilidade de mudança (Adhikari & Gentilini, 2018). No entanto, isso nem sempre pode ser o caso. Por exemplo, um estudo sobre transferências monetárias no México (Stecklov et al., 2005) descobriu que as transferências monetárias incondicionais facilitam o acesso ao crédito e permitem que os indivíduos paguem os custos da migração rural-urbana ou da migração para os Estados Unidos, particularmente entre amostras comparativamente melhores. No entanto, transferências monetárias condicionadas que incentivam a educação podem reduzir as taxas atuais de migração, mas podem aumentar as taxas futuras de migração para educação ou oportunidades de emprego. As transferências monetárias têm o potencial de alterar a taxa, o momento e a composição da migração econômica, sendo necessária mais investigação para determinar os seus efeitos no contexto de Moçambique (Angelucci, 2011; Stecklov et al., 2005). Mais recentemente, vários pilotos menores de transferência de renda foram implementados em Uganda com o objetivo explícito de mitigar a separação familiar, com a descoberta geral de que as transferências de renda permitiram que as famílias investissem em atividades produtivas e gerassem renda para manter as crianças em casa (Moret & Ferguson, 2018). Também há evidências desse vínculo em programas governamentais maiores; por exemplo, o Subsídio de Apoio à Criança da África do Sul aumentou a probabilidade de as crianças viverem com seus pais biológicos (Mayrand, 2009). Apesar da indicação promissora para o fortalecimento econômico das unidades familiares e das implicações para a diminuição da separação familiar, esses resultados devem ser cuidadosamente considerados juntamente com a dinâmica em torno da dupla carga materna de cuidado e trabalho produtivo, com implicações para o bem-estar infantil.

1.4.1.5 Bem-estar Psicossocial

23. A pobreza, a insegurança econômica e as experiências de violência estão correlacionadas com taxas mais altas de depressão e saúde mental precária (Lund et al., 2011). A pobreza e a saúde mental precária produzem um círculo vicioso no qual a saúde mental precária diminui a produtividade e os ganhos e aumenta os custos de saúde e o estigma social. Uma meta-análise recente, incluindo 38 estudos de LMICs, encontrou um efeito médio positivo de 0,10 desvios padrão (DPs) nos resultados subjetivos de bem-estar e saúde mental (McGuire et al., 2020). Além disso, estudos qualitativos de programas de transferência de renda na África Subsaariana apoiam o aumento do bem-estar psicossocial, fomentado pelo bem-estar familiar, fortes relacionamentos comunitários e acesso a serviços sociais (Attah et al., 2016).⁷ Attah e colegas (2016) argumentam que as transferências de dinheiro catalisam um “ciclo virtuoso” pelo qual o aumento do bem-estar material promove uma maior autoestima, o que permite a integração e interações sociais, que então afetam outros resultados, como maior apoio da comunidade e melhor desempenho escolar. Impactos positivos na saúde mental também foram demonstrados entre adolescentes e jovens em domicílios que recebem transferências monetárias incondicionais. Por exemplo, uma avaliação da Transferência Social de Renda do Malawi descobriu que os sintomas depressivos dos jovens diminuíram em 15 pp, com impactos particularmente altos para as mulheres (Angeles et al., 2019). Os autores identificaram os caminhos responsáveis por esse impacto, incluindo os principais mecanismos de aumento na educação, bem-estar da cuidadora e apoio social. Além disso, uma avaliação do Quênia CT-OVC descobriu que os jovens em domicílios que receberam transferências monetárias incondicionais tinham 24% menos probabilidade de ter sintomas depressivos em comparação com o grupo de comparação, com maiores efeitos sentidos pelos jovens do sexo masculino e órfãos. Os homens expressaram que se sentiam fisicamente mais saudáveis e tinham uma sensação de esperança e otimismo (Kilburn et al., 2015).

1.4.1.6 Violência na Infância

24. As transferências de renda têm o potencial de influenciar os principais fatores de risco para a violência infantil, inclusive através da pobreza do cuidador, exclusão social e saúde mental precária. Uma revisão recente de redes de segurança social e experiências de violência emocional, física ou sexual na infância em países de baixa e média renda encontrou apenas 11 avaliações de impacto concluídas analisando 57 impactos únicos nos resultados da violência (Peterman et al., 2017). Entre esses, aproximadamente um em cada cinco representou efeitos protetores estatisticamente significativos de programas sobre a violência infantil, com evidências promissoras relacionadas principalmente à violência sexual entre adolescentes do sexo feminino na África. Existem lacunas substanciais em termos de outras medidas (por exemplo, disciplina infantil e medidas para crianças pequenas), bem como lacunas regionais na compreensão de como o dinheiro e outras redes de segurança social podem afetar a violência infantil. Apesar dessas lacunas, as transferências de renda combinadas com programas complementares voltados para fatores de risco específicos da violência são vistas como promissoras para afetar vários tipos de resultados de proteção infantil, incluindo abuso e negligência.

25. As transferências de renda também podem afetar a violência infantil por meio da redução da exposição das crianças à violência conjugal (VC) no lar. Uma base crescente de evidências demonstra que as transferências de renda têm o potencial de reduzir a VC. Em uma revisão de métodos mistos de estudos rigorosos, 11 de 14 estudos quantitativos (79%)

⁷ Bem-estar é aqui definido como auto-aceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio ambiental, propósito na vida e crescimento pessoal (Attah et al., 2016).

e cinco de oito estudos qualitativos (63%) demonstraram que as transferências de dinheiro diminuíram a VC (Buller et al., 2018). A maioria dos estudos quantitativos examinou mais de um resultado – impactos mais fortes foram observados para VC física e sexual, e impactos mais fracos foram observados para VC emocional e comportamentos controladores. Desde o período em análise, pelo menos três avaliações adicionais de programas de transferência de renda liderados pelo governo, em Gana, Mali e Togo, também mostraram reduções na VC (Briaux et al., 2020; Heath et al., 2020; Peterman et al., 2021). Apesar das conclusões promissoras da revisão e das evidências até o momento, mais pesquisas são necessárias para determinar os efeitos intencionais e não intencionais de diversas formas de transferência de dinheiro e programação de dinheiro sobre a violência contra mulheres e crianças e seus fatores contribuintes em países de baixa e média renda em geral e Moçambique especificamente

1.4.1.7 Trabalho Infantil

26. Aproximadamente 25% das crianças entre 5 e 14 anos participam do trabalho infantil⁸ nas áreas rurais de Moçambique (UNICEF, 2014). O trabalho infantil está associado a resultados educacionais mais fracos e risco de danos físicos e mentais. Os programas de transferência de renda podem amenizar os efeitos dos choques econômicos e evitar que as famílias recorram ao trabalho infantil como fonte de renda (Dammert et al., 2018; de Hoop & Rosati, 2014). No entanto, também há potencial para consequências não intencionais. Por exemplo, um estudo de duas transferências monetárias incondicionais no Malawi e na Zâmbia mostrou que, à medida que as famílias aumentaram seus pequenos negócios e trabalho produtivo, as crianças também aumentaram a participação no trabalho, incluindo a exposição potencial a riscos ou longas horas (de Hoop et al. 2019). No entanto, em ambos os casos, as transferências de dinheiro também aumentaram os domínios do bem-estar das crianças, incluindo educação e bem-estar material, sugerindo um equilíbrio entre atividades produtivas domésticas e bem-estar infantil. Por outro lado, um estudo na Libéria descobriu que as famílias que receberam transferências monetárias incondicionais tiveram uma queda no trabalho infantil de 18% (Miller & Themba, 2012). A relação entre transferências de renda e trabalho infantil é complexa, e mais pesquisas são necessárias para entender como combater os efeitos adversos para as crianças, ao mesmo tempo em que incentiva ganhos produtivos para as famílias em geral.

1.4.1.8 Casamento Precoce

27. Embora haja potencial para transferências de dinheiro para facilitar transições atrasadas para o casamento para adolescentes e jovens, as evidências até o momento da África são variadas. Teoricamente, os impactos no casamento precoce são possíveis por meio de vários mecanismos hipotéticos, incluindo aumentos na educação das crianças e redução da necessidade de as famílias recorrerem a mecanismos de enfrentamento de choques prejudiciais (casar jovens do sexo feminino) diante de choques econômicos. Apesar das evidências promissoras para jovens do sexo feminino em um programa liderado por uma organização não governamental (ONG) no Malawi (Baird et al., 2011; Malhotra & Elnakib, 2021), as avaliações realizadas no âmbito do *Transfer Project* não mostraram impactos significativos no momento do casamento para jovens do sexo feminino e masculino em avaliações nacionais de transferência de renda no Quênia, Malawi, Tanzânia e Zâmbia (Dake et al., 2018; Handa et al., 2015; PSSN Youth Evaluation Team, 2018). É possível que parte dessa falta de impacto se deva ao desenho do estudo, pelo qual o protocolo de rastreamento

⁸ De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, as partes interessadas globais definem as atividades de trabalho infantil como (a) crianças entre 5 e 11 anos realizando pelo menos 1 hora de atividade econômica ou pelo menos 28 horas de trabalho doméstico e (b) crianças entre 12 e 14 anos idoso fazendo pelo menos 14 horas de atividade econômica ou pelo menos 42 horas de atividade econômica e trabalho doméstico combinados (<https://dashboards.sdgindex.org/map/indicators/children-involved-in-child-labor/values>).

determina que as famílias, e não os membros individuais, sejam rastreadas ao longo do tempo. Isso significa que, se um jovem deixar a família, apenas o principal motivo da saída é registrado – e a equipe de estudo não necessariamente observa se o jovem é casado ou não (contando-se principalmente com as mudanças entre os jovens que permanecem nos domicílios de estudo para os resultados do casamento). Além disso, apenas uma fração dos jovens se casa todos os anos, portanto, é possível que sejam necessárias avaliações de longo prazo acima dos prazos de 2 a 4 anos nos estudos do *Transfer Project*. Por fim, embora as transferências de dinheiro sejam vistas como promissoras para retardar as transições de casamento, também é amplamente reconhecido que o dinheiro por si só não aborda vários dos principais mergulhadores do casamento infantil, incluindo gênero discriminatório e normas sociais, sugerindo que serviços complementares são necessários para resolver completamente essa questão.

1.4.1.9 Educação

28. Uma grande quantidade de evidências demonstra os impactos positivos das transferências de renda nos resultados da educação. As transferências monetárias incondicionais aumentam as taxas de matrícula e frequência nas escolas primárias e secundárias, removendo barreiras financeiras diretas e indiretas, como custos de viagens e livros, bem como o custo de oportunidade da perda de renda do trabalho infantil (Baird et al., 2013). Em uma revisão dos impactos na matrícula em idade escolar secundária no âmbito do *Transfer Project*, os impactos são estatisticamente significativos em seis das oito avaliações incluídas (programas governamentais na Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Zâmbia e Zimbábue) e variam de 6,5 a 15,7 pps (Handa et al., 2018). No entanto, a remoção de obstáculos para frequentar a escola não se traduz necessariamente em melhores resultados escolares, por várias razões, incluindo restrições de qualidade e do lado da oferta. Por exemplo, no Lesoto, as transferências de dinheiro permitiram um aumento de 6 pp nos meninos que frequentam a escola primária, mas não houve melhorias perceptíveis nos resultados da aprendizagem, como os resultados dos testes (Pellerano et al., 2014). Da mesma forma, o Programa de Subsídios para Crianças na Zâmbia registrou um aumento de 10 pp nas matrículas escolares para crianças de 4 a 7 anos, mas os mesmos benefícios não se aplicaram a crianças mais velhas que frequentariam o ensino fundamental e médio (Handa et al., 2016).

1.4.2 Dinheiro e Cuidados para Apoiar o Bem-Estar Infantil

29. Conforme detalhado nas seções anteriores, é amplamente reconhecido que a proteção social – e, especificamente, as transferências de renda – têm amplos benefícios para crianças pobres e vulneráveis e suas famílias. No entanto, suas limitações estão sendo cada vez mais reconhecidas também. Esses resultados levaram à defesa de abordagens de “dinheiro plus” que alavancam sinergias entre dinheiro e serviços complementares para lidar com a pobreza juntamente com a proteção de populações vulneráveis (Roelen et al., 2017). O escopo dos projetos potenciais de dinheiro mais programas é altamente diversificado, e a combinação ideal depende da configuração, dos objetivos do programa e da população-alvo. Em uma estrutura proposta por Roelen e colegas (2017), os componentes 'plus' podem ser integrais (por exemplo, benefícios adicionais ou programação entregue aos beneficiários em dinheiro) ou externos (por exemplo, ligações ou acesso a serviços adicionais para beneficiários). Esses componentes positivos podem ajudar a lidar com limitações comportamentais ou do lado da oferta que o dinheiro por si só pode não ser capaz de melhorar diretamente. As intervenções de *cash plus* (dinheiro e cuidados) são projetadas com a suposição subjacente de que a programação agrupada pode ajudar a reduzir a fragmentação e melhorar a coordenação, porque os programas geralmente visam atingir as mesmas populações vulneráveis.

30. Apesar do aumento do interesse na componente de dinheiro, há relativamente pouca evidência rigorosa para mostrar a contribuição relativa das componentes de cuidados— ou o efeito sinérgico das componentes de *cash plus*. Por exemplo, Little e colegas (2021) realizam uma revisão sistemática para identificar esses estudos que se concentram nos resultados da primeira infância em LMICs e identificaram 17 estudos. Semelhante à atual investigação, um estudo em Bangladesh examinando os impactos de uma transferência de renda isoladamente, uma transferência de alimentos isoladamente ou o mesmo pacote com uma CMSC de nutrição mostrou que, embora houvesse impactos positivos nos indicadores de segurança alimentar em todos os ramos do estudo, apenas aqueles com a programação em pacote mostrou reduções na desnutrição infantil (Ahmed et al., 2016). Da mesma forma, em um programa de vouchers com CMSC em camadas na Etiópia, os resultados sugerem que o conhecimento sobre nutrição materna e os comportamentos alimentares são melhorados no braço de CMSC (embora não apenas no braço de vouchers); no entanto, a nutrição infantil melhorou no grupo que recebeu ambas as intervenções (Park et al., 2018). Além disso, um programa parental integrado com uma transferência de renda no Níger parecia ter impactos adicionais limitados além dos impactos positivos atribuídos apenas ao dinheiro —que incluía amamentação exclusiva, segurança alimentar das crianças e menor dependência de disciplina severa, entre outros (Barry et al., 2017). Little e colegas (2021) concluem que são necessárias muito mais pesquisas sobre dinheiro mais combinação e impactos nas crianças. No início do projeto, a avaliação atual representou um dos primeiros exemplos de um programa governamental de proteção social em que uma tentativa é feita para medir os impactos do dinheiro sozinho e dos componentes dinheiro mais proteção infantil.

1.4.3 *Proteção Social para o Bem-Estar da Criança em Moçambique*

31. Moçambique deu passos importantes para desenvolver um programa de transferência de renda para promover o bem-estar infantil. Conforme mencionado anteriormente, Moçambique adotou a ENSSB I de 2010 a 2014 para implementar um programa de proteção social básica, e a iniciativa direcionou maior financiamento para o MGCAS e INAS. A ENSSB I aumentou com sucesso os beneficiários dos programas de proteção social de 160.000 famílias beneficiárias em 2009 para 450.000 famílias em 2014. Além disso, o valor das transferências monetárias que os beneficiários receberam aumentou de 70 MZN em 2008 para 280 MZN para um agregado familiar unipessoal e 580 MZN para uma família com até quatro dependentes.⁹ A maior parte do trabalho do INAS na ENSSB I foi através do PSSB, que forneceu transferências monetárias para agregados familiares com restrições laborais permanentes devido à idade avançada, deficiência ou doença crônica.¹⁰ Esses agregados familiares com restrições de mão-de-obra tinham menos crianças do que o agregado familiar típico. Uma avaliação da ENSSB I constatou que, devido aos critérios de elegibilidade do PSSB, apenas 10% das famílias receberam benefícios do programa e 40% dos idosos, 75% das pessoas com deficiência e 95% das crianças foram excluídos do programa em todo o país (Organização Internacional do Trabalho, 2015). Outros programas da ENSSB I, como o PASD, também tiveram cobertura limitada; eles forneceram apenas assistência nutricional de curto prazo, mas não tomaram medidas para prevenir a desnutrição crônica.

32. A ENSSB II (2016–24) tenta melhorar o direcionamento das transferências de renda criando um subsídio especificamente para crianças de 0 a 2 anos, crianças órfãs em famílias pobres e vulneráveis e famílias chefiadas por menores de 18 anos. Esta transferência para crianças e idosos recebe os maiores orçamentos entre os programas ENSSB II (República de

⁹ Observe que os valores representam valores nominais e não levam em conta a inflação, que variou significativamente anualmente neste período.

¹⁰ A maioria dos beneficiários eram famílias unipessoais que se qualificaram devido à idade avançada.

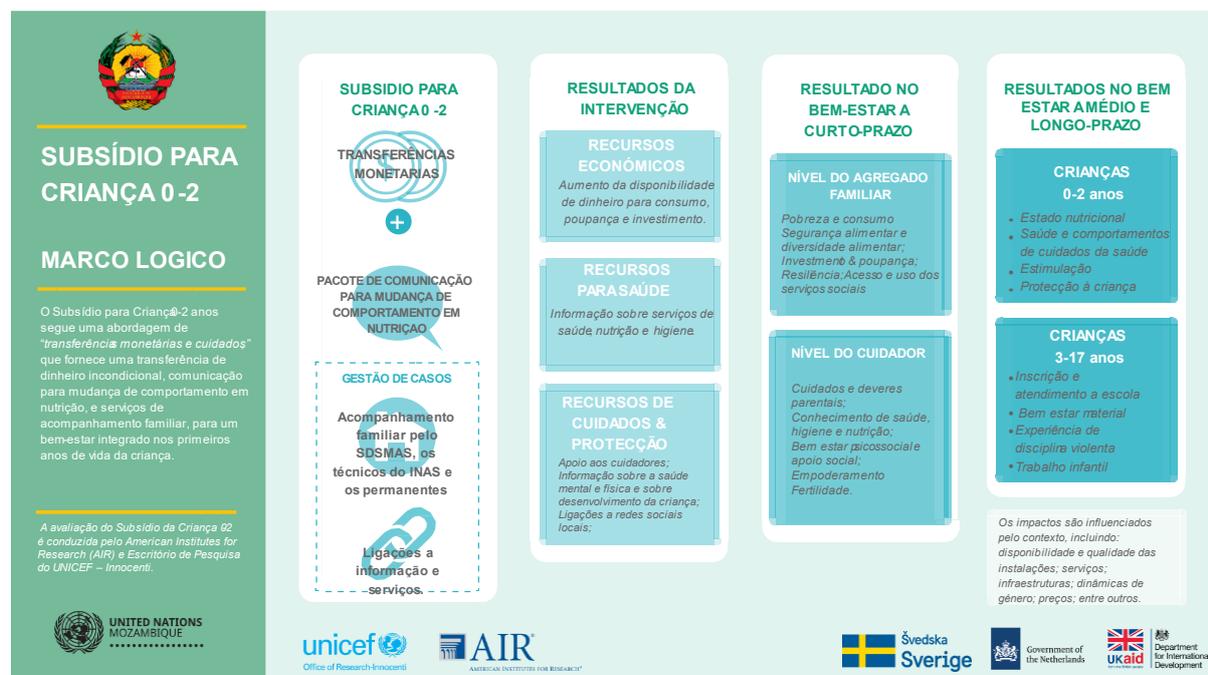
Moçambique, 2016). A transferência visa reduzir a vulnerabilidade infantil e promover o desenvolvimento humano e deverá ser ampliada a nível nacional para atingir 1,4 milhões de beneficiários em 2024 (República de Moçambique, 2016). O Subsídio para Criança 0-2 é totalmente financiado por doadores por meio do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre Proteção Social, com contribuições substanciais do Escritório de Relações Exteriores, da Commonwealth e Desenvolvimento do Reino Unido (FCDO), do Governo da Holanda, da Irish Aid e da Agência Sueca Internacional de Cooperação para o Desenvolvimento.

2 ESCOPO DA AVALIAÇÃO

2.1 Marco Lógico da Intervenção

33. As pesquisas e avaliações relevantes para políticas devem ser baseadas em uma estrutura lógica que delinieie a cadeia causal entre atividades, insumos, produtos, resultados e impactos, bem como as premissas subjacentes (White, 2009). AIR, MGCAS e UNICEF confirmaram a estrutura lógica do Subsídio para Criança 0-2 (Figura 2) durante a reunião inicial em 22 de junho de 2018 e reflete os objetivos da avaliação para melhorar o bem-estar infantil.

Figura 2. Marco Lógico



Fonte: UNICEF Moçambique. (2018). Materiais de Comunicação do Subsídio para Criança 0-2.

34. Os agregados familiares recebem componentes de intervenção (coluna da esquerda), incluindo uma transferência monetária paga à cuidadora principal da criança dos 0 aos 2 anos; atividades de CMSC em nível comunitário em torno de práticas positivas de nutrição e higiene; e gestão de casos, que consiste em visitas domiciliares periódicas por um assistente social da comunidade e encaminhamentos para informações e serviços com base na necessidade.

35. Com base na estrutura de Smith e Haddad (2002) para nutrição infantil está a hipótese de que os componentes da intervenção podem resultar em recursos significativos para as famílias: (a) recursos econômicos, (b) recursos de saúde e (c) recursos de cuidado e proteção. Supõe-se que as famílias usem esses recursos para benefícios de curto prazo no nível doméstico (aumento da segurança alimentar, investimento e poupança, entre outros), bem

como no nível da cuidadora (melhores comportamentos de cuidado, melhoria do bem-estar psicossocial, maior controle sobre as decisões de fertilidade, entre outros). Uma vez que os resultados de curto prazo sejam alcançados, existe a possibilidade de esses resultados benéficos impactarem as crianças (coluna da direita). Por exemplo, se os impactos na segurança alimentar ou no conhecimento de saúde e nutrição da cuidadora forem percebidos no nível familiar, as crianças pequenas (entre 0 e 2 anos de idade) podem ter melhor estado nutricional e ingestão alimentar. Da mesma forma, por meio de melhores comportamentos de cuidado, essas crianças podem experimentar uma maior qualidade e quantidade de estimulação dos pais. Para crianças mais velhas (entre 3 e 17 anos), os resultados hipotéticos incluem aumento da escolaridade e bem-estar material e redução da disciplina violenta e trabalho doméstico. Para que a intervenção transforme os resultados em resultados de curto e longo prazo, assume-se que: (1) Existe capacidade institucional para implementar o componente de transferência de renda conforme pretendido (por exemplo, pagamentos em dinheiro são feitos regularmente e integralmente; há alta aceitação por beneficiários elegíveis); (2) Existe capacidade humana e institucional suficiente para a implementação do componente de gestão de casos (por exemplo, as famílias com necessidade de atividades de gestão de casos são identificadas corretamente e recebem as atividades de apoio em tempo hábil por operadores bem treinados); (3) A intervenção visa de forma eficiente e atinge famílias e cuidadoras de crianças-alvo que estão em necessidade (por exemplo, há erros limitados de exclusão em nível domiciliar e atividades complementares chegam às pessoas pretendidas dentro da família) e (4) mercados e encaminhamentos ao nível comunitário os serviços estão funcionando e disponíveis (por exemplo, existe um mercado de bens e serviços e está funcionando bem para as famílias participantes comprarem itens de consumo, bem como venderem produtos e serviços que produzem, e serviços de saúde, sociais e de proteção de referência de qualidade são disponíveis para as famílias participantes).

36. Embora não seja explicitamente indicado na estrutura lógica, para a maioria dos resultados, há a hipótese de que pode haver efeitos diretos de cada componente da intervenção (dinheiro e cuidados), bem como potenciais impactos sinérgicos entre as duas componentes. Todos os resultados dependem tanto de fatores de implementação (tamanho e regularidade da transferência de renda, qualidade dos serviços de gestão de casos, exposição à CMSC, entre outros) quanto de fatores contextuais (distância e qualidade das instalações e serviços, disponibilidade e preços dos alimentos, normas sociais vigentes, infraestrutura –incluindo água e saneamento– entre outros).

37. A estrutura lógica (Figura 2) é importante na medida em que orienta as hipóteses para a avaliação. Investigaremos muitos dos resultados esperados ao longo da cadeia causal, com foco na análise causal dos impactos para aqueles que têm maior probabilidade de mudar durante o período de estudo de 2 anos. A lógica de intervenção está explicitamente enraizada em uma estrutura de direitos da criança e adota uma abordagem sensível ao gênero, abordando as causas profundas da pobreza multidimensional infantil e priorizando as cuidadoras como ponto de entrada para serviços econômicos e de assistência. Decorrente desse enquadramento, adotamos uma abordagem explícita sensível ao gênero e à criança para escolher os indicadores e a análise ao longo deste relatório. Por exemplo, incluímos explicitamente indicadores de empoderamento de cuidadoras, proteção infantil e realizamos análises desagregadas para diferentes fatores relacionados a gênero ou idade sempre que possível (famílias chefiadas por mulheres versus homens, cuidadoras mais jovens versus mais velhas, crianças do sexo masculino versus feminino). Infelizmente, devido às baixas proporções de crianças e cuidadoras com deficiências relatadas, não podemos realizar com confiança uma análise explícita sensível à deficiência. As componentes contextuais e operacionais serão amplamente exploradas na avaliação do processo; no entanto, também apresentaremos resultados descritivos básicos da experiência dos participantes da

intervenção com o programa. Além dos componentes mencionados diretamente na Figura 2, a avaliação busca medir algumas consequências comuns, hipotéticas e não intencionais das transferências de dinheiro – por exemplo, aumentos na fertilidade ou consumo de bens tentadores (álcool). Embora pesquisas anteriores não tenham mostrado tais efeitos adversos, é importante medir e demonstrar isso no contexto do Subsídio para Criança 0-2 em Moçambique (Handa et al., 2018).

2.2 Questões de Avaliação

38. O marco lógico de intervenção motiva três questões de avaliação para este estudo:
- O dinheiro por si só tem impacto nos resultados de bem-estar de curto prazo nos níveis do agregado, da cuidadora e da criança?
 - Os impactos da componente de gestão de casos são maiores do que os impactos da componente de dinheiro em relação aos mesmos resultados?
 - Os impactos são menores (ou maiores) entre certos subgrupos de beneficiários, como famílias chefiadas por mulheres versus famílias chefiadas por homens, por idade da cuidadora ou entre crianças do sexo masculino versus do sexo feminino?
39. Essas perguntas de avaliação e os objetivos gerais da avaliação foram acordados em conjunto durante uma fase inicial e confirmados durante a reunião inicial em 22 de junho de 2018 entre o AIR e os parceiros de avaliação, MGCAS e UNICEF. Devido à importância do gênero para as operações e impactos da intervenção, há um foco explícito em indicadores de igualdade de gênero na seção das cuidadoras e análise de gênero em indicadores de resultados (por subgrupo) sempre que possível.

2.3 Domínios de Interesse

2.3.1 Variáveis de Resultado Principais

40. Os resultados primários de interesse são determinados a partir das questões de pesquisa e da estrutura lógica de intervenção, informada por uma abordagem sensível à criança e ao gênero. Foram priorizados indicadores de resultados que são padronizados e facilmente coletados em pesquisas domiciliares. Eles também se baseiam em certas suposições em relação ao cronograma hipotético dos impactos – concentrando-se em resultados que são mudanças viáveis para medir dentro de um período de 24 meses para o grupo-alvo. Os indicadores e módulos de questionário usados na avaliação vêm de módulos de pesquisa pré-validados e testados internacionalmente/nacionalmente. Sempre que possível, os módulos e indicadores seguem os já utilizados em Moçambique (por exemplo, DHS, Inquéritos ao Orçamento Familiar) ou noutras avaliações de transferências monetárias utilizadas no *Transfer Project* nas regiões da África Oriental e Austral.¹¹

41. O bem-estar infantil para crianças menores de 24 meses é um dos principais resultados do estudo. Melhorar o bem-estar da criança-alvo, no entanto, depende de outros membros da família também se beneficiarem da intervenção em diferentes níveis. O bem-

¹¹ O Transfer Project (consulte <https://transfer.cpc.unc.edu/>) é uma iniciativa de pesquisa multinacional para fornecer evidências rigorosas sobre o impacto de programas nacionais de transferência de renda em larga escala na África Subsaariana. É composto por uma comunidade de pesquisadores, doadores e parceiros de implementação que se concentram na coordenação de esforços e na captação de resultados, liderados pelo UNICEF, pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação e pela Universidade da Carolina do Norte. O projeto fornece assistência técnica na concepção, implementação e análise de programas governamentais na Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Madagascar, Malawi, África do Sul, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue, entre outros. Os programas são de propriedade nacional e implementados por cada governo, e se concentram na disseminação dos resultados para as partes interessadas nacionais, bem como workshops regionais para permitir o aprendizado e a capacitação entre os países.

estar infantil é avaliado através de uma série de domínios, especificamente desenvolvimento, saúde, nutrição e proteção infantil. A altura e o peso da criança são medidos usando o padrão internacionalmente aceito para pranchas e balanças de altura. A Tabela 2 fornece exemplos de indicadores primários usados para medir cada domínio para crianças menores de 24 meses. Uma lista completa de indicadores foi desenvolvida em conjunto com as partes interessadas durante o período inicial e apresentada em resultados primários e secundários no relatório inicial (AIR, 2018). Mais detalhes para todos os indicadores operacionalizados neste relatório são discutidos nas seções de resultados correspondentes.

Tabela 2. Indicadores e Domínios do Bem-Estar das Crianças (≤ 24 Meses)

Domínio	Indicador
Saúde e Comportamentos de Busca de Serviços de Saúde	Morbidade (por exemplo, diarreia, a criança esteve doente nas últimas duas semanas, a criança consultou o profissional de saúde se estiver doente)
	Práticas de alimentação (por exemplo, amamentação exclusiva, dieta mínima aceitável)
	Conclusão das vacinas de rotina
Motivação e estímulo dos pais – abrangendo a mãe e o pai	Número de actividades com adultos (mãe, pai)
	Número de vezes que cuidadora brinca com criança
Estado Nutricional	Desnutrição crónica (comprimento para a idade)
	Desnutrição aguda (peso-para-comprimento)
	Baixo peso (peso-para-idade)
	Circunferência Braquial
Protecção Infantil	Prevalência de registo de nascimento
	Negligência (por exemplo, cuidadora deixa a criança sem supervisão)

2.3.2 Variáveis de Resultado Secundárias

42. Os resultados secundários referem-se ao agregado, a cuidadora e as crianças mais velhas. Os impactos ao nível do agregado são importantes porque criam as condições prévias para impactos posteriores nas crianças, incluindo um nível mais elevado de consumo e situação financeira geral. A Tabela 3 fornece exemplos de indicadores primários usados para medir cada domínio no nível familiar.

Tabela 3. Domínios e Indicadores a Nível do Agregado Familiar

Domínio	Indicador
Pobreza e Consumo	Pobreza (abaixo da linha nacional de pobreza)
	A pobreza extrema (abaixo da linha nacional de pobreza alimentar)
	Consumo mensal de alimentos per capita
	Consumo mensal não alimentar per capita
	Despesa total mensal de álcool e tabaco
Segurança Alimentar e Diversidade Alimentar	Número de refeições por dia
	Diversidade alimentar
	Estratégias de sobrevivência alimentar (escala acesso insegurança alimentar)
Investimento e Poupança	Valor poupado e emprestado (dívida)
	Activos produtivos e duradouros (incluindo gado)
	Despesas de insumos agrícolas e da colheita
	Gestão de pequenos negócios
Resiliência	Mecanismos para enfrentar choques
Acesso aos Serviços	Acesso a serviços sociais

43. Os resultados secundários também se relacionam com a cuidadora principal da criança. A cuidadora principal recebe a transferência diretamente e, portanto, espera-se que tenha algum nível de influência sobre como ela é gasta. Da mesma forma, a cuidadora é o ponto de entrada para o componente de gestão de casos, e nosso estudo pressupõe que a cuidadora alavancará o apoio familiar e a ligação aos serviços para melhorar o bem-estar de todas as crianças do agregado. Além disso, um corpo significativo de literatura sugere que as intervenções de transferência de renda que são concebidas como sensíveis ao gênero têm potencial para afetar diretamente o empoderamento e o bem-estar das mulheres, um importante objetivo intrínseco para a igualdade de gênero e os direitos humanos. Assim, este estudo investiga os impactos no conhecimento e comportamentos da cuidadora, bem-estar psicossocial, empoderamento, liberdade da violência, fecundidade e separação familiar. A Tabela 4 lista os domínios para cuidadoras primários e exemplos de indicadores para medi-los.

Tabela 4. Domínios e Variáveis de Resultado a Nível da Cuidadora Principal

Domínio	Indicador
Conhecimento	Conhecimento sobre saúde, nutrição e higiene
Bem-Estar Psicossocial e Apoio Social	Bem-estar subjectivo (satisfação com a vida, felicidade)
	Apoio social (por exemplo, pontos de apoio emocional, participação em grupos)
	Escala de stresse percebido
Emancipação e Presença de Violência Conjugal	Saúde mental (sintomas depressivos)
	Autonomia
	Tomada de decisões no agregado familiar (poder de negociação)
Fertilidade	Violência Conjugal, atitudes que contribuem para a violência
	Fertilidade total, novas gravidezes, uso de anticoncepcional
Separação familiar	Crianças biológicas que vivem fora de casa

44. Por fim, as variáveis de resultado secundárias referem-se a outras crianças entre 3 e 17 anos no domicílio. A família pode optar por gastar parte da transferência em alimentos para a família, reduzindo o trabalho infantil e investindo na educação de seus filhos. Além disso, pode haver efeitos benéficos adicionais para crianças mais velhas do componente de gestão de casos, porque os serviços são para todos os membros da família. Portanto, o estudo investiga os efeitos na educação de crianças mais velhas, bem-estar material, experiências de disciplina violenta, uso do tempo e experiência de ritos de iniciação (apenas para meninas adolescentes). A Tabela 5 lista exemplos do indicador a ser medido para cada um desses domínios.

Tabela 5. Domínios e Indicadores das Crianças Mais Velhas

Domínio	Indicador
Escolaridade	Matrícula escolar
	Frequência escolar
	Despesas escolares
Bem-estar Material	Criança tem um par de sapatos
	Criança tem cobertor
	Criança tem dois conjuntos de roupa
Experiência de Disciplina Violenta	Disciplina violenta da cuidadora (por exemplo, criança é agredida)
	Horas despendidas em actividades económicas na semana passada
Uso do Tempo	Horas despendidas em actividades domésticas (incluindo horas a cuidar de outros e a fazer tarefas domésticas) na semana passada
	Passou (ou planeja passar) ritos de iniciação

45. Além dos indicadores de resultados descritos nas tabelas anteriores, o estudo coleta um conjunto abrangente de indicadores demográficos e do agregado para usar como características básicas na análise. Outros indicadores coletados, mas não listados anteriormente, incluem aqueles a serem usados como mediadores e moderadores para explicar os impactos e contextualizar as comunidades em que os beneficiários vivem.

2.4 Aspectos Adicionais

46. **Escopo Geográfico.** A avaliação de impacto abrange os seguintes distritos: Ilha de Moçambique, Nacala-a-Velha, Lalaua, Nacala Porto e Mossuril. A Ilha de Moçambique e Lalaua recebem a componente de dinheiro enquanto Nacala-a-Velha recebe a componente de gestão de casos. Nacala Porto e Mossuril servem como distritos de comparação para a avaliação.

47. **População Alvo.** Nos distritos em que a avaliação de impacto é realizada, as transferências foram distribuídas quase universalmente (as exclusões poderiam ser feitas ao nível da comunidade com base na riqueza e status social) e incondicionalmente para famílias com crianças de 0 a 6 meses de idade no momento do registro em 2019.

48. **Escopo Cronológico.** A avaliação de impacto é uma avaliação de 24 meses. Coletamos dados de linha de base no primeiro trimestre de 2019 e linha final no primeiro trimestre de 2021.

49. **Relação com a Avaliação do Processo.** Conforme discutido na Seção 1, a avaliação de impacto é complementada com uma avaliação de processo. A avaliação de processo concentra-se em questões relativas à fidelidade da intervenção, incluindo desafios e pontos fortes de implementação. Ambas as avaliações destinam-se a ajudar o mesmo grupo de formuladores de políticas e principais interessados a redesenhar a intervenção para melhorar sua operação. As duas avaliações combinadas, que são divulgadas conjuntamente, compreendem um conjunto completo de informações necessárias para os formuladores de políticas tomarem decisões sobre o futuro da intervenção.

3 METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

3.1 Visão Geral

50. A equipe de avaliação projetou uma avaliação de impacto longitudinal de 24 meses do Subsídio para Criança 0-2 que compara dois braços de tratamento (dinheiro e dinheiro mais gestão de casos) com um grupo de comparação (sem tratamento). A avaliação adota uma abordagem explícita sensível ao gênero, concentrando-se tanto na compreensão do valor agregado do componente de gestão de casos (um componente transformador de gênero positivo) quanto na compreensão dos impactos gerais sobre a igualdade e empoderamento de gênero e os impactos desagregados por gênero. Usamos um desenho de regressão descontínua geográfica (RDD) para a avaliação de impacto (Gertler et al., 2010). O RDD pode ser usado para identificar os efeitos da intervenção quando as alocações de intervenção são baseadas em uma variável de atribuição e fornecem desenhos metodológicos mais fortes do que o uso de comparações de "distrito semelhante". Para efeitos da avaliação, os distritos chave de implementação na Província de Nampula são Nacala-a-Velha e Ilha de Moçambique, que constituem o grupo de tratamento. Todos os domicílios das áreas de tratamento com criança menor de 11 meses (ou seja, nascido em agosto de 2018 ou após) foram cadastrados na intervenção, independentemente de estarem ou não na amostra do estudo. O plano de intervenção indicava que as crianças inscritas se beneficiariam das atividades de intervenção até completarem 2 anos (24 meses), no entanto, no momento da redação, essa 'formatura'

foi adiada devido aos atrasos iniciais nos primeiros pagamentos.¹² A intervenção é direcionada para que qualquer família elegível em um distrito de tratamento possa se inscrever, com exceções feitas em nível comunitário para famílias de alto status econômico.

51. A avaliação utilizou os agregados familiares dos distritos de Mossuril e Nacala Porto, que fazem fronteira com os distritos de tratamento, para construir o grupo de comparação. A lógica por trás do RDD geográfico é que aqueles que vivem na área de tratamento junto à fronteira e recebem a intervenção são muito semelhantes em todos os aspectos aos que vivem fora da fronteira da área de tratamento e, portanto, servem como um grupo de comparação válido. Os RDDs dependem de “suposições moderadas” para identificar impactos de intervenção (Lee & Lemieux, 2010). Nesse cenário, a distância até a fronteira entre os distritos pode ser interpretada como critério de atribuição.

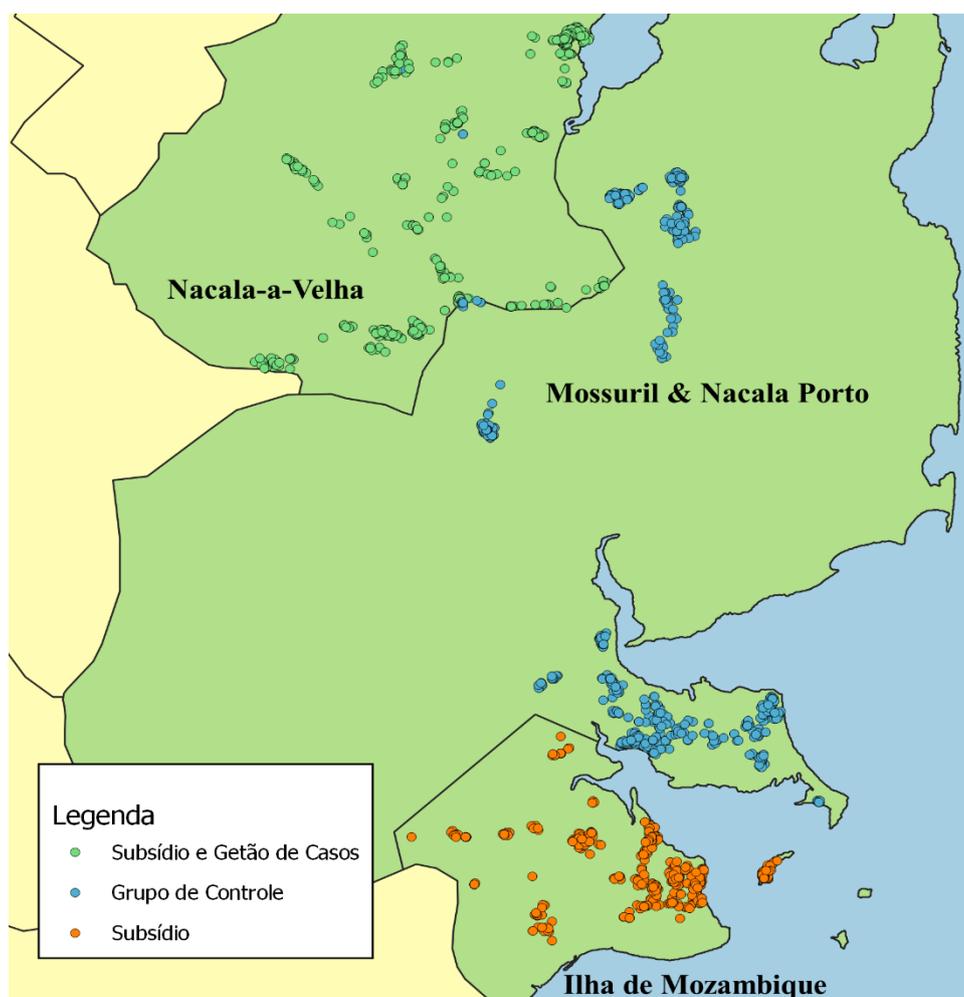
52. Os quatro distritos para a avaliação de impacto fazem fronteira entre si em uma posição geográfica contínua. A fronteira entre os distritos cria uma estrita descontinuidade no tratamento, sendo o limite norte de Mossuril e o limite oeste de Nacala Porto a descontinuidade entre estes distritos e Nacala-a-Velha, e o limite sul de Mossuril a servir de descontinuidade entre este distrito e Ilha de Moçambique. A consulta às partes interessadas da intervenção e a partir dos dados finais confirmaram o seguinte:

- A alocação foi aplicada na fronteira do distrito através do processo de direcionamento e validação da intervenção. Nossos próprios dados coletados como parte da pesquisa final reforçam esse ponto, pois praticamente nenhum participante do estudo nos distritos de comparação relata estar inscrito na intervenção.
- Não há correlação prevista entre a distância até a fronteira e as características dos domicílios, especialmente relacionadas aos resultados de interesse para o estudo, porque os níveis de pobreza e desnutrição, cultura, clima, práticas agrícolas e políticas são os mesmos nos quatro distritos. Verificamos essa suposição para características observáveis no relatório de linha de base.
- Os agregados familiares não são muito móveis, nem se espera que se desloquem entre distritos para se inscreverem na intervenção durante o período de estudo. Isso pode ser uma preocupação a longo prazo da intervenção, mas não durante o período do estudo.
- Usamos GPS e medimos com precisão a distância até a fronteira para cada domicílio.
- Em resumo, o estudo compreendeu três braços:
- Agregados familiares na Ilha de Moçambique que receberam a componente de dinheiro (aproximadamente 700 agregados familiares na linha de base).
- Agregados familiares em Nacala-a-Velha que receberam dinheiro mais cuidados (aproximadamente 700 agregados familiares na linha de base); e
- Agregados em Mossuril e Nacala Porto que não receberam a intervenção (aproximadamente 700 agregados familiares na linha de base).

12 Os serviços de gestão de casos foram planejados para serem prestados às famílias beneficiárias por uma duração média de 6 a 9 meses, dependendo da gravidade do caso e das necessidades das famílias. Portanto, é possível que esses serviços sejam interrompidos antes que a criança-alvo complete 2 anos de idade. É igualmente provável que possam durar além desse limite de idade, dependendo de quanto tempo as famílias precisaram de suporte e das taxas de encerramento de casos.

53. A Figura 3. Visualização da Amostra do Estudo ao Longo dos Distritos mostra os distritos de estudo com mapeamento GPS dos agregados do grupo de tratamento na linha de base para a fronteira norte em verde, agregados de tratamento para a fronteira sul em laranja e agregados de comparação em azul. Para fins de análise, consideramos a distância até a fronteira sul delimitada por água, em vez da fronteira interior sem litoral. Aproximadamente 95% da amostra está a 10 km das fronteiras distritais, e os restantes 5% estão a 15 km das fronteiras distritais.

Figura 3. Visualização da Amostra do Estudo ao Longo dos Distritos



3.2 Estratégia de Identificação

54. A equipa de avaliação identificou agregados familiares com crianças com menos de 6 meses de idade para conduzir o estudo de base através de um exercício de mini-lista separado do exercício de inscrição na intervenção. A lista compilou informações dos livros de maternidade das unidades de saúde nas principais unidades de saúde para desenvolver uma amostra de mulheres elegíveis (agregados) por comunidade. Para efeitos das listagens das unidades de saúde, as mulheres foram consideradas elegíveis se a sua entrada na maternidade ocorreu antes de 15 de agosto de 2019 (fronteira norte) ou antes de 1 de setembro de 2019 (fronteira sul). Como a equipe de recenseamento se deslocou de norte a sul realizando entrevistas, isso garantiu que as crianças da amostra variassem de recém-nascidos a aproximadamente 5,5 meses para ambas as fronteiras.

55. Na sequência das listas das unidades de saúde, os recenseadores trabalharam em estreita colaboração com os líderes locais, os Permanentes (técnicos do INAS responsáveis pelas actividades de implementação) e centros de saúde para identificar e visitar todos os agregados familiares com uma criança menor de 6 meses na linha de base a viver em comunidades seleccionadas (principalmente com até 10 km da fronteira entre os distritos de estudo). Na linha de base, os enumeradores então ordenaram as comunidades (e os agregados familiares dentro das comunidades) por proximidade da fronteira e completaram as entrevistas, afastando-se da fronteira para encontrar novos agregados familiares até atingirem o número alvo de agregados familiares. Na linha de base, seguimos os mesmos agregados familiares que entrevistamos na linha de base. Conforme discutimos na Seção 5, perdemos aproximadamente 20% dos domicílios da linha de base no final. Nas seções a seguir, descrevemos em detalhes as implicações da atrição e as medidas que tomamos para garantir que estimássemos os impactos adequadamente.

3.3 Amostragem

3.3.1 Locais

56. O objetivo desta avaliação foi estimar o efeito médio do Subsídio para Criança 0-2 em uma coorte de crianças menores de 6 meses no início do estudo. Assim, a avaliação amostrou agregados na linha de base com crianças menores de 6 meses que moravam nos quatro distritos de estudo (principalmente morando até 10 km da fronteira entre os distritos de estudo). Usamos uma abordagem longitudinal em que acompanhamos ao longo do tempo os mesmos domicílios e crianças menores de 6 meses na linha de base, que tinham entre 24 e 30 meses na rodada final de coleta de dados, que ocorreu em abril de 2021. Além disso, 50 pesquisas ao nível comunitário foram realizadas com líderes locais e 10 pesquisas em unidades de saúde foram coletadas por meio de entrevistas com profissionais de saúde em clínicas que atendem a população-alvo na linha de base. No final, também coletamos informações para as mesmas comunidades e unidades de saúde.

3.3.2 Poder para Detectar os Impactos

57. A análise de poder é um aspecto importante das avaliações de impacto. Ela nos permite determinar o tamanho da amostra necessário para detectar um efeito de um determinado tamanho ou maior -referido como tamanho mínimo de efeito detectável (MDES)- com um determinado grau de confiança. Uma avaliação adequadamente projetada deve detectar diferenças pequenas, mas significativas, nos efeitos para os resultados de interesse. Nesta seção, apresentamos os resultados de uma análise de poder para a avaliação.

58. Determinamos nosso MDES com base na relevância da política. Nossa revisão da literatura de transferência de renda em contextos semelhantes ao contexto do presente estudo mostra que uma melhoria de 0,25 desvios padrão (DP) é um tamanho de efeito sensível que tornaria a intervenção relevante do ponto de vista de política pública. Em primeiro lugar, há fortes evidências de que as transferências de renda têm um efeito positivo na segurança alimentar, tanto em termos de maiores quantidades quanto de maior qualidade dos alimentos. Por exemplo, em avaliações de transferências monetárias incondicionais que o AIR realizou na Zâmbia e no Zimbábue, descobrimos que os beneficiários do programa aumentaram o consumo de alimentos entre 0,25 a 0,34 DP (AIR, 2016). Mais especificamente, descobrimos que os beneficiários aumentaram o consumo de produtos de origem animal em mais de 0,56 DP. Em segundo lugar, em termos de resultados produtivos, encontramos grandes aumentos na propriedade de gado, com tamanhos de efeito entre 0,37 a 0,58 DP, bem como um impacto de 1,46 DP na propriedade de ativos produtivos não agrícolas. Em

nossa avaliação do Programa de Subsídios para Crianças na Zâmbia, os efeitos gerais do índice de ativos foram de 0,55 DP em comparação com 0,25 DP no estudo de modelo de graduação de seis países apresentado por Banerjee e colegas (2015) e 0,40 DP no programa de Uganda avaliado por Blattman e colegas (2016). Terceiro, nossas estimativas do Subsídio para Crianças da Zâmbia mostram que o programa aumentou a participação das famílias em empresas não agrícolas em 0,33 DP, uma estimativa que é menor do que o impacto relatado por Blattman e colegas (2016) de um programa que forneceu dinheiro condicional à abertura um negócio depois de receber treinamento em habilidades de negócios e supervisão contínua. Além disso, os impactos da receita no Programa de Subsídios para Crianças da Zâmbia são comparáveis aos 0,38 DP relatados por Banerjee e colegas (2015).

59. As evidências mostram que capacitar o estudo atual para detectar tamanhos de efeito de pelo menos 0,25 SD nos permitirá encontrar impactos para a maioria dos resultados-chave no nível familiar. Observe, no entanto, que as evidências sobre os impactos da intervenção para resultados relacionados aos determinantes imediatos da nutrição infantil são mais limitadas. Embora pareça haver uma relação entre os resultados nutricionais, os comportamentos e práticas de alimentação da cuidadora e os cuidados psicossociais, há muito pouca evidência do impacto das transferências de renda sobre esses comportamentos (de Groot et al., 2017). Em particular, a literatura mostra que há resultados mistos do impacto dos programas de proteção social sobre os resultados de altura para idade de crianças pequenas devido, em parte, à dificuldade de avaliar esse resultado no curto prazo e ao fato de que as causas de desnutrição crônica são complexas e difíceis de vincular aos resultados. Além disso, capacitar um estudo para detectar tamanhos de efeito menores que 0,25 SD não apenas pode ser irrelevante do ponto de vista da política pública, mas também exigirá um aumento substancial no tamanho da amostra para o estudo, o que na maioria dos casos tornará o estudo financeiramente proibitivo.

60. Para atingir o MDES proposto de 0,25 DP, coletamos dados de 700 domicílios em cada um dos braços do estudo para uma amostra total de 2.100 domicílios na linha de base. Mais especificamente, para estimar os impactos apenas de dinheiro, recolhemos dados para 700 observações da Ilha de Moçambique e 350 observações em Mossuril perto da fronteira entre esses dois distritos. Por sua vez, para a comparação entre a transferência mais a gestão de casos e o grupo de comparação, recolhemos dados para 700 observações de Nacala-a-Velha e 350 observações em Mossuril e Nacala Porto perto da fronteira entre esses distritos. O tamanho da amostra proposto assumiu um poder de 80% e um nível de significância de 5%. Também assumimos que as covariáveis da linha de base poderiam explicar 30% da variação nos desfechos de interesse, como resultado de podermos controlar pelas variáveis de resultado na linha de base. Estimamos o poder estatístico primeiro estimando o poder necessário para um desenho experimental ao nível individual e, em seguida, inflando o tamanho da amostra resultante pelo efeito do RDD. O RDD é um estimador menos eficiente do que desenho experimental por um fator de $D = \frac{1}{1-\rho^2}$, onde ρ é a correlação entre o status do tratamento e a distância até a fronteira (Schochet, 2008) e D é o efeito do desenho. Assumindo que os agregados familiares estão normalmente distribuídos em torno da fronteira que determina a elegibilidade para o Subsídio para Criança 0-2, estimamos que a correlação entre o indicador de tratamento e a distância até a fronteira é de 0,79. Assim, o efeito de projeto é 2,75. Isso significa que o poder do estudo é equivalente ao de um RCT com um quarto das observações usadas para o estudo atual.

3.3.3 Seleção da Amostra

61. A avaliação incluiu 2.130 agregados familiares na linha de base, com aproximadamente 700 em cada um dos braços do estudo. Calculamos o número de 2.100 domicílios realizando

uma análise de poder, conforme descrito anteriormente, com base em dados de outras avaliações de transferência de renda na região.

62. Os critérios de inclusão para o estudo foram os seguintes:

- O agregado familiar tinha pelo menos uma criança com menos de 6 meses na linha de base (residente permanente).
- Os agregados familiares viviam perto da fronteira num dos quatro distritos de estudo na linha de base – idealmente, a não mais de 10 km da fronteira distrital; e
- A cuidadora estava disponível para ser entrevistada e concordou em participar do estudo.

63. Os critérios de exclusão para o estudo foram os seguintes:

- O agregado familiar não tinha nenhuma criança com menos de 6 meses de idade no momento do inquérito de base;
- A família tinha uma criança com menos de 6 meses de idade no momento da pesquisa; no entanto, a criança estava visitando ou ficando temporariamente com a família;
- Domicílios residiam fora dos distritos de estudo; e
- A cuidadora não estava disponível para ser entrevistada ou optou por não participar do estudo.

64. Um aspecto importante da amostra de base é que em vez de até 20% dos agregados familiares mais vulneráveis serem alvo de gestão de casos, com o propósito de fornecer maior poder estatístico, a equipa de avaliação solicitou à equipa de implementação que visasse aproximadamente 50% dos agregados familiares em Nacala-a-Velha. No entanto, conforme discutido posteriormente, a proporção de agregados que realmente receberam atividades de gestão de casos entre os elegíveis foi de apenas 27% (de acordo com dados autorrelatados no módulo operacional da pesquisa final). Assim, devido a várias razões, a gestão de casos atingiu uma proporção de agregados familiares inferior ao previsto pela linha final. Nas seções a seguir, discutimos as implicações para a avaliação.

3.4 Plano para Análise de Avaliação de Impacto

65. Para implementar o RDD para a avaliação do Subsídio para Criança 0-2, comparámos os agregados familiares beneficiários de transferências monetárias da Ilha de Moçambique com os agregados familiares elegíveis no distrito vizinho de Mossuril e também comparamos os agregados familiares elegíveis da componente de transferências monetárias e de gestão de casos de Nacala-a-Velha com um grupo de agregados familiares elegíveis em Mossuril e Nacala Porto que não receberam a intervenção. Mais especificamente, em nosso cenário, usamos a distância para cada uma das fronteiras do distrito piloto como variável de atribuição para o RDD, conforme discutido anteriormente. Os agregados familiares e crianças que viviam fora da fronteira do distrito inicial (por exemplo, Mossuril) eram provavelmente semelhantes aos que viviam dentro da fronteira do distrito inicial (por exemplo, Ilha de Moçambique), e, portanto, poderiam servir como um grupo de comparação credível para estimar os impactos da intervenção. Coletamos as coordenadas GPS para cada agregado do estudo, o que nos permitiu calcular sua distância da fronteira com seu distrito pareado.

66. O RDD geográfico (Galiani, McEwan, & Quistorff, 2016; Keele et al., 2016) é válido quando os seguintes pressupostos são válidos:

- A atribuição de beneficiários à intervenção é descontínua na fronteira;
- As variáveis de resultado, as covariáveis e as características não observadas são semelhantes em valor na fronteira antes da implementação da intervenção;
- Os agregados familiares e os indivíduos não ajustam a sua localização com base na intervenção; e
- A relação entre a variável de atribuição (ou seja, a distância até a fronteira do distrito) e as variáveis de resultado é aproximada com precisão.

67. O pressuposto 1 mantém-se dado que os agregados familiares de Mossuril e Nacala Porto não se beneficiaram da intervenção nesta fase independentemente da proximidade com que viviam da fronteira distrital na linha de base. Testamos a suposição 2 no relatório de linha de base e neste relatório determinando o equilíbrio entre os grupos de tratamento e de comparação após a coleta de dados de linha de base e na rodada final ao discutir como o equilíbrio é mantido após a atribuição de parte da amostra. Também testamos a suposição 3 na linha final. Por fim, usamos a análise de regressão para abordar a suposição 4.

68. Coletamos dados em dois momentos: na linha de base em fevereiro e março de 2019 e na linha final 25 meses depois, em abril de 2021. Usamos a seguinte especificação de diferença em diferenças (DID) para estimar o efeito conjunto da intervenção (ou seja, a transferência e a gestão de casos) sobre as variáveis de resultado de interesse após controlar pelas diferenças nas variáveis de resultado para os grupos de tratamento e comparação na linha de base:

$$y_{ihat} = \beta_0 + \beta_1 Post + \beta_2 T + \beta_3 Post * T + f(distance_{ihdo}) + \beta_4 X_{ihdo} + pair_d + \varepsilon_{ihat} \quad (1)$$

69. Onde y_{ihat} é a variável de resultado para a criança i no domicílio h que vive no distrito d no momento t . $Post$ é um indicador igual a 1 para observações da rodada final e 0 para observações de linha de base. T é um indicador para aqueles elegíveis para receber o dinheiro ou as atividades de gestão de casos. β_3 representa a estimativa de impacto para o efeito combinado da intervenção. $Distance_{ihdo}$ é a variável de atribuição que mede a distância do domicílio até a fronteira, e X_{ihdo} contém covariáveis de linha de base para aumentar a eficiência das estimativas. Para resultados ao nível do agregado, esse conjunto de variáveis inclui dados demográficos do chefe da agregado (sexo, idade e educação), uma dummy para religião da família e um índice de interrupção do COVID-19 na comunidade na rodada final.¹³ Além do conjunto básico de controles ao nível do agregado, para os resultados ao nível da cuidadora, adicionamos a idade, nível de escolaridade e estado civil. Finalmente, além do conjunto básico de controles, para os resultados no nível da criança, incluímos a idade da criança (em meses ou anos) e o sexo da criança (feminino). Além disso, seguindo a literatura sugerindo que a precisão de perguntas sensíveis pode ser melhorada controlando pela qualidade das

13 O índice de interrupção do COVID-19 é uma medida de "alta interrupção" no nível da comunidade, medida por uma variável binária do tercil superior em um índice criado por meio da análise de componentes principais usando as 8 variáveis a seguir: (1) número de meses (nos últimos 12 meses) que as escolas públicas primárias da comunidade foram interrompidas devido ao COVID-19, (2) número de meses (nos últimos 12 meses) que as escolas públicas secundárias da comunidade foram interrompidas devido ao COVID-19, (3) número de meses (nos últimos 12 meses) que as clínicas de saúde na comunidade foram interrompidas devido ao COVID-19, (4) número de meses (nos últimos 12 meses) que os mercados de alimentos na comunidade foram interrompidos devido ao COVID-19, (5) devido ao COVID-19, as pessoas da comunidade foram afetadas pelo fechamento ou funcionamento das lojas em horários restritos, (6) devido ao COVID-19, as pessoas da comunidade foram afetadas pelo distanciamento social e/ou quarentenas, (7) desde o início do COVID-19, a administração local restringiu as viagens dentro dessa região para controlar a disseminação do COVID-19 e (8) desde o início do COVID-19, a administração local restringiu as viagens para outras regiões para controlar a propagação do COVID-19.

inquiridoras, incluímos efeitos fixos da inquiridora para os resultados ao nível da cuidadora (incluindo violência, saúde mental, estresse e empoderamento), bem como disciplina violenta de crianças (Di Maio e Fiala, 2018). Seguindo essa intuição, incluímos também os efeitos fixos da inquiridora para controlar peça qualidade das medida antropométricas das crianças. Usamos erros padrão robustos (Huber-White) para obter estimativas em todas as análises.

70. A caravel $pair_d$ merece explicação adicional. O RDD neste contexto assenta em agregados familiares localizados ao longo de uma de duas fronteiras: Ilha de Moçambique e Mossuril (sul), e Nacala-a-Velha e Mossuril/Nacala Porto (norte). O termo $pair_d$ representa um efeito fixo para contabilizar as diferenças entre os agregados familiares localizados perto das duas fronteiras (ou seja, $pair_d$ assume o valor 1 para a fronteira entre os distritos da Ilha de Moçambique e Mossuril e 0 caso contrário). Ao incluir um efeito fixo de fronteira em todas as equações de estimativa, tratamos essencialmente a amostra como se todos os domicílios estivessem localizados perto de uma única fronteira.

71. Também usamos uma segunda especificação onde estimamos os impactos da intervenção para os agregados elegíveis para receber a componente em dinheiro, bem como o impacto adicional para os elegíveis para receber a componente de gestão de casos. Em particular, estimamos

$$y_{ihdt} = \delta_0 + \delta_1 Post + \delta_2 T + \delta_3 T_{cc} + \delta_4 Post * T + \delta_5 Post * T * T_{cc} + f(distance_{ihdo}) + \delta_6 X_{ihdo} + pair_d + \varepsilon_{ihdt} \quad (2)$$

72. onde todas as variáveis são definidas como anteriores e T_{cc} é um indicador para ser elegível para receber a componente de gestão de casos. δ_4 representa as estimativas de impacto para o componente de transferência de dinheiro, e δ_5 é o impacto adicional de ser elegível para o componente de gestão de casos. Uma estimativa estatisticamente significativa para δ_5 significa que há um impacto adicional da intervenção para aqueles elegíveis para receber o componente de gestão de casos além do impacto em dinheiro. Note-se que, se os agregados familiares visados para receber a componente de gestão da casa tiverem, por exemplo, um estatuto socioeconómico inferior em relação aos que não são visados, o impacto estimado de δ_5 poderá também estar a captar alguns efeitos heterogéneos da intervenção. Finalmente, para examinar os impactos tanto do tratamento combinado (1) quanto dos braços de tratamento (equação 2) para diferentes subgrupos, realizamos análises separadas por sexo e idade, sempre que possível. Estes incluem subgrupos ao nível do agregado familiar (familiares chefiados por mulheres versus homens), ao nível da cuidadora (cuidadora mais jovem e mais velha) e ao nível da criança (meninas versus meninos e por grupos etários).

4 RECOLHA DE DADOS

73. A coleta de dados de linha de base e final foi realizada com apoio técnico de pesquisadores do AIR, Escritório de Pesquisa do UNICEF - Innocenti e UNICEF Moçambique com aproximadamente 24 meses de intervalo em 2019 e novamente em 2021. A coleta de dados de linha de base foi liderada pela ELIM Serviços durante 6 semanas período de 11 de fevereiro a 17 de março de 2019, e a coleta de dados final foi liderada pela Dalberg Research em parceria com a Arusha Ltd. durante um período de 4 semanas, de 14 de março a 16 de abril de 2021. Devido à natureza sensível ao gênero do desenho do estudo, as equipes de campo típicas consistiam em cinco inquiridoras, uma supervisora e um motorista (embora na linha final vários supervisores homens fossem incluídos na equipe). As equipes de campo foram supervisionadas por um ou dois gerentes de campo, além de pesquisadores do AIR e UNICEF Innocenti, durante as primeiras semanas de coleta de dados. No final, os pesquisadores da AIR e da UNICEF Innocenti não puderam viajar por causa das restrições do

COVID-19, então os consultores locais supervisionaram com relatórios diários com a equipe internacional. Para manter a comparabilidade dos grupos de tratamento e comparação, as equipas primeiro completaram entrevistas na fronteira norte (Nacala-a-Velha e norte de Mossuril/Nacala Porto), seguidas pela fronteira sul (Ilha de Moçambique e sul de Mossuril).¹⁴ As entrevistas foram realizadas principalmente em Makua em tablets usando o software SurveyCTO. Os dados foram enviados regularmente para plataformas baseadas na Internet onde o progresso pode ser monitorado e os dados podem ser verificados por pesquisadores do AIR e UNICEF Innocenti para garantir a qualidade e comunicar quaisquer modificações necessárias às equipes de campo. Detalhes adicionais sobre treinamento, pilotagem, controle de qualidade, protocolo ético e desafios encontrados são detalhados aqui.

4.1 Formação e Pilotagem

74. A formação da equipa de campo teve lugar durante um período de 2 semanas antes da recolha de dados na cidade de Nampula. A formação decorreu em Português e Makua, liderada pela AIR e ELIM Serviços e apoiada pela UNICEF Innocenti (baseline) e por consultores locais e Arusha Ltd. apoiada pela AIR, UNICEF Innocenti e Dalberg Research (endline). As candidatas do sexo feminino foram recrutadas para a equipe de campo que tinham pelo menos alguma educação de nível universitário, tinham experiência em pesquisas domiciliares e eram fluentes no idioma local (Makua). No final, foi feita uma tentativa de empregar as mesmas inquiridoras, condicionadas ao alto desempenho, para aumentar a familiaridade e a qualidade da administração da pesquisa. Enumeradores do sexo feminino foram necessários, pois a principal entrevistada era a cuidadora principal da criança-alvo, e vários tópicos relacionados à saúde materna, gênero e violência foram vistos como sensíveis. As candidatas adicionais foram treinadas, e apenas aquelas que foram consideradas da mais alta qualidade foram selecionadas. As candidatas foram julgadas em sua compreensão do instrumento de pesquisa, fluência no idioma Makua, participação em exercícios e testes de treinamento, desempenho do piloto e habilidades de liderança.

75. O treinamento consistiu em exercícios em sala de aula para entender e dominar a administração do instrumento de pesquisa domiciliar, prática com o aplicativo de entrevista pessoal assistida por computador (tablet), dramatização e prática de tradução do português para o Makua. A revisão detalhada do instrumento de pesquisa também ajudou a adaptar as perguntas e respostas ao contexto local e a melhorar a estrutura das perguntas. Além disso, foram realizadas sessões especiais sobre o papel da avaliação/intervenção, protocolo ético, logística do trabalho de campo e treinamento em antropometria. A teoria e prática da antropometria foram conduzidas por um especialista em nutrição do UNICEF Moçambique, e todos os membros da equipe de campo que deveriam fazer antropometria foram obrigados a passar nos testes de padronização (medindo a consistência e validade de um total de 10 mães com crianças de 0 a 2 anos). Na linha de base, representantes do UNICEF Moçambique, MGCAS e INAS participaram de sessões específicas para contribuir para discussões sobre o protocolo ético e aspectos operacionais da intervenção. No final, a capacidade de treinamento foi limitada devido ao COVID-19, e outras partes interessadas se juntaram remotamente quando possível.

76. Dois pilotos foram concluídos durante o treinamento inicial e final. A primeira foi concluída numa unidade de saúde na cidade de Nampula, onde as inquiridoras entrevistaram mulheres que visitavam a clínica para visitas de monitorização do crescimento (a administração excluiu as medições antropométricas). A segunda foi concluída numa

14 Na linha de base, inicialmente, a porção insular da Ilha de Moçambique não estava prevista para fazer parte da amostra do estudo, mas devido à falta de qualificação de mães com crianças de 6 meses de idade na faixa exigida na pesquisa dentro das áreas de captação designadas, foi adicionado após consulta às partes interessadas.

comunidade rural a cerca de 30 minutos da cidade de Nampula, onde as inquiridoras completaram entrevistas completas e medições antropométricas. Os pilotos foram uma oportunidade para os enumeradores praticarem a administração do questionário, bem como uma oportunidade para verificar o aplicativo SurveyCTO e criar programas de verificação de dados antes da coleta de dados. Além do treinamento da inquiridora principal, um dia adicional de treinamento foi realizado com os seis supervisores selecionados (e um suplente) para cobrir os questionários da comunidade e da unidade de saúde, bem como discutir mais sobre logística de campo e protocolos de encaminhamento.

4.2 Protocolo de Ética

77. O AIR segue o Código de Conduta do Grupo de Avaliação das Nações Unidas (UNEG), que exige uma abordagem de pesquisa sensível a conflitos e gênero e adesão ao princípio de "não causar danos", bem como transparência, confidencialidade, precisão, responsabilidade, e confiabilidade, entre outros princípios fundamentais. No que diz respeito à proteção de indivíduos e comunidades vulneráveis, o AIR respeita e adere à Declaração de Direitos Humanos das Nações Unidas, à Convenção das Nações Unidas sobre Refugiados, à Convenção sobre os Direitos da Criança e à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres (CEDAW), bem como outras convenções de direitos humanos e códigos legais nacionais que respeitam costumes e tradições culturais locais, crenças e práticas religiosas, interação pessoal, papéis de gênero, deficiência, idade e etnia. Além disso, o AIR assegurou que a avaliação estava em conformidade com os Procedimentos do UNICEF para Pesquisa Ética Envolvendo Crianças e os Procedimentos do UNICEF para Padrões Éticos em Pesquisa, Avaliação, Coleta e Análise de Dados. E, por fim, a avaliação foi norteadada pelos princípios éticos de abertura, transparência, participação, independência, imparcialidade, credibilidade, responsabilidade, honestidade e integridade. A equipa de avaliação do AIR obteve cartas de aprovação do conselho de revisão institucional do AIR (IRB) e do Comitê Nacional de Bioética para a Saúde (Governo de Moçambique) antes da recolha de dados (ver Anexo D).

78. Os avaliadores têm a obrigação de abordar questões éticas inerentes à pesquisa, incluindo a garantia da proteção dos participantes e nenhum comprometimento em relação à independência, credibilidade e imparcialidade do estudo. Portanto, o estudo passou por revisão ética e recebeu aprovação do AIR IRB e do Comitê Nacional de Bioética Para a Saúde (Ref 704/CNBS/20). Além disso, consultamos e aderimos aos padrões e recomendações do UNICEF para pesquisas éticas envolvendo crianças (Graham et al., 2013). Os procedimentos éticos padrão faziam parte do treinamento das inquiridoras, incluindo aspectos de consentimento informado, confidencialidade e proteção dos entrevistados. As inquiridoras foram treinadas para mostrar respeito e dignidade pelos participantes, ser imparciais e fazer com que os entrevistados sentissem que sua participação era voluntária. Além disso, foi dada atenção especial à administração de módulos de disciplina infantil e violência intradomiciliar, bem como protocolos de encaminhamento relacionados à saúde e proteção. Três níveis de encaminhamentos foram implementados na pesquisa (veja o manual do inquiridor para mais detalhes sobre o protocolo específico). Primeiro, cartões de referência anônimos específicos do distrito, que continham informações de contato para representantes femininas de ONGs, assistência social e serviços legais (polícia feminina), foram entregues a todas as mulheres participantes da pesquisa. Oficiais de bem-estar social de cada distrito participaram do treinamento de recenseadores na linha de base para que inquiridoras fizessem contato direto com cada oficial e para que os oficiais entendessem completamente o conteúdo e a natureza do trabalho de campo. Em segundo lugar, formulários de encaminhamento direto foram arquivados no caso de uma preocupação aguda de proteção. Estes formulários foram entregues ao gestor de campo, que comunicou a informação a um ponto focal de proteção

da criança no UNICEF baseado em Nampula para acompanhamento directo com os serviços de protecção social provinciais e distritais. Além disso, um grupo fechado do WhatsApp de supervisores, gerentes de campo, UNICEF Moçambique e UNICEF Innocenti comunicaram a ocorrência de cada encaminhamento direto para ação oportuna -sem informações de identificação direta incluídas.

79. O terceiro nível de encaminhamento refere-se ao estado nutricional das crianças-alvo. Todas as crianças que apresentavam edema, ou que apresentavam 3 DPs ou menos de peso (grave; conforme identificado automaticamente pelo programa SurveyCTO ao inserir as medidas antropométricas), tiveram fichas de encaminhamento de saúde arquivadas e foram levadas pela equipe de pesquisa para a unidade de saúde mais próxima (com permissão da cuidadora principal). O mesmo protocolo foi usado para todas as crianças com 2 DPs ou menos abaixo do peso (moderado), mas nenhum transporte foi oferecido – em vez disso, as inquiridoras recomendaram que as cuidadoras levassem as crianças para a unidade de saúde mais próxima o mais rápido possível.

80. Além das garantias e protocolos éticos típicos, no final, o COVID-19 representou um desafio ético adicional para a coleta de dados. A equipe garantiu que todas as melhores práticas fossem seguidas para reduzir os riscos para a equipe de pesquisa e a população participante. Desde o início, as taxas de positividade da COVID-19 foram monitoradas para garantir que os níveis implicassem em um risco mínimo ao nível da população. Além disso, devido a mandatos governamentais, foram necessárias permissões adicionais (e limitações nos números gerais) para realizar treinamentos em grupo – que a equipe obteve. Durante a formação, todas as inquiridoras e formadores usaram máscaras de proteção e foi fornecido gel desinfetante para as mãos. Durante o treinamento e o trabalho de campo, todos os funcionários continuaram a usar equipamentos de proteção, e uma lista de verificação de sintomas do COVID-19 foram monitoradas para detectar possíveis casos de COVID-19. Além disso, todas as equipes viajaram e permaneceram (comiam, dormiam) separadamente, em vez de dividirem acomodações (como é típico para equipes de campo). Para os participantes, foi utilizado um protocolo semelhante. Durante o consentimento informado, os enumeradores alertaram aos participantes sobre possíveis perigos do COVID-19, ofereceram informações sobre as modalidades de infecção pelo COVID-19 e administraram uma lista de verificação de sintomas do COVID-19. Todos os participantes que relataram três ou mais sintomas nas 2 semanas anteriores não foram entrevistados e foram encaminhados para a unidade de saúde mais próxima. Para aqueles sem sintomas de COVID-19, o recenseador ofereceu máscaras de proteção e exigiu que as entrevistas fossem realizadas ao ar livre, com distanciamento adequado entre o participante e a inquiridora. Durante o trabalho de campo, nenhum caso de COVID-19 foi relatado entre a equipe de campo (no entanto, vários membros procuraram atendimento e receberam tratamento para malária).

4.3 Trabalho de Campo e Desafios

81. Geralmente, as equipas de campo foram bem recebidas pelos administradores distritais e pelas comunidades locais. Foram feitas visitas a administradores distritais e centros de saúde para informar os principais interessados sobre as atividades e receber permissão para realizar pesquisas. Além disso, em nível local, Permanentes e parteiras foram cooperativos e dispostos a fornecer apoio às equipes de campo na localização de mulheres em suas comunidades. Apesar disso, um grande desafio para as equipes de campo foi localizar as mulheres na lista de unidades de saúde em cada comunidade (linha de base) e realocar as mulheres (linha final). Na linha de base, normalmente, apenas metade das mulheres na listagem foram localizadas, o que pode ser devido à mobilidade das mulheres durante os períodos de parto. Por exemplo, é comum em Moçambique que uma mulher se desloque da sua residência para a residência da sua mãe ou sogra para o parto e puerpério. Outra

explicação é que as mulheres são comumente conhecidas por apelidos e não por seus nomes formais, que constavam na listagem da unidade de saúde. Além disso, é possível que os livros de registro usados para pré-listagem incluíssem mulheres que foram admitidas para o parto, mas que não deram à luz naquela unidade de saúde em particular. Por essas razões, as equipes de campo tiveram que gastar mais tempo do que o esperado procurando mulheres que se encaixassem nos critérios iniciais (com uma criança nascida antes de 15 de agosto na fronteira norte ou 1º de setembro na fronteira sul). Talvez por motivos semelhantes, as equipes lutaram para encontrar os 80% direcionados da amostra de linha de base no final. Após até três retornos de chamadas e empregando várias estratégias (por exemplo, usando todos os números de telefone disponíveis, coordenadas GPS, verificação cruzada com listas de pagamento em dinheiro, tentativa de contato com mulheres em pontos de pagamento), foi adicionada uma amostra de reposição de cuidadoras que vivem no mesmas comunidades com uma criança de faixa etária apropriada para atingir o tamanho da amostra alvo. Mais detalhes sobre o protocolo de linha de base para seleção da amostra estão disponíveis no relatório de linha de base (AIR, 2020).

82. Durante a coleta de dados, esperava-se que as inquiridoras completassem duas ou três pesquisas por dia, enquanto os supervisores gerenciavam a logística, tomavam medidas antropométricas com a ajuda das inquiridoras e completavam pesquisas ao nível da unidade de saúde e da comunidade. As inquiridoras verificaram cada entrevista e os supervisores compilaram, verificaram e carregaram as pesquisas na plataforma SurveyCTO por meio de pontos de acesso Wi-Fi à noite de cada dia. Supervisores e gerentes de campo coordenaram o progresso usando o WhatsApp diariamente. Pesquisadores do AIR e do UNICEF Innocenti baixavam dados todos os dias para acompanhar o progresso e executar verificações de qualidade dos dados. AIR, UNICEF Innocenti e gerentes de campo conversaram no final de cada dia com a equipe de campo durante a primeira semana e, posteriormente, conduziram ligações de rotina para discutir quaisquer problemas de dados à medida que fossem sinalizados. Este sistema funcionou razoavelmente bem, apesar da falta de conectividade em alguns locais de campo, o que levou a desafios na comunicação.

83. Outro desafio que a equipe do AIR enfrentou durante a coleta de dados é que cerca de 21% da amostra de linha de base foi perdida na linha final. Discutimos essa limitação em detalhes na Seção 5.2. Nessa seção, fornecemos evidências que mostram que não houve atrição diferencial entre aqueles que não estavam disponíveis na linha final e aqueles que permaneceram. Para a análise, usamos um grande conjunto de resultados ao nível do agregado, da cuidadora e da criança e descobrimos que a atrição não é uma fonte de preocupação em termos de introduzir viés de seleção. No entanto, incluímos controles em todas as nossas estimativas para ajustar quaisquer pequenos desequilíbrios.

5 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA E ANÁLISE DE ATRICÃO

5.1 Descrição da Amostra na Linha de Base

84. O relatório de linha de base da avaliação de impacto desta intervenção apresenta uma descrição detalhada da amostra deste estudo (AIR, 2020). Na linha de base, a amostra continha 2.130 agregados familiares que variavam em tamanho de duas a 15 pessoas, com o domicílio mediano contendo cinco pessoas. Devido ao direcionamento da intervenção, a amostra é concentrada para crianças. A amostra inicial continha muito poucas pessoas com mais de 50 anos e muitas crianças com menos de 6 meses. A idade mediana da criança-alvo foi de 3 meses na linha de base, onde 53% delas eram meninas. Os homens, em sua maioria casados, chefiavam 87% dos domicílios, e as mulheres chefiavam o restante 13%, a maioria dos quais também eram monoparentais. A grande maioria dos chefes de família era

muçulmana (90%) e quase 45% não tinha educação formal. Por último, as condições básicas de habitação e sanitárias eram precárias. Menos de metade da amostra tinha acesso a água potável e cerca de dois terços (66%) tinham acesso a uma latrina.

5.2 Análise de Atrição

85. A atrição de uma amostra ocorre quando os agregados entrevistados na linha de base estão ausentes na amostra da linha final. Em nosso contexto, a mobilidade, a dissolução de agregados e a sua indisponibilidade no momento do trabalho de campo, entre outros motivos, nos impediram de entrevistar alguns domicílios durante a coleta de dados finais. A atrição causa problemas na condução de uma avaliação ao diminuir o tamanho da amostra (levando a estimativas menos precisas dos impactos da intervenção) e introduzindo possíveis viés de seleção. Isso pode levar a estimativas de impacto incorretas se os agregados do grupo de tratamento e comparação perdidos forem significativamente diferentes (atrição diferencial).¹⁵ Investigamos a atrição diferencial testando se os agregados de tratamento e comparação que deixaram a amostra eram estatisticamente diferentes em termos de suas características e suas variáveis de resultado. Além disso, testamos o equilíbrio da linha de base entre os agregados de tratamento e comparação que estavam presentes tanto na linha de base quanto na linha final (agregados do painel). Ao fazer isso, avaliamos se a comparação de unidades de tratamento e comparação dentro da amostra do painel era metodologicamente válida e nos forneceria estimativas causais do impacto da intervenção

86. A amostra de linha de base consistiu em 2.130 agregados, dos quais 445, ou cerca de 21%, foram perdidos na linha final (Tabela 6). Os agregados no grupo de tratamento foram 0,15 DP ou 6,3 pps mais propensos a ficar fora da amostra final do que os agregados do grupo de comparação; no entanto, as evidências que apresentamos nesta seção sugerem que não houve atrição diferencial. Em geral, as diferenças que encontramos entre os grupos de tratamento e comparação entre os 1.685 domicílios do painel já estavam presentes na amostra de linha de base original e não são consequência da atrição. Embora algumas dessas diferenças sejam estatisticamente significativas, a grande maioria não são importantes pois representam pequenas diferenças; portanto, eles não são uma preocupação para a introdução de viés de seleção. No entanto, incluímos controles em todas as nossas estimativas para ajustar esses pequenos desequilíbrios.

Tabela 6. Taxas de Atrição por Braço de Estudo

	AF Combinados	Tratamento	Comparação	SM Dif T-C
Agregados Familiares na LB	2,130	1,402	728	
Atrição	445	323	122	
Taxa de Atrição (%)	20.9%	23.0%	16.8%	0.15*** [0.017]

Notas: SM T-C Dif corresponde à diferença média padronizada nas taxas de atrição entre os grupos de tratamento e comparação, ajustada pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para identificar aqueles que moram perto da fronteira norte do estudo. Os erros padrão de diferença estão entre colchetes. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

87. Nesta seção, apresentamos estatísticas descritivas de linha de base das características dos agregados de tratamento e de comparação na amostra do painel e verificamos a equivalência estatística entre eles. Além disso, verificamos a equivalência entre os agregados de tratamento e de comparação entre a amostra que não foi entrevistada na linha final. Em

15 Observe que, como este não é uma avaliação experimental, a atrição em nosso estudo poderia melhorar o equilíbrio entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base quando aqueles que não foram entrevistados na linha final são os que conduzem a diferença estatística entre os grupos de estudo.

cada tabela, as variáveis que estão sendo referenciadas são listadas na esquerda da tabela, com todos os números na mesma linha relacionados a essa variável e correspondem à amostra do painel. A primeira coluna de números intitulada 'Todos' representa o valor médio do indicador para a amostra do painel. A segunda coluna intitulada 'Tratamento' é o valor médio do indicador para a amostra do grupo de tratamento, que é seguida pela terceira coluna intitulada 'Comparação' que representa a média do grupo de comparação. A quarta coluna intitulada 'SM Diff T-C' é a diferença média padronizada entre o grupo de tratamento e comparação. Testamos essa diferença média padronizada e indicamos a significância estatística por um asterisco (*) ou um grupo deles, dependendo do nível de significância ($p < 0,1$, $p < 0,05$ e $p < 0,01$). Seguimos as diretrizes do What Works Clearinghouse em relação à equivalência da linha de base: Uma diferença média padronizada de 0,25 DP ou menos não gera preocupação em termos de introduzir viés de seleção, mas ajustes estatísticos devem ser feitos na fase de análise, introduzindo variáveis de controle quando a diferença média padronizada é entre 0,05 e 0,25 (What Works Clearinghouse, sd). A análise de atribuição nos ajudará a identificar o conjunto de variáveis de controle que incluiremos em todas as estimativas.

88. As colunas cinco e seis mostram a diferença média padronizada entre os agregados de tratamento e de comparação para a amostra que não foi localizada e para toda a amostra de linha de base, respectivamente. Em particular, as informações fornecidas na última coluna são relevantes porque informam se os grupos de tratamento na amostra de linha de base (2.130 domicílios) foram estatisticamente equivalentes ao longo de um determinado resultado. Isso nos permite avaliar se os desequilíbrios da linha de base na amostra do painel (1.685 domicílios) já estavam presentes na amostra original ou são resultado da atribuição.

89. A amostra do painel corresponde a 1.685 domicílios com média de 5,2 moradores. No total, 87% dos agregados familiares do painel eram chefiados por homens, a maioria casados, e as mulheres chefiavam os restantes 13% dos agregados. A grande maioria dos chefes de família era muçulmana (90%) e quase 35% não tinha educação formal, com 48% tendo ensino fundamental completo ou menos e 16% com pelo menos algum ensino médio. Em termos do equilíbrio da linha de base, descobrimos que, embora algumas dessas características da linha de base sejam estatisticamente diferentes entre os domicílios do painel de tratamento e comparação, nenhuma é significativamente diferente (diferença média padronizada $< 0,25$) e não representa uma preocupação em termos de viés de seleção (Coluna 4, Tabela 7).

90. Em todas as variáveis para as quais encontramos um desequilíbrio estatístico entre os grupos de tratamento na amostra do painel, essa diferença estatística já estava presente na amostra de linha de base (Coluna 6, Tabela 7), indicando que elas foram herdadas da amostra de linha de base e não foram uma consequência da atribuição. Além disso, quase todas as características que são estatisticamente diferentes entre os agregados dos grupos de tratamento e comparação que não foram encontrados na linha final (Coluna 5, Tabela 7) também são estatisticamente diferentes na mesma direção entre os agregados da amostra da linha de base. Além disso, as diferenças entre os agregados de tratamento e de comparação na amostra de aqueles que não foram contactados são estatisticamente iguais às diferenças correspondentes na amostra de linha de base da amostra em painel.¹⁶ Essas evidências combinadas indicam que aqueles agregados que não foram contactados na linha final são comparáveis aos agregados da linha de base original e aos agregados do painel, apoiando ainda mais a afirmação de que a atribuição experimentada não introduziu viés de seleção na amostra do painel.

16 Especificamente, para todas as características dos chefes, não podemos rejeitar a hipótese de que as diferenças médias padronizadas entre os agregados de tratamento e controle nas três amostras (original, painel e atribuídos) são estatisticamente iguais. Hipótese nula (H0): Coluna 4 = Coluna 5 = Coluna 6. Os valores-p dos testes não são relatados, mas estão disponíveis mediante solicitação.

Tabela 7. Características Demográficas do AF e seus Chefes na Linha de Base

	Painel			Atritores		Amostra
	Todos (1)	Média (DP)		SM Dif	SM Dif	linha de base SM Dif
		Tratamento (2)	Comparação (3)	T-C (4)	T-C (5)	T-C (6)
Tamanho do AF	5.19 (1.83)	5.27 (1.91)	5.03 (1.68)	0.13*** [0.05]	0.23** [0.09]	0.14*** [0.04]
A cabeça do AF é do sexo feminino	0.13 (0.34)	0.12 (0.33)	0.14 (0.35)	-0.03 [0.05]	0.10 [0.10]	-0.00 [0.05]
Idade do chefe do AF	35.01 (11.66)	34.51 (11.73)	35.89 (11.50)	-0.11** [0.05]	-0.03 [0.11]	-0.10** [0.05]
O chefe do AF não tem educação formal	0.35 (0.48)	0.37 (0.48)	0.33 (0.47)	0.05 [0.05]	-0.03 [0.11]	0.03 [0.05]
O chefe do AF tem, no máximo, ensino primário completo	0.48 (0.50)	0.47 (0.50)	0.51 (0.50)	-0.09* [0.05]	-0.13 [0.11]	-0.10** [0.05]
O chefe do AF tem pelo menos ensino secundário ou mais	0.16 (0.37)	0.17 (0.37)	0.15 (0.36)	0.06 [0.05]	0.20* [0.10]	0.09** [0.04]
O chefe do AF sabe ler e escrever em pelo menos uma língua	0.51 (0.50)	0.49 (0.50)	0.53 (0.50)	-0.05 [0.05]	0.06 [0.11]	-0.04 [0.05]
AF é muçulmano	0.90 (0.29)	0.89 (0.31)	0.93 (0.26)	-0.12** [0.05]	-0.28*** [0.09]	-0.15*** [0.04]
AF é não-muçulmanos ou não-religiosos	0.10 (0.29)	0.11 (0.31)	0.07 (0.26)	0.12** [0.05]	0.28*** [0.09]	0.15*** [0.04]
Observações	1,685	1,685	1,685	1,685	445	2,130

Notas: As colunas (1) a (3) apresentam as médias da linha de base e os desvios padrão (DP) para o indicador ou variável correspondente para os agregados do painel. SM Dif na Coluna (4) apresenta a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (5) apresenta a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não foram encontradas na amostra final. SM Dif na Coluna (6) apresenta a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando todas as observações da linha de base. Os erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas colunas (4) a (6). Todas as regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e por um indicador que identifica os agregados localizados na fronteira norte do estudo. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

91. Em termos das características das cuidadoras na amostra do painel, descobrimos que a cuidadora média tinha 25 anos na linha de base e tinha um nível de escolaridade semelhante à do chefe do agregado: a maioria sem educação formal (39%), com algo de ensino fundamental (51%) e 10% com algo de ensino médio. Aproximadamente 85% das cuidadoras eram casadas ou coabitavam, e as demais eram divorciadas, separadas ou viúvas (9%) ou nunca casadas (6%). Embora algumas das características das cuidadoras sejam estatisticamente diferentes entre os agregados de tratamento e de comparação, nenhuma das variáveis é maior a 0,25 DP (Coluna 4, Tabela 8). Para todas as variáveis em que encontramos um desequilíbrio estatístico entre os grupos de tratamento na amostra do painel, tal diferença já estava presente na amostra da linha final. Além disso, as diferenças entre os

agregados que experimentaram atrição entre os grupos de tratamento e comparação são estatisticamente iguais às diferenças correspondentes na amostra de linha de base e na amostra em painel.¹⁷

Tabela 8. Características das Cuidadoras Principais na Linha de Base

	Painel			Atritores	Amostra linha de base	
	Média (DP)			SM Dif	SM Dif	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	T-C (4)	T-C (5)	T-C (6)
Idade (anos)	25.74 (7.14)	25.40 (6.94)	26.35 (7.47)	-0.14*** [0.05]	-0.02 [0.10]	-0.13*** [0.05]
Nenhuma educação formal	0.39 (0.49)	0.39 (0.49)	0.39 (0.49)	-0.02 [0.05]	-0.18 [0.11]	-0.05 [0.05]
Tem, no máximo, ensino primário completo	0.51 (0.50)	0.49 (0.50)	0.54 (0.50)	-0.09* [0.05]	0.04 [0.11]	-0.07 [0.05]
Tem pelo menos ensino secundário ou mais	0.10 (0.31)	0.12 (0.33)	0.07 (0.26)	0.18*** [0.05]	0.20** [0.10]	0.19*** [0.04]
Sabe ler e escrever em pelo menos uma língua	0.22 (0.42)	0.25 (0.43)	0.17 (0.38)	0.22*** [0.05]	0.18* [0.10]	0.21*** [0.04]
Casada/co-habitante	0.85 (0.36)	0.86 (0.34)	0.82 (0.39)	0.12** [0.05]	-0.00 [0.11]	0.09* [0.05]
Divorciada/separada/viúva	0.09 (0.29)	0.09 (0.28)	0.10 (0.31)	-0.05 [0.05]	0.02 [0.11]	-0.04 [0.05]
Nunca casou ou coabitou	0.06 (0.24)	0.05 (0.22)	0.08 (0.27)	-0.11** [0.05]	-0.02 [0.11]	-0.09* [0.05]
Diferença de idade média entre a cuidadora e o parceiro (anos)	6.25 (5.59)	5.93 (5.58)	6.83 (5.55)	-0.15*** [0.06]	0.04 [0.12]	-0.12** [0.05]
Observações	1,685	1,685	1,685	1,685	445	2,130

Notas: As colunas (1) a (3) apresentam as médias da linha de base e os desvios padrão (DP) para o indicador ou variável correspondente para os agregados do painel. SM Dif na Coluna (4) apresenta a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (5) apresenta a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não foram encontradas na amostra final. SM Dif na Coluna (6) apresenta a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando todas as observações da linha de base. Os erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas colunas (4) a (6). Todas as regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e por um indicador que identifica os agregados localizados na fronteira norte do estudo. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

92. As condições básicas de habitação dos agregados familiares do painel eram precárias. Menos da metade (apenas 38%) da amostra tinha acesso a água potável e apenas 20% trataram sua água para torná-la potável. Cerca de dois terços (66%) tiveram acesso a uma latrina. Essas estatísticas indicam que, na linha de base, os níveis de acesso a água, saneamento e higiene da amostra do painel eram baixos, o que limita a capacidade da intervenção para melhorar a nutrição das crianças dado que níveis de saneamento e higiene

17 Especificamente, para todas as características da cuidadora, não podemos rejeitar a hipótese de que as diferenças médias padronizadas entre os agregados de tratamento e controle nas três amostras (original, painel e atritores) são estatisticamente iguais. Hipótese nula (H0): Coluna 4 = Coluna 5 = Coluna 6. Os valores-p dos testes não são apresentados, mas estão disponíveis mediante solicitação.

deficientes aumentam a probabilidade de doenças e diarreia, que por sua vez afetam os indicadores de nutrição infantil e podem compensar quaisquer benefícios de uma maior segurança alimentar. Além disso, embora várias das características da habitação tenham mostrado diferenças médias padronizadas estatisticamente significativas entre os domicílios de tratamento e de comparação na amostra do painel, apenas a variável do material das paredes é superior a 0,25 DP. No entanto, um índice geral de riqueza calculado por meio da análise de componentes principais usando características de habitação e ativos do agregado, embora ainda significativamente diferente, não ultrapassou o limite de 0,25 DP (Tabela 9).

93. Em consonância com o que observamos para as características do chefe do agregado e a cuidadora, para todos os indicadores de moradia em que encontramos um desequilíbrio estatístico entre os grupos de tratamento na amostra do painel, essa diferença estatística também estava presente na amostra de linha de base (Coluna 6, Tabela 9). Além disso, as diferenças entre os agregados de tratamento e de comparação na amostra de aqueles que não foram localizados na linha final são estatisticamente iguais às diferenças correspondentes na amostra de linha de base e na amostra em painel.¹⁸

Tabela 9. Características da Habitação na Linha de Base

	Painel			Atritores		Amostra
	Todos (1)	Média (DP)		SM Dif	SM Dif	linha de base
		Tratamento (2)	Comparação (3)	T-C (4)	T-C (5)	SM Dif T-C (6)
A principal fonte de água potável do AF é segura	0.38 (0.49)	0.41 (0.49)	0.33 (0.47)	0.17*** [0.05]	0.29*** [0.11]	0.20*** [0.05]
Distância (m) à fonte de água	177.14 (282.16)	170.88 (284.76)	188.30 (277.36)	-0.05 [0.05]	-0.18 [0.11]	-0.07 [0.05]
AF trata a água para a tornar segura	0.20 (0.40)	0.20 (0.40)	0.19 (0.39)	0.06 [0.05]	0.10 [0.11]	0.06 [0.05]
AF tem instalações fixas de lavagem das mãos em casa ou no quintal	0.03 (0.17)	0.04 (0.20)	0.01 (0.11)	0.16*** [0.04]	0.16* [0.09]	0.16*** [0.04]
AF usa balde/jarro/balde para lavar as mãos	0.65 (0.48)	0.61 (0.49)	0.70 (0.46)	-0.18*** [0.05]	-0.21** [0.10]	-0.19*** [0.04]
Água disponível para a lavagem das mãos	0.67 (0.47)	0.68 (0.47)	0.65 (0.48)	0.07 [0.06]	0.08 [0.13]	0.09 [0.05]
Os membros do AF utilizam latrina	0.66 (0.47)	0.63 (0.48)	0.72 (0.45)	-0.18*** [0.05]	-0.21** [0.10]	-0.19*** [0.04]
AF utiliza combustível de cozinha comprável	0.35 (0.48)	0.38 (0.49)	0.31 (0.46)	0.19*** [0.05]	0.26** [0.10]	0.20*** [0.05]
AF utiliza lenha para cozinhar	0.65 (0.48)	0.62 (0.49)	0.69 (0.46)	-0.18*** [0.05]	-0.26** [0.10]	-0.20*** [0.05]
AF é proprietário da casa	0.83 (0.38)	0.80 (0.40)	0.87 (0.34)	-0.20*** [0.05]	-0.41*** [0.09]	-0.25*** [0.04]
Número de quartos no AF	3.91 (0.96)	3.89 (0.97)	3.95 (0.93)	-0.07 [0.05]	0.11 [0.10]	-0.04 [0.05]
O material primário para telhados é comprável	0.35 (0.48)	0.32 (0.47)	0.41 (0.49)	-0.16*** [0.05]	-0.02 [0.11]	-0.13*** [0.05]
O material primário das paredes é comprável	0.77 (0.42)	0.82 (0.38)	0.68 (0.47)	0.37*** [0.05]	0.44*** [0.10]	0.38*** [0.04]
O material dos pisos é comprável	0.52 (0.50)	0.55 (0.50)	0.46 (0.50)	0.20*** [0.05]	0.35*** [0.11]	0.23*** [0.05]
Pelo menos um membro do AF	0.02	0.02	0.00	0.15***	0.09	0.13***

18 Especificamente, para todas as características dos chefes, não podemos rejeitar a hipótese de que as diferenças médias padronizadas entre os domicílios de tratamento e controle nas três amostras (original, painel e atritores) são estatisticamente iguais. Hipótese nula (H0): Coluna 4 = Coluna 5 = Coluna 6. Os valores-p dos testes não são relatados, mas estão disponíveis mediante solicitação.

	Painel			Atritores		Amostra
	Todos (1)	Média (DP)		SM Dif	SM Dif	linha de base
		Tratamento (2)	Comparação (3)	T-C (4)	T-C (5)	SM Dif T-C (6)
utilizou um computador nos últimos 12 meses	(0.13)	(0.15)	(0.07)	[0.04]	[0.10]	[0.04]
Pelo menos um membro do AF utilizou a Internet nos últimos 12 meses	0.03 (0.17)	0.03 (0.18)	0.02 (0.15)	0.07 [0.05]	0.07 [0.10]	0.08* [0.04]
Pelo menos um membro do AF usou dinheiro móvel nos últimos 12 meses	0.26 (0.44)	0.27 (0.44)	0.26 (0.44)	0.05 [0.05]	0.08 [0.11]	0.06 [0.05]
Índice de riqueza	-0.00 (1.00)	-0.07 (0.96)	0.13 (1.07)	-0.20*** [0.05]	-0.07 [0.10]	-0.17*** [0.05]
Observações	1,685	1,685	1,685	1,685	445	2,130

Notas: As colunas (1) a (3) apresentam as médias da linha de base e os desvios padrão (DP) para o indicador ou variável correspondente para os agregados do painel. SM Dif na Coluna (4) apresenta a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (5) apresenta a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não foram encontradas na amostra final. SM Dif na Coluna (6) apresenta a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando todas as observações da linha de base. Os erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas colunas (4) a (6). Todas as regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e por um indicador que identifica os agregados localizados na fronteira norte do estudo. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

94. Em geral, esta seção mostra que diferenças significativas entre os agregados de tratamento e de comparação na amostra em painel não são consequência da atrição e já estavam presentes na amostra da linha de base. É importante ressaltar que praticamente nenhuma dessas diferenças é significativa, e os domicílios do painel de tratamento e comparação são bem semelhantes em termos de seus principais indicadores. No entanto, como algumas dessas características apresentam diferenças médias padronizadas entre 0,05 e 0,25, seguimos a orientação do What Works Clearinghouse quanto à equivalência da linha de base e as incluímos como controles em todas as nossas estimativas de impacto. Especificamente, a análise nesta seção sugere que devemos ajustar pela idade, educação e estado civil da cuidadora; o sexo, idade e escolaridade do chefe; e o tamanho da família e um indicador para a religião da família.

95. Complementamos a análise anterior avaliando o equilíbrio da linha de base da amostra do painel e o atrição diferencial entre os grupos de tratamento e comparação para todas as variáveis e resultados em todos os níveis. Em termos de equilíbrio da linha de base da amostra do painel, a Tabela 10 mostra que apenas 10 dos 284 (ou aproximadamente 4%) resultados e características analisadas apresentam diferenças estatísticas de magnitude maior ou igual a 0,25 DP. Entre os diferentes níveis, os resultados da criança-alvo mostram a maior percentagem de indicadores com diferenças significativas (7%), seguidos por características de fundo (3%), resultados em nível de criança mais velha (3%) e resultados em nível de família (2%). É importante ressaltar que, onde diferenças significativas são observadas, nenhum padrão discernível é identificado em termos de tratamento favorável ou amostras de painel de comparação (em outras palavras, não há grupo que seja claramente consistentemente melhor ou pior). Considerando que existem apenas alguns desequilíbrios de linha de base entre os domicílios do painel de tratamento e de comparação, concluímos que a amostra do painel é suficientemente balanceada para a análise dos impactos da intervenção. Além disso, ajustar todas as estimativas com o conjunto de características de fundo listadas anteriormente melhorará ainda mais a identificação causal dos impactos da intervenção.

96. Com relação à atribuição diferencial, encontramos evidências de diferenças estatísticas significativas ($> 0,25$ DP) entre os domicílios de tratamento e comparação em 23 dos 251 (ou aproximadamente 9%) das variáveis de resultado e características do agregado (Tabela 10). Em particular, há evidências de atribuição diferencial em 29% das variáveis de resultado em crianças mais velhas. No entanto, este resultado não representa uma ameaça à validade interna do estudo. Conforme observado acima, apenas 3% dos resultados das crianças mais velhas são significativamente diferentes entre os agregados do painel de tratamento e de comparação. Em outras palavras, embora a amostra de atribuidores possa não estar balanceada ao longo de certas dimensões, a amostra de análise (ou seja, a amostra do painel) permanece suficientemente balanceada em todos os níveis. Portanto, comparar unidades de tratamento e comparação dentro da amostra em painel é metodologicamente válido e nos fornecerá estimativas causais do impacto da intervenção.

Tabela 10. Resumo das Diferenças Médias Padronizadas acima de 0,25 DP nas Características e Resultados Apresentados: Painel e Atribuição

	Número total de variáveis de resultado (A)	Número de variáveis de resultado com SM $> 0,25$ DP na amostra do painel (B)	Número de variáveis de resultado com SM $> 0,25$ DP na amostra de atribuidores (C)	% (amostra do painel) (A/B)	% (Atribuidores) (A/C)
Características gerais	36	1	2	3%	6%
Criança alvo	47	3	3	6%	6%
Agregado familiar	108	2	7	2%	6%
Cuidadora principal	26	0	1	0%	4%
Crianças mais velhas	34	1	10	3%	29%
Total	251	7	23	3%	9%

Nota: SM = Diferença média padronizada

5.3 Descrição das Unidades de Saúde e as Comunidades

97. Revisitamos os 11 estabelecimentos de saúde (cinco em áreas de tratamento e seis em áreas de comparação) que atendem a população do estudo na linha final para investigar o acesso a vacinas e serviços, bem como o quadro de pessoal médico. Todas as unidades normalmente carregam a vacina Bacillus Calmette-Guérin (BCG), bem como as vacinas contra tétano, sarampo e poliomielite; as únicas exceções são em relação às vacinas contra difteria e meningite. Uma das clínicas do grupo de comparação não possui a vacina contra a difteria, e duas unidades de saúde do grupo de tratamento e uma do grupo de comparação geralmente não possuem a vacina contra meningite (Tabela 11).

Tabela 11. Serviços Disponíveis nas Unidades de Saúde

	Todos	Média (DP)		N
		Tratamento	Comparação	
Número de profissionais médicos (tempo parcial)	13.27 (31.14)	3.40 (5.08)	21.50 (41.71)	11
Número de profissionais médicos (tempo completo)	19.27 (29.37)	11.40 (7.80)	25.83 (39.53)	11
A unidade tem espermicidas	0.45 (0.52)	0.40 (0.55)	0.50 (0.55)	11
Unidade tem implantes contraceptivos	0.91 (0.30)	1.00 (0.00)	0.83 (0.41)	11
Unidade tem aspirina	0.73 (0.47)	0.60 (0.55)	0.83 (0.41)	11
Unidade com sais de reidratação oral	0.82 (0.40)	0.80 (0.45)	0.83 (0.41)	11

	Média (DP)			N
	Todos	Tratamento	Comparação	
Unidade tem medicamentos antipalúdicos	0.91 (0.30)	0.80 (0.45)	1.00 (0.00)	11
Unidade tem injeções de penicilina ou comprimidos	0.91 (0.30)	1.00 (0.00)	0.83 (0.41)	11
Unidade tem vacinas contra a difteria	0.91 (0.30)	1.00 (0.00)	0.83 (0.41)	11
Unidade tem vacinas contra a meningite	0.73 (0.47)	0.60 (0.55)	0.83 (0.41)	11
Unidade com pó de micronutrientes	0.64 (0.50)	0.60 (0.55)	0.67 (0.52)	11
Unidade tem alimentos terapêuticos prontos a usar	0.73 (0.47)	0.60 (0.55)	0.83 (0.41)	11
Unidade tem gotículas de vitamina A	0.91 (0.30)	0.80 (0.45)	1.00 (0.00)	11

Nota: Desvios padrão entre parênteses.

98. Também exploramos se a pandemia de COVID-19 e/ou outros fatores afetaram a disponibilidade de serviços de saúde nos distritos de estudo durante o ano anterior a o inquerito. A Tabela 12 mostra que, embora os serviços de saúde ambulatoriais estivessem sempre disponíveis em mais de 90% das clínicas (10 em 11), os serviços de saúde móveis pararam de funcionar em algum momento nos últimos 12 meses em 50% das unidades. Não está claro, no entanto, o que interrompeu sua operação, pois a prevalência relatada de COVID-19 nas áreas de captação das clínicas de saúde foi relativamente baixa. O número médio de pessoas que testaram positivo para o vírus por área de captação foi inferior a quatro. No entanto, os tests também são escassos, de modo que, no momento da coleta de dados da linha final, nenhuma das clínicas tinha estoque.

Tabela 12. COVID-19 e Outros Fatores: Casos e Fechamentos de Unidades

	Média (DP)			N
	Todos	Tratamento	Comparação	
Encerramento dos serviços ambulatoriais nos últimos 12 meses	0.09 (0.30)	0.00 (0.00)	0.17 (0.41)	11
Encerramento dos serviços de saúde móveis nos últimos 12 meses	0.50 (0.53)	0.40 (0.55)	0.60 (0.55)	11
Número de testes de COVID-19 disponíveis	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11
Número de pessoas na área de captação da unidade que tiveram resultados positivos no teste de COVID-19	3.73 (6.45)	2.80 (5.22)	4.50 (7.74)	11

Nota: Desvios padrão entre parênteses.

6 IMPACTOS EM CRIANÇAS MENORES DE 24 MESES (0 A 6 MESES NA LINHA DE BASE)

99. Seguindo a estrutura lógica da intervenção, nesta seção apresentamos os impactos para uma série de variáveis de resultados relacionadas ao bem-estar da criança-alvo, nos seguintes domínios: (a) certidão de nascimento e registro da criança, (b) diversidade alimentar e práticas de alimentação de crianças pequenas (IYCF), (c) imunizações, (d) estimulação e envolvimento dos pais e (e) estado nutricional. Acompanhamos 1.685 crianças-alvo das

famílias do painel, e dizer, aqueles que participaram nas entrevistas da linha de base e linha final.

100. Em cada subseção, começamos apresentando o balanceamento e a atribuição para indicadores-chave e, em seguida, descrevemos os impactos da intervenção. Quando aplicável, também descrevemos os impactos diferenciais por sexo do chefe do agregado familiar e da criança. O gênero do chefe do agregado familiar é um mediador chave dado que os agregados familiares chefiados por mulheres tendem a enfrentar constrangimentos socioeconômicos adicionais e normalmente têm menos adultos economicamente activos.¹⁹ Também é relevante explorar os impactos heterogêneos entre meninos e meninas, dadas as diferenças de gênero no estado nutricional – particularmente na desnutrição crônica – que foram documentadas para o país (UNICEF, 2020).

6.1 Certidão de Nascimento e Registro de Crianças

101. Em consonância com o marco lógico de intervenção, prevê-se que o registo das crianças e a certidão de nascimento aumentem quando as famílias dispõem de recursos adicionais para frequentar as consultas de saúde de rotina, onde pode ser promovida a documentação e pagar as taxas administrativas associadas. Além disso, campanhas de informação nas comunidades de tratamento, enfatizando a importância de obter certidões de nascimento e registrar as crianças, poderiam incentivar ainda mais as famílias a fazê-lo. Além disso, podemos esperar impactos positivos adicionais para o grupo de gestão de casos, pois os assistentes sociais encorajaram as famílias a obter certidões de nascimento como parte de seus protocolos de atendimento (AIR, 2021). No entanto, em relação ao registro, também é possível que as famílias que receberam a componente de gestão de casos, que são mais vulneráveis, sejam menos propensas a pagar por esse serviço em comparação com aquelas que recebem dinheiro e não são elegíveis para essa componente.²⁰ Exploramos os impactos neste domínio analisando dois indicadores: (a) se a criança tem uma certidão de nascimento, que foi recolhida tanto na linha de base como na linha final, e (b) se o nascimento da criança foi registrado num Posto de Registo Civil (Postos), que foi coletado apenas na linha final.

102. Na linha de base, cerca de 26% das crianças do painel tinham uma certidão de nascimento. Não houve desequilíbrios significativos em termos de balanceamento estatístico na linha de base ou atribuição diferencial, pois todas as diferenças médias padronizadas estão abaixo do limite de 0,25 DP (Tabela A.6.1.). Em termos de impactos, a Tabela 13 mostra que a intervenção (i.e., impacto combinado da transferência e gestão de casos) aumenta significativamente a probabilidade de ter uma certidão de nascimento em 29 pps, ou cerca de 60% em relação à média final de comparação. Estimamos igualmente os impactos na probabilidade de ser registrado por meio de uma comparação de diferença única usando dados apenas da na linha final. A Tabela 14 mostra que a intervenção aumentou significativamente a probabilidade de ser registrado em 30 pps (impacto combinado), ou cerca de 150% em relação à média do grupo de comparação. Documentamos um aumento adicional nesta probabilidade de 9 pps (ou um adicional de 45%) entre os domicílios elegíveis para a componente de gestão de casos, provavelmente resultante das ligações com informações e serviços fornecidos por assistentes sociais e conselheiros distritais. Não encontramos efeitos diferenciais nesses dois resultados em termos do gênero da criança nem pelo gênero do chefe do agregado– e, portanto, não apresentamos resultados de heterogeneidade adicionais.

19 Uma ressalva a ter em mente ao interpretar a análise por gênero do chefe do agregado é que os impactos para agregados chefiados por mulheres serão um pouco mais imprecisos (ou seja, terão intervalos de confiança maiores), dado que a proporção de aqueles agregados em nosso amostra foi de apenas 13%. Como há menos observações neste grupo, isso afeta a precisão de nossas estimativas.

20 O registo de nascimento é gratuito apenas durante os primeiros 120 dias após o nascimento da criança.

Tabela 13. Impactos na Certidão de Nascimento da Criança Alvo

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
A criança tem uma certidão de nascimento	0.29*** (0.03)	0.29*** (0.03)	-0.01 (0.05)	0.48	3318

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, idade e sexo da criança. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela 14. Impactos no Registro de Nascimento da Criança Alvo

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	SD Tratamentos Combinados	SD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
O nascimento da criança foi registrado	0.30*** (0.02)	0.27*** (0.03)	0.09** (0.04)	0.20	1637

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando uma única diferença (SD) com dados da linha final e utilizando erros padrão robustos na amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, idade e sexo da criança. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

6.2 Diversidade Alimentar e Práticas de Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas

103. Com base na teoria de mudança da intervenção, um dos principais impactos diretos deve ser no consumo alimentar. Assim, esperamos ver um impacto da intervenção na ingestão alimentar e na diversidade alimentar das crianças. Investigamos as práticas de nutrição infantil verificando se a criança alvo consumiu oito tipos diferentes de alimentos no dia anterior à pesquisa – especificamente leite materno, cereais, raízes e tubérculos, legumes, laticínios, carne/peixe, alimentos ricos em vitamina A e outras frutas e vegetais.²¹ Também

21 Reconhecemos que os impactos estimados são afetados pela data da vistoria e a entrega dos pagamentos em dinheiro. Isso é, os impactos da transferência nas despesas com alimentos e despesas gerais provavelmente variam ao longo do ano porque há variação na disponibilidade de outras fontes de renda. Os dados na linha de base e na linha final foram recolhidos em Abril de 2021, que é a última parte da época de escassez em Nampula. Por outro lado, os beneficiários do programa também receberam um pagamento único em dinheiro (de 4 a 5 meses)

consideramos dois indicadores desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – a diversidade alimentar mínima (MDD) e a frequência mínima de refeições (OMS, 2018). Essas medidas resumem diferentes indicadores de ingestão de alimentos e fornecem métricas simples e confiáveis para avaliar as práticas de IYCF. O MDD nos dá a proporção de crianças que consumiram alimentos de cinco ou mais das oito categorias de alimentos, e a frequência mínima de refeições corresponde à proporção de crianças que fizeram pelo menos quatro refeições no dia anterior.

104. As crianças-alvo tinham entre 0 e 6 meses de idade no início do estudo. O número médio de grupos de alimentos consumidos no dia anterior à pesquisa foi de 1,2, o que é esperado devido a que a maioria das crianças consumiam apenas leite materno (85%) (Tabela A.6.2). O consumo dos outros sete tipos de alimentos foi significativamente menos frequente no início do estudo: 12% das crianças-alvo na amostra do painel consumiram cereais; 6%, frutas e legumes; 5%, carne ou peixe; 3%, alimentos ricos em vitamina A; 3%, leguminosas; 1%, laticínios; e 1%, ovos. Ao avaliar o balanceamento inicial entre as crianças de tratamento e comparação, observamos que aquelas no grupo de tratamento eram mais propensas a consumir leite materno e laticínios e menos propensas a consumir todos os outros seis grupos de alimentos (sólidos). Embora a maioria dessas diferenças médias padronizadas sejam significativas, apenas algumas são iguais ou ligeiramente superiores ao limite de 0,25 DP. Concluimos que estes não representam uma grande preocupação para a validade das estimativas de impacto.

105. Com relação aos impactos da intervenção, descobrimos que as crianças-alvo do grupo de tratamento estavam não apenas consumindo mais refeições, mas também tendo uma dieta mais diversificada (Tabela 15). As estimativas de impacto combinadas indicam que as crianças do tratamento estavam fazendo 0,41 refeições a mais, em média, do que as crianças do grupo comparação. Também descobrimos que a intervenção aumentou a probabilidade de consumir todos os diferentes grupos de alimentos no dia anterior, exceto cereais, raízes e tubérculos e leite materno. Os cereais, raízes e tubérculos, o grupo de alimentos mais consumido, tiveram a mesma probabilidade de serem consumidos pelas crianças de tratamento e comparação (> 95%), enquanto o leite materno foi significativamente mais provável de ser consumido pelas crianças de comparação. Dado que todas as crianças-alvo tinham mais de 2 anos de idade na linha final, o último pode ser porque as mães do grupo de comparação estão a amamentar seus filhos por mais tempo para compensar a falta de comida.

106. Consistente com os resultados anteriores, encontramos impactos positivos no número total de grupos de alimentos consumidos no dia anterior à entrevista e no indicador MDD; os impactos combinados corresponderam a aumentos de 14% e 100% sobre as médias do grupo de comparação para esses duas variáveis de resultado, respectivamente. No geral, esses resultados estão de acordo com a literatura sobre transferências de renda que documentam melhorias importantes no consumo de alimentos e na diversidade alimentar.

107. Os impactos neste domínio são impulsionados pelo componente de dinheiro e encontramos poucos impactos adicionais para as crianças-alvo elegíveis para gestão de casos na probabilidade de ter consumido um determinado tipo de alimento durante o dia anterior da entrevista. Em particular, as crianças na componente de gestão de casos eram significativamente mais propensas a serem alimentadas com cereais, raízes e tubérculos,

em março-abril de 2021. Os impactos nas despesas também podem variar se os beneficiários receberem grandes quantias fixas em relação a um cenário de recebimento de valores menores, mas mais frequentes. Embora não possamos explorar como os impactos variam para diferentes cenários com base nos dados que temos, tanto os domicílios de tratamento quanto os de comparação foram entrevistados ao mesmo tempo, o que nos permite estimar os impactos da intervenção em um momento específico. Dito isto, os impactos estimados precisam ser interpretados para um período de tempo específico e para um tipo específico de entrega de transferência (valores fixos maiores e incertos).

frutas e vegetais do que aquelas de famílias que recebiam apenas dinheiro. Além disso, a intervenção tem um efeito positivo sobre a probabilidade de ter consumido alimentos cárneos no dia anterior apenas para crianças em domicílios com dinheiro, não para aqueles em domicílios elegíveis para receber serviços de gestão de casos.

108. Por último, ao investigar os impactos agrupados da intervenção por sexo do chefe do agregado familiar, descobrimos que as estimativas de impacto no MDD e no número de alimentos consumidos ontem foram maiores para os agregados familiares chefiados por homens do que para os chefiados por mulheres; no entanto, esses números não são estatisticamente diferentes entre si e, portanto, não são discutidos aqui com mais detalhes. Da mesma forma, não encontramos impactos heterogêneos pelo gênero da criança-alvo.

Tabela 15. Impactos na Diversidade Alimentar e Nutrição da Criança Alvo

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Número total de grupos alimentares consumidos ontem	0.41*** (0.08)	0.38*** (0.09)	0.10 (0.11)	2.99	3338
Diversidade alimentar mínima	0.11*** (0.02)	0.11*** (0.02)	0.02 (0.03)	0.11	3338
<i>Grupos alimentares consumidos ontem:</i>					
Leite materno	-0.05** (0.02)	-0.05** (0.02)	-0.01 (0.03)	0.08	3338
Cereais, raízes e tubérculos	0.01 (0.02)	-0.00 (0.02)	0.05** (0.03)	0.95	3322
Leguminosas	0.07*** (0.02)	0.06** (0.03)	0.04 (0.03)	0.24	3311
Lacticíneos	0.03*** (0.01)	0.04*** (0.01)	-0.02 (0.02)	0.02	3305
Carne ou peixe	0.06** (0.03)	0.08*** (0.03)	-0.10*** (0.04)	0.69	3318
Ovos	0.08*** (0.02)	0.07*** (0.02)	0.03 (0.03)	0.14	3301
Vitamina A	0.11*** (0.02)	0.10*** (0.02)	0.01 (0.03)	0.14	3304
Outras frutas e legumes	0.09*** (0.02)	0.07** (0.03)	0.08** (0.03)	0.77	3319
Vevez criança consumiu ontem alimentos sólidos	0.21*** (0.06)	0.21*** (0.07)	0.01 (0.09)	2.16	3336
Frequência mínima de refeições	0.07*** (0.02)	0.06*** (0.02)	0.02 (0.02)	0.04	3338

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, idade e sexo da criança. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

6.3 Vacinas

109. Com base no marco lógico de intervenção, há razões para esperar impactos positivos nos comportamentos de procura de saúde e nas imunizações, pois as transferências de dinheiro podem permitir que as cuidadoras paguem os custos de saúde e transporte, removendo assim as barreiras de acesso aos serviços de saúde. Além disso, também podemos esperar impactos positivos adicionais da componente de gestão de casos se os serviços de apoio à família enfatizarem a importância de vacinações oportunas e provocarem uma mudança de comportamento positiva, mas isso também dependerá da quantidade e qualidade das sessões de apoio à família. No entanto, se as restrições importantes do lado da oferta permanecerem ativas (ou seja, falta de serviços de saúde infantil acessíveis com insumos suficientes), nem a transferência de dinheiro nem os serviços de gestão de casos serão suficientes para melhorar os comportamentos de saúde e de procura de saúde entre a população-alvo. Para avaliar o impacto da intervenção nas imunizações, coletamos informações sobre se a criança tem carteira de vacinação e sobre vários indicadores de ter recebido o número de doses adequadas à idade de cada vacina específica (ou seja, poliomielite, pentavalente, pneumocócica, rotavírus e sarampo) de acordo com o calendário de vacinação do país (Ministério de Saúde, 2018). Além disso, também analisamos a probabilidade de ter recebido medicação para desparasitação e suplemento nutricional (vitamina A), que também fazem parte do calendário de vacinação. Por último, dadas as condições precárias de habitação dos agregados familiares da nossa amostra, incluindo o fraco acesso a água potável, verificamos se a criança teve diarreia nas 2 semanas antes da entrevista.

110. A Tabela A.6.3 mostra que 88% das crianças-alvo na amostra do painel tinham um cartão de vacinação na linha de base. Quanto às vacinações, 90% tinham a vacina BCG, que confere proteção contra a tuberculose. Para a poliomielite, 56% das crianças haviam recebido o número correspondente de doses apropriadas para sua idade no início do estudo. Para a vacina pentavalente, que protege contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b, observamos que apenas 29% das crianças no início do estudo tinham recebido essas vacinas oportunamente. Essa tendência continua para as vacinas pneumocócica e rotavírus, com apenas 27% e 36% das crianças-alvo tendo as doses recomendadas para sua idade na linha de base. Quase nenhuma criança-alvo recebeu a vacina contra o sarampo na linha de base (1%), o que é esperado, uma vez que o calendário de imunização em Moçambique indica que esta vacina deve ser recebida quando a criança tiver 9 meses de idade. Além disso, muito poucas crianças receberam medicação para desparasitação (1%), o que também é sugerido quando a criança tem 12 meses de idade. Por fim, observamos que 8% das crianças em nossa amostra tiveram pelo menos um episódio de diarreia nas 2 semanas anteriores à pesquisa, uma prevalência que provavelmente aumentará no final, uma vez que a maioria das crianças fica exposta a água contaminada à medida que as crianças não estão mais a ser amamentadas. No geral, na linha de base, não há diferenças estatísticas significativas entre as crianças do grupo de tratamento e de comparação. Além disso, há evidências de atrição diferencial em apenas um indicador – ter recebido medicamentos de desparasitação; no entanto, a diferença média padronizada significativa de 0,27 está marginalmente acima do nosso limite de regra geral, portanto, não é motivo de preocupação.

111. A Tabela 16 mostra que as proporções de crianças com cartões de vacinação, bem como as porcentagens daquelas que foram completamente imunizadas contra várias doenças e vírus, aumentaram significativamente em relação à linha de base. Mais de 97% da amostra possui cartão de vacinação, valor superior à média nacional para crianças entre 12 e 24 meses de idade (83%) (IMASIDA, 2015). Além disso, 99% das crianças foram vacinadas contra a

tuberculose (vacina BCG), e as parcelas de crianças que receberam a série completa das vacinas contra poliomielite, pentavalente, pneumocócica, rotavírus e sarampo foram todas superiores a 74% -e geralmente entre 80% e 90%- indicando que a proporção de crianças totalmente vacinadas está bem acima da média nacional para crianças de sua faixa etária (64%) (IMASIDA, 2015).

112. Em termos de impactos, descobrimos que a intervenção aumentou a propensão de ter um cartão de vacinação em 11 pp para crianças na componente de gestão de casos em relação às crianças em agregados que recebem apenas a transferência monetária, para as quais não encontramos impacto (Tabela 16). Dado que quase todas as crianças no estudo tinham um cartão de vacinação na linha final, este efeito positivo significativo deve-se a (a) um desequilíbrio na linha de base entre as crianças do grupo que recebe a componente dinheiro e as crianças elegíveis para gestão de casos, onde as últimas eram significativamente menos propensas a ter um cartão de vacinação, e (b) crianças em domicílios elegíveis para gestão de casos alcançando aquelas de domicílios que recebem a componente de dinheiro.

113. A intervenção não teve impactos agrupados nas probabilidades de ter recebido a série completa das vacinas contra poliomielite, pentavalente, pneumocócica, rotavírus e sarampo, respectivamente. Há um impacto positivo combinado de 5 pps na probabilidade de ter recebido a vacina BCG, que geralmente é administrada ao nascimento. O impacto combinado na probabilidade de ter a vacina BCG não é significativo, uma vez que quase todas as crianças (99%) estavam vacinadas contra a tuberculose no momento da linha final. Especificamente, o impacto está surgindo mecanicamente de: a) um leve desequilíbrio favorecendo as crianças de comparação na linha de base, b) um efeito teto para crianças do grupo de comparação, pois 94% delas já tinham a vacina BCG na linha de base e c) as crianças do grupo de tratamento alcançando aquelas do grupo de comparação na linha final.

114. Também vemos alguns impactos negativos menores agrupados da intervenção sobre a probabilidade de ter recebido medicação para desparasitação e suplemento de vitamina A nos últimos 6 meses, embora este último seja significativo apenas ao nível de 10%. Além disso, há um impacto negativo de 14 pps na probabilidade de ser totalmente vacinado contra a poliomielite apenas para a amostra elegível para gestão de casos. Esses resultados são intrigantes, pois não esperamos que a intervenção tenha um impacto adverso nas vacinas e precisa de uma investigação mais aprofundada. A Tabela 11 sugere que as gotículas de vitamina A sempre estiveram disponíveis em mais de 90% das clínicas que atendem as comunidades de tratamento e comparação, portanto, esse impacto negativo provavelmente não é resultado da falta de insumos. Da mesma forma, o efeito adverso sobre a probabilidade de ser totalmente vacinado contra a poliomielite entre as crianças elegíveis para tratamento de casos provavelmente não é impulsionado por diferenças na disponibilidade de vacinas nas unidades de saúde entre os grupos de tratamento. Se fosse assim, provavelmente veríamos efeitos também para a amostra agrupada. Além disso, dado que não achamos que a intervenção afetou a probabilidade de ter outros tipos de vacinas, é plausível que o impacto na vacinação contra a poliomielite seja espúrio. Por fim, em relação à medicação de desparasitação, não está claro como interpretar esse achado, uma vez que a intervenção não alterou a incidência de diarreia.

115. Por fim, a prevalência de diarreia nas 2 semanas anteriores à pesquisa aumentou significativamente de 8% no início para 40% no final, embora haja algumas evidências sugerindo que aumentou 7pps ou 18% menos para crianças elegíveis para a componente de gestão de casos. No entanto, a prevalência de diarreia na amostra é muito pior do que a média nacional para crianças de 6 a 23 meses (11%) (IMASIDA, 2015), mas é esperado devido às condições sanitárias da nossa amostra. Na linha de base, apenas 38% dos domicílios do painel

tinham acesso a água potável e apenas 20% tratavam sua água para torná-la segura para consumo.

Tabela 16. Vacinas, Vitamina A, Desparasitação e Diarreia da Criança Alvo

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Cartão de vacinação	0.02 (0.02)	-0.00 (0.02)	0.11*** (0.02)	0.97	3338
Vacina BCG	0.05*** (0.02)	0.05*** (0.02)	-0.03 (0.02)	0.99	3311
Vacina contra a poliomielite	0.02 (0.03)	0.05 (0.03)	-0.14*** (0.05)	0.88	2787
Vacina PENTA	-0.05 (0.03)	-0.05 (0.04)	-0.02 (0.05)	0.84	2787
Vacinas pneumocócicas	-0.03 (0.03)	-0.02 (0.03)	-0.02 (0.04)	0.84	2787
Vacinas contra o rotavírus	0.03 (0.03)	0.03 (0.03)	0.01 (0.04)	0.92	2787
Vacina contra o sarampo	-0.02 (0.01)	-0.02 (0.02)	0.01 (0.02)	0.94	3273
Dose de vitamina A	-0.04* (0.03)	-0.04 (0.03)	-0.01 (0.03)	0.86	3258
Medicação para desparasitação	-0.07*** (0.02)	-0.06** (0.02)	-0.03 (0.03)	0.81	3255
Teve diarreia nas últimas 2 semanas	0.01 (0.03)	0.02 (0.03)	-0.07* (0.04)	0.40	3299

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, idade e sexo da criança. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

6.4 Estimulação e Envolvimento Parental

116. Seguindo o marco lógico da intervenção, esperava-se que a componente da transferência monetária em conjunto com às atividades de gestão de casos aumentasse a qualidade e quantidade da estimulação parental. Por exemplo, a intervenção CMSC ao nível comunitário incluiu mensagens de nutrição positiva e práticas de higiene para melhorar os comportamentos de cuidado e as visitas domiciliares de gestão de casos incluíram aconselhamento e conscientização sobre práticas parentais positivas. Os impactos adicionais da componente de gestão de caso podem ser possíveis, mas dependem do sucesso dos serviços de apoio à família na promoção da saúde física e mental das cuidadoras. Avaliamos o impacto da intervenção na estimulação e envolvimento dos pais, analisando os indicadores adaptados do *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS) do UNICEF. Apresentamos indicadores sobre se alguém nos agregados com 15 anos ou mais (cuidadora, pais ou outros) se envolveu

em seis atividades diferentes com a criança-alvo durante os 3 dias anteriores à pesquisa para entender se as crianças da nossa amostra foram expostas a diferentes tipos de interações. Em seguida, replicamos esses seis indicadores de atividade, mas analisamos apenas as interações entre a cuidadora principal e a criança-alvo. Além disso, como os adultos são mais propensos a se envolver com as crianças quando têm mais conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, perguntamos às cuidadoras sobre suas percepções sobre a idade (em meses) em que as crianças podem ver e ouvir. Finalmente, como proxy de negligência, seguindo o MICS, perguntamos quantos dias na última semana as crianças-alvo foram deixadas sozinhas por pelo menos 1 hora, ou deixadas sob a supervisão de outra criança (menores de 10 anos) por pelo menos 1 hora.

117. Na linha de base, descobrimos que 3 dias antes da pesquisa, os membros da família na amostra do painel se envolveram, em média, em cerca de duas das seis atividades de estimulação com a criança-alvo (Tabela A.6.4). Cantar músicas para a criança, levá-la para passear e brincar com a criança foram as formas de interação mais comuns, com 54%, 53% e 51% de qualquer membro da família com 15 anos ou mais envolvido em cada uma delas, respectivamente. As tendências são muito semelhantes quando analisamos as interações entre a cuidadora principal e a criança-alvo. Quanto ao reconhecimento de quando as crianças são receptivas a estímulos externos, as cuidadoras afirmaram que as crianças podem ver e ouvir a partir dos 3 meses de idade, em média. A incidência média de deixar a criança-alvo sozinha ou sob os cuidados de outra criança pequena por mais de 1 hora na última semana foi de 0,26 e 0,33 dias, respectivamente. Em termos de balanceamento estatístico, documentamos apenas uma diferença significativa ($\geq 0,25$ DP) estatisticamente significativa entre os grupos de tratamento e comparação. A proporção de cuidadoras que nomearam, contaram ou desenharam coisas com a criança alvo 3 dias antes da pesquisa de linha de base é 0,25 desvios padrão maior no grupo de comparação. No entanto, como essa diferença é igual ao nosso limiar e não observamos outros indicadores que mostrem diferenças significativas, consideramos que não há preocupações em termos de balanceamento ou atribuição diferencial.

118. A Tabela 17 mostra o número total de atividades realizadas entre qualquer membro do domicílio com 15 anos ou mais e a criança alvo nos 3 dias antes da entrevista (linha 1), que corresponde à soma dos seis indicadores individuais subsequentes para cada atividade. A proporção de membros do agregado familiar envolvidos em diferentes atividades com as crianças aumentou ao longo do tempo à medida que as crianças cresciam. Apesar de não encontrarmos impacto no número total de atividades, a intervenção aumentou as probabilidades individuais de nomear, contar, desenhar coisas com a criança e cantar músicas. Em particular, este último impacto foi impulsionado pela amostra elegível para gestão de casos. No geral, há algumas evidências sugerindo que a intervenção mudou o tipo de envolvimento dos membros da família com as crianças, aumentando sua propensão a se envolver em certos tipos de atividades. No entanto, a quantidade total de atividades nas quais crianças e adultos se envolvem não foi afetada pela intervenção.

119. Por outro lado, vemos um impacto positivo da intervenção no número de atividades realizadas especificamente entre a criança-alvo e sua cuidadora principal. A intervenção aumentou o número de atividades entre crianças e cuidadoras em 0,23 atividades (impacto combinado, ou 11% acima da média do grupo de comparação), um efeito impulsionado principalmente pelas crianças elegíveis para a componente de gestão de casos, que experimentaram um aumento significativo de 0,46 atividades estimulantes. Enquanto o impacto na probabilidade de contar e desenhar coisas é impulsionado pela componente de dinheiro, o efeito sobre a propensão a cantar músicas para crianças vem da amostra de gestão de casos. Além disso, as crianças elegíveis para gestão de casos também experimentaram aumentos significativos em sua probabilidade de ouvir histórias e ler livros por suas

cuidadoras, o que não se aplica a crianças-alvo em domicílios que só pagam dinheiro. No geral, este conjunto de resultados sugere que os serviços de apoio familiar têm sido eficazes na promoção de atividades de estimulação significativas entre as cuidadoras principais e as crianças, um resultado promissor que indica que a componente de gestão de casos complementa positivamente a componente da transferência montearia no desenvolvimento infantil.

120. Em termos de conhecimento do desenvolvimento infantil, a idade média em que as cuidadoras relataram que uma criança pode ver ou ouvir aumentou da linha de base para o final, embora para as cuidadoras do grupo de tratamento as idades percebidas tenham sido significativamente menores em 1,47 meses (impactos combinados). Este foi um impacto benéfico da intervenção, indicando que as cuidadoras podem se envolver em comportamentos estimulantes com suas crianças em uma idade mais precoce. A intervenção também reduziu o número de dias na semana anterior a entrevista em que a criança-alvo foi deixada aos cuidados de uma criança pequena (< 10 anos). Finalmente, não encontramos nenhum impacto diferencial da intervenção combinada nem pelo gênero do chefe da família nem pelo gênero da criança-alvo – e, portanto, não apresentamos resultados de heterogeneidade adicionais.

Tabela 17. Impactos nos Indicadores de Desenvolvimento Infantil da Criança Alvo

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<i>Número de actividades que qualquer membro do AF (≥ 15 anos) realizou com a criança alvo</i>	0.15 (0.12)	0.13 (0.13)	0.06 (0.17)	3.59	3338
Ler livros	0.01 (0.03)	-0.01 (0.03)	0.05 (0.04)	0.38	3338
Contar histórias	0.05 (0.03)	0.04 (0.03)	0.05 (0.04)	0.41	3338
Cantar canções	0.06* (0.03)	0.04 (0.04)	0.10** (0.05)	0.72	3338
Passear fora de casa	-0.00 (0.03)	0.00 (0.03)	-0.02 (0.04)	0.86	3338
Brincar	-0.06* (0.03)	-0.04 (0.03)	-0.06 (0.05)	0.78	3338
Nomear, contar ou desenhar	0.09*** (0.03)	0.10*** (0.03)	-0.06 (0.04)	0.45	3338
<i>Número de actividades que a cuidadora realizou com a criança alvo</i>	0.23* (0.12)	0.12 (0.13)	0.46*** (0.16)	2.18	3338
Ler livros	-0.02 (0.03)	-0.05* (0.03)	0.09** (0.04)	0.24	3338
Contar histórias	0.02 (0.03)	0.00 (0.03)	0.08* (0.04)	0.25	3338
Cantar canções	0.06* (0.04)	0.02 (0.04)	0.15*** (0.05)	0.55	3338
Passear fora de casa	0.07* (0.04)	0.05 (0.04)	0.05 (0.05)	0.61	3338
Brincar	-0.02 (0.04)	-0.03 (0.04)	0.07 (0.05)	0.39	3338
Nomear, contar ou desenhar	0.12*** (0.03)	0.12*** (0.03)	0.03 (0.04)	0.14	3338

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

Com que idade pode uma criança ver?	-1.47*** (0.24)	-1.56*** (0.25)	0.39 (0.33)	5.00	3333
Com que idade é que uma criança pode ouvir?	-1.47*** (0.22)	-1.57*** (0.23)	0.42 (0.30)	5.75	3333
Dias na semana passada a criança foi deixada sozinha durante mais de 1 hora	0.14* (0.07)	0.14* (0.07)	-0.02 (0.10)	0.18	3338
Dias na semana passada a criança foi deixada ao cuidado de outra criança	-0.69*** (0.10)	-0.68*** (0.11)	-0.05 (0.14)	1.99	3338

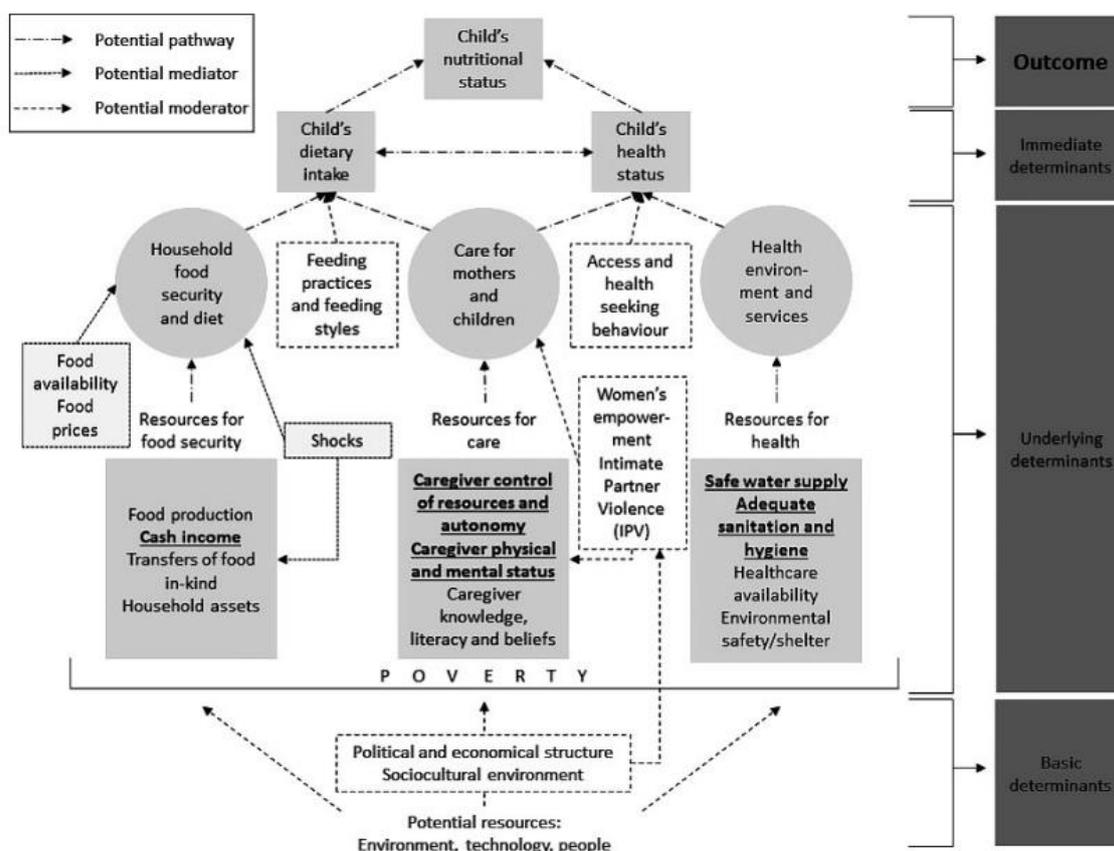
Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, idade e sexo da criança. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

6.5 Estado Nutricional

121. De acordo com o marco lógico da intervenção, o aumento da segurança alimentar e a diversidade alimentar que advém do acesso a recursos adicionais pode resultar na melhoria do estado nutricional das crianças. No entanto, vários obstáculos podem impedir que uma criança receba os benefícios do aumento dos gastos domésticos em alimentação. Por exemplo, uma estrutura conceitual abrangente identificando determinantes subjacentes da nutrição infantil pode ser usada para explorar os caminhos pelos quais intervenções do tipo *cash plus* (dinheiro mais cuidados) podem melhorar a nutrição (Smith e Haddad (2002), De Groot et al. (2015)). De acordo com o modelo conceitual, a segurança alimentar da família, o cuidado da criança e da cuidadora e um ambiente saudável são os três principais conjuntos de determinantes subjacentes que influenciam a ingestão nutricional e o estado de saúde de uma criança (veja a

122. Figura 4. Marco Conceitual dos Determinantes que Afetam o Estado Nutricional Infantil). Por sua vez, a ingestão nutricional e o estado de saúde atuam como determinantes imediatos que afetam o estado nutricional de uma criança, que é operacionalizado por meio dos indicadores padrão de baixo peso (valor z do peso para idade < -2 DP), desnutrição aguda (valor z do peso para comprimento < -2 DP) e desnutrição crónica (valor z de comprimento para idade < -2 DP). A estrutura também considera vários moderadores que afetam a relação entre transferências de renda e nutrição infantil, em particular: práticas e estilos de IYCF, empoderamento das mulheres e violência conjugal e acesso e comportamentos de procura de saúde da cuidadora principal da criança.

Figura 4. Marco Conceitual dos Determinantes que Afetam o Estado Nutricional Infantil



Fonte: De Groot et al. (2015)

123. Seguindo a estrutura conceitual, coletamos medidas antropométricas da criança-alvo, especificamente peso e comprimento tanto na linha de base quanto na linha final, e o perímetro braquial (uma medida de desnutrição) apenas na linha final, usando pranchas de comprimento de alta qualidade e balanças endossadas pela UNICEF.²² Na linha de base, 10% das crianças do painel estavam abaixo do peso, 7% estavam com desnutrição aguda e 11% estavam com desnutrição crónica, sem diferenças significativas (> 0,25 diferença média padronizada) entre as crianças de tratamento e comparação (Tabela A.6.5). Apresentamos os impactos na antropometria-chave e seguimos com a discussão dos determinantes subjacentes para ajudar a desvendar nossas principais descobertas.

124. As percentagens de crianças com baixo peso e com atraso no crescimento aumentaram para mais de 32% e 51%, respectivamente, entre a linha de base e a linha final (Tabela 18). Esses níveis significam que as crianças da nossa amostra tiveram resultados mais baixos quando comparadas às médias nacionais desses indicadores para crianças da mesma faixa etária: 25% para baixo peso e 48% para desnutrição crónica (DHS, 2011). Além disso, a intervenção não afetou nenhum dos resultados relacionados ao estado nutricional da criança, com as probabilidades de baixo peso, desnutrição aguda e crónica sendo estatisticamente iguais entre as crianças de tratamento e comparação (Tabela 18). Embora o impacto adicional do componente de gestão de casos pareça aumentar a probabilidade de estar abaixo do peso, este resultado não é consequência da intervenção e decorre de um grande e significativo desequilíbrio de linha de base entre agregados familiares. As crianças elegíveis para gestão de casos eram quase 0,3 DP mais propensas a estarem abaixo do peso no início do estudo

²² Utilizou-se balanças eletrônicas com capacidade de 150 kg x 100 g para as cuidadoras e suas crianças.

do que as crianças em agregados familiares que receberam a componente monetária (Tabela A.6.6). Em linha com os resultados anteriores sobre o estado nutricional, não houve efeitos da intervenção quando analisamos o indicador do perímetro braquial. Por fim, investigamos impactos heterogêneos tanto pelo gênero do chefe da família quanto pelo gênero da criança, mas não encontramos efeitos diferenciais.

Tabela 18. Estado Nutricional da Criança Alvo

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final Grupo de Comparação	N
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC		
	(1)	(2)	(3)		
A Criança tem Edema	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00	3370
Abaixo do Peso (z-escore de peso para idade < -2)	-0.01 (0.03)	-0.04 (0.03)	0.10** (0.04)	0.32	3331
Desnutrição Aguda (z-escore de peso por comprimento < -2)	-0.02 (0.02)	-0.02 (0.02)	-0.00 (0.03)	0.08	3311
Desnutrição Crônica (z-escore de comprimento para idade < -2)	0.03 (0.03)	0.02 (0.03)	0.04 (0.04)	0.51	3338
Perímetro Braquial (z-escore < -2)	0.03 (0.02)	0.02 (0.02)	0.02 (0.03)	0.12	1653

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, idade e sexo da criança. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

125. Seguindo a estrutura conceitual dos determinantes subjacentes da nutrição infantil, mapeamos todos os mecanismos e moderadores disponíveis coletados em nosso estudo para ajudar a informar as razões dos impactos nulos. Muitos desses indicadores aparecem com mais detalhes em seções posteriores, porém, dada a importância do estado nutricional infantil, nós os resumimos aqui juntos (com determinantes em não itálico, moderadores em itálico). A Tabela 19. Resumo dos Impactos Complementares nos Determinantes Subjacentes da Nutrição Infantil mostra os principais resultados da intervenção agrupada, separados em três grupos principais: 1) segurança alimentar ao nível do agregado, 2) cuidados da cuidadora e criança e 3) ambiente e serviços saudáveis. Os resultados do primeiro grupo mostram que a intervenção tem um efeito geral positivo na segurança alimentar das famílias. As despesas familiares mensais com alimentação per capita aumentaram 10%, enquanto a insegurança alimentar diminuiu 11%. Além disso, as crianças parecem ter consumido parte dos recursos alimentares adicionais, conforme ao indicado pelo aumento significativo nos escores da frequência mínima alimentar e a diversidade alimentar mínima para a criança-alvo, apresentado anteriormente nesta seção. Além disso, o aumento na pontuação do indicador de diversidade alimentar mínima também sugere uma melhora nas práticas de alimentação, pois as crianças desfrutaram de uma maior diversidade de micronutrientes essenciais em suas dietas.

126. Os resultados do segundo grupo mostram que a intervenção levou a melhorias nos comportamentos da cuidadora, bem como na sua saúde mental e física, que são, em última análise, essenciais para o desenvolvimento infantil. Devido à intervenção, as interações

estimulantes entre cuidadoras e suas crianças aumentaram em 11%, e o estado físico e mental das cuidadoras também melhorou significativamente: as cuidadoras ficaram menos deprimidas, menos estressadas, relataram níveis mais altos de poder de decisão e menores níveis de violência conjugal emocional e física. Essas descobertas combinadas sugerem que intervenção teve um impacto benéfico sistemático em várias medidas relevantes dos determinantes e moderadores subjacentes relacionados ao caminho do cuidado.

Tabela 19. Resumo dos Impactos Complementares nos Determinantes Subjacentes da Nutrição Infantil

Determinantes Imediatos	Determinantes e Moderadores Subjacentes	Medidas de Determinantes e Moderadores Subjacentes	Impacto Combinado (Coeficiente)	Câmbio %
Ingestão Nutricional	Segurança Alimentar Doméstica	AF: Gastos mensais em alimentação per capita (MZN)	57.3**	10%
	<i>Práticas e estilos de alimentação</i>	AF: Escala de Experiência de Insegurança Alimentar	-0.79***	-11%
		CA: Frequência Mínima Alimentar	0.07***	175%
		CA: Diversidade Alimentar Mínima	0.11***	100%
Cuidados com a Cuidadora e a Criança	<i>Empoderamento das Mulheres e Violência Conjugal</i>	CA: Número de atividades cuidadora-criança (últimos 3 dias)	0.23*	11%
		CP: Sintomas depressivos (CES-D ≥ 10)	-0.07**	-11%
		CP: Estresse (escala de estresse auto-reportada de Cohen)	-0.84***	-5%
		CP: Poder de decisão autoavaliado (escada)	0.43***	+8%
	CP: Violência Conjugal Emocional e/ou Física (últimos 12 meses)	-0.13***	-38%	
Estado de Saúde	<i>Acesso e Procura de Serviços de Saúde</i>	CA: Teve diarreia nas últimas 2 semanas	0.02	NA
		CA: Esteve doente nas últimas 2 semanas	0.00	NA
		AF: A principal fonte de água potável é segura	-0.02	NA
		AF: Trata a água para torná-la segura	0.20***	105%
		AF: Tem água disponível para lavar as mãos	-0.04	NA
		AF: Tem sabonete disponível para lavar as mãos	0.24***	51%
		AF: Tem latrina	0.07***	10%
		CA: Profissional de saúde consultado nas últimas 2 semanas (se estiver doente)	0.02	NA
		CA: Tem vacinas contra a poliomielite apropriadas para a idade	0.02	NA
		CA: Tem vacinas PENTA apropriadas para a idade	-0.05	NA
		CA: Tem vacinas pneumocócicas apropriadas para a idade	-0.03	NA
		CA: Tem vacinas contra o rotavírus apropriadas para a idade	0.03	NA
CA: Tem vacinas contra o sarampo apropriadas para a idade	-0.02	NA		

Notas: AF: Agregado Familiar. CA: Criança Alvo, CP: Cuidadora Principal. As variáveis do moderador estão em itálico. Os impactos nas instalações sanitárias domiciliares e na morbidade infantil são apresentados nas tabelas A.6.7 e A.6.8, respectivamente.

127. Por outro lado, não vemos melhorias sistemáticas nos resultados do terceiro grupo, relacionadas à saúde infantil e a um ambiente limpo e seguro. Embora a intervenção tenha aumentado significativamente as probabilidades de tratar a água para torná-la segura para beber, ter sabão disponível para lavar as mãos e ter uma latrina, essas melhorias no ambiente não se traduziram em melhores resultados para a saúde infantil. O Subsídio para Criança 0-2 não diminuiu significativamente a morbidade infantil, conforme demonstrado pelos impactos nulos nas incidências de diarreia e qualquer tipo de doença nas 2 semanas antes da entrevista. Como mostrado anteriormente, cerca de 40% das crianças do painel tiveram um episódio de diarreia, potencialmente contra restando os benefícios do aumento da segurança alimentar. Além disso, a intervenção não incentivou as cuidadoras a procurar ajuda de um profissional de

saúde quando a criança está doente. Também não conseguimos ver efeitos sistemáticos nas imunizações. Essa evidência conjunta sugere que a falta de melhorias na nutrição infantil é mais plausível devido a restrições vinculantes dentro do conjunto de determinantes subjacentes relacionados à saúde e a um ambiente limpo e seguro.

7 AGREGADOS FAMILIARES

128. Nesta seção, apresentamos e discutimos os impactos da intervenção ao nível do agregado familiar. Com base no marco lógico da intervenção, apresentamos resultados para (a) consumo e despesas; (b) taxas de pobreza; (c) segurança alimentar; (d) propriedade de ativos; (e) crédito e transferências; (f) empresas não agrícolas, produção agrícola e pecuária; (g) choques e mecanismos de enfrentamento; e (h) acesso a outros programas. Sempre que aplicável, descrevemos também os impactos da intervenção pelo gênero do chefe do agregado familiar, um mediador fundamental, uma vez que os agregados chefiados por mulheres tendem a enfrentar constrangimentos socioeconômicos adicionais, dado que são famílias com geralmente menos adultos economicamente ativos. Uma ressalva a ter em mente para a análise por gênero do chefe de família é que os impactos para famílias chefiadas por mulheres serão um pouco mais imprecisos (ou seja, terão intervalos de confiança maiores), devido a que a proporção de famílias chefiadas por mulheres em nossa amostra é apenas 13%, o que significa que não temos um grande número de observações neste grupo, o que acaba afetando a precisão.

7.1 Consumo

129. Com base na teoria da câmbio de intervenção, um dos principais impactos diretos do Subsídio para Criança 0-2 é no consumo e gastos dos agregados beneficiários. Isso ocorre porque a intervenção fornece dinheiro a agregados familiares com baixas taxas de poupança. Assim, esperamos ver impactos significativos da intervenção nos níveis de gastos, com impactos relativamente maiores nos itens mais sensíveis à renda. A despesa, portanto, é uma variável mediadora chave para os impactos subsequentes ao nível da criança e do agregado familiar. Incluímos assim no nosso inquérito aos agregados familiares uma versão comparável do módulo de despesas do Inquérito sobre Orçamento Familiar (IOF), que abrange 145 grupos de despesas distintos nas categorias alimentar e não alimentar. O IOF é um inquérito a nível nacional realizado pelo Instituto Nacional de Estatística. O principal objectivo do IOF é medir o rendimento familiar, despesas e outras características socioeconômicas para obter vários indicadores das condições de vida dos agregados familiares em Moçambique, incluindo as taxas de pobreza. O uso de módulos IOF comparáveis nos permite comparar nossa amostra de avaliação com as características de nível nacional e distrital em termos de padrões de consumo e taxas de pobreza.

130. A Tabela A.7.1 apresenta o balanceamento e a análise de atrição para as despesas médias totais per capita dos agregados familiares da nossa amostra e lhes desagrega utilizando os mesmos grupos utilizados pelo Instituto Nacional de Estatística para análise. Os resultados mostram que, em média, os agregados familiares na nossa amostra de avaliação gastaram 746 MZN per capita por mês na linha de base, o que equivale a 4.035 MZN, dado que na linha de base o número médio de membros do agregado familiar era de 5,41 membros ($4.035 \text{ MZN} = 746 \text{ MZN} \times 5.41$). Dado que a transferência foi de 540 MZN por agregado familiar elegível, esperava-se que os agregados familiares beneficiários com uma criança elegível, em média, experimentassem um aumento de 13,3% ($540 \text{ MZN} / 4.035 \text{ MZN}$) nas suas despesas familiares em relação aos níveis de consumo actuais devido à transferência. Evidências de avaliações de programas nacionais de transferência de renda na região da África Subsaariana conduzidas pelo *Transfer Project* sugerem que, em média, para garantir efeitos

generalizados, os tamanhos das transferências devem ser iguais a pelo menos 20% do consumo familiar inicial (Davis & Handa, 2015). O valor real da transferência pode ser ainda mais afetado por variações sazonais e erodido ao longo do tempo por causa da inflação. Por exemplo, de acordo com a análise das taxas de consumo ao longo do tempo nas zonas rurais de Moçambique, há uma variação sazonal considerável, uma vez que 'as despesas começam a aumentar gradualmente por volta de março/abril, com pico em julho/agosto, caem acentuadamente em quase 25% por volta de setembro e se estabilizam até fevereiro' (Banco Mundial, 2018; p. 29). Assim, como o período nesta pesquisa se refere a um período em que as taxas de consumo são geralmente baixas (março/abril), é provável que o aumento simulado de 14% da renda familiar sobre os níveis de consumo atuais, usando dados de linha de base, represente um limite superior. Observe que o tamanho da transferência é um parâmetro chave para a eficácia do programa.

131. Do total de gastos mensais per capita durante o período de referência na linha de base, 443 MZN foram dedicados ao consumo de alimentos e bebidas não alcoólicas (49%), seguidos de 239 MZN a habitação, água, eletricidade, gás e outros combustíveis (32%); 33 MZN para despesas com educação (4,5%); e 23 MZN em vestuário e calçado (3%). Observe que muito poucos recursos foram gastos em saúde, transporte, comunicação e bebidas alcoólicas (este último provavelmente porque a amostra é principalmente muçulmana). Não há uma diferença estatisticamente significativa nos gastos totais entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base para a amostra do painel. Também não encontramos diferenças nos níveis de gastos entre os dois grupos em nenhuma das categorias de gastos. Nos grupos de despesas individuais, três mostraram diferenças estatisticamente significativas na amostra do painel (mobiliário/decoração, saúde, educação), embora nenhuma seja significativa em magnitude ($> 0,25$ DP). Dois resultados (mobiliário/decoração e educação) exibiram sinais de atribuição diferencial. No entanto, os domicílios perdidos na linha final podem ter contribuído marginalmente para melhorar o equilíbrio na linha de base das observações do painel, uma vez que eles tinham diferenças médias padronizadas maiores em relação às diferenças médias padronizadas na amostra do painel.

132. No relatório da linha de base (AIR, 2020), comparámos as proporções das despesas da nossa amostra com as proporções das despesas nacionais reportadas no IOF 2014–15 (Instituto Nacional de Estatística, 2015) e mostrámos que os agregados familiares da nossa amostra gastaram 49% do seu orçamento em alimentação em relação a 36% no IOF. Além disso, as famílias em nossa amostra e no IOF gastaram uma proporção semelhante em habitação, água, eletricidade, gás e outros combustíveis, com famílias em nossa amostra gastando 32% em relação a 25% nacionalmente. A participação dos gastos com educação em nossa amostra foi de 4,5% em relação a apenas 1% no IOF, e os gastos com vestuário representaram 3% em nossa amostra comparado a 6% no IOF. A maioria das outras categorias de despesas não representou mais de 1% em nossa amostra, enquanto as famílias do IOF gastam seu orçamento em várias categorias de despesas, incluindo transporte (9,7%), restaurantes (8,4%), manutenção da casa (4,4%) e comunicação (4,1%). Que os domicílios de nossa amostra gastem a maior parte de seu orçamento em poucas categorias, com alimentação e combustíveis representando 81% do total de gastos em relação a apenas 61% dos domicílios no IOF, indica as condições socioeconômicas muito baixas dos agregados em nossa amostra.

133. A Tabela 20. Impactos em Despesas Mensais, per capita (MZN) mostra as estimativas de impacto para o gasto total per capita (Linha 1) e, em seguida, os impactos sobre o gasto per capita em outros grupos de consumo. O Subsídio para Criança 0-2 aumentou o gasto total de consumo per capita em 118 MZN por mês, o que é muito próximo do valor médio per capita da transferência (118 MZN \times 5,41 membros = 638 MZN). Assim, como esperado entre famílias muito pobres, quase toda a renda da intervenção é consumida. As linhas

subsequentes da Tabela 20 mostram a distribuição do aumento de gastos por categoria. A maior parte do aumento de gastos vai para alimentação (57,3 MZN), que representa 49% do gasto adicional (57,3/118), seguido pela categoria habitação, água, eletricidade, gás e outros combustíveis (28,3 MZN), ou 24% dos gastos adicionais, e vestuário, ou 22% dos gastos adicionais. Em contraste, as despesas reportadas em outras categorias foram muito pequenas e seus impactos foram próximos de zero, mesmo que marginalmente significativos. Mais especificamente, os resultados mostram também um pequeno impacto negativo da intervenção no mobiliário (-3,3 MZN), saúde (-0,25 MZN) e comunicação (-0,02 MZN) e um pequeno impacto positivo em transporte (2,96 MZN). Não houve impactos da intervenção nas despesas em educação ou consumo de álcool/tabaco. Por fim, como esperado, os resultados mostraram que não houve impactos adicionais nas categorias de despesas para aqueles que, além de receber a transferência de renda, também eram elegíveis para receber a componente de gestão de casos.

Tabela 20. Impactos em Despesas Mensais, per capita (MZN)

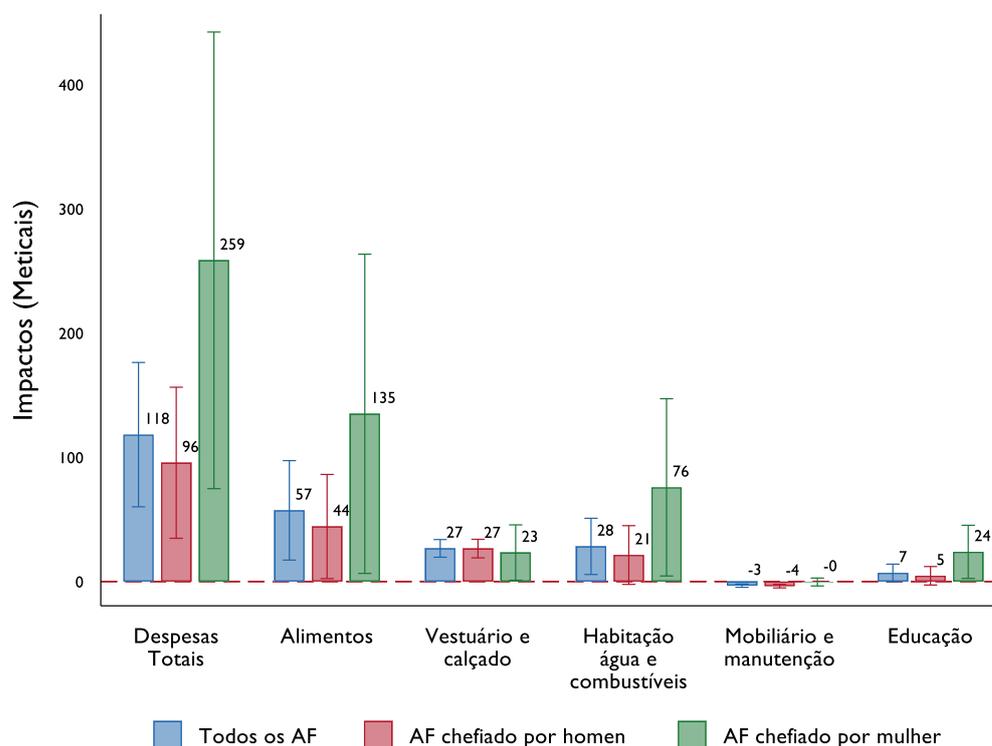
Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final Grupo de Comparação	N
	DiD	DiD Dinheiro	Impacto		
	Tratamentos Combinados (1)	(2)	Adicional GC (3)		
Despesas Totais	118.2*** (36.1)	112.8*** (38.1)	24.0 (49.7)	878.8	3370
Alimentos e bebidas não- alcoólicas	57.3** (25.3)	54.2** (26.8)	13.6 (34.9)	587.3	3370
Habitação, água, electricidade, gás e outros combustíveis	28.3** (13.6)	27.7* (14.4)	3.23 (18.8)	236.5	3370
Educação	6.95 (4.49)	6.94 (4.76)	-0.07 (6.20)	22.7	3370
Vestuário e calçado	26.7*** (4.6)	25.7*** (4.91)	3.8 (6.4)	18.8	3370
Mobiliário, decorações e manutenção da casa	-3.3*** (0.83)	-4.07*** (0.88)	2.97*** (1.14)	11.3	3370
Transportes	2.96* (1.78)	2.86 (1.88)	0.42 (2.45)	0.06	3370
Saúde	-0.25*** (0.07)	-0.25*** (0.08)	-0.01 (0.10)	0.51	3370
Comunicação	-0.02* (0.01)	-0.02** (0.01)	0.02 (0.01)	0.01	3370
Bens e serviços diversos	-0.18 (0.28)	-0.16 (0.29)	-0.06 (0.38)	1.43	3370
Bebidas alcoólicas	-0.29 (0.27)	-0.33 (0.28)	0.13 (0.37)	0.02	3370

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

134. A Figura 5. Impactos Agrupados em Despesas e Consumo, por Gênero do Chefe do AF mostra os impactos do tratamento combinado por sexo do chefe do agregado familiar. Os

resultados mostraram que os agregados familiares chefiados por mulheres parecem ter experimentado maiores impactos nas despesas totais (259 MZN no total de despesas como resultado da intervenção em comparação com um impacto de 96 MZN para os agregados chefiados por homens), e mais especificamente na categoria de alimentos (135 MZN para agregados chefiados por mulheres em relação a 44 MZN para agregados chefiados por homens) e na categoria habitação, água e combustíveis para cozinhar (76 MZN vs. 21 MZN para agregados chefiados por homens). Esses resultados não são surpreendentes porque, como mencionado anteriormente, os agregados chefiados por mulheres tendem a ter um nível socioeconômico mais baixo e geralmente são domicílios que gastam uma fração maior de sua renda em alimentos e combustíveis para cozinhar.

Figura 5. Impactos Agrupados em Despesas e Consumo, por Gênero do Chefe do AF



Notas: Os impactos são estimados usando um modelo de diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado, usando a amostra completa (N = 3.370), a amostra de agregados chefiados por homens (N = 2.956) e agregados chefiados por mulheres (N = 414). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, a demografia do chefe do agregado (gênero, idade e educação), uma dummy para religião da família e um índice para o nível de perturbação que a comunidade teve por conta do COVID-19.

135. Também exploramos os impactos para os grupos específicos de alimentos, dada a importância que os gastos em alimentação têm para os agregados beneficiários. A Tabela A.7.2 detalha os resultados de balanceamento e atrição por grupos de alimentos. Os resultados mostram que, em média, a maior parte das despesas em alimentação foi alocada a cereais e outros produtos de panificação (180 MZN), o que representa 40% de todas as despesas em alimentação (180/443), seguido de peixe e marisco (20%), legumes e tubérculos (16%), óleos e gorduras (6%), açúcar e outros produtos de confeitaria (4,5%), frutas (4,5%), carnes (2,7%) e leite e produtos lácteos (1,1%). Em termos do balanceamento dentro dos grupos de alimentos, houve três diferenças estatisticamente significativas na amostra do painel (óleos e gorduras, frutas e outros), embora nenhuma seja relevante em termos de

magnitude ($> 0,25$ SD). Duas variáveis, açúcares e frutas, exibiram sinais de atrição diferencial, mas apenas uma é maior que $0,25$ DP. No entanto, os agregados familiares que não participaram na linha final não apresentam desequilíbrios na linha de base para as observações em painel, que são as utilizadas para estimar os impactos da intervenção.

136. A Tabela 21 relata os impactos por grupos de alimentos. O aumento geral nos gastos em alimentação é de 57,3 MZN conforme relatado na Tabela 20 (um aumento de 10% em relação à média do grupo de comparação). Os resultados mostram que os agregados familiares elegíveis para receber a transferência monetária aumentaram o consumo de vegetais (15,2 MZN), seguidos de laticínios e ovos (10,5 MZN), óleos e gorduras (9,1 MZN) e açúcares (7,6 MZN). Há uma clara mudança de cereais para vegetais e laticínios, indicando uma melhora na diversidade da dieta entre os beneficiários da intervenção.

137. Não houve impactos diferenciais para os agregados que, além da transferência, também receberam a componente de gestão de casos, exceto por um impacto menor na categoria de laticínios e ovos. Ou seja, para esses agregados, houve um impacto positivo no grupo de alimentos lácteos e ovos de 6,7 MZN ($=11,8$ MZN – $5,1$ MZN), o que é estatisticamente significativo ao nível de confiança de 1% (resultados não mostrados), mas o impacto foi inferior ao observado para aqueles que receberam apenas a transferência (11,8 MZN). Em termos de heterogeneidade de impacto, não encontramos diferenças significativas por sexo do chefe do agregado.

Tabela 21. Impactos nas Despesas Alimentares (MZN)

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final Grupo de Comparação	N
	DiD Tratamentos Combinados (1)	DiD Dinheiro (2)	Impacto Adicional GC (3)		
Alimentos e bebidas não alcoólicas	57.3** (25.3)	54.2** (26.8)	13.6 (34.9)	587.3	3370
Cereais e produtos de padaria	-0.7 (13.5)	-5.6 (14.2)	20.3 (18.6)	280.7	3370
Peixes e mariscos	9.8 (6.9)	7.2 (7.3)	10.4 (9.5)	98.9	3370
Vegetais, batatas e outros tubérculos	15.2*** (5.1)	16.0*** (5.4)	-3.0 (7.0)	87.2	3370
Óleos e gorduras	9.1*** (2.3)	9.6*** (2.4)	-1.8 (3.2)	30.0	3370
Açúcar e produtos de confeitaria	7.6*** (1.9)	8.2*** (2.0)	-2.0 (2.6)	17.3	3370
Frutas	1.9 (1.9)	1.5 (2.0)	1.6 (2.6)	19.3	3370
Carne e derivados de carne	4.9 (3.2)	6.0* (3.4)	-4.1 (4.4)	11.1	3370
Leite e produtos lácteos, ovo	10.5*** (1.7)	11.8*** (1.8)	-5.1** (2.4)	6.0	3370
Outros	-1.1 (2.3)	-0.4 (2.4)	-2.9 (3.2)	36.9	3370

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

138. No relatório de linha de base (AIR, 2020), também comparamos as proporções de consumo de alimentos das famílias em nossa amostra com as famílias no IOF 2014–15. Os resultados mostraram que a proporção das despesas totais alocada a consumo de alimentos pelos beneficiários é semelhante às dos domicílios do IOF. As diferenças mais relevantes foram que as famílias da nossa amostra gastaram 7 pp a menos em cereais do que as do IOF (47% para IOF e 40% na nossa amostra), 8 pp menos em carne e seus derivados (10,6% para IOF e 2,7% para nossa amostra) e 8 pps a mais em peixes e frutos do mar (11% para IOF e 20% em nossa amostra). O consumo relativamente grande de peixe e marisco deve-se à proximidade da nossa amostra com as zonas costeiras, especialmente os agregados familiares localizados na Ilha de Moçambique, a parte sul de Mossuril, e algumas áreas em Nacala-a-Velha e Nacala Porto.

7.2 Pobreza

139. Os dados de despesas coletados também nos permitiram estimar a percentagem de domicílios pobres em nossa amostra. Para a análise, usamos as linhas de pobreza de gastos totais e de gastos em alimentação do IOF 2014–15 para a província de Nampula e os atualizamos para os valores de 2021 usando as taxas de inflação para Nampula conforme relatado pelo Instituto Nacional de Estatística para o período de 2015–21. Além de estimar as taxas de pobreza, também estimamos a lacuna de pobreza para as duas linhas de pobreza mencionadas. Para um determinado agregado familiar, a lacuna de pobreza mede a distância do nível de despesas desse agregado familiar até à linha de pobreza como proporção da linha de pobreza. As lacunas de pobreza lineares e quadradas fornecem uma maneira clara de caracterizar a distribuição da taxa de pobreza e nos permitiram contabilizar as reduções na pobreza para famílias muito pobres, mesmo que essas famílias ainda estivessem abaixo da linha de pobreza.

140. Na Tabela A.7.3, apresentamos os resultados de balanceamento e atribuição para os indicadores de pobreza discutidos anteriormente. Os resultados mostraram que 86% dos domicílios em nossa amostra na linha de base tinham gastos totais abaixo da linha de pobreza. A taxa de pobreza em relação à linha de pobreza alimentar foi menor, com 70,8% dos domicílios considerados pobres. Em termos das lacunas de pobreza, as lacunas lineares de pobreza foram de 46% e 32% com respeito às linhas de pobreza total e alimentar, respectivamente, sem diferenças por status de tratamento. Não observamos diferenças estatisticamente significativas nos indicadores de pobreza entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base para a amostra do painel ou quaisquer sinais de atribuição diferencial.

141. Embora a última estimativa oficial das taxas de pobreza disponíveis em Moçambique seja de 2015, ainda é interessante comparar a nossa amostra com as taxas de pobreza de 2015 para Nampula e para todo o país. Com base no IOF, a taxa de pobreza de 2015 com base nas despesas totais foi de 46,1% para todo o país e 57,1% para Nampula. De facto, Nampula foi a província com a maior taxa de pobreza em todo o Moçambique, seguida pela Zambézia com 56,5%. Conforme demonstrado, os agregados familiares da nossa amostra tinham uma taxa de pobreza 29 pp superior à taxa de 2015 em Nampula e 40 pp superior à taxa nacional de pobreza. Estas percentagens sugerem que os distritos seleccionados para implementação em Nampula são alguns dos distritos mais pobres da província e do país.

142. A Tabela 22 fornece mais detalhes sobre os impactos nos três indicadores de pobreza comumente usados. Começando com a linha de pobreza com base em todos os gastos dos agregados, a intervenção reduziu a taxa de pobreza em 8,8 pp (uma redução de 10% no número de agregados considerados pobres em relação à média do grupo de comparação na linha final), a lacuna de pobreza em 4,8 pps (uma redução de 13% em relação à média do

grupo de comparação) e a lacuna da pobreza ao quadrado em 3 pp (aproximadamente uma redução de 15% em relação à média do grupo de comparação). Para programas que visam pessoas na base da distribuição de renda, esses dois últimos indicadores são melhores medidas de mudanças no bem-estar porque é altamente improvável que um programa forneça fundos suficientes para elevar as pessoas na base da distribuição acima da linha de pobreza. No entanto, um movimento positivo significativo abaixo da linha de pobreza aparecerá nos indicadores de lacuna de pobreza linear e quadrática. Assim, esse padrão de resultados é evidência tanto do sucesso da abordagem de direcionamento da intervenção, quanto de seu impacto no bem-estar. Os resultados para o tratamento agrupado foram semelhantes para a linha de pobreza alimentar. Em termos de impactos adicionais para as famílias elegíveis para o componente de gestão de casos, os impactos foram um pouco maiores, particularmente para as lacunas de pobreza linear e quadrática. Estes resultados sugerem que aqueles que eram elegíveis para a componente de gestão de casos em Nacala-a-Velha tinham um nível socioeconómico inferior em relação aos que não foram priorizados para esta componente e receberam apenas a transferência monetária.

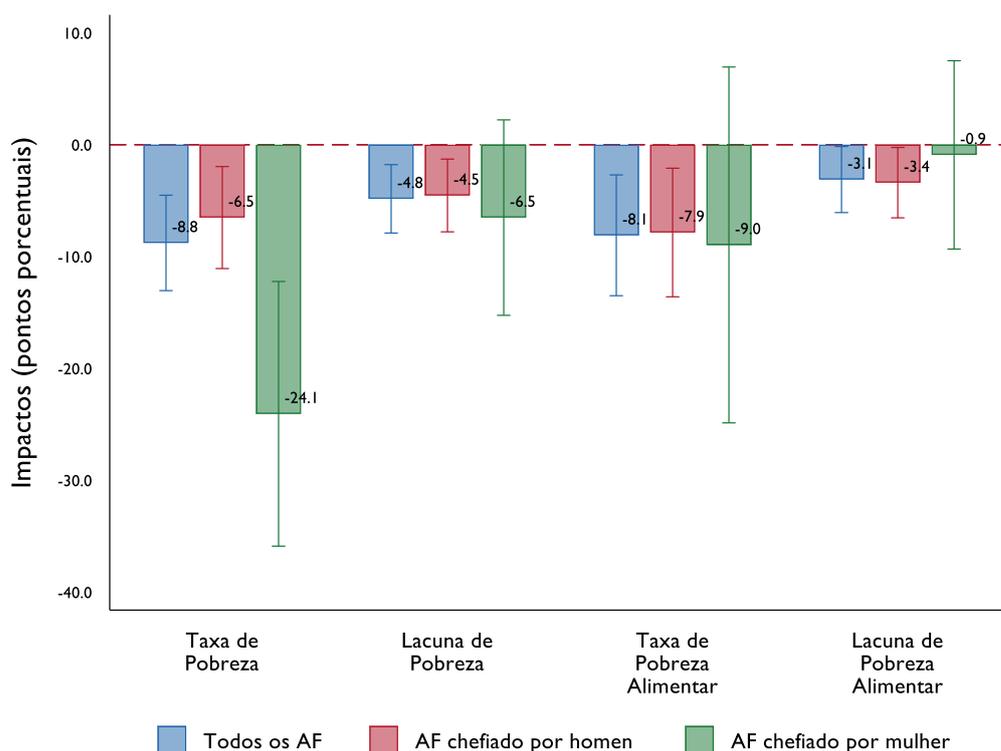
Tabela 22. Impactos nos Indicadores de Pobreza

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final Grupo de Comparação	N
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC		
<i>Linha de Pobreza Total</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Taxa de pobreza	-8.78*** (2.65)	-9.46*** (2.81)	2.53 (3.66)	83.99	3370
Lacuna de pobreza linear	-4.84** (1.88)	-3.63* (1.98)	-4.94* (2.58)	37.11	3370
Lacuna de pobreza quadrática	-3.01* (1.55)	-1.57 (1.63)	-5.81*** (2.12)	20.35	3370
<i>Linha de Pobreza Alimentar</i>					
Taxa de pobreza	-8.10** (3.30)	-6.59* (3.49)	-6.17 (4.54)	60.23	3370
Lacuna de pobreza linear	-3.12* (1.82)	-1.57 (1.92)	-6.26** (2.50)	21.59	3370
Lacuna de pobreza quadrática	-1.87 (1.30)	-0.45 (1.37)	-5.69*** (1.79)	10.32	3370

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

143. A Figura 6 mostra os impactos do tratamento agrupado por sexo do chefe do agregado familiar. Os resultados mostraram que as famílias chefiadas por mulheres experimentaram uma redução maior na taxa de pobreza com base nos gastos totais. A redução da taxa de pobreza para esses agregados foi de 24 pp em relação a uma redução de 6,5 pp para os domicílios chefiados por homens. Este resultado confirma que os agregados familiares chefiados por mulheres tinham rendimentos mais baixos e beneficiavam muito deste tipo de programa de proteção social para os tirar da pobreza.

Figura 6. Impactos nos Indicadores de Pobreza, por Gênero do Chefe do AF



Notas: Os impactos são estimados usando um modelo de diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado, usando a amostra completa (N = 3.370), a amostra de agregados chefiados por homens (N = 2.956) e agregados chefiados por mulheres (N = 414). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, a demografia do chefe do agregado (gênero, idade e educação), uma dummy para religião da família e um índice para o nível de perturbação que a comunidade teve por conta do COVID-19.

7.3 Segurança Alimentar

144. Um dos objetivos da maioria dos programas de transferência de renda é melhorar a segurança alimentar das famílias beneficiárias. Nesta seção, avaliamos os impactos no número de refeições por dia e também utilizamos uma bateria de oito questões que nos permite construir a Food Insecurity Experience Scale (FIES) desenvolvida pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), a fim de medir a gravidade da insegurança alimentar de uma família investigando o acesso à alimentação adequada (Ballard, Kepple, & Cafiero, 2013). O índice FIES varia de 0 a 8, onde 8 significa que uma família é altamente insegura em termos alimentares.

145. A Tabela A.7.4 descreve o balanceamento e a atrição da segurança alimentar para os domicílios em nossa amostra na linha de base. Em primeiro lugar, as estatísticas descritivas mostraram que os agregados da nossa amostra tinham, em média, 2,26 refeições por dia. Em segundo lugar, a pontuação média do FIES em nossa amostra foi de 6,82 na linha de base, o que indica que os agregados apresentavam níveis muito altos de insegurança alimentar. Respeito aos componentes individuais do índice, mais de 86% dos agregados familiares da nossa amostra afirmaram que, nas últimas 4 semanas anteriores ao inquérito, estavam preocupados por não terem alimentos suficientes, não conseguiram comer alimentos saudáveis e nutritivos, comeram menos tipos de alimentos, pularam uma refeição, comeram menos do que o necessário, ficaram sem comida ou estavam com fome, mas não conseguiam

comer. Além disso, 66% dos agregados relataram que pelo menos um membro não comeu por um dia inteiro nas últimas 4 semanas por falta de fundos. Também usamos um indicador de acesso a mercados preferenciais com alimentos de alta qualidade para capturar uma dimensão adicional de acesso a alimentos com potencial de ser afetado por transferências de renda. Na linha de base, 75% dos agregados familiares não conseguiam aceder a esses mercados preferenciais devido à falta de dinheiro. Em termos de atrição, nenhuma das características de segurança alimentar foi estatisticamente diferente entre os grupos de tratamento e comparação de forma significativa na amostra do painel. Também não houve evidência de atrição diferencial significativo em níveis significativos na amostra.

Um dos objetivos dos programas de transferência de renda é melhorar a segurança alimentar das famílias beneficiárias e, especificamente, aumentar o número de refeições por dia. Como dito anteriormente, a intervenção teve grandes impactos no consumo, com mais de 50% dos gastos adicionais destinados ao consumo de alimentos. Descobrimos que esses gastos adicionais em alimentos resultaram em uma maior segurança alimentar, o que é consistente com nossas previsões realizadas no início do estudo. A

146. Tabela 23 mostra os impactos da intervenção em vários indicadores de segurança alimentar. A intervenção aumentou o número de refeições por dia em 0,28 refeições. Esse impacto equivale a um aumento de 12% no número médio de refeições em relação à média inicial (0,28/2,26). Em relação ao FIES, observamos uma redução significativa da insegurança alimentar dos agregados que receberam a transferência de renda. O impacto no FIES reflete as grandes reduções nos indicadores individuais de segurança alimentar, com reduções variando de 6 a 16 pp. Assim, a intervenção melhorou a segurança alimentar das famílias beneficiárias.

147. Os resultados também indicaram que para a maioria dos resultados não houve impactos adicionais para aqueles elegíveis para a componente de gestão de casos, o que é esperado, uma vez que a maior parte da redução nos indicadores de insegurança alimentar deve ser impulsionada principalmente pela transferência de renda. Os únicos dois resultados para os quais houve reduções adicionais para os resultados elegíveis de gestão de casos foram “estar preocupado em não ter comida suficiente para comer” e “não comer por um dia inteiro nas 4 semanas anteriores à pesquisa”. Esses resultados fornecem evidências adicionais de que os agregados elegíveis para a componente de gestão de casos enfrentaram restrições econômicas ainda maiores.

Tabela 23. Impactos nos Indicadores de Segurança Alimentar

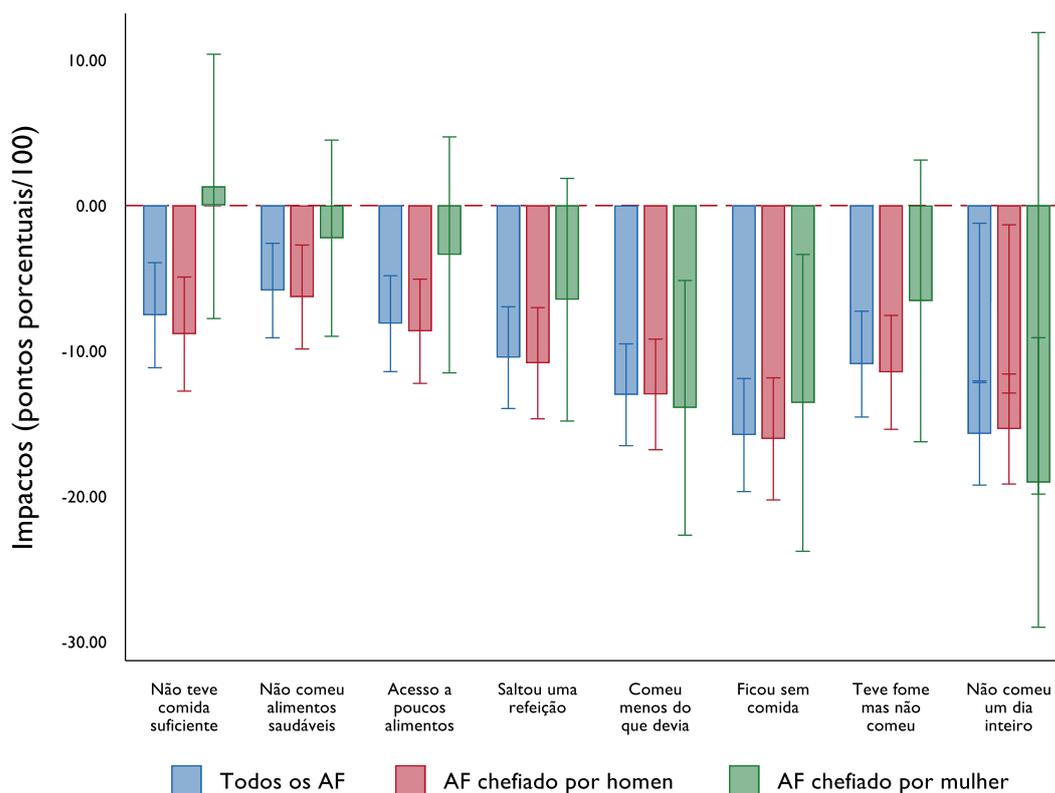
Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	N
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	
	(1)	(2)	(3)	(4)	
Número médio de refeições por dia	0.28*** (0.04)	0.30*** (0.04)	-0.08 (0.06)	2.16	3370
<i>Nas últimas 4 semanas, devido à falta de dinheiro, os membros do agregado familiar ...</i>					
Ficaram preocupados por não ter comida suficiente para comer	-0.08*** (0.02)	-0.05** (0.02)	-0.09** (0.03)	0.95	3370
Não foram capazes de comer alimentos saudáveis e nutritivos	-0.06*** (0.02)	-0.05** (0.02)	-0.02 (0.03)	0.96	3370
Comeram menos tipos de alimentos	-0.08*** (0.02)	-0.07*** (0.02)	-0.04 (0.03)	0.96	3370
Saltaram uma refeição	-0.11*** (0.02)	-0.10*** (0.02)	-0.02 (0.04)	0.95	3370
Comeram menos do que o necessário	-0.13*** (0.02)	-0.13*** (0.02)	-0.00 (0.04)	0.96	3370
Ficaram sem comida	-0.16*** (0.03)	-0.15*** (0.03)	-0.02 (0.04)	0.94	3370
Tinham fome mas não conseguiam comer	-0.11*** (0.02)	-0.10*** (0.03)	-0.04 (0.04)	0.95	3370
Não comeram durante um dia inteiro	-0.07** (0.03)	-0.04 (0.04)	-0.10** (0.05)	0.32	3370
Não conseguiram aceder aos mercados preferidos para alimentos de alta qualidade	-0.13*** (0.03)	-0.13*** (0.03)	-0.01 (0.05)	0.81	3370
Pontuação bruta do índice FIES	-0.79*** (0.14)	-0.70*** (0.15)	-0.34 (0.21)	6.99	3370

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Também avaliamos a heterogeneidade dos impactos na segurança alimentar por gênero do chefe do agregado na

148. Figura 7 Para os indicadores discutidos, não observamos diferenças estatisticamente significativas por gênero em grande parte devido aos grandes intervalos de confiança que as estimativas para agregados chefiados por mulheres tinham. Dito isto, os resultados foram mistos, uma vez que, para alguns indicadores, os agregados familiares chefiados por homens pareciam ter melhores impactos e para outros os agregados chefiados por mulheres estavam em melhor situação.

Figura 7. Impactos nos Indicadores de Segurança Alimentar, por Gênero do Chefe do AF



Notas: Os impactos são estimados usando um modelo de diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado, usando a amostra completa (N = 3.370), a amostra de agregados chefiados por homens (N = 2.956) e agregados chefiados por mulheres (N = 414). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, a demografia do chefe do agregado (gênero, idade e educação), uma dummy para religião da família e um índice para o nível de perturbação que a comunidade teve por conta do COVID-19.

7.4 Propriedade de Activos

149. Também investigamos a proporção de agregados que possuem ferramentas agrícolas e outros tipos de bens duráveis. Os ativos não servem apenas como fonte de produtividade para as famílias rurais, mas também fornecem depósitos de riqueza importantes para proteger as famílias contra choques negativos. Alguns dos bens mais amplamente disponíveis para as famílias na linha de base eram bens agrícolas, como enxadas (86% das famílias) e machetes (59%). Outros bens domésticos comuns incluíam pilões (51%); fogões (47%); televisores (21%); rádios (13%); e motocicletas (11%). Note-se que apenas 41% dos agregados relataram ter pelo menos uma cama para dormir. No geral, a proporção de posse de bens forneceu evidências adicionais das baixas condições socioeconômicas dos agregados em nossa amostra. Na Tabela A.7.5, observamos que as enxadas foram o único ativo para o qual houve uma diferença média padronizada maior que 0,25 na amostra do painel na linha de base em favor do grupo de comparação. Não houve diferenças significativas nas taxas de propriedade de ativos para qualquer um dos outros ativos na linha de base na amostra do painel, incluindo um índice de ativos construído a partir dos ativos individuais usando componentes principais, que é uma técnica que permite criar um índice a partir de um grande conjunto de variáveis.

150. A intervenção teve um impacto positivo na posse de uma grande variedade de bens, nomeadamente machados, machetes, enxadas, pilões, fogões, bicicletas, painéis solares,

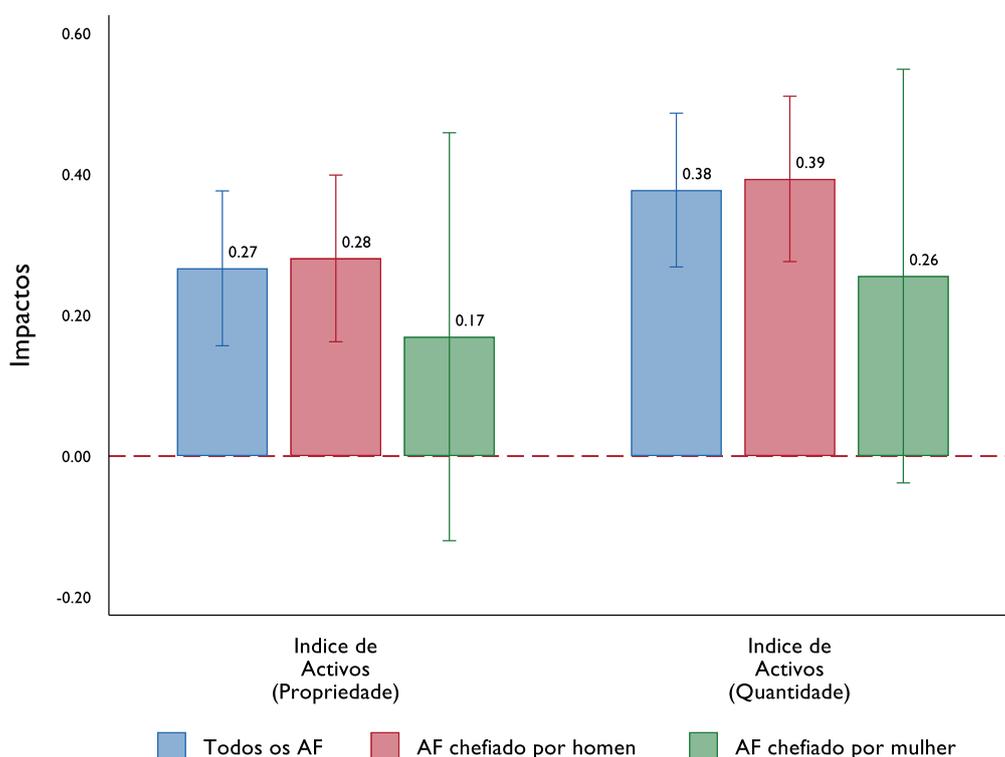
cadeiras, mesas, camas e rádios, com aumentos de 4 pp a 15 pp. Isso resultou em um impacto significativo no índice geral de ativos de 0,24 em relação ao grupo de comparação, sem impactos adicionais para o grupo elegível para a componente de gestão de casos (Tabela 24). Em termos da heterogeneidade de tratamento, não observamos diferenças significativas entre agregados chefiadas por homens ou mulheres (Figura 8).

Tabela 24. Impactos na Propriedade de Ativos

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Índice de Ativos	0.27*** (0.07)	0.24*** (0.07)	0.14 (0.10)	0.07	3370
Machado	0.15*** (0.03)	0.16*** (0.04)	-0.04 (0.05)	0.27	3370
Foice	0.02 (0.02)	0.04 (0.02)	-0.06* (0.04)	0.14	3370
Machete	0.15*** (0.03)	0.15*** (0.04)	0.01 (0.05)	0.55	3370
Enxada	0.07*** (0.02)	0.07*** (0.02)	0.00 (0.03)	0.95	3370
Pilão	0.08** (0.03)	0.06 (0.04)	0.09 (0.05)	0.47	3370
Fogão	0.10*** (0.03)	0.09** (0.04)	0.06 (0.05)	0.41	3370
Rede de pesca	-0.01 (0.02)	-0.02 (0.02)	0.04 (0.03)	0.06	3370
Bote	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)	0.01 (0.02)	0.04	3370
Motorizada	0.03 (0.02)	0.02 (0.02)	0.04 (0.03)	0.11	3370
Bicicleta	0.05*** (0.02)	0.05*** (0.02)	-0.01 (0.03)	0.07	3370
Painel solar	0.04** (0.02)	0.03 (0.02)	0.05** (0.03)	0.05	3370
Cadeiras	0.12*** (0.03)	0.12*** (0.04)	-0.00 (0.05)	0.58	3370
Mesas	0.14*** (0.03)	0.15*** (0.04)	-0.03 (0.05)	0.33	3370
Camas	0.08** (0.03)	0.04 (0.04)	0.15*** (0.05)	0.52	3370
Rádio	0.04* (0.02)	0.03 (0.03)	0.05 (0.04)	0.13	3370
Geleira	0.01 (0.02)	0.01 (0.02)	-0.01 (0.03)	0.06	3370
Televisor	0.04 (0.03)	0.02 (0.03)	0.05 (0.05)	0.23	3370

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Figura 8. Impactos na Propriedade de Activos, por Género do Chefe do AF



Notas: O índice de activos é construído usando os principais componentes da propriedade de activos individuais relatados (1 se possuídos e 0 se não) para resumir os efeitos combinados do programa. O índice de activos para as quantidades também usa componentes principais, mas leva em consideração o número real de itens que a família possui. Os impactos são estimados usando um modelo de diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado, usando a amostra completa (N = 3.370), a amostra de agregados chefiados por homens (N = 2.956) e agregados chefiados por mulheres (N = 414). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, a demografia do chefe do agregado (género, idade e educação), uma dummy para religião da família e um índice para o nível de perturbação que a comunidade teve por conta do COVID-19.

7.5 Crédito e Transferências

151. O empréstimo é uma estratégia de curto prazo para aliviar as necessidades financeiras, muitas vezes associadas à pobreza. O empréstimo ajuda as famílias a lidar com emergências, suavizar o consumo ou até mesmo aproveitar pequenas oportunidades de investimento que podem melhorar o bem-estar das famílias. No entanto, as famílias pobres podem não ter acesso ao crédito se os credores não acharem que essas famílias serão capazes de honrar suas dívidas. Assim, outro potencial impacto positivo que os beneficiários de transferências monetárias podem experimentar é que eles têm maior acesso ao crédito, se necessário, porque a transferência em dinheiro pode ser usada como garantia.

152. Na Tabela A.7.6, mostramos que 10% das famílias tinham um empréstimo pendente na linha de base. Além disso, apenas 21% dos domicílios relataram ter acesso a crédito se necessário, o que fala mais uma vez sobre as baixas condições socioeconômicas dos agregados em nossas áreas de tratamento e comparação. Por último, 11% dos agregados familiares da amostra referiram poder dar dinheiro ou bens a outros agregados familiares. Em termos de balanceamento, nenhum dos resultados considerados mostrou evidência de desequilíbrios significativos entre os agregados de tratamento e de comparação na linha de base ou atribuição diferencial para os agregados que não foram parte do inquérito na linha final.

153. Em termos de impactos, na Tabela 25 mostramos que não há efeito sobre a probabilidade de ter um empréstimo como resultado da intervenção ou sobre o valor do empréstimo para quem já tinha empréstimo. Embora tenha havido um impacto positivo de 7 pp na probabilidade de ter acesso a crédito em caso de necessidade para os agregados familiares transferidos, houve um impacto negativo neste indicador para aqueles que eram elegíveis para a componente de gestão de casos. Esse resultado pode ser devido a um desequilíbrio na linha de base para o grupo elegível para gestão de casos. Ou seja, na linha de base, 29% dos agregados familiares no grupo elegível para gestão de casos relataram ter acesso ao crédito em relação a 19% dos restantes agregados familiares. No final, 37% dos agregados elegíveis para gestão de casos relataram ter acesso ao crédito em relação a 36% para os agregados que não são elegíveis para a gestão de casos. Por último, observámos um aumento de 11 pp na probabilidade de os agregados familiares do grupo de tratamento conjunto (transferência e gestão de casos) darem dinheiro ou bens a outros agregados. No entanto, o impacto para aqueles no grupo elegível para gestão de casos foi menor, próximo a 4 pps (0,04=0,13-0,09) e não estatisticamente significativo.

Tabela 25. Impactos em Créditos e Transferências

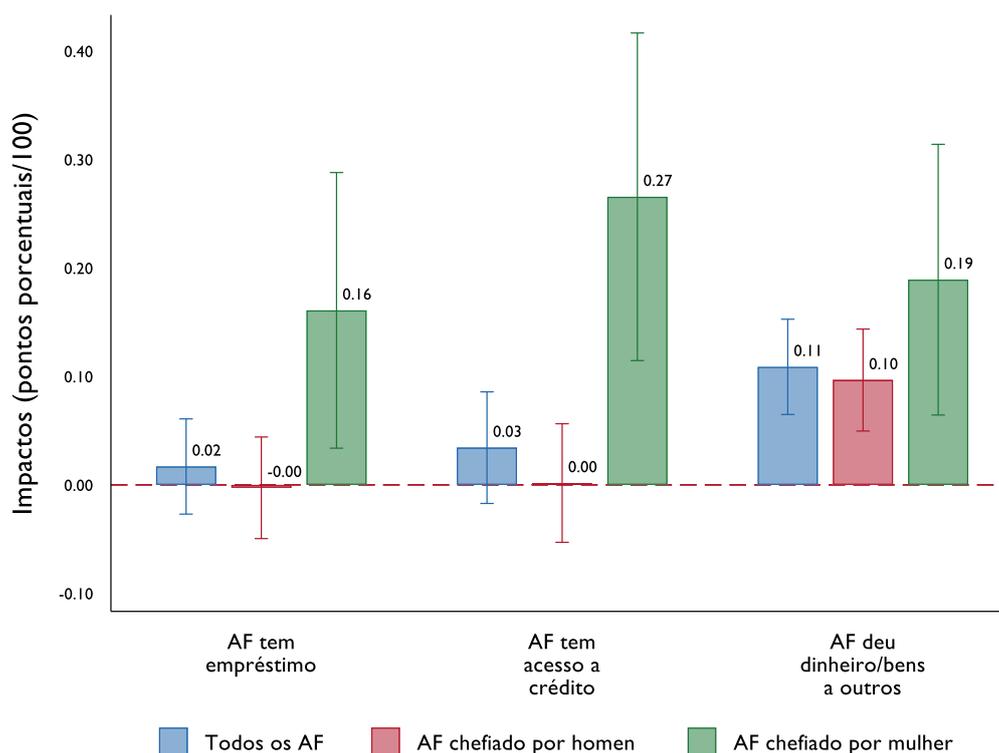
Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	N
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	
	(1)	(2)	(3)	(4)	
Tem um empréstimo	0.02 (0.03)	0.03 (0.03)	-0.06 (0.04)	0.26	3370
Valor inicial do empréstimo	-123.12 (192.13)	-125.59 (217.69)	9.60 (285.06)	994.03	649
Tem acesso ao crédito, se necessário	0.03 (0.03)	0.07** (0.03)	-0.14*** (0.05)	0.31	3370
Deu dinheiro/bens a outro agregado familiar nos últimos 12 meses	0.11*** (0.03)	0.13*** (0.03)	-0.09** (0.04)	0.22	3370

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Em termos da heterogeneidade de tratamento, na

154. Figura 9 observamos que, embora não tenha havido impacto nos empréstimos pendentes e acesso ao crédito para agregados chefiados por homens, houve impactos positivos em ambos os resultados para agregados chefiados por mulheres. Ou seja, relativamente ao grupo de comparação, os agregados familiares chefiados por mulheres que fizeram parte da intervenção tinham uma probabilidade 16 pp maior de ter uma dívida e 27 pp maior de reportar acesso ao crédito. Esses resultados indicam claramente que a intervenção ajudou a expandir as oportunidades de crédito para os agregados chefiados por mulheres, um grupo que pode enfrentar grandes restrições de crédito. Por último, não houve diferença na probabilidade de dar dinheiro a outros agregados familiares entre agregados chefiados por homens e chefiados por mulheres.

Figura 9. Impactos em Créditos e Transferências, por Gênero do Chefe do AF



Notas: Os impactos são estimados usando um modelo de diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado, usando a amostra completa (N = 3.370), a amostra de agregados chefiados por homens (N = 2.956) e agregados chefiados por mulheres (N = 414). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, a demografia do chefe do agregado (gênero, idade e educação), uma dummy para religião da família e um índice para o nível de perturbação que a comunidade teve por conta do COVID-19.

7.6 Meios de Subsistência: Empreendimento Não Agrícola, Produção Agrícola e Propriedade Pecuária

155. Dado o marco lógico da intervenção, esperávamos que a intervenção influenciasse as atividades de subsistência das famílias beneficiárias. Com base no perfil demográfico dos beneficiários, esperávamos que a intervenção levasse a um aumento das atividades produtivas, incluindo os seguintes domínios: (a) empresas não agrícolas, (b) produção agrícola, e (c) aumento da posse de gado.

156. Em termos do primeiro domínio, as empresas não agrícolas, na Tabela A.7.7, mostramos que 23% dos agregados familiares tinham um negócio na linha de base, onde a principal atividade era ter um negócio de comércio ou prestação de serviços (18%), seguido do processamento ou venda de quaisquer subprodutos agrícolas (6%) e de pesca (3%). As demais atividades econômicas não foram reportadas, pois representam uma fração menor dos agregados participantes. Em termos de balanceamento na linha de base e atrição diferencial, nenhum dos resultados foi estatisticamente diferente de zero, o que significa que a amostra está equilibrada na linha de base entre os grupos de tratamento e comparação e aqueles que não participaram da pesquisa na linha final não foram diferentes de forma significativa a aqueles que si participaram.

157. Em relação aos impactos, os resultados da Tabela 26 mostram que os beneficiários tiveram uma probabilidade 7 pp maior de ter um negócio não agrícola (um aumento de 15,9%

em relação à média do grupo de comparação), onde os impactos foram impulsionados principalmente por aqueles dedicados a prestação de serviços e comercialização (aumento de 6 pp), seguida de processamento e comercialização de subprodutos agrícolas (aumento de 4 pp). Como esperado, os impactos sobre esses resultados foram inteiramente impulsionados pelo componente em dinheiro da intervenção.

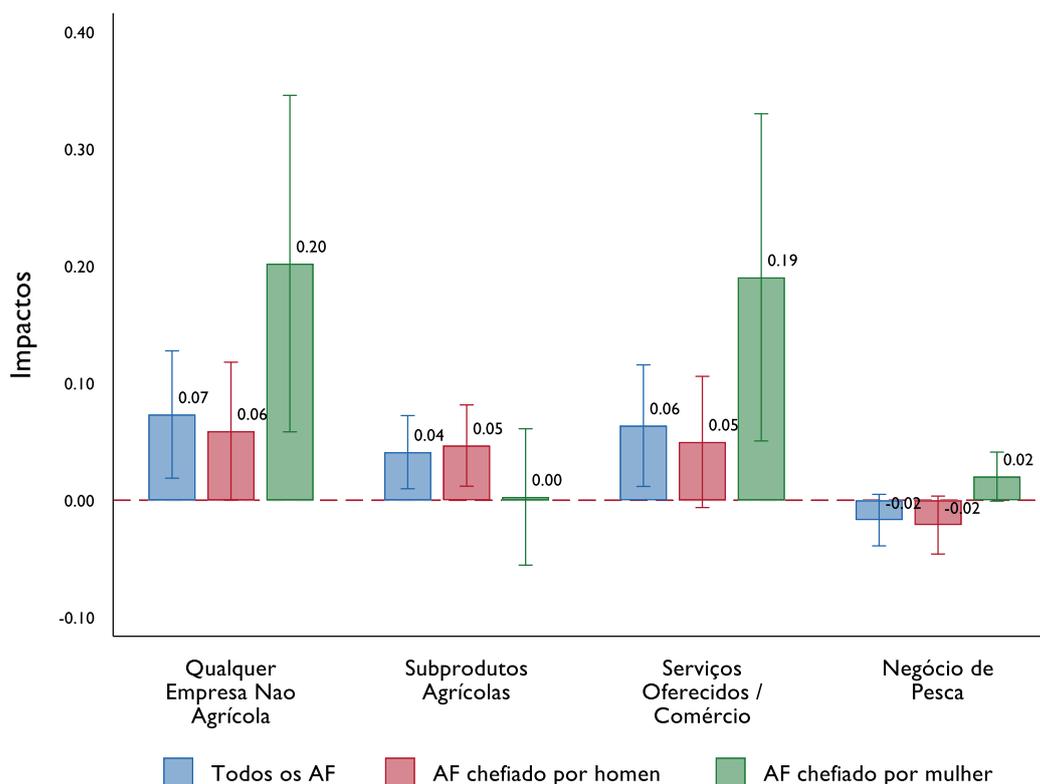
Tabela 26. Impactos em Empreendimentos Domésticos Não Agrícolas

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Qualquer negócio não-agrícola	0.07** (0.03)	0.07** (0.04)	0.01 (0.05)	0.44	3370
Processou/vendeu qualquer subproduto agrícola	0.04** (0.02)	0.05** (0.02)	-0.04 (0.03)	0.09	3370
Ofereceu serviços ou vendeu qualquer coisa	0.06** (0.03)	0.06* (0.03)	0.02 (0.04)	0.35	3370
Empresa de pesca ou piscicultura	-0.02 (0.01)	-0.01 (0.01)	-0.01 (0.02)	0.05	3370

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

158. Na Figura 10, observamos que os domicílios chefiados por mulheres tiveram impactos muito maiores do que os chefiados por homens em termos de ter um empreendimento não agrícola, o que foi principalmente impulsionado pelo grande impacto na probabilidade de participar de atividades comerciais (ou seja, oferecer serviços ou vender coisas). Observe, no entanto, que os intervalos de confiança para as estimativas de chefes de agregados do sexo feminino foram relativamente amplos, o que significa que não podemos descartar completamente que os impactos dos domicílios chefiados por homens e mulheres fossem iguais.

Figura 10. Impactos em Empreendimentos Domésticos Não Agrícolas, por Gênero do Chefe do AF



Notas: Os impactos são estimados usando um modelo de diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado, usando a amostra completa (N = 3.370), a amostra de agregados chefiados por homens (N = 2.956) e agregados chefiados por mulheres (N = 414). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, a demografia do chefe do agregado (gênero, idade e educação), uma dummy para religião da família e um índice para o nível de perturbação que a comunidade teve por conta do COVID-19.

159. O segundo domínio analisado é a produção agrícola. Conforme mostrado na Tabela A.7.8, observamos que as culturas mais comuns em nossa amostra produzidas na linha de base foram milho (14%), feijão (11%), mandioca (18%) e amendoim (13%). Também analisamos a produção em quilos para cada uma dessas culturas nos últimos 12 meses antes da pesquisa para avaliar se os beneficiários da transferência de renda mudaram sua produção como resultado da intervenção. Embora seja uma prática comum avaliar a produção por unidade de área, encontramos inconsistências relativamente grandes nas informações relatadas entre a linha de base e a linha final. Assim, apresentamos a informação apenas da quantidade produzida, que acreditamos ser mais precisa. Os resultados mostram que o agregado familiar médio produziu 87 quilos de milho, 57 quilos de feijão, 174 quilos de mandioca e 88 quilos de amendoim. O envolvimento relativamente baixo na produção destas culturas resultou do facto de os agregados familiares da nossa amostra estarem localizados em zonas costeiras onde o comércio é mais prevalente do que a agricultura.

160. Em termos de equilíbrio e atrição, na Tabela A.7.8 mostramos que não há grandes desequilíbrios na linha de base para a amostra do painel, exceto para a quantidade de feijão produzida, que teve uma diferença média padronizada em 0,26 DP. Em termos de atrição, também observamos alguns sinais de atrição diferencial para a probabilidade de produção de amendoim e para a produção de mandioca em quilos. No entanto, os agregados que não

participaram na linha final não criaram um desequilíbrio significativo na amostra do painel na linha de base.

161. Apresentamos os resultados do impacto na produção agrícola na Tabela 27. Os resultados não forneceram um padrão claro de como a intervenção afetou as decisões agrícolas. Por um lado, os resultados mostraram que os agregados familiares elegíveis para gestão de casos eram mais propensos a produzir qualquer quantidade de milho (13 pp a mais do que aqueles que receberam dinheiro) e amendoim (17 pp a mais do que aqueles que receberam dinheiro), mas isso não necessariamente se traduzem em uma maior quantidade produzida dessas culturas. Por outro lado, observamos alguns impactos negativos da intervenção na probabilidade de produzir feijão (10 pp menor que o grupo de comparação) e mandioca (12 pp menor que o grupo de comparação). Novamente, os resultados não indicaram que para aqueles que produziram essas duas culturas houve uma redução estatisticamente significativa na quantidade produzida. Uma possível explicação para esses impactos negativos é que os beneficiários de transferências monetárias foram capazes de aumentar seus gastos com leguminosas e tubérculos (ver Tabela 21), enquanto algumas famílias podem ter decidido não os produzir. No geral, os resultados sugerem que a intervenção não afetou de forma importante as decisões agrícolas dos beneficiários.

Tabela 27. Impactos na Produção Agrícola

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
<i>AF produziu...</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Milho	-0.01 (0.03)	-0.04 (0.03)	0.13*** (0.04)	0.36	3370
Feijão	-0.09*** (0.03)	-0.10*** (0.03)	0.03 (0.04)	0.51	3370
Mandioca	-0.12*** (0.03)	-0.12*** (0.03)	0.02 (0.04)	0.56	3370
Peanuts	0.01 (0.03)	-0.03 (0.03)	0.17*** (0.04)	0.25	3370
<i>Quantidade Produzida (Kilos)</i>					
Milho	-11.25 (9.48)	-11.26 (10.02)	0.43 (11.13)	72.51	887
Feijão	-15.28 (9.77)	-11.99 (10.34)	-14.10 (16.12)	43.29	885
Mandioca	-18.02 (13.32)	-5.29 (14.35)	-31.97 (19.12)	143.60	1061
Peanuts	5.83 (10.16)	7.61 (10.82)	-5.40 (10.55)	59.47	743

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

162. O terceiro domínio avaliado na categoria de meios de subsistência foram as taxas de posse de gado. Possuir gado tem dois objetivos para as famílias. Em primeiro lugar, alguns

subprodutos dos animais podem ser vendidos, o que aumenta as fontes de renda do agregado além da transferência de renda. Em segundo lugar, o gado, como qualquer bem que retém valor ao longo do tempo, pode ser usado como um estoque que permite que as famílias lidem melhor com episódios adversos ao longo do tempo. Na Tabela A.7.9, mostramos que os agregados familiares na área de intervenção tinham níveis muito baixos de taxas de posse de gado. Os animais mais comuns na linha de base eram galinhas cafriar (4%), galinhas (3%), patos (2%) e cabras (1%). Os baixos níveis de posse de gado reforçam os baixos estoques de riqueza e bens detidos pelos agregados da amostra. Os resultados na tabela também mostraram que não houve desequilíbrios significativos na linha de base para a amostra do painel e nenhum dos resultados foi afetado por atrição diferencial.

163. Em termos de impactos, a intervenção aumentou ligeiramente as taxas de propriedade de cabras, galinhas cafriar e patos para os agregados familiares elegíveis para a componente de gestão de casos (Tabela 28). Os impactos relativamente baixos nesses resultados podem ser devidos ao baixo nível da transferência, conforme discutido anteriormente, o que pode impedir os beneficiários de investir em ativos caros e mantê-los enquanto esperam que sejam produtivos. Além disso, não houve evidência de impactos heterogêneos por sexo do chefe do domicílio (não mostrado).

Tabela 28. Impactos na Propriedade Pecuária (proporção)

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Índice de propriedade pecuária	0.01 (0.05)	0.00 (0.05)	0.04 (0.07)	0.06	3370
Caprinos	0.02** (0.01)	0.01 (0.01)	0.03*** (0.01)	0.02	3370
Galinhas	-0.00 (0.01)	-0.01 (0.01)	0.04** (0.02)	0.05	3370
Galinha Cafriar	0.04* (0.02)	0.03 (0.02)	0.02 (0.03)	0.10	3370
Patos	-0.00 (0.01)	-0.01 (0.02)	0.03* (0.02)	0.07	3370

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

7.7 Resiliência: choques e estratégias para enfrentá-los

164. Uma questão-chave na resiliência é como os agregados lidam com os choques e, em particular, se devem contar com mecanismos de enfrentamento “negativos” ou irreversíveis. Analisamos vários choques sofridos pelos agregados para melhor compreender os fatores que afetam o seu bem-estar e a sua situação económica. A maioria dos choques avaliados inclui choques negativos, como enchentes ou secas que destroem propriedades ou fontes de alimentos.

165. Os dados mostram que 48% dos agregados relataram ter enfrentado um choque negativo nos últimos 12 meses antes da pesquisa na linha de base. Os choques mais frequentemente relatados foram seca (14%), ventos fortes (11%), inundações (10%) e culturas e/ou gado afetados por uma praga ou doença (9%). No geral, houve uma grande variedade de choques que afetaram os agregados em nossa amostra. Nenhum dos choques considerados, no entanto, afetou os grupos de tratamento e comparação de forma diferente na amostra do painel, e nenhum desses resultados exibiu níveis significativos de atribuição diferencial (Tabela A.7.10).

166. Também relatamos os mecanismos de enfrentamento que os agregados que enfrentaram um choque negativo usaram na linha de base. Na Tabela A.7.11, mostramos que os dois mecanismos de enfrentamento mais importantes foram usar suas próprias poupanças (48%) e receber ajuda de amigos e parentes (36%). Uma grande proporção dos agregados não tinha uma estratégia para lidar com choques (38%). Os resultados mostram que não houve desequilíbrios significativos na linha de base entre os grupos de tratamento e de comparação para a amostra do painel. O único desequilíbrio encontrado foi entre os atritores da linha final, para quem houve uma diferença média padronizada de 0,28 entre tratamento e comparação para aqueles que receberam ajuda de amigos ou parentes.

167. Também investigamos se os agregados nos grupos de tratamento e comparação foram afetados diferencialmente pelo COVID-19.²³ Os agregados na amostra de tratamento do painel relataram ter 14 pp menos probabilidade de ter impactos negativos do COVID-19 em relação ao grupo de comparação, onde 26% das famílias relataram ter sido afetadas. É possível que a transferência tenha permitido que as famílias beneficiárias tomassem medidas de cuidado adicionais que as famílias do grupo de comparação não puderam tomar.

Tabela 29. Impactos nos Efeitos Negativos do COVID-19

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DS Tratamentos Combinados	DS Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Afetado negativamente pela COVID-19	-0.14*** (0.02)	-0.17*** (0.02)	0.13*** (0.03)	0.26	1685

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando uma diferença simples (DS) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

168. Em termos de estratégias de enfrentamento, os resultados da Tabela 30 mostram que os agregados do grupo de tratamento que sofreram um choque negativo tiveram uma probabilidade 3 pp menor de obter um crédito para lidar com o choque e 18 pp menor de 'não fazer nada' em relação ao grupo de comparação. Estes dois impactos foram inteiramente

23 A pergunta exata foi formulada da seguinte forma: "Durante os últimos 12 meses, sua família foi afetada negativamente pelo COVID-19 (devido ao distanciamento social ou medidas de contenção)?" Esta pergunta foi um dos 19 tipos diferentes de choques negativos nos últimos 12 meses que as famílias relataram ter experimentado e relataram estratégias de enfrentamento subsequentes para lidar com esses choques.

impulsionados pelos agregados familiares que receberam a transferência monetária, indicando que as transferências permitiram lidar melhor com circunstâncias negativas exógenas. Não encontramos impactos diferenciais por gênero do chefe do domicílio (não mostrado).

Tabela 30. Impactos nas Estratégias de Enfrentamento de Choques Negativos

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	N
	DiD	DiD	Impacto	Grupo de	
	Tratamentos Combinados	Dinheiro	Adicional GC	Comparação	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Poupanças próprias	0.01 (0.05)	-0.00 (0.05)	0.05 (0.06)	0.62	2236
Recebeu ajuda de familiares/amigos	0.03 (0.04)	0.05 (0.05)	-0.10* (0.06)	0.43	2236
Mudança dos padrões alimentares	0.00 (0.02)	0.01 (0.02)	-0.01 (0.02)	0.05	2236
Redução de consumo	0.00 (0.02)	0.01 (0.02)	-0.04 (0.02)	0.06	2236
Crédito obtido	-0.03** (0.01)	-0.03*** (0.01)	0.02* (0.01)	0.03	2236
Vendeu bens, terra, gado	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)	-0.02* (0.01)	0.01	2236
Intensificação da pesca agricultura	-0.00 (0.02)	0.00 (0.02)	-0.02 (0.02)	0.05	2236
Outra	-0.01 (0.01)	-0.00 (0.01)	-0.02 (0.02)	0.01	2236
Nenhuma	-0.18*** (0.04)	-0.21*** (0.04)	0.08 (0.05)	0.27	2236

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

7.8 Acesso a outros programas

169. Por fim, investigamos o nível de acesso a programas sociais pelos agregados de nossa amostra (Tabela A.7.12). Isso é importante para saber se houve algum tipo de contaminação ou complementaridade que possa ter afetado os impactos estimados. Os programas mais comuns que os agregados relataram na linha de base foram programas de educação (4% dos agregados) e programas de água e saneamento (3%). Não houve evidência de desequilíbrios na linha de base entre os grupos de tratamento e comparação para qualquer tipo de programa social na amostra do painel. Também não houve evidência de atrição diferencial. Também investigamos a presença de programas sociais na linha final e não encontramos evidências de outros programas operando na área de avaliação em níveis generalizados (resultados não mostrados). A baixíssima exposição que as famílias de nossa amostra tiveram a outros programas sociais evidencia que os impactos estimados relatados na avaliação ocorreram em decorrência do Subsídio para Criança 0-2.

8 CUIDADORAS PRINCIPAIS

170. Seguindo a estrutura lógica da intervenção, apresentamos em seguida estatísticas descritivas de amostra de avaliação sobre os domínios da cuidadora principal, incluindo o seguinte: (a) conhecimento sobre saúde e nutrição, (b) bem-estar psicossocial e apoio social, (c) empoderamento e violência doméstica, (d) fertilidade e (e) separação familiar. Quando aplicável, também descrevemos os impactos da intervenção por idade da cuidadora, estratificando a amostra em dois grupos: (a) cuidadoras que eram adolescentes ou jovens na linha de base (≤ 24 anos) e (b) cuidadoras mais velhas (> 25 anos).²⁴ Como o casamento infantil e a gravidez precoce são questões de grande preocupação em Moçambique, com consequências tanto para as mulheres como para suas crianças, há interesse em perceber se a intervenção funcionou igualmente bem para as cuidadoras jovens.

171. O primeiro domínio inclui informações sobre cinco áreas-chave de IYCF e saúde, destinadas a complementar as informações sobre o acesso ao nível familiar à água e ao saneamento e os comportamentos das crianças pequenas, relatados em outras seções. Deve-se notar que, como essas questões foram desenvolvidas antes do recebimento dos materiais de treinamento da CMSC, elas não podem ser interpretadas como uma representação holística ou completa das mensagens da CMSC conforme implementadas. A Tabela A.8.1 mostra o balanceamento da linha de base e a análise de atribuição em cinco indicadores-chave de conhecimento, operacionalizados como indicadores dicotômicos simples (ou seja, se a cuidadora identificou corretamente o conhecimento sobre um tópico), bem como um indicador resumido (variando de 0 a 5 respostas corretas). No geral, as cuidadoras tinham alto conhecimento de que as crianças deveriam ser amamentadas imediatamente após o nascimento (93%) e podiam citar pelo menos um motivo para a amamentação exclusiva (78%). No entanto, a duração do aleitamento materno exclusivo (6 meses) foi corretamente identificada por menos cuidadoras (67%). Da mesma forma, a percentagem de cuidadoras que conseguiram identificar pelo menos uma razão pela qual o ferro é importante para as crianças foi ligeiramente inferior a dois terços (63%), e 57% conseguiram identificar pelo menos uma fonte de ferro. A soma média das questões de conhecimento foi de 3,58 (variando de 0 a 5). Nos seis indicadores, dois mostraram diferenças estatisticamente significativas na amostra do painel e dois mostraram sinais de atribuição diferencial; no entanto, nenhum foi significativo em magnitude ($> 0,25$ SD).

172. A Tabela 31 mostra os impactos da intervenção nos resultados do conhecimento sobre saúde e nutrição da cuidadora. No geral, houve poucos impactos da intervenção conjunta (transferência mais gestão de casos), incluindo o indicador de conhecimento geral, com exceção de um aumento pequeno e pouco significativo (5 pp) no conhecimento de fontes de ferro (traduzindo para um aumento de 6% em relação a grupo de comparação na linha final). Apesar disso, os resultados foram aumentando ao longo do tempo em ambos os grupos de tratamento e comparação, potencialmente devido às informações e sensibilização recebidas nas visitas de monitoramento do crescimento entre toda a amostra do estudo. Além disso, parece haver um impacto negativo em alguns resultados de conhecimento (amamentação exclusiva, fontes de ferro e o indicador geral de conhecimento) devido ao componente de gestão de casos. Não está claro por que pode haver essas diferenças, no entanto, há evidências sugestivas de que o impacto negativo no aleitamento materno exclusivo se origina

²⁴ Nesta análise, excluímos 20 agregados familiares para os quais a cuidadora principal na linha de base foi substituída por um cuidador do sexo masculino. Para os restantes agregados familiares, a maioria (97,5%) tinham a mesma cuidadora da linha de base. Uma pequena percentagem das entrevistas da linha final foi feita a uma cuidadora diferente nos casos em que a cuidadora original estava temporariamente ausente (0,45%), tinha deixado definitivamente o agregado familiar (0,45%), havia falecido durante o período de intervenção (0,33%) ou estava muito doente para ser entrevistada (0,03%). Portanto, esses resultados podem ser interpretados essencialmente como um painel das mesmas cuidadoras.

de diferenças de linha de base entre a amostra que recebeu a transferência e a amostra elegível para a componente de gestão de casos. Concluímos que esses impactos negativos na amostra elegível para gestão de casos podem ser devidos a associações espúrias e interpretamos as evidências como impactos nulos gerais (conforme indicado pelo efeito de tratamento combinado). Como praticamente não há impactos de intervenção agrupados, não apresentamos análises adicionais por idade da cuidadora.

Tabela 31. Impactos na Saúde da Cuidadora e seu Conhecimento Nutricional

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final Grupo de Comparação	N
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Soma das perguntas de conhecimento (0-5)	0.08 (0.07)	0.16** (0.07)	-0.28*** (0.09)	4.29	3342
A criança deve ser amamentada imediatamente após o nascimento	0.01 (0.02)	0.01 (0.02)	-0.03 (0.03)	0.83	3342
A criança deve ser exclusivamente amamentada durante 6 meses	-0.01 (0.03)	0.02 (0.03)	-0.12*** (0.04)	0.80	3342
Sabe pelo menos uma razão para amamentação exclusiva	0.03 (0.02)	0.03 (0.03)	-0.02 (0.03)	0.89	3342
Sabe pelo menos uma razão pela qual o ferro é importante para os bebês	0.01 (0.02)	0.03 (0.03)	-0.04 (0.03)	0.92	3342
Sabe pelo menos uma fonte de ferro	0.05* (0.03)	0.07*** (0.03)	-0.08** (0.03)	0.85	3342

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, e efeitos fixos da inquiridora. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

173. O segundo domínio avaliado para as cuidadoras foi o seu bem-estar psicossocial e o apoio social. Para medir a saúde mental, usamos a forma abreviada do *Center for Epidemiologic Studies Depression* (CES-D). O formulário abreviado é baseado em 10 perguntas (reduzido de uma escala mais longa de 20 perguntas) e foi validado internacionalmente e mostrou ter alta consistência interna e confiabilidade, inclusive em estudos da África Subsaariana (Kilburn et al., 2018). As 10 questões referem-se a como a cuidadora estava se sentindo e se comportando na última semana (7 dias) anterior à pesquisa e são respondidas em uma escala Likert de 4 pontos. Exemplos dessas perguntas são os seguintes: "Você se sentiu esperançosa em relação ao futuro" ou "Você se sentiu deprimida". Para calcular a escala de saúde mental, somamos as respostas das 10 questões para criar uma escala de 0 a 30 na qual pontuações mais altas refletiam maiores sintomas depressivos. Seguindo a literatura anterior, também construímos um indicador binário indicando se a cuidadora pontuou acima de um limiar validado para sintomas depressivos (CES-D ≥ 10). O alfa de Cronbach, uma medida de consistência interna, para o CES-D na amostra foi de 0,75 na linha de base e 0,81 na linha final, indicando boa consistência interna (onde a regra geral é $> 0,70$).

174. Além da saúde mental, incluímos medidas de estresse percebido e apoio social. O estresse relacionado à pobreza pode ser uma influência negativa na vida dos indivíduos, afetando sua capacidade de lidar com situações difíceis, e geralmente está associado a resultados negativos para mulheres e crianças, incluindo risco de conflito doméstico e violência. A inflamação, definida como a reação biológica induzida pelo estresse crônico e agudo, tem sido associada a vários resultados de saúde, incluindo morbidades e mortalidade (consulte Hjelm et al., 2017, para uma revisão da literatura relevante). O apoio social é um determinante fundamental da saúde mental e física, fornecendo aos indivíduos os recursos emocionais e instrumentais para lidar com o estresse e os eventos negativos da vida. O estresse foi medido por meio da Escala de Estresse Percebido de Cohen, que pergunta às cuidadoras sobre dificuldades, ansiedades e problemas de controle no último mês (últimas 4 semanas) (Cohen et al., 1983). Exemplos dessas perguntas são as seguintes: “Com que frequência você descobriu que não consegue lidar com o que tinha que fazer” ou “Com que frequência você sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida”. As respostas são dadas em uma escala Likert de 5 pontos e somadas para criar uma escala de estresse que varia de 0 a 40, na qual medidas mais altas indicam mais estresse percebido. Para medir o suporte social, usamos uma versão abreviada e adaptada de oito perguntas do Medical Outcomes Study Social Support Survey, originalmente desenvolvido para medir o suporte funcional entre pacientes com condições crônicas (Sherbourne & Stewart, 1991). Exemplos dessas perguntas são os seguintes: “Se você precisar, com que frequência alguém está disponível para pedir sugestões sobre como lidar com um problema pessoal” ou “para ajudar nas tarefas diárias se você estiver doente”. As respostas foram dadas em uma escala Likert de 5 pontos e agregadas em um índice usando análise de componentes principais. A medida de apoio social foi validada e adaptada em vários cenários e mostrou boa consistência interna. O alfa de Cronbach para a escala de estresse percebido e a escala de apoio foram 0,76 e 0,89, respectivamente (na linha de base e na linha final), indicando boa consistência interna na amostra da cuidadora.

175. Além das escalas formais validadas, incluímos duas medidas simples de autoavaliação de felicidade e satisfação com a vida. A primeira medida pediu às cuidadoras que classificassem seu nível de 'felicidade' (melhor vs. pior vida possível) em uma escala de 1 a 10. A segunda medida perguntou com que frequência nos últimos 12 meses antes da pesquisa a cuidadora ficou satisfeita com vida e classificou-as como de alta satisfação se suas respostas incluíssem as opções “a maioria do tempo” ou “todo o tempo”.

176. A Tabela A.8.2 apresenta estatísticas básicas de balanceamento e atrição entre as principais variáveis de resultado neste domínio, geralmente mostrando um bom equilíbrio com diferenças estatisticamente significativas em só duas variáveis (apoio social e felicidade auto-avaliada). A magnitude dessas diferenças estava abaixo do limiar de 0,25; no entanto, um resultado (satisfação com a vida) mostrou uma diferença significativa (0,36 e nível $p < 0,01$), indicando que os atritores do grupo de comparação estavam em pior situação. Destaca-se a alta pontuação inicial na CES-D de 12,42, o que equivale a 74% das cuidadoras apresentando sintomas depressivos. Isso é extremamente alto em comparação com a prevalência de sintomas depressivos registrados em outras avaliações do *Transfer Project* em países como Quênia, Malawi, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue (Kilburn et al., 2018).²⁵ A pontuação média da cuidadora na Escala de Estresse Percebido de Cohen no início do estudo foi de 18,85. Embora

25 Por exemplo, Kilburn e colegas (2018) usaram dados de linhas de base em avaliações do Transfer Project em cinco países e encontram que as pontuações médias do CES-D (prevalência de sintomas depressivos), do mais alto ao mais baixo, eram: (1) Tanzânia 14-28 anos: 11,76 (64%), (2) Malawi 13-19 anos: 9,95 (48%), (3) Zimbábue 13-19 anos: 8,73 (38%), (4) Quênia 15-25 anos (37%) e (5) Zâmbia 13-17 anos (33%). Notavelmente, a amostra na Tanzânia, que inclui uma amostra de idosos comparativamente mais velhos, é mais semelhante às taxas desta amostra. Além disso, as mulheres parecem ter piores pontuações na Tanzânia, sugerindo que a prevalência entre as mulheres pode estar mais próxima da amostra atual.

não existam pontos de corte convencionalmente usados para o Cohen, as taxas foram amplamente alinhadas com as encontradas no Ghana LEAP 1000, que incluiu uma amostra de mulheres grávidas ou recentemente grávidas, com níveis de 21,8 na amostra de tratamento na linha de base (LEAP 1000 Equipe de Avaliação, 2018).²⁶ A classificação média na autoavaliação da felicidade foi de 4,91 (aproximadamente o ponto médio da escada), e aproximadamente 29% das mulheres relataram estar satisfeitas com a vida a maior parte do tempo ou o tempo todo.

177. A Tabela 32 mostra os impactos nos seis resultados de bem-estar psicológico da cuidadora. O tratamento combinado resulta em uma melhora de um ponto na escala CES-D e uma diminuição de 7 pp nos sintomas depressivos (ou uma diminuição de 11% sobre a média do grupo de comparação). Também houve reduções significativas no estresse percebido, embora tenham sido pequenas em magnitude (-0,84 ou uma diminuição de 5% em relação à média do grupo de comparação), e um aumento significativo na autoavaliação da felicidade (0,80 ou um aumento de 16% em relação a grupo de comparação). Em todos os indicadores, esses impactos agrupados parecem ser principalmente impulsionados pelo transferência monetária. A exceção é para a variável de satisfação com a vida, onde houve um impacto adicional diferencial estatisticamente significativo de 13 pp entre a amostra elegível para gestão de casos (ou um aumento de 37% sobre a média do grupo de comparação).

Tabela 32. Impactos no Bem-estar Psicológico e Apoio Social da Cuidadora

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final Grupo de Comparação	N
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC		
	(1)	(2)	(3)		
Escala CES-D (0-30)	-1.05*** (0.29)	-0.98*** (0.31)	-0.25 (0.37)	11.25	3342
Sintomas depressivos (CES-D ≥ 10)	-0.07** (0.03)	-0.06** (0.03)	-0.03 (0.03)	0.63	3342
Escala de stress Cohen (0-40)	-0.84*** (0.30)	-0.69** (0.32)	-0.54 (0.39)	17.84	3342
Escala de apoio social	-0.10 (0.12)	-0.12 (0.13)	0.08 (0.16)	0.10	3342
Auto-avaliação da felicidade (1-10, escada)	0.80*** (0.15)	0.79*** (0.16)	0.04 (0.20)	4.89	3342
Satisfeito com a vida (a maior parte do tempo ou sempre)	0.03	-0.00	0.13***	0.35	3342

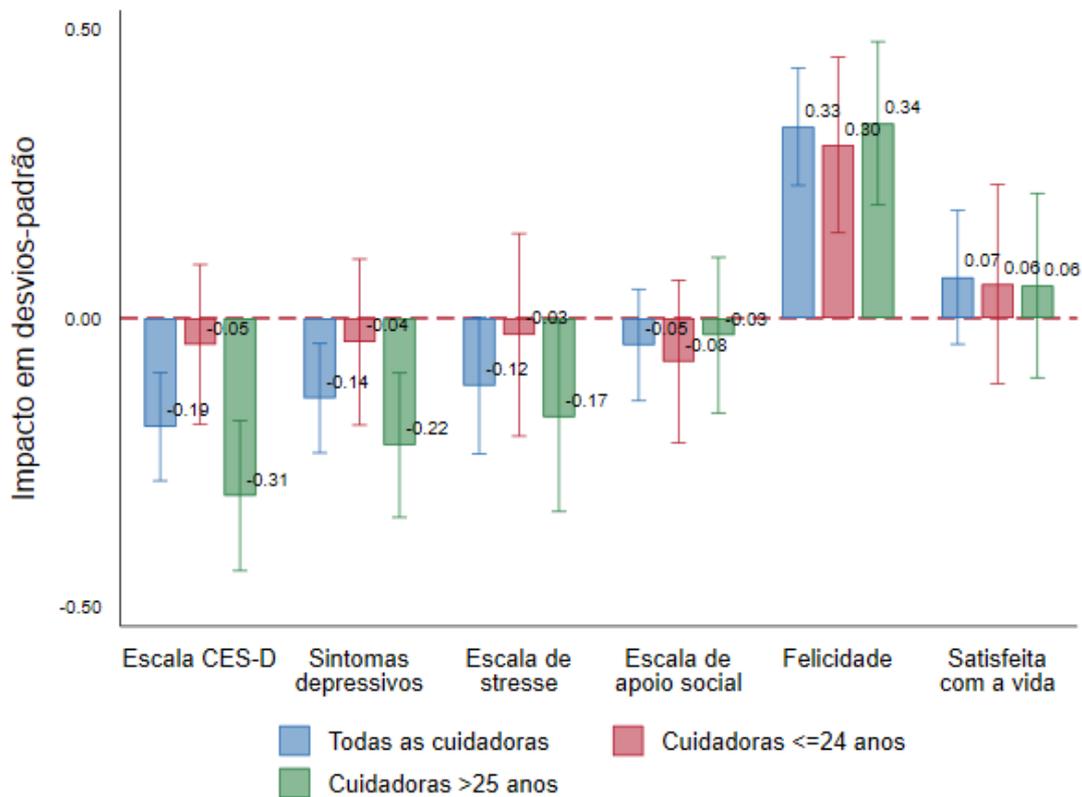
Notas: CES-D significa escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos; GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, e efeitos fixos da inquiridora. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

178. A Figura 11 mostra os impactos do tratamento combinado de transferência e gestão de casos por idade da cuidadora. Para facilitar a comparação entre os resultados em diferentes

²⁶ Observe que a equipe do LEAP de Gana não normalizou seus indicadores, então sua média foi na verdade 31,8 e variou de 10 a 50 (enquanto nós normalizamos o nosso indicador subtraindo 10). Além disso, Hjelm e colegas (2017) analisaram a Escala de Estresse Percebido de Cohen em duas avaliações do Transfer Project na Zâmbia; no entanto, como eles eliminam os quatro itens redigidos positivamente, as pontuações brutas não são diretamente comparáveis à versão de 10 itens que analisamos aqui.

unidades, os resultados são primeiro convertidos em z-scores, padronizando cada indicador em relação ao grupo de comparação em cada rodada de coleta de dados. Com uma exceção (impactos na felicidade), onde foram encontrados impactos significativos na amostra combinada, eles parecem ser impulsionados pelas cuidadoras mais velhas. Para a amostra de cuidadoras jovens, não houve impactos significativos na escala CES-D, sintomas depressivos ou estresse percebido.

Figura 11. Impactos no Bem-estar Psicológico e Apoio Social da Cuidadora, por Idade da Cuidadora



Notas: CES-D significa escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos. Os impactos são estimados usando diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima os impactos para os grupos de tratamento combinados usando a amostra completa (N=3.342), a amostra de cuidadoras jovens (N=1.666) e cuidadoras mais velhas (N=1.676). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, e efeitos fixos da inquiridora.

179. O terceiro domínio é o empoderamento da cuidadora e a liberdade da violência. A Tabela A.8.3 relata o balanceamento e atrição da linha de base para seis variáveis do status e variáveis de empoderamento da cuidadora, incluindo situação financeira (poupanças pessoais e situação econômica familiar), autoavaliação do controle sobre a vida, autonomia, poder de tomada de decisão e participação em grupo. Relatamos primeiro se a própria mulher atualmente estava economizando dinheiro.²⁷ Também incluímos uma medida auto-avaliada da

²⁷ Na linha de base, também informamos o valor em MZN que a cuidadora poupou nos 30 dias anteriores à pesquisa; no entanto, devido à baixa percentagem de poupança, a amostra era muito pequena para analisar esse indicador com confiança (o número total de observações

situação económica do agregado familiar (pobreza subjectiva) pedindo à cuidadora que classificasse o seu agregado familiar numa escada de 10 degraus em comparação com outros agregados familiares na sua comunidade. Também apresentamos uma escala representando o locus de controle, que inclui seis questões sobre escolha percebida e autoeficácia na vida cotidiana. Exemplos dessas perguntas são, nos últimos 12 meses, com que frequência você sentiu que “sua vida é determinada por suas próprias ações” ou “você tem o poder de tomar decisões importantes que mudam o bem-estar de suas crianças”. As respostas foram dadas em uma escala Likert de 5 pontos e somadas para criar uma escala de locus de controle variando de 0 a 24. A consistência interna para o locus de controle foi alta, com valores alfa de 0,79 (linha de base) e 0,82 (linha final). Finalmente, pedimos à cuidadora que avaliasse seu poder geral de tomada de decisão em sua casa e autonomia sobre escolha e controle em sua vida em uma escada de 10 degraus, semelhante à pobreza subjetiva. Por fim, como proxy de capital social, seguindo o Índice de Empoderamento das Mulheres na Agricultura (WEAI), perguntamos se a cuidadora participava de nove tipos diferentes de grupos comunitários (Alkire et al., 2013). Esses grupos incluíam grupos produtivos (por exemplo, grupos de produtores, grupos de crédito ou poupança) e outros tipos de grupos, como grupos cívicos, grupos religiosos ou governo local. Construímos um indicador binário para saber se a cuidadora participava de pelo menos um grupo comunitário.

180. Os níveis de linha de base mostraram que uma percentagem muito baixa de mulheres poupava dinheiro (6%), e entre aquelas que poupavam, o valor economizado nos últimos 30 dias foi de aproximadamente 483 MZN (menos do que o valor mensal da transferência, não relatado). Embora as taxas de poupança fossem baixas, elas eram comparáveis para as mulheres nas linhas de base de avaliação de transferências de renda do Child Grant em Gana (7%), mas mais baixas do que as encontradas na Zâmbia (19%) (LEAP 1000 Evaluation Team, 2018; Natali et al., 2016). A mulher média classificou-se no degrau 3,76 de 10 em termos de pobreza subjetiva, mas os números foram ligeiramente maiores para autonomia (5,00) e tomada de decisão intrafamiliar (4,79). A colocação relatada nas escadas de autonomia e tomada de decisão foi menor do que em amostras comparáveis de mulheres grávidas e recentemente grávidas na avaliação LEAP de Gana (médias de comparação final de 5,6 no controle sobre a vida e 5,5 na tomada de decisão) (LEAP 1000 Evaluation Team, 2018). Finalmente, aproximadamente um quarto das cuidadoras participou de algum tipo de grupo comunitário. Os grupos mais comuns foram grupos religiosos (15%); grupos de crédito ou microfinanças (10%); e grupos de produtores agrícolas, pecuários ou pesqueiros (3%) (não mostrado). Nos seis indicadores, quatro mostraram diferenças significativas entre os grupos de tratamento e comparação, mas nenhum foi de magnitude significativa e nenhum apresentou diferenças significativas na amostra que não participou na linha final.

181. A Tabela 33 relata impactos para o status e empoderamento da cuidadora. Houve impactos da intervenção combinada em termos de poupança (4 pp ou 130% acima da média do grupo de comparação), autonomia autoavaliada (0,40 ou 7% acima da média do grupo de comparação), tomada de decisão autoavaliada (0,43 ou 8% acima da média do grupo de comparação) e situação económica familiar autoavaliada (0,65 ou 17% acima da média do grupo de comparação). Não houve impactos na autoeficácia ou na participação do grupo do tratamento combinado. A maioria dos impactos parece ser impulsionada pela transferência monetária, com exceção da autoavaliação da situação económica dos agregados e da

nesta análise seria apenas n=226). No relatório de linha de base, também apresentamos os principais motivos relatados pelas cuidadoras para poupar dinheiro (para os poupadores atuais, cada mulher podia citar até três motivos). No geral, os principais motivos foram despesas médicas ou de saúde (34%), compra de alimentos a granel (26%) ou outros bens de consumo doméstico (22%), compra de bens duráveis (18%) e fundos de emergência (16%). Relativamente menos cuidadoras relataram poupar por motivos produtivos, incluindo iniciar um novo negócio ou comprar insumos ou ferramentas agrícolas.

participação do grupo, onde houve alguns impactos adicionais entre a amostra elegível para gestão de casos e termos de posição econômica (0,41 ou 12% acima da média de grupo de comparação) e de participação em grupo (8 pp ou 20% acima da média de grupo de comparação).

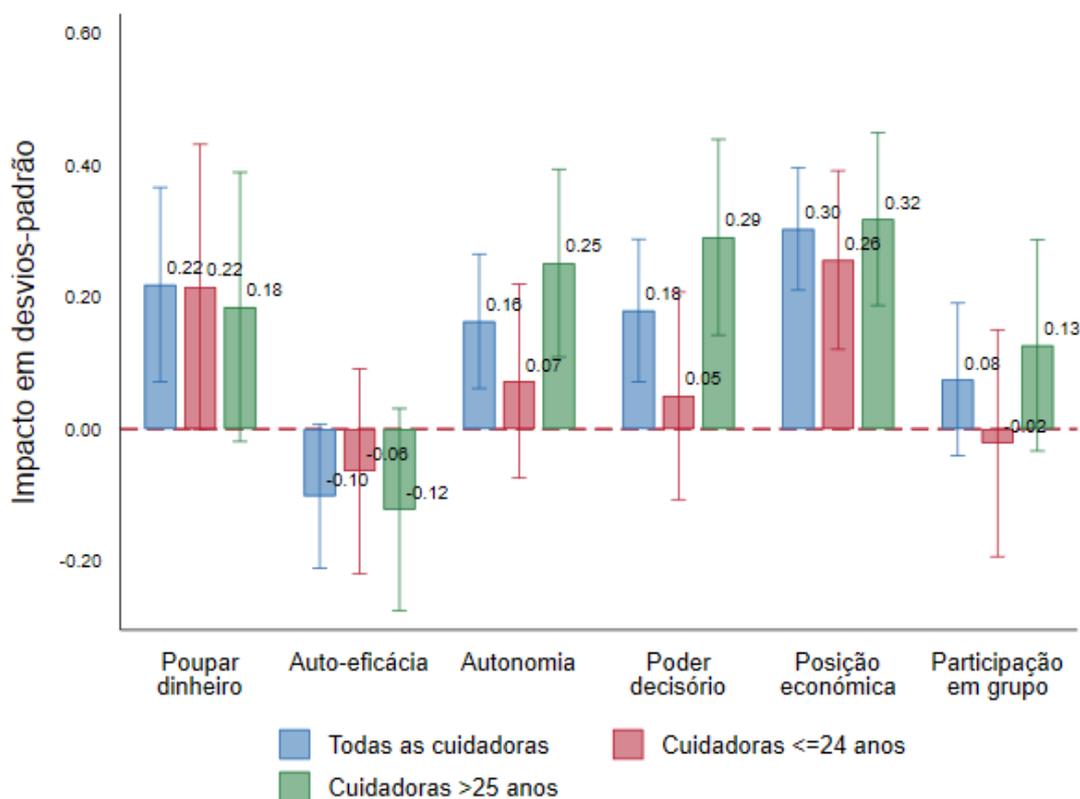
Tabela 33. Impactos no Status e Empoderamento da Cuidadora

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Atualmente a poupar dinheiro	0.04** (0.02)	0.04* (0.02)	0.01 (0.02)	0.03	3342
Controlo sobre a vida e auto-eficácia (0-24)	-0.41 (0.27)	-0.34 (0.29)	-0.24 (0.35)	13.28	3342
Autonomia auto-avaliada (1-10, escada)	0.40*** (0.15)	0.48*** (0.16)	-0.27 (0.20)	5.95	3342
Poder de decisão auto-avaliado (1-10, escada)	0.43*** (0.15)	0.45*** (0.16)	-0.04 (0.20)	5.72	3342
Auto-avaliação da situação económica das famílias (1-10, escada)	0.65*** (0.12)	0.53*** (0.13)	0.41** (0.16)	3.49	3342
Participa em pelo menos um grupo comunitário	0.03	0.01	0.08**	0.41	3342

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, e efeitos fixos da inquiridora. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

182. A Figura 12 mostra os impactos do tratamento agrupado por idade da cuidadora. Semelhante ao domínio do bem-estar psicológico, para facilitar a comparação entre os resultados em diferentes unidades, primeiro convertimos os resultados em z-scores, padronizando cada indicador em relação ao grupo de comparação para cada uma das rodadas de coleta de dados. Semelhante ao domínio anterior, onde foram encontrados impactos significativos na amostra agrupada, eles parecem ser impulsionados pela amostra de cuidadoras mais velhas. A única exceção foi a situação econômica, onde os impactos se acumularam para ambos os grupos.

Figura 12. Impactos no Status e Empoderamento da Cuidadora, por Idade da Cuidadora



183. Notas: Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima os impactos para os grupos de tratamento combinados usando a amostra completa (N=3.342), a amostra de cuidadoras jovens (N= 1.666) e cuidadoras mais velhas (N=1.676). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, e efeitos fixos da inquiridora.

184. Um módulo sobre conflitos e violência intrafamiliar foi administrado a cuidadoras que já tiveram parceria ou viveram com um homem. Da amostra total de 3.342 observações de cuidadoras, 82% estavam atualmente em parceria ou morando com um homem, e 13% já estiveram em parceria ou morando com um homem no passado, resultando em uma amostra funcional para o módulo de 3.058 observações. Além disso, devido a considerações éticas, o módulo foi administrado apenas quando a privacidade pôde ser obtida durante todo o tempo da entrevista, sem interrupções. A privacidade foi obtida em 97% dos casos, resultando em um tamanho total de amostra possível de 3.065.²⁸ Finalmente, por questões éticas, apenas as cuidadoras com 18 anos ou mais foram questionadas diretamente sobre VC emocional e

²⁸ Além disso, as cuidadoras foram autorizadas a "recusar-se" a responder a qualquer pergunta neste módulo. O número de respostas faltantes por recusas foi baixo; no entanto, para maximizar o potencial de divulgação, as respostas ausentes foram tratadas da seguinte forma: quando uma pergunta foi omitida, mas outra pergunta dentro de um tipo de violência foi respondida afirmativamente, o tipo foi codificado como '1' e tratado como não ausente. No entanto, quando uma pergunta foi ignorada e todas as outras perguntas dentro de um tipo foram respondidas de forma não afirmativa, o tipo foi tratado como ausente, pois não está claro se o tipo deve ser codificado como '1' ou '0'. Devido a essa regra de codificação, os tamanhos de amostra para os indicadores de IPV entre os tipos variam um pouco.

física. Portanto, o tamanho total da amostra possível para os indicadores de VC variou até 2.868, dependendo se questões/indicadores específicos foram respondidos ou ignorados por uma determinada mulher. Conforme detalhado nas seções anteriores, bem como no relatório inicial, várias salvaguardas foram implementadas para mitigar riscos ou danos potenciais sofridos pelas mulheres como resultado da participação na pesquisa. Estes incluíam informações de encaminhamento anônimas fornecidas a todas as mulheres, independentemente da divulgação de VC, bem como opções de encaminhamento direto para serviços de assistência social.

185. Apresentamos primeiro indicadores de risco de VC, em particular se o parceiro havia bebido pelo menos uma vez no último mês. O uso de álcool pelo parceiro, particularmente o consumo excessivo de álcool episódico, está consistentemente associado à VC em estudos entre países (Heise & Fulu, 2014). O álcool não apenas diminui as inibições e prejudica a tomada de decisões, mas também aumenta a disposição para correr riscos, e o próprio conflito sobre a bebida pode gerar discussões ou violência. Também apresentamos medidas de proxy para VC perguntando às mulheres se nos últimos 12 meses elas tiveram medo de seu parceiro (e, em caso afirmativo, por quanto tempo). Como a VC é conhecida por ser subnotificada e porque os proxies são mais facilmente solicitados em pesquisas curtas (incluindo triagem para serviços), essas perguntas podem ser informativas se estiverem altamente correlacionadas com experiências reais de VC.

186. Além disso, coletamos informações sobre atitudes que toleram a VC para entender o contexto e as normas entre as mulheres da amostra. Seguimos os itens utilizados no Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA) (2015), que pede às mulheres que reflitam sobre se o marido está 'justificado' a bater na esposa em cinco cenários diferentes. Conforme resumido no relatório de linha de base, a aprovação do espancamento da esposa variou de 15,7% (se ela queimar a comida) a 28,1% (se ela se recusar a fazer sexo com ele) entre as mulheres da amostra (AIR, 2020). Aproximadamente 39% das mulheres relataram justificar a VC em pelo menos um cenário. Essas atitudes aceitam mais a VC em comparação com os achados na amostra nacional do IMASIDA (2015), que mostram que as mulheres raramente justificam cenários individuais de VC (variando de 2% a 8% das vezes) e justificam globalmente a VC em pelo menos um cenário 14% das vezes.

187. Para medidas de VC, implementamos uma versão modificada da Conflict Tactics Scale, recomendada pela OMS e amplamente utilizada pelo DHS (Hindin et al., 2008). Alinhamos as questões individuais com aquelas implementadas no IMASIDA (2015), que foram testadas e validadas nacionalmente em Moçambique. Essas perguntas perguntam sobre instâncias comportamentais específicas nos últimos 12 meses e incluem seis perguntas que representam comportamentos controladores, três perguntas que representam VC emocional e sete questões que representam VC física (com maior gravidade). Devido à natureza sensível das medidas, não coletamos informações sobre violência sexual. Isso resulta na incapacidade de distinguir possíveis impactos em um tipo importante (e grave) de VC experimentado por mulheres – particularmente porque pesquisas anteriores encontraram impactos em medidas combinadas, incluindo VC sexual (Buller et al., 2018). Exemplos de indicadores de comportamentos controladores são se o parceiro “insistiu em saber onde você estava o tempo todo” ou “ficou bravo se você falou com outro homem”. Exemplos de indicadores de VC emocional são se o parceiro “diminuiu ou humilhou você na frente de outras pessoas” ou “a insultou ou fez você se sentir mal consigo mesma”. Finalmente, exemplos de indicadores de VC física são se o parceiro 'te deu um soco com o punho ou um objeto que poderia machucá-la' ou 'ameaçou ou atacou você com uma faca, arma ou qualquer outra arma'. Para os indicadores principais, computamos as medidas de prevalência do ano passado (12 meses) para cada tipo de VC, incluindo uma medida agregada de VC emocional e/ou física.

188. Primeiro descrevemos a dinâmica em torno das parcerias das mulheres a partir do relatório da linha de base. Usando a amostra completa de mulheres em parcerias, mostramos que as mulheres relataram o primeiro casamento ou coabitação com parceiros em média aos 17,6 anos e relataram a primeira gravidez em média aos 18,1 anos. Isso significa que aproximadamente 50% das mulheres podem ser classificadas como menores de idade. A análise inicial de balanceamento e atrição (Tabela A.8.4) mostra que o uso de álcool entre os parceiros foi baixo (apenas 4% de todos os parceiros), provavelmente devido a que a população de estudo é principalmente muçulmana. A percentagem de mulheres que tinham medo de seus parceiros “na maioria das vezes” era alta, de 28%. No total, 61% das mulheres na linha de base relataram comportamentos controladores, 15% relataram VC emocional, 14% relataram VC física e 22% relataram VC emocional ou física. Essas percentagens estão aproximadamente em linha com as estatísticas nacionais, que relatam uma prevalência geral de 12% para VC emocional e 14% para VC física (comportamentos de controle não foram coletados em um recordatório de 12 meses para o inquérito nacional) (Ministério da Saúde et. al., 2015). Nos oito indicadores, dois mostraram diferenças significativas entre os grupos de tratamento e comparação, e um mostrou evidência de atrição diferencial, mas nenhum foi significativamente diferente em magnitude.

189. A Tabela 34 mostra os impactos nas medidas de conflito e violência intrafamiliar, indicando reduções nas atitudes de aceitação de VC impulsionadas pela transferência monetária (impactos agrupados de uma diminuição de 0,26 no número de instâncias que apoiam a VC ou 20% em relação a média do grupo de comparação e uma diminuição de 8 pp em pelo menos uma razão que apoia a VPI, ou uma diminuição de 16% em relação à média grupo de comparação). Embora não tenha havido impactos nos episódios de consumo excessivo de álcool do parceiro, relatos de medo do parceiro ou comportamentos controladores, houve fortes reduções nos resultados principais de VC variando de 9 a 13 pp. Os impactos indicaram reduções de 38% (VC emocional e qualquer VC) e 45% (VC física) em um período de 12 meses. Além disso, houve um impacto adicional da componente de gestão de casos na VC emocional (11 pps), qualquer VC (10 pps) e medo do parceiro (10 pps). Esses impactos estão alinhados com os relatados por Buller e colegas (2018), que mostram que, onde as reduções na VC são encontradas em transferências de dinheiro, elas variam de 11% a 66%, normalmente medidos em períodos de 6 a 12 meses.

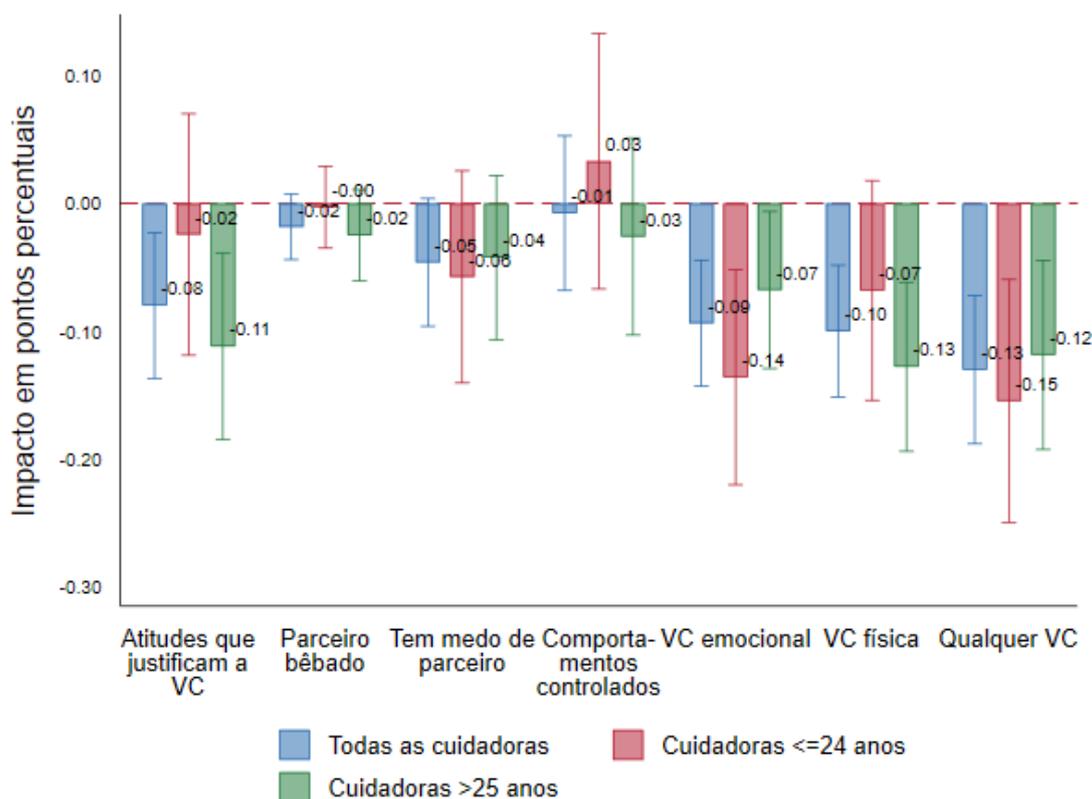
Tabela 34. Impactos no Conflito Intrafamiliar da Cuidadora e na Violência por Parceiro Íntimo

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final Grupo de Comparação	N
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC		
	(1)	(2)	(3)		
Atitudes que aceitam VC (escala, 0-5)	-0.26** (0.11)	-0.31** (0.12)	0.20 (0.15)	1.29	2794
Atitudes que aceitam a VC: pelo menos uma razão	-0.08** (0.03)	-0.09** (0.04)	0.04 (0.05)	0.49	2794
Parceiro embriagado pelo menos uma vez por mês	-0.02 (0.01)	-0.01 (0.02)	-0.03 (0.02)	0.03	2856
Medo do parceiro a maior parte do tempo	-0.04 (0.03)	-0.01 (0.03)	-0.10*** (0.04)	0.23	2868
Comportamentos controlados (nos últimos 12 meses)	-0.01 (0.04)	0.02 (0.04)	-0.07 (0.05)	0.53	2818
VC emocional (últimos 12 meses)	-0.09*** (0.03)	-0.06* (0.03)	-0.11*** (0.04)	0.24	2851
VC física (últimos 12 meses)	-0.10*** (0.03)	-0.08** (0.03)	-0.05 (0.04)	0.22	2817
VC emocional ou física (últimos 12 meses)	-0.13*** (0.03)	-0.10*** (0.04)	-0.10** (0.05)	0.34	2814

Notas: GC = gestão de casos. A amostra inclui apenas cuidadoras com idade igual ou superior a 18 anos que alguma vez estiveram em união de facto e que foram entrevistadas em privado. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

190. A Figura 13 mostra os impactos do tratamento agrupado por idade da cuidadora, mostrando que os impactos entre os subgrupos foram mistos. Para os resultados das atitudes que apoiam a VC e a VC física, os impactos foram causados por mulheres mais velhas; no entanto, para outros resultados, os impactos parecem ser causados por cuidadoras mais jovens (incluindo VC emocional e qualquer VC).

Figura 13. Impactos nos Conflitos Intrafamiliares da Cuidadora e Violência Conjugal, por Idade da Cuidadora



Notas: Indicador de atitudes que apoiam a alguma VC é definido como relatar pelo menos um motivo. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado - usando a amostra completa (N = 2.868), a amostra de cuidadoras jovens (N = 1.150) e famílias chefiadas por mulheres (N = 1.718). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, e efeitos fixos da inquiridora.

191. Os últimos domínios dentro da seção são relacionados com a fecundidade e separação familiar. Esses domínios são particularmente de interesse para os formuladores de políticas

que podem temer que os subsídios para crianças possam aumentar inadvertidamente as gestações e a fecundidade geral se as mulheres tentarem se qualificar ou permanecerem elegíveis para os benefícios. Pesquisas anteriores na África Subsaariana demonstraram que há poucas evidências que apoiam essa dinâmica e, em alguns casos, as transferências de dinheiro reduziram a probabilidade de gravidez precoce para jovens do sexo feminino (Handa et al., 2018). No entanto, é importante mostrar essas análises especificamente para Moçambique. Além disso, há interesse em entender se o componente de gestão de casos aumenta a reunificação familiar ao reduzir o número de crianças biológicas que vivem fora de casa (devido, entre outros, a preocupações econômicas e a incapacidade de sustentar as crianças).

192. Para examinar essas preocupações, apresentamos seis resultados. Primeiro, examinamos se a cuidadora está atualmente grávida ou esteve grávida nos últimos 24 meses (desde a linha de base). Em segundo lugar, examinamos a fertilidade total completada da cuidadora, ou o número de suas crianças nascidas vivas. Em seguida, relatamos as intenções de fertilidade da cuidadora a partir da pergunta sobre quantas crianças adicionais ela gostaria de ter. Por fim, relatamos as medidas sobre a separação de crianças do agregado: (a) o número de crianças biológicas menores de 18 anos que vivem fora do agregado e (b) um indicador de ao menos uma criança menor de 18 anos a morar fora do agregado. Dado que as mulheres da amostra tinham dado à luz no início do estudo, fazemos uma análise transversal das variáveis mencionadas usando dados da linha final.²⁹ Assim, não apresentamos tabelas de balanceamento ou atribuição.

193. A Tabela 35 mostra uma redução de 9 pp nas gestações atuais ou recentes (o que é equivalente a uma redução de 22% sobre a média do grupo de comparação que foi de 41%). Esses impactos são principalmente devidos à transferência monetária. Não há outros efeitos gerais ou adicionais da intervenção nas taxas de fecundidade total, uso de anticoncepcionais ou ideais de fecundidade, com a fecundidade total concluída de 4,03 no grupo de comparação, 31% do grupo de comparação usando um contraceptivo de longo prazo e as mulheres no grupo de comparação desejando um 1,86 crianças adicionais em média. Embora não haja impacto geral na separação familiar, há uma redução adicional de 0,27 no número de crianças que vivem fora de casa devido à componente de gestão de casos (ou uma redução de 34% sobre a média do grupo de comparação cuja média foi 0,82 crianças adicionais). Isto traduz-se numa redução de qualquer criança a viver fora do agregado familiar de 8 pp (ou uma redução de 29% sobre a média do grupo de comparação que foi de 31%). Os impactos favoráveis na separação dos filhos não são totalmente inesperados, pois na linha de base a maioria (63%) das cuidadoras com crianças que vivem fora de casa (n=363) relatou que o principal motivo era econômico (AIR, 2020).³⁰ Os impactos combinados da transferência e a gestão de casos são muito semelhantes por idade da cuidadora e, portanto, não são relatados.

29 Isso ocorre porque praticamente não há variação nas gestações e partos na linha de base, e os resultados como o uso de anticoncepcionais podem ser distorcidos devido à infertilidade pós-parto (devido à amenorreia lactacional quando as mulheres estão amamentando e não menstruam).

30 Outros motivos citados foram escolaridade (33%), porque a criança já era casada ou tinha família própria (10%) e outros motivos (10%). Observe que, no caso de uma cuidadora ter mais de uma criança morando fora de casa, ela poderia dar uma razão principal por criança.

Tabela 35. Impactos na Fertilidade da Cuidadora e Separação Familiar

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final Grupo de Comparação	N
	DS	DS Dinheiro	Impacto		
	Tratamentos Combinados (1)	(2)	Adicional GC (3)		
Actualmente grávida ou grávida nos últimos 24 meses	-0.09*** (0.03)	-0.09*** (0.03)	-0.02 (0.04)	0.41	1624
Taxa total de fertilidade (crianças já nascidas)	-0.13 (0.09)	-0.12 (0.10)	-0.08 (0.14)	4.03	1627
Actualmente a utilizar contracepção a longo prazo	0.04 (0.03)	0.03 (0.03)	0.05 (0.04)	0.34	1627
Número ideal de crianças adicionais	-0.02 (0.10)	0.02 (0.11)	-0.07 (0.15)	1.86	1627
Qualquer criança biológica < 18 anos a viver fora de casa	0.01 (0.03)	0.03 (0.03)	-0.08** (0.04)	0.31	1627
Número de crianças biológicas < 18 anos a viver fora de casa	0.00 (0.07)	0.09 (0.08)	-0.28** (0.11)	0.82	1627

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando uma diferença simples (DS) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

194. Embora esses resultados sejam encorajadores, indicando que a intervenção estava ajudando aos agregados a se reunir e reduzir a gravidez e a fecundidade da cuidadora principal no curto prazo, também é útil para entender comportamentos e resultados de forma mais ampla entre mulheres em idade reprodutiva. Replicamos os achados entre todas as mulheres de 10 a 49 anos que vivem nos agregados da amostra, aumentando o tamanho da amostra em aproximadamente 1.000 mulheres (não mostrado). Para esta amostra mais ampla, não coletamos dados sobre uso de anticoncepcionais ou fertilidade ideal. Os resultados foram consistentes com os da cuidadora principal, em que a intervenção reduziu as gestações atuais ou recentes em 6 pp (21% acima da média do grupo de comparação que foi de 29%), impulsionada pela transferência. Além disso, a componente de gestão de casos reduziu o número de crianças e a ocorrência de alguma criança a morar fora de casa. A principal diferença foi a falta de impacto nas taxas de fecundidade total, o que pode ser em parte devido à idade geral mais baixa desta amostra.

9 CRIANÇAS MAIS VELHAS

195. Nesta seção, apresentamos evidências sobre o impacto da intervenção em crianças mais velhas (principalmente aquelas de 3 a 17 anos) em quatro domínios principais: (a) bem-estar material, (b) escolaridade, (c) alocação de tempo, incluindo escola e trabalho (trabalho produtivo e de cuidados) e (d) violência contra crianças, incluindo o uso de ritos de iniciação entre crianças do sexo feminino.

196. Embora a intervenção seja dirigida a crianças pequenas (0-6 meses), a natureza incondicional do subsídio e o marco lógico sugerem uma série de efeitos potenciais em todas as crianças que vivem no agregado familiar. Espera-se que esses efeitos sejam amplamente positivos, no entanto, também há algum potencial para efeitos adversos, especificamente em torno do uso do tempo (ou seja, se as famílias se envolverem em trabalho produtivo adicional

dependendo das contribuições das crianças) ou se houver compensações feitas entre investimentos em crianças mais novas versus mais velhas. Havia um total de 3.164 crianças de 3 a 17 anos na amostra inicial e 4.264 crianças de 3 a 17 anos no final para um tamanho total de amostra combinado possível de 7.428 crianças. Geralmente, o maior grupo é formado por crianças em idade escolar primária, ou de 6 a 11 anos (compreendendo quase metade da amostra em todas as rodadas da pesquisa). Todas as estimativas nesta seção são desagregadas por idade e sexo da criança. Destacamos os resultados mais relevantes como parte da narrativa principal, no entanto, os resultados completos da subamostra para cada grupo podem ser encontrados no Anexo B.

9.1 Bem-estar Material

197. Além das medidas de privação apresentadas ao nível do agregado familiar, examinamos o impacto no bem-estar material da criança, incluindo a posse de um par de sapatos ou sandálias, uma muda de roupa, um cobertor e o uso de uma rede mosquiteira para dormir. Esses são os indicadores mais comumente usados das necessidades materiais das crianças em ambientes de baixa renda, recomendados pela Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre monitoramento e avaliação de órfãos e outras crianças vulneráveis (UNICEF, 2005). Seguindo a orientação da UNGASS, também criamos um indicador de necessidades materiais combinadas, como um indicador de possuir os três itens: sapatos ou sandálias, uma muda de roupa e um cobertor.

198. Na linha de base, as roupas infantis são a necessidade mais “satisfeita”. Aproximadamente 85% das crianças em ambos os grupos de tratamento e comparação tiveram uma muda de roupa (Tabela A.9.1.1). Enquanto isso, possuir um par de sapatos ou sandálias é a necessidade menos atendida (45%), seguida por um cobertor (49%). A Tabela A9.1.1 mostra a análise de balanceamento e atribuição da linha de base nesses quatro indicadores, bem como o indicador combinado, possuindo todos os três itens. A amostra está bem equilibrada na linha de base, com apenas um resultado (sapatos) mostrando diferenças significativas (mas menores 0,25 DP). Além disso, os dois indicadores mostram evidências de atribuição diferencial em níveis elevados. Para a posse de sapatos ou sandálias, cuja magnitude é de 0,35 e para o indicador combinado de 0,28, portanto, os impactos devem ser interpretados com cautela.

199. A Tabela 36 mostra os impactos da intervenção no indicador agregado de bem-estar material para a amostra completa de crianças e para os itens constituintes. Para a amostra completa, a intervenção aumenta o bem-estar material em 21 pp, ou um aumento de 58% em relação à média do grupo de comparação. A magnitude desses impactos médios para todas as três necessidades é duas vezes maior em comparação com os observados em Gana para a posse de sapatos e um par extra de roupas (LEAP 1000 Impact Evaluation Team, 2018), mas um pouco menor do que aqueles observados na Zâmbia (AIR, 2016) e Malawi, ambos para um indicador combinado de ter todos os três itens (CPC 2016). Os impactos também mostram efeitos fortes e estatisticamente significativos da intervenção sobre a proporção de crianças na posse de um par de sapatos ou sandálias (17 pps) e de um cobertor (17 pps). O impacto de dormir sob um mosquiteiro é de cerca de 13 pps. A falta de impacto nas roupas pode ser devido aos altos níveis em ambos os grupos (no final, 96% do tratamento e 94% no grupo de comparação relatam possuir uma muda de roupa). Em todas as amostras, esses impactos parecem se acumular com base no componente de transferência de renda, em vez do componente de gestão de casos, o que é consistente com a forte ligação hipotética à segurança econômica. Para apenas um item (dormir sob um mosquiteiro), há um impacto benéfico adicional do componente de gestão de casos (7 pp).

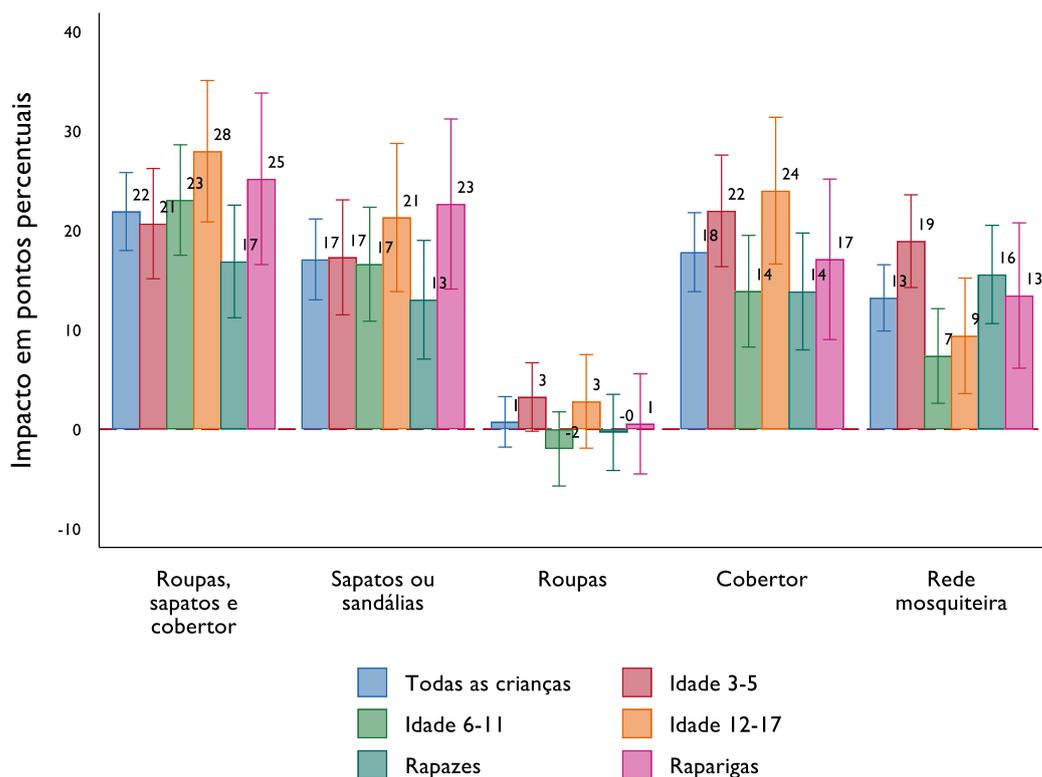
Tabela 36. Impactos no Bem-estar Material (Crianças de 3 a 17 Anos)

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	N
	DiD	DiD	Impacto	Grupo de	
	Tratamentos Combinados	Dinheiro	Adicional GC	Comparação	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tem sapatos, roupa e um cobertor	0.21*** (0.02)	0.22*** (0.03)	-0.01 (0.03)	0.36	6822
Tem um par de sapatos ou sandálias	0.17*** (0.02)	0.17*** (0.03)	-0.01 (0.03)	0.45	6826
Tem uma muda de roupa	0.01 (0.01)	0.01 (0.02)	0.00 (0.02)	0.94	6830
Tem um cobertor	0.17*** (0.02)	0.19*** (0.02)	-0.05* (0.03)	0.65	6828
Dormiu debaixo de uma rede mosquiteira ontem à noite	0.13*** (0.02)	0.11*** (0.02)	0.07*** (0.03)	0.80	6821

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), da criança (idade e sexo), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

200. A Figura 14 ilustra os impactos da intervenção conjunta no indicador de bens materiais e itens separados entre os subgrupos. A análise desagregada do índice combinado por sexo e faixa etária mostra que os efeitos são maiores para as crianças pequenas (3 a 5 anos), bem como para as de 12 a 17 anos (cerca de 29 pps e 25 pps, respectivamente). Essas faixas etárias também apresentam os maiores impactos nos indicadores individuais de ter calçados e cobertor. Notavelmente, os impactos para dormir sob mosquiteiros e acesso ao cobertor parecem ser maiores em magnitude entre os meninos em comparação com as meninas. Não são observadas grandes diferenças de gênero em outros indicadores. Para obter mais detalhes sobre essas estimativas por gênero e faixa etária, consulte a Tabela B9.1.1.

Figura 14. Impactos no Bem-estar Material das Crianças, por Sexo e Idade



Notas: Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado - usando a amostra completa (N = 6.822), as meninas (N = 3.495), os meninos (N = 3.327) e grupos etários (3-5 anos de idade N=1.923; 6-11 anos de idade N=3.253; 12-17 anos de idade N=1.646). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final.

9.2 Educação

201. O ano anterior à recolha de dados finais foi sem precedentes para crianças em idade escolar em Moçambique. Seguindo uma tendência em muitos países africanos, o governo fechou todas as escolas primárias e secundárias em 23 de março de 2020 devido à pandemia do COVID-19. A coleta de dados final ocorreu apenas algumas semanas após a reabertura oficial das escolas em 22 de março de 2021, após um ano de fechamento da escola. De acordo com a avaliação da UNESCO, as crianças moçambicanas perderam 471 dias de escolaridade. Isso é semelhante a outros países da região. A grave perturbação da aprendizagem dificilmente foi compensada pelo ensino à distância organizado pelas autoridades educativas distritais sob a orientação do MINEDH. De acordo com uma pesquisa nacional por telefone realizada em setembro de 2020, apenas um em cada cinco alunos do ensino fundamental havia se comunicado com o professor durante a semana anterior à entrevista (UNICEF Moçambique 2021c). Muitos cuidadores apontaram a falta de apoio dos professores e da escola como um dos principais fatores que impedem a aprendizagem à distância da criança. As províncias do norte, incluindo Nampula, geralmente se saíram pior do que as do centro e do sul.

202. Impulsionados pelas evidências de muitos países africanos sobre os efeitos positivos das transferências incondicionais de subsídios para crianças nas decisões de escolaridade

(Davis, et al 2016), examinamos os impactos nos resultados da educação operacionalizados por meio de seis indicadores no nível da criança: (a) já frequentou a escola ; (b) atualmente a frequentar a escola; (c) série atual (d) participação escolar (ou número de dias frequentados na última semana) e (e) despesas educacionais nos últimos 12 meses (incluindo taxas de matrícula, livros e outros materiais escolares, uniformes e roupas esportivas, transporte para a escola). Para os três últimos indicadores, a amostra restringe-se à amostra de crianças que declararam frequentar no momento da pesquisa.

203. Três quartos da amostra total de crianças de 6 a 17 anos (75%) já frequentaram a escola na linha de base. Uma proporção semelhante (70%) frequentava a escola no momento da pesquisa final, sem diferença entre os grupos de comparação e tratamento (Tabela A9.2.1). Nos cinco indicadores, três mostraram atribuição diferencial estatisticamente significativa, com todos, exceto apenas dois (série atual e despesas) excedendo o limite de 0,25. Consideramos as diferenças controlando por uma série de características individuais da criança, a cuidadora e o agregado. No entanto, os impactos sobre esses resultados devem ser interpretados com cautela.

204. A Tabela 37 mostra o impacto nos principais resultados educacionais para todas as crianças em idade escolar (6 a 17 anos). Apesar do COVID-19 desafiar o contexto educacional, não vemos nenhuma retirada dramática de crianças da escola em nenhum dos grupos. Os resultados mostram um aumento de 5 pp na probabilidade de frequentar a escola (ou 8% acima da média do grupo de comparação) devido à intervenção, que são principalmente atribuíveis à componente monetária da intervenção. Além disso, as crianças do grupo de tratamento também são 5 pp mais propensas a frequentar a escola atualmente (ou 8% acima da média do grupo de comparação), mas o efeito é marginalmente significativo. A magnitude do impacto está de acordo com os resultados do mesmo indicador na Tanzânia para crianças de 4 a 16 anos (PSSN Youth Evaluation Team, 2018).

205. Em contraste com esses achados, observamos um declínio de 0,32 dias na probabilidade de frequência escolar na última semana completa de aula. O efeito observado é impulsionado principalmente pelo impacto adicional da componente de gestão de casos da intervenção e significativo apenas entre as meninas. A comparação dos dados de linha de base e linha final sugere uma grande mudança geral do padrão de atendimento em período integral para meio período devido à restrição do lado da oferta (número limitado de alunos por meio de medidas de segurança introduzidas nas escolas). Na linha de base, em média, 82% das crianças de 6 anos -11 e 86% das crianças de 12 a 17 anos frequentavam a escola 5 dias por semana (das que atualmente frequentavam) em comparação com cerca de 10% na linha final (em ambos os grupos). Desde a reabertura em março de 2021, a maioria das escolas seguiu o orientação das autoridades educacionais do distrito que admitem alunos em rodízio (duas a três vezes por semana) para manter o número de turmas baixo e impedir a propagação do COVID-19. Cada escola estabeleceu sua própria rotina com base no tamanho da escola e nas condições específicas da comunidade. Na linha, a maior proporção de crianças na amostra conjunta frequentava a escola dois ou três dias por semana (17% para as crianças de 6-11 anos de idade e 29% para aquelas de 12-17 anos).

206. As mudanças entre os grupos de tratamento e comparação são relativamente pequenas e mais sutis em comparação com a escala geral de mudanças em ambos os grupos devido às condições escolares do COVID-19.³¹ As diferenças observadas provavelmente estão relacionadas a fatores baseados na escola em comunidades específicas. Por exemplo, uma proporção maior de crianças em Nacala-a-Velha relata que não vai à escola (0 dias) – este efeito

31 A verificação de robustez considerando o viés introduzido pelos recenseadores foi investigada. Como os enumeradores estão alinhados com as comunidades, incluir os efeitos fixos do enumerador na linha final remove qualquer significância nas estatísticas do grupo de tratamento agrupado neste indicador. A falta de dados baseados na escola limita investigações adicionais.

pode ser causado pelo fechamento de escolas em certas comunidades de atendimento. Testes adicionais com controles para efeitos de enumeradores parecem confirmar esta explicação, dado que cada enumerador estava cobrindo uma determinada comunidade/área de assentamento. Além disso, esse padrão é observado para os gastos escolares, em que o componente de gestão de casos está vinculado a menores gastos. Investigações adicionais por componentes de despesas mostram que esse efeito é impulsionado pelas taxas escolares, sugerindo que talvez as crianças nas mesmas comunidades onde a frequência é zero, podem não ter iniciado o pagamento das taxas escolares.

Tabela 37. Impactos nos Resultados Educacionais (crianças de 6 a 17 Anos)

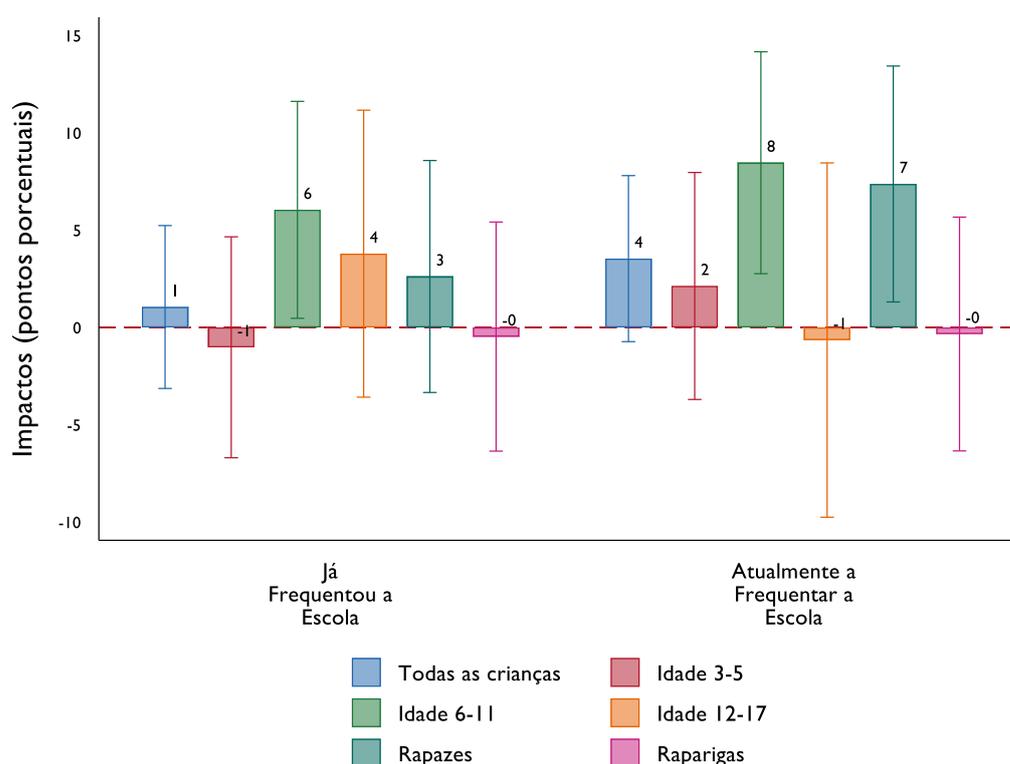
Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Alguma vez frequentou a escola	0.05** (0.03)	0.07** (0.03)	-0.05 (0.04)	0.62	4872
Actualmente a frequentar a escola	0.05* (0.03)	0.07** (0.03)	-0.05 (0.04)	0.64	4466
Série actual	0.04 (0.11)	0.08 (0.12)	-0.16 (0.14)	4.24	3079
Número de dias na escola (última semana completa de aulas)	-0.32*** (0.11)	-0.04 (0.11)	-0.96*** (0.14)	2.00	3082
Gastos em educação (12 meses)	-5.41 (21.17)	11.12 (22.53)	-59.25** (27.38)	153.86	3082
Taxas de matrícula na escola (12 meses)	-11.00* (5.70)	-5.68 (6.06)	-18.77** (7.37)	8.80	3082

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), da criança (idade e sexo), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

A

207. Figura 15 mostra os impactos por gênero e idade para a frequência escolar. Os resultados mostram que os impactos são impulsionados pelos meninos e pela faixa etária de 6 a 11 anos (as faixas etárias mais sensíveis ao novo ingresso na escola). Embora vejamos um impacto adicional de 10 pp da componente de gestão de casos entre as meninas (não apresentado aqui), isso não se traduz em efeitos agrupados.

Figura 15. Impactos na Frequência Escolar, por Sexo e Idade



Notas: Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final.

9.3 Uso do Tempo

208. As evidências mostram que os efeitos dos subsídios em dinheiro sobre o trabalho infantil e as decisões de escolarização são complexos e interligados com os investimentos familiares em ativos produtivos e microempresas resultantes (de Hoop et al, 2020). Compreender os efeitos no uso do tempo das crianças complementa as evidências apresentadas na seção anterior sobre resultados educacionais e fornece uma imagem mais abrangente da escolaridade infantil versus trabalho. Nesta seção apresentamos resultados sobre a alocação de tempo da criança relacionada a (a) escolaridade, (b) atividades produtivas, (c) trabalho remunerado e não remunerado e (d) tarefas domésticas. Medimos esses domínios por meio de um conjunto de 13 indicadores padrão de uso do tempo capturando atividades específicas com o período de referência das últimas 24 horas (coletar água, coletar lenha, cuidar de familiares e tarefas domésticas) e a última semana (atividades agrícolas, ajudando em negócios não agrícolas, cuidado de gado ou aves, atividades de pesca). O último captura atividades que podem não acontecer todos os dias. Além disso, a pesquisa final coletou dados sobre três indicadores que capturam a frequência do envolvimento da criança em atividades produtivas fora do lar durante a última estação chuvosa. Todos os resultados são baseados em dados do questionário do agregado familiar, no qual a cuidadora principal é solicitada a fornecer informações sobre educação e trabalho sobre todos os membros do domicílio.

209. A Tabela A.9.3 mostra o balanceamento e a atrição destas variáveis. As crianças de 5 a 17 anos da amostra agrupada gastaram, em média, 2,7 horas diárias em tarefas domésticas

e atividades como pegar água, lenha, cuidar de familiares e outras tarefas. Isso é substancialmente mais do que 1,7 horas gastas para a educação formal. Além disso, a amostra agrupada mostra um total de 1,5 horas gastas na última semana em atividades produtivas remuneradas ou como parte da empresa familiar (atividades agrícolas, negócios não agrícolas, cuidados com gado ou aves e atividades de pesca). Nos 16 indicadores deste domínio, 11 mostram diferenças de linha de base em toda a amostra do painel, que estão bem abaixo do limite mínimo recomendado de 0,25 DP. Também observamos atrição diferencial em oito indicadores, incluindo seis que ultrapassam os limites mínimos (cuidar de membros da família = 0,26; escolaridade = 0,49; estudar em casa = 0,27; dias na preparação da terra = 0,37; trabalho não agrícola = 0,40; e dias na colheita = 0,27). Embora controlamos pelas diferenças com um conjunto de indicadores de nível domiciliar, comunitário e individual, os resultados desses indicadores devem ser tomados com cautela.

210. As transferências de dinheiro aumentaram a alocação de tempo das crianças nas tarefas domésticas no Malawi e na Zâmbia (de Hoop et al. 2020). Em Moçambique, a intervenção demonstra pequenas, mas estatisticamente significativas, reduções no tempo médio gasto pelas crianças em tarefas domésticas (0,27 horas a menos ou -12%) em diferentes atividades, incluindo coleta de lenha, cuidado de membros da família e outras tarefas domésticas. As diferenças são impulsionadas principalmente pelo componente da transferência monetária. No total, as crianças gastam cerca de uma hora e meia por dia nessas atividades. Também há pouca mudança entre as médias da linha de base e da linha final nas tarefas domésticas e no tempo gasto na coleta de lenha, sugerindo que essas são tarefas domésticas relativamente estáveis ou menos sensíveis a mudanças na disponibilidade de tempo (por exemplo, mais tempo devido à redução do horário escolar durante a COVID-19).

211. O maior impacto observado na amostra agrupada de crianças está relacionado à alocação de tempo das crianças em atividades produtivas. No total, as crianças em domicílios de tratamento gastaram em média 0,96 horas a menos (-40%) em todas essas atividades, com maiores reduções observadas em atividades agrícolas (0,58 horas a menos) e pesca (0,28 horas a menos). As horas em atividades agrícolas aumentaram substancialmente para ambos os grupos entre a linha de base e a linha final, provavelmente absorvendo algum tempo livre da escolaridade formal. No entanto, o aumento de crianças em domicílios de tratamento foi muito menor (38 minutos) em relação ao grupo de comparação (70 minutos). Este impacto na atividade produtiva incide principalmente através da componente monetária da intervenção. As reduções observadas nos dias que as crianças passam na colheita e preparação da terra na última estação chuvosa parecem apoiar esta descoberta. No entanto, apenas na colheita, que demonstra 0,81 menos dias alocados, o efeito é significativo para os efeitos agrupados impulsionados pela transferência. Na preparação da terra e no trabalho de não colheita, observa-se um impacto adicional da componente de gestão de casos (uma redução de 1,2 dias e 1,5 dias, respectivamente), mas não na amostra agrupada.

Tabela 38. Impactos no Uso do Tempo (Crianças de 5 a 17 Anos)

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final Grupo de Comparação	N
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Horas (últimas 24 horas)					
Todo o trabalho e cuidados domésticos (as últimas 24h)	-0.27** (0.12)	-0.22* (0.13)	-0.10 (0.16)	2.30	5773
Todas as actividades produtivas (a última semana)	-0.96*** (0.25)	-0.89*** (0.25)	-0.35 (0.33)	2.37	5773
Todas as actividades relacionadas com a escola (as últimas 24 h)	-0.48*** (0.17)	-0.37** (0.18)	-0.37 (0.23)	1.35	5773
Tempo na escola	-0.31*** (0.10)	-0.25** (0.10)	-0.20* (0.13)	0.59	5773
Ir à escola	-0.08 (0.10)	-0.03 (0.10)	-0.18 (0.13)	0.59	5773
Estudar em casa	-0.09** (0.04)	-0.08* (0.04)	-0.00 (0.05)	0.18	5773
Recolha de água	0.03 (0.05)	0.05 (0.05)	-0.04 (0.06)	0.67	5773
Recolha de lenha	-0.11*** (0.04)	-0.08 (0.05)	-0.08 (0.06)	0.42	5773
Outras tarefas domésticas	-0.10** (0.06)	-0.09 (0.06)	-0.06 (0.08)	0.92	5773
Cuidar dos membros da família	-0.09* (0.05)	-0.09* (0.06)	-0.04 (0.07)	0.33	5773
Dormir	-1.46*** (0.15)	-1.75*** (0.16)	1.10*** (0.20)	9.15	5773
Horas (semana passada)					
Actividades agrícolas	-0.58*** (0.19)	-0.52** (0.21)	-0.26 (0.26)	1.89	5773
Ajudar nos negócios não-agrícolas	-0.11*** (0.04)	-0.09** (0.05)	-0.08 (0.06)	0.08	5773
Cuidados com o gado ou aves de capoeira	0.01 (0.02)	0.02 (0.03)	-0.03 (0.03)	0.03	5773
Trabalho pago	0.01 (0.06)	0.03 (0.06)	-0.09 (0.09)	0.07	5773
Actividades de pesca	-0.29*** (0.07)	-0.29*** (0.08)	0.01 (0.10)	0.30	5773
Dias (última estação chuvosa)					
Preparação do terreno	-0.46 (0.37)	0.14 (0.40)	-1.15** (0.49)	3.66	5773
Trabalho sem incluir a colheita	0.09 (0.32)	0.33 (0.34)	-1.50*** (0.43)	2.47	5773
Colheita	-0.81*** (0.27)	-0.67** (0.29)	-0.58 (0.36)	3.05	5773

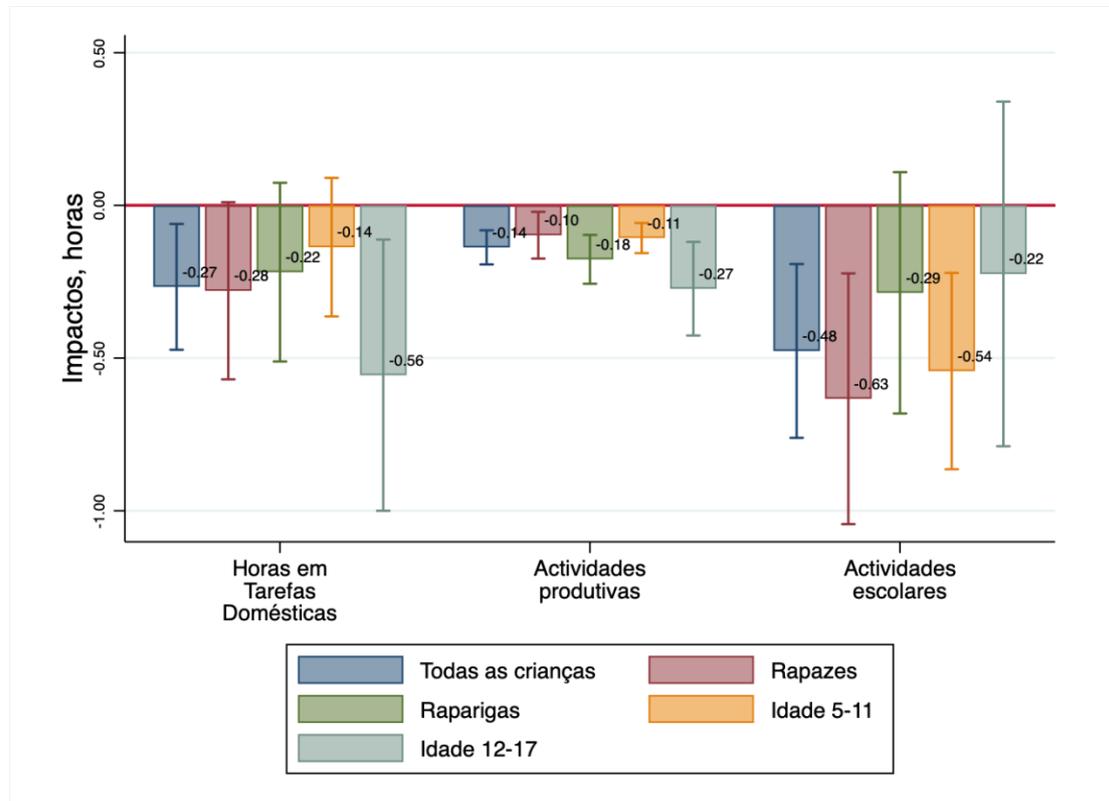
Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), da criança (idade e sexo), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

212. De modo geral, os resultados não demonstram uma realocação significativa de tempo entre os diferentes tipos de actividades económicas (remuneradas ou não) devido à intervenção, como foi observado em outros países. Por exemplo, na Tanzânia (PSSN Youth

Evaluation Team, 2018), a avaliação de impacto encontrou uma mudança do trabalho remunerado para atividades econômicas familiares e na Zâmbia, as crianças trabalhavam mais para a empresa familiar (AIR, 2016). Embora haja grandes mudanças nos padrões de uso do tempo das crianças entre as pesquisas de linha de base e final em ambos os grupos, é provável que isso resulte de fatores contextuais, como maior disponibilidade de tempo das crianças após o fechamento da escola. No mínimo, a intervenção parece servir como um amortecedor, protegendo até certo ponto as crianças do grupo de tratamento do aumento da demanda por trabalhos agrícolas e outros.

213. A Figura 16 mostra os impactos no uso do tempo das crianças por sexo e idade, com foco em os indicadores agregados. A figura mostra que os impactos nas atividades relacionadas à escola são impulsionados principalmente por reduções entre as crianças de 5 a 11 anos (0,56 horas a menos). O declínio na contribuição da criança para cuidar de familiares e outras tarefas domésticas é impulsionado por impactos entre os jovens de 12 a 17 anos, provavelmente porque eles gastaram cerca de duas vezes mais tempo nessas atividades do que os de 5 a 11 anos. Os meninos são mais propensos a reduzir o tempo gasto em atividades domésticas (0,28 horas) e atividades produtivas (0,10 horas). Em contraste com as meninas, também vemos uma redução no tempo alocado para a escolaridade (0,63 horas a menos). O tempo das meninas nas tarefas domésticas é impulsionado pelas demandas domésticas, bem como pelas normas sociais e provavelmente será altamente inelástico a mudanças. Uma pequena redução no tempo gasto em tarefas mais trabalhosas de coleta de lenha (0,16, não mostrado aqui) é igual em magnitude entre dinheiro e componente de gestão de casos, mas marginalmente significativo para este último. Os resultados completos dos impactos por braço de tratamento, faixa etária e gênero estão incluídos nas Tabelas B.9.3.1 – B.9.3.3).

Figura 16. Impactos no Uso do Tempo das Crianças, por Sexo e Idade



Notas: Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado - usando a amostra completa (N = 7,038), as meninas (N = 3.492), os meninos (N = 3.331) e grupos etários (5-11 anos de idade N=4,985; 12-17 anos de idade N=2,053).

Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final.

9.4 Violência contra as Crianças

214. Seguindo o MICS, coletamos medidas de disciplina violenta de todas as crianças de 1 a 14 anos dos agregados (UNICEF, 2010). Utilizamos o questionário MICS-6, adaptado da Parent-Child Conflict Tactics Scale, que questiona cerca de 10 comportamentos específicos no último mês (30 dias). Três itens perguntam sobre comportamentos disciplinares positivos e sete perguntam sobre comportamentos disciplinares violentos. As sete questões medem a disciplina violenta e podem ser categorizadas em agressão psicológica (duas questões) e punição física (cinco questões). Exemplos de agressão psicológica incluem o seguinte: "Gritei ou berrei com ele/ela" ou "Chamou-o de burro, preguiçoso ou outro nome assim". Exemplos de punição física incluem o seguinte: "Espancou, bateu ou esbofeteou-o no bumbum com a mão nua" ou "Bateu ou esbofeteou-o no rosto, cabeça ou orelhas". Omitimos uma das perguntas do MICS sobre o castigo físico devido à sua gravidade e implicações éticas relacionadas (ou seja, a medida de espancá-lo, bater nele repetidamente com toda a força possível). As três perguntas que medem a disciplina não-violenta incluem, por exemplo, "explicar por que um comportamento é errado" ou "dar a ele outra coisa para fazer". Por fim, fizemos uma pergunta relacionada às normas em torno do uso da disciplina violenta - ou seja, se a cuidadora acredita que "para criar e educar uma criança adequadamente, a criança precisa ser punida fisicamente". Para esta análise, foram utilizados múltiplos cortes transversais de qualquer criança residente na amostra do estudo, independentemente de aparecerem em ambas as coletas de dados, resultando em um tamanho amostral de 8.062 observações de crianças.

215. A Tabela A.9.4.1 mostra o balanceamento e a atrição da linha de base para os indicadores principais, mostrando que 47% das crianças relataram ter sofrido alguma disciplina não violenta no mês anterior à pesquisa, 41% das crianças sofreram agressão psicológica, e 32% relataram ter sofrido punição física, para uma prevalência total combinada de disciplina violenta de 48%. Além disso, em 13% dos casos, a cuidadora acreditava que a disciplina violenta era necessária para criar as crianças. Todos os indicadores mostraram bom equilíbrio na linha de base, e apenas um indicador (crença em disciplina violenta) mostrou atrição diferencial (no entanto, não acima do limite de 0,25). Embora os níveis de disciplina violenta pareçam generalizados, estes foram inferiores aos números apresentados em uma análise de mais de 30 países, mostrando que quase três em cada quatro crianças sofreram agressão psicológica nos últimos 30 dias e quase metade castigo físico (UNICEF, 2010).

216. A Tabela 39 relata impactos na disciplina violenta. Os resultados mostraram que, em geral, a intervenção reduziu a ocorrência de agressão psicológica (7 pp ou 14% acima da média do grupo de comparação), qualquer disciplina violenta (9 pp ou 16% acima da média do grupo de comparação) e a crença da cuidadora de que a disciplina violenta é necessária para criar filhos (4 pp ou 67% acima da média do grupo de comparação). Não houve impacto geral sobre o castigo físico. Além disso, a intervenção geral parece ter reduzido o relato da cuidadora de disciplina não violenta (10 pp ou 13% sobre a média do grupo de comparação) – que idealmente seria mantido ou aumentado devido a práticas parentais positivas.³² Houve um forte impacto adicional do componente de gestão de casos nos resultados, variando de 6 a 17 pps, indicando que esse componente teve um forte efeito independente na redução da disciplina violenta. Isso foi particularmente notável para o castigo físico, onde o componente

32 Mais investigações são necessárias para entender esse resultado. Uma explicação possível é que as cuidadoras estão gastando mais tempo trabalhando nos grupos de tratamento, gastando menos tempo com as crianças (e menos necessidade de usar disciplina não violenta).

de gestão de casos resultou em uma diminuição adicional de 17 pp (ou uma diminuição de 63% em relação à média do grupo de comparação).

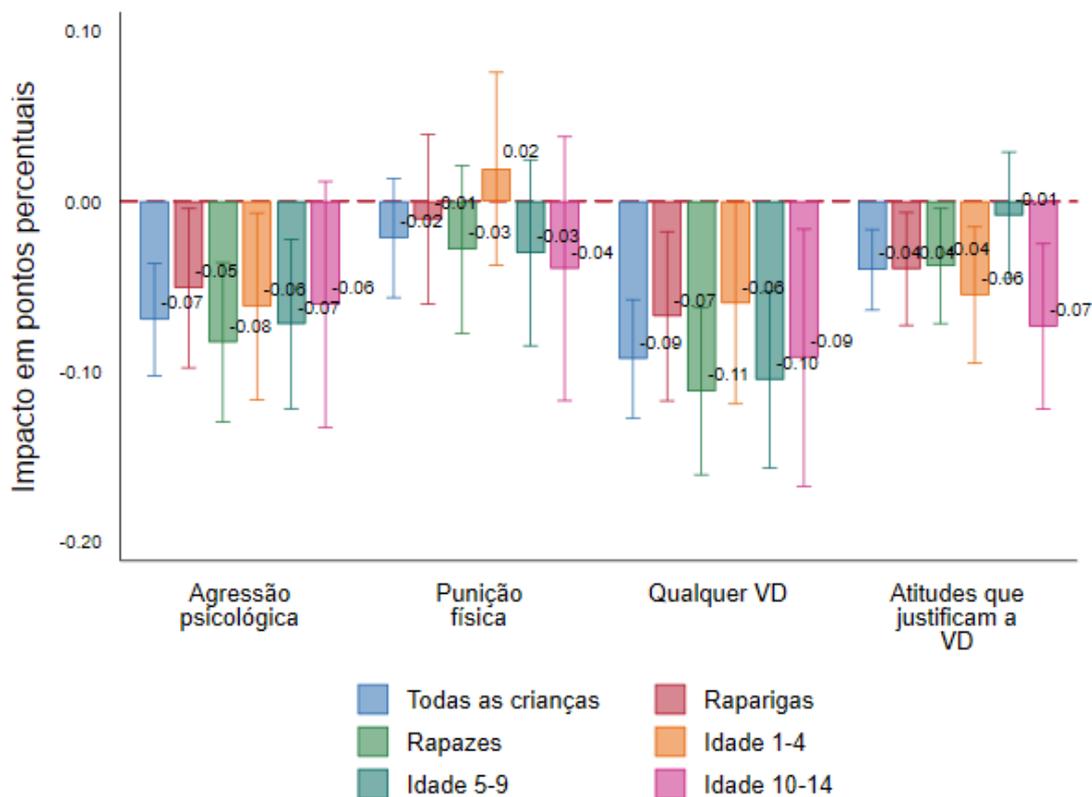
Tabela 39. Impactos na Disciplina Violenta de Crianças de 1 a 14 Anos

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final Grupo de Comparação	N
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC		
Últimos 30 dias. . .	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Qualquer disciplina não-violenta	-0.10*** (0.02)	-0.07*** (0.02)	-0.10*** (0.03)	0.77	8062
Qualquer agressão psicológica	-0.07*** (0.02)	-0.05** (0.02)	-0.06** (0.03)	0.51	8062
Qualquer punição física	-0.02 (0.02)	0.03 (0.02)	-0.17*** (0.03)	0.27	8062
Qualquer disciplina violenta	-0.09*** (0.02)	-0.07*** (0.02)	-0.07** (0.03)	0.58	8062
A cuidadora acredita na disciplina violenta necessária para criar as crianças	-0.04*** (0.01)	-0.01 (0.01)	-0.10*** (0.02)	0.06	8062

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, e efeitos fixos da inquiridora. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

217. Examinamos os impactos gerais usando cortes transversais de crianças que vivem nos agregados do estudo por sexo (meninos e meninas) e por faixa etária (idades de 1-4, 5-9 e 10-14 anos) (Figura 17). No geral, houve poucas diferenças óbvias entre os impactos em meninos e meninas. No entanto, os impactos para os meninos foram ligeiramente maiores em magnitude (as reduções gerais em qualquer disciplina violenta foram de 11 pp para meninos e 7 pp para meninas). Os níveis na linha de base de disciplina violenta também foram muito semelhantes entre meninos e meninas. Quando examinamos os impactos por faixa etária, os impactos em qualquer disciplina violenta pareciam se acumular principalmente nas faixas etárias mais velhas e eram menores e não significativos para o grupo mais jovem (idades de 1 a 4 anos). Além disso, a redução nas normas que toleram a violência parece ser mais forte na faixa etária mais velha (10-14 anos), onde as reduções foram maiores e significativas (7 pp). Os impactos do modelo agrupado no castigo físico foram nulos em todas as subamostras para o tratamento agrupado; no entanto, semelhante à análise da amostra completa, houve impactos adicionais grandes e significativos da componente de gestão de casos (variando de 13 a 20 pp de redução). Essa análise de subamostra mostra que os impactos benéficos de toda a intervenção e o benefício adicional do componente de gestão de casos parecem ser universais entre todas as crianças, independentemente de sexo ou idade. Essa evidência se soma a um punhado de evidências recentes que mostram que dinheiro e cuidados têm a capacidade de reduzir a disciplina violenta de crianças pequenas em famílias beneficiárias no Mali (Heath et al., 2018), Bangladesh (Roy et al., 2019) e o Filipinas (Lachman et al., 2021).

Figura 17. Impactos na Disciplina Violenta de Crianças de 1 a 14 Anos, por Sexo e Idade



Notas: Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças com erros padrão robustos entre a amostra do painel. As estimativas pontuais e os intervalos de confiança de 95% são de um modelo que estima o impacto do tratamento agrupado - usando a amostra completa (N = 8,062), as meninas (N = 4,003), os meninos (N = 4,059) e grupos etários (1-4, N=2,999; 5-9, N=3,241; 10-14, N=1,822). Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final e efeitos fixos da inquiridora.

218. Finalmente, para antecipar a probabilidade de as meninas adolescentes serem casadas, perguntamos a todas as meninas de 10 a 18 anos se elas haviam passado por ritos de iniciação e, em caso afirmativo, em que idade.³³ Para aquelas que ainda não haviam passado pelos ritos de iniciação, perguntamos quando isso está planejado e construímos indicadores de iniciação planejada no ano corrente ou no próximo ano. Embora estas sejam apenas medidas aproximadas, é possível que possam sinalizar a intenção de uma família de adiar o casamento de uma criança do sexo feminino. No total, 1.457 meninas de 10 a 18 anos residem nos domicílios da amostra do estudo na linha de base e na linha final. A Tabela A.9.4.2 relata o balanceamento e a atribuição da linha de base, mostrando que aproximadamente 39% da amostra passou por ritos de iniciação (com uma idade média de 14,3 anos). Entre as que ainda não passaram pelos ritos, 13% relataram planejar a iniciação no ano da pesquisa ou no ano seguinte. O último indicador mostrou diferenças estatísticas entre os grupos de tratamento e comparação na amostra do painel (em 0,27 DP), o que pode ser em parte devido

33 Em Moçambique, os ritos de iniciação fazem parte de uma cerimónia de "maioridade", onde as raparigas são percebidas como estando a entrar na condição de mulher ou prontas para constituir família. Embora o formato varie, tradicionalmente, esses ritos acontecem uma ou duas vezes por ano, durante os quais as meninas que atingiram a puberdade vão ficar com mulheres mais velhas que as ensinam sobre os deveres domésticos, as relações sexuais e a vida conjugal. Além disso, as meninas podem ser "iniciadas" na atividade sexual por um homem contratado pela comunidade.

ao pequeno tamanho da amostra para esta variável de resultado (N=494). Embora não haja evidência de atrição diferencial, isso indica uma interpretação cautelosa desse resultado.

219. A Tabela 40 relata impactos nos ritos de iniciação de crianças do sexo feminino. Não houve impactos mensuráveis da intervenção em nenhum dos indicadores. Para os dois últimos indicadores (idade da iniciação e planos de iniciação), o tamanho da amostra foi pequeno; portanto, nenhuma análise adicional foi realizada por idade da criança. Esse tamanho de amostra relativamente baixo provavelmente se deve em parte à demografia de domicílios com crianças pequenas que provavelmente não terão um grande número de adolescentes.

Tabela 40. Impactos nos Ritos de Iniciação de Crianças do Sexo Feminino de 10 a 18 Anos

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Passou por ritos de iniciação	0.01 (0.04)	0.01 (0.05)	-0.01 (0.05)	0.23	1457
Idade que passou por ritos de iniciação (anos)	0.22 (0.39)	0.33 (0.42)	-0.41 (0.44)	13.59	473
Planos para serem submetida aos ritos de iniciação neste ou no próximo ano	-0.05 (0.04)	-0.02 (0.05)	-0.07 (0.05)	0.06	984

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final, e efeitos fixos da inquiridora. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

10 IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

220. A fidelidade das operações e da implementação são importantes para explicar os impactos finais para os beneficiários. As evidências do *Transfer Project* de toda a região mostraram que, em alguns casos, os desafios na implementação (por exemplo, pagamentos irregulares e inconsistentes) podem explicar por que os impactos são observados ou não (Davis et al. 2016). As perguntas sobre as operações e a implementação do Subsídio para Criança 0-2 são o foco de um relatório de avaliação de processo dedicado, informado por métodos qualitativos (AIR, 2021). No entanto, na linha final, coletamos algumas informações complementares sobre as perspectivas dos beneficiários em um módulo sobre implementação e operações. Apresentamos as principais informações descritivas neste capítulo para ajudar a triangular e explicar alguns dos impactos observados nas componentes da transferência e gestão de casos. Semelhante a outras tabelas descritivas, apresentamos médias para cada uma das componentes do estudo e testamos para diferenças de as componentes.

221. Primeiro, examinamos o conhecimento que os agregados têm da intervenção usando a amostra do painel. Os resultados mostram que a intervenção é conhecida nos distritos de tratamento, onde 97% da amostra já ouviu falar dele. Na amostra de comparação, pouco mais da metade (56%) das cuidadoras já tinha ouvido falar da intervenção. Entre a amostra de tratamento, aproximadamente 89% das cuidadoras relatam receber pelo menos um benefício (em dinheiro ou gestão de casos) e essa porcentagem é ligeiramente maior no grupo da

transferência (90%) em comparação com a amostra qualificada para gestão de casos (85%). Esses níveis não são incomuns em comparação com avaliações semelhantes. Por exemplo, na linha final do LEAP 1000 de Gana, 97,5% das famílias de tratamento tinham ouvido falar do programa e 88,3% já haviam recebido um pagamento do LEAP (LEAP 1000 Impact Evaluation Team, 2018).

222. Destaca-se a baixa participação na componente de gestão de casos. Do grupo elegível para essa componente, pouco menos de um terço (27%) relata ter recebido pelo menos uma visita domiciliar ou uma consulta com um técnico do SDSMAS ou Permanente como parte da intervenção, e 6% do grupo elegível unicamente para receber a transferência relata o mesmo. Essa percentagem é menor do que o previsto com base nos planos de implantação do gestão de casos e pode ter implicações para estimar os impactos desta componente. Em outras palavras, se uma percentagem menor da amostra elegível para gestão de casos estiver realmente recebendo serviços, os impactos desse componente podem ser insuficientes. Isso indica que uma análise mais complexa tentando estimar os impactos desta componente para aqueles que efetivamente participaram em actividades de gestão de casos deve ser explorado em futuras pesquisas. Por outro lado, também é possível que as cuidadoras não tenham informado integralmente o recebimento dos serviços ou confundido o manejo do caso com outra intervenção. O fato de que alguns agregados do grupo de só dinheiro também relataram receber a componente de gestão de casos indica que isso pode ser uma possível explicação. Alternativamente, é possível que parte da amostra de Nacala-a-Velha que não se destinava a receber a gestão de casos tenha sido inscrita com base na vulnerabilidade percebida. Praticamente nenhum dos grupos de comparação relata ter recebido dinheiro ou serviços de gestão de casos, indicando que as fronteiras distritais serviram como divisões adequadas para identificar no grupo de intervenção.

Tabela 41. Conhecimento e Cumprimento da Intervenção

	Tratamentos Combinados	Média (DP)			Comparação	Dif (1) vs (4)	Dif (2) vs (3)	N
		Dinheiro	GC					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
Conhece transferência de dinheiro na comunidade	a	0.97 (0.17)	0.97 (0.17)	0.97 (0.18)	0.56 (0.50)	0.41*** [0.02]	-0.00 [0.01]	1,685
Pagamentos recebidos ou outros serviços		0.89 (0.32)	0.90 (0.30)	0.85 (0.36)	0.00 (0.00)	-	-0.04 [0.02]	1,685
Componente recebida	GC	0.11 (0.31)	0.06 (0.23)	0.27 (0.45)	0.00	0.11 [0.01]	0.22 [0.03]	956

Notas: GC = gestão de casos. Os modelos usam uma diferença simples para comparar as médias entre o grupo de tratamento conjunto e o grupo de comparação e entre o dinheiro versus aqueles que eram elegíveis para a componente de gestão de caso. Apenas as observações do painel são usadas. Erros padrão robustos entre colchetes. Nenhum controle é usado em as regressões. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

223. Em seguida, perguntamos às cuidadoras nas áreas de tratamento que conheciam a intervenção quais eram os critérios de elegibilidade percebidos para o componente em dinheiro (N = 1.047). A Tabela 42 mostra que as cuidadoras identificaram predominantemente mulheres com crianças pequenas como o principal critério de elegibilidade (93%), com outras respostas comuns sendo indivíduos que cuidam de muitos órfãos/crianças (12%), indivíduos muito pobres (12%) ou indivíduos que têm deficiência ou são idosos (10% cada). Embora existam algumas diferenças de opinião entre os dois grupos de tratamento, estes são normalmente pequenos e de acordo com as expectativas (por exemplo, a amostra elegível para gestão de casos fornece uma gama mais ampla de respostas, incluindo deficiência e pobreza).

Tabela 42: Critérios de Elegibilidade para a Transferência de Acordo com os Beneficiários

	Tratamentos Combinados	Média (DP) Dinheiro	GC	Dif Dinheiro vs. GC	N
Mulheres grávidas	0.04 (0.19)	0.03 (0.17)	0.06 (0.25)	0.03** [0.02]	1,047
Mulheres com filhos pequenos	0.93 (0.26)	0.94 (0.23)	0.87 (0.34)	-0.07*** [0.02]	1,047
Indivíduos que cuidam de muitos órfãos ou crianças	0.12 (0.32)	0.10 (0.30)	0.18 (0.39)	0.09*** [0.03]	1,047
Indivíduos doentes	0.02 (0.14)	0.01 (0.11)	0.05 (0.21)	0.03** [0.01]	1,047
Indivíduos viúvos	0.04 (0.18)	0.03 (0.18)	0.05 (0.21)	0.01 [0.01]	1,047
Indivíduos que não são capazes de trabalhar	0.06 (0.23)	0.05 (0.22)	0.07 (0.26)	0.02 [0.02]	1,047
Indivíduos com uma deficiência	0.10 (0.30)	0.09 (0.28)	0.14 (0.35)	0.06** [0.02]	1,047
Antigos indivíduos	0.10 (0.30)	0.09 (0.28)	0.12 (0.33)	0.03 [0.02]	1,047
Indivíduos muito pobres	0.12 (0.32)	0.09 (0.29)	0.21 (0.41)	0.12*** [0.03]	1,047
Outros	0.01 (0.09)	0.01 (0.09)	0.00 (0.06)	-0.01 [0.01]	1,047
Não sabe	0.01 (0.11)	0.01 (0.09)	0.02 (0.14)	0.01 [0.01]	1,047

Notas: GC = gestão de casos. A tabela apresenta informações para as famílias beneficiárias da amostra do painel. A comparação entre as médias elegíveis para a transferência e a gestão de casos é estimada em uma regressão sem controles e erros padrão robustos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

224. Também solicitamos informações sobre a experiência da cuidadora ao receber a transferência, entre aquelas na áreas de tratamento que relataram ter recebido pelo menos uma transferência (N = 956). A Tabela 43 mostra que, entre aquelas que receberam ao menos uma transferência, praticamente todas (99%) ainda estão participando na intervenção – e que, em média, os domicílios têm 1,1 cuidadoras beneficiárias (ou 10% dos domicílios têm duas cuidadoras participando). No total, as cuidadoras reportaram ter recebido 4,6 pagamentos, num total de 10.509 MZN. Este valor total é aproximadamente equivalente a 20 meses de pagamentos (540 MZN cada), o que está aproximadamente em linha com as expectativas. No entanto, o número de transferências foi muito menor do que o esperado. As evidências de atrasos nos pagamentos também são discutidas na avaliação do processo e podem ter levado à incapacidade das cuidadoras de planejar e usar eficientemente os fundos para investimentos. Essa irregularidade nos ciclos de pagamento se reflete nas expectativas da cuidadora sobre pagamentos futuros – 55% das cuidadoras não sabem quando será seu próximo pagamento, e muitas indicam que os pagamentos podem não ser feitos nos próximos 4 meses. Além disso, 59% das cuidadoras afirmam não saber se continuarão recebendo a transferência no futuro. Quanto ao recebimento da transferência, 90% indicam que se sentem seguras na hora de retirar a transferência. No entanto, 16% (N=153) indicam que foram solicitadas ou deram dinheiro para receber a transferência.³⁴ Essa dinâmica também foi observada na avaliação do processo e pode estar relacionada, em parte, à falta de mudança dos pontos de pagamento, obrigando as mulheres a darem uma pequena parcela da transferência (AIR, 2021).

34 Desses 153 cuidadoras, 116 (76%) relataram que foi solicitado a dar o dinheiro e o fizeram, 27 (17%) ofereceram algum dinheiro e foi aceito, 9 (6%) foram solicitados a dar dinheiro, mas a cuidadora recusou, e 2 (1%) ofereceram dinheiro voluntariamente e a outra pessoa não aceitou.

225. Em relação a outras características da distribuição em dinheiro, 83% das cuidadoras relataram ter identificado alguém que pode pegar a transferência quando elas não podem fazê-lo (principalmente seus cônjuges, seguidos por outros membros da família). Além disso, as cuidadoras gastam em média 72 minutos e 3 MZN na hora de pegar a transferência. Por fim, 42% das cuidadoras afirmam que decidem sozinhas como usar a transferência, enquanto 50% indicam consultar o cônjuge sobre como usar a transferência.

Tabela 43. Implementação do Componente da Transferência

	Tratamentos Combinados	Média (DP) Dinheiro	GC	Dif Dinheiro vs. GC	N
Ainda a participar na intervenção	0.99 (0.09)	0.99 (0.07)	0.99 (0.11)	-0.01 [0.01]	956
Número de beneficiários no agregado familiar	1.10 (0.34)	1.09 (0.31)	1.12 (0.40)	0.03 [0.03]	956
Número de pagamentos recebidos	4.56 (1.69)	4.49 (1.61)	4.80 (1.89)	0.32** [0.14]	956
Montante total recebido (MZN)	10,509.29 (17,458.36)	10,986.97 (18,452.74)	9,010.11 (13,810.77)	-1,976.86* [1,137.47]	956
Não sabe quando é o próximo pagamento	0.55 (0.50)	0.45 (0.50)	0.86 (0.35)	0.41*** [0.03]	956
Meses até ao próximo pagamento	3.99 (11.16)	3.87 (10.75)	5.45 (15.56)	1.58 [2.81]	421
Não sabe por quanto tempo receberá pagamentos	0.59 (0.49)	0.50 (0.50)	0.88 (0.33)	0.38*** [0.03]	956
Sente-se segura ao recolher a transferência	0.90 (0.30)	0.90 (0.30)	0.90 (0.31)	-0.00 [0.02]	956
Foi solicitada a dar ou deu dinheiro para receber transferência	0.16 (0.37)	0.18 (0.39)	0.10 (0.31)	-0.08*** [0.02]	956
Identificou alguém para pegar o pagamento quando não poder	0.83 (0.38)	0.82 (0.39)	0.85 (0.36)	0.03 [0.03]	956
Tempo necessário para pegar o pagamento (minutos)	74.04 (84.43)	73.34 (85.52)	76.27 (81.05)	2.93 [6.20]	956
Custos de transporte para pegar o pagamento (MZN)	3.63 (10.63)	3.84 (10.74)	2.94 (10.26)	-0.90 [0.78]	952
Não consulta ninguém sobre a utilização da transferência	0.42 (0.49)	0.44 (0.50)	0.37 (0.48)	-0.07* [0.04]	956
Consulta o cônjuge sobre a utilização da transferência	0.50 (0.50)	0.49 (0.50)	0.54 (0.50)	0.05 [0.04]	956

Notas: GC = gestão de casos. A tabela apresenta informações para as famílias beneficiárias da amostra do painel. A comparação entre as médias elegíveis para a transferência e a gestão de casos é estimada em uma regressão sem controles e erros padrão robustos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

A

226. Tabela 44 mostra as formas em que a transferência foi gasta. Semelhante aos resultados da avaliação de impacto, as cuidadoras relatam predominantemente que elas gastam o dinheiro em alimentação e nutrição (98%), seguidos por calçados e roupas (93%) e cuidados de saúde (46%). Muito poucas cuidadoras relataram usar a transferência para atividades produtivas, incluindo investimentos ou negócios (3%) ou poupança (3%), indicando que as famílias estão usando o dinheiro para atender a necessidades básicas urgentes.

Tabela 44. Uso da Transferência pelos Beneficiários

	Tratamentos Combinados	Média (DP) Dinheiro	GC	Dif Dinheiro vs. GC	N
Alimentação e nutrição	0.98 (0.12)	0.99 (0.11)	0.97 (0.16)	-0.01 [0.01]	956
Educação formal	0.03 (0.17)	0.02 (0.15)	0.05 (0.21)	0.03* [0.02]	956
Outra educação	0.00 (0.06)	0.00 (0.06)	0.00 (0.07)	0.00 [0.00]	956
Cuidados de saúde	0.46 (0.50)	0.46 (0.50)	0.46 (0.50)	0.00 [0.04]	956
Abrigo	0.03 (0.16)	0.03 (0.17)	0.01 (0.11)	-0.02* [0.01]	956
Vestuário e Sapatos	0.93 (0.26)	0.93 (0.25)	0.90 (0.29)	-0.03 [0.02]	956
Investimentos ou negócios	0.03 (0.16)	0.03 (0.16)	0.03 (0.17)	0.00 [0.01]	956
Ocasões sociais	0.00 (0.06)	0.00 (0.06)	0.00 (0.00)	-0.00* [0.00]	956
Poupanças	0.03 (0.16)	0.02 (0.15)	0.03 (0.18)	0.01 [0.01]	956
Outros	0.08 (0.27)	0.08 (0.28)	0.06 (0.25)	-0.02 [0.02]	956

Notas: GC = gestão de casos. A tabela apresenta informações para as famílias beneficiárias da amostra do painel. A comparação entre as médias elegíveis para a transferência e a gestão de casos é estimada em uma regressão sem controles e erros padrão robustos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

227. Finalmente, examinamos alguns aspectos da componente de gestão de casos, começando com as percepções de elegibilidade, mostradas na Tabela 45 entre o grupo que relatou receber visitas de gestão de casos (N=104). No geral, as cuidadoras acreditavam que as preocupações com a proteção da criança eram o principal motivo (68%) para a elegibilidade da componente de gestão de casos. Também mencionaram ser mãe jovem ou ter uma gravidez precoce (6%) e pobreza (6%) como outros motivos. As preocupações com VC raramente foram mencionadas, assim como abuso de substâncias, saúde mental ou deficiências físicas. Aproximadamente 19% da amostra que recebeu a componente de gestão de casos relataram não saber o motivo pelo qual foram selecionadas. Esses motivos estão de acordo com as respostas qualitativas autorreferidas apresentadas na avaliação do processo (AIR, 2021).

Tabela 45. Critérios de Elegibilidade para o Componente de Gestão de Casos de Acordo com as Participantes

	Média (DP)	N
Mãe jovem	0.06 (0.25)	104
Preocupações com a proteção das crianças	0.68 (0.47)	104
Preocupações com a violência doméstica	0.05 (0.21)	104
O agregado familiar é pobre	0.06 (0.25)	104
Não sabe	0.19 (0.40)	104

Notas: A tabela apresenta médias e desvios padrão para os agregados no grupo elegível para gestão de casos que relataram receber qualquer atividade e que fazem parte da amostra do painel.

228. A Tabela 46 fornece detalhes sobre a componente de gestão de casos. No total, as cuidadoras relataram uma média de 2,3 visitas, sendo a última visita há 4,6 meses.

Aproximadamente 87% das cuidadoras relataram que ainda esperam receber visitas adicionais. Por fim, os 99% das cuidadoras dizem que o responsável pelo seu caso os trata bem (43% relatam que os responsáveis pelo caso foram respeitosos e 56% relatam que foram muito respeitosos). Esses números reforçam a possibilidade de que a gestão de casos tenha sido subnotificada ou enfrentou restrições de implementação na amostra do estudo. É necessária uma investigação mais aprofundada para entender os níveis de serviços da gestão de casos recebidos na triangulação com a avaliação do processo.

Tabela 46. Implementação do Componente de Gestão de Casos entre as Participantes

	Média (DP)	N
Visitas ou chamadas recebidas	2.29 (1.37)	104
Meses desde a última visita/chamada	4.56 (3.54)	103
As famílias estão à espera de visitas adicionais	0.87 (0.34)	104
A pessoa do caso foi respeitosa	0.43 (0.50)	104
A pessoa do caso foi muito respeitosa	0.56 (0.50)	104

Notas: A tabela apresenta médias e desvios padrão para os agregados no grupo elegível para gestão de casos que relataram receber qualquer atividade e que fazem parte da amostra do painel.

11 RECOMENDAÇÕES E LIÇÕES APRENDIDAS

229. Os resultados da avaliação levam a recomendações e lições aprendidas que podem informar a programação futura da intervenção e de outras actividades de protecção social em Moçambique e além. Nesta seção, discutimos as lições aprendidas mais relevantes, seguidas de algumas recomendações específicas.

230. A equipe de avaliação desenvolveu recomendações para o Subsídio para Criança 0–2 com base nos resultados da pesquisa da avaliação de impacto e com contribuições dos resultados da avaliação do processo. Estas recomendações foram informadas por discussões e apresentações do UNICEF Moçambique e ao Conselho Técnico liderado pelo MGCAS ao longo da avaliação. No momento da redação, essas lições e recomendações haviam sido apresentadas e/ou revisadas mais de meia dúzia de vezes em coordenação com o UNICEF e o Conselho Técnico. A equipe de avaliação de impacto coordenou com a equipe de avaliação de processo por meio de comunicação durante todo o processo de avaliação, compartilhando versões preliminares dos relatórios, discutindo resultados, bem como participando de apresentações conjuntas com as partes interessadas para obter feedback conjunto sobre os resultados. Como resultado, há uma sobreposição importante em termos de recomendações-chave em ambos os relatórios e os dois relatórios fornecem recomendações de reforço. Observe que algumas lições aprendidas e recomendações baseadas exclusivamente em dados qualitativos não são discutidas neste relatório.

231. Organizamos as lições aprendidas e as recomendações em termos do desenho geral da intervenção, o valor e a duração da transferência, a regularidade de pagamento, o desempenho operacional, o reforço à nutrição infantil nas áreas de intervenção, o apoio às cuidadoras adolescentes e descobertas sensíveis à criança (e como a intervenção pode promover a responsabilidade em relação à igualdade de gênero e aos direitos da criança).

232. **Desenho da Intervenção.** A primeira lição aprendida com os resultados desta avaliação é que o Subsídio para Criança 0-2 tem amplos benefícios para crianças pobres e vulneráveis e suas famílias (incluindo impactos na economia doméstica e na segurança alimentar e capacidade de

lidar com o COVID-19), mas também em termos da saúde da cuidadora e da criança, bem-estar e ausência de violência. A maioria dos impactos ao nível do agregado familiar são atribuíveis à componente monetária, enquanto alguns impactos específicos para os cuidadores e as crianças derivam tanto da componente monetária como da gestão de casos. Devido à natureza não direcionada do CMSC, não podemos atribuir impactos diretamente a essa componente, no entanto, é possível que alguns desses impactos benéficos em torno do IYCF, saúde e parentalidade tenham se beneficiado do CMSC especificamente. Apesar de ser quase universal (entre cuidadoras de crianças de 0 a 2 anos), a intervenção atingiu um segmento altamente vulnerável da população – aproximadamente 86% dos agregados viviam na pobreza antes da intervenção – e muitos lutaram para atender às necessidades básicas. Quase metade de todas as cuidadoras no estudo relataram primeiras parcerias antes dos 18 anos, juntamente com problemas de saúde mental e incapacidade de poupar dinheiro para emergências ou investimentos. Com a experiência contínua de choques (incluindo COVID-19) local e nacionalmente, redes de segurança como o Subsídio para Criança 0-2 fornecem uma proteção essencial para garantir a saúde e o bem-estar de crianças pequenas e suas famílias.

233. Recomendação 1 – ao MGCAS: manter o actual desenho incondicional da intervenção, enquanto planeia a expansão da intervenção para outros distritos em Nampula e além. No futuro imediato, a intervenção deverá ser oferecida aos distritos do grupo de comparação e áreas vizinhas na província de Nampula.

234. Apesar dos amplos efeitos benéficos da intervenção, nos diferentes níveis e domínios, alguns são pequenos (ou modestos) em comparação com programas semelhantes na região, enquanto para outros, os efeitos são nulos. Portanto, conclui-se que há vários factores relacionados com a concepção e implementação do subsídio para a criança de 0 a 2 anos que podem ser melhorados para que o mesmo atinja o seu potencial pleno. Portanto, são recomendadas as seguintes acções:

235. **Valor da Transferência.** A transferência actual representa apenas 13% das despesas familiares mensais na linha de base. Um valor baixo que não foi ajustado ao longo do tempo e que foi corroído pela inflação. As evidências das avaliações de programas nacionais de transferências monetárias na região da África Subsaariana conduzidas pelo *'Transfer Project'* sugerem que, em média, para garantir efeitos generalizados, o valor da transferência deve ser igual a pelo menos 20% do consumo total do agregado (Davis & Handa, 2015). Os resultados desta avaliação indicam que os agregados familiares gastaram quase o valor total da transferência em consumo regular, com baixo ou nenhum impacto sobre o investimento em actividades produtivas (actividades não agrícolas, agricultura, pecuária), as quais poderiam ter um efeito multiplicador para o agregado familiar e ajudar a que os impactos sejam sustentáveis no longo prazo quando os agregados familiares pararem de receber a transferência. Assim, como o valor da transferência é um parâmetro essencial para a eficácia do subsídio para a criança de 0 a 2 anos, os resultados da avaliação sugerem a necessidade de reajustar-se o valor da transferência ou, no mínimo, estabelecer um controlo rigoroso ao longo do tempo para garantir que o valor real da transferência não diminua ainda mais. Estas considerações são particularmente relevantes durante tempos de choques económicos, quando os agregados familiares necessitam de mais recursos para cobrir as suas necessidades básicas. e beneficiar de outras transferência vinculadas a choques agregados ou específicos..

236. Recomendação 2 – ao MGCAS: visitar os níveis de benefícios ou, no mínimo, monitorar ao longo do tempo para garantir que o valor real da transferência não diminua ainda mais.

237. **Duração da Transferência.** estreitamente relacionada com o valor da transferência, é o período que as cuidadoras e os agregados familiares são elegíveis para receber o subsídio. Actualmente, as cuidadoras tornam-se elegíveis a partir do nascimento da criança, e isso estende-se até quando a criança completar 2 anos. Além disso, a maioria dos beneficiários

relatou não saber por quanto tempo continuariam a receber as transferências. Esta curta duração, que pode ser complicada por atrasos nas inscrições e atrasos no pagamento, limita ainda mais o potencial da intervenção. Uma maior duração do subsídio permitiria um maior investimento nas actividades produtivas e capital humano das crianças. Em muitos outros modelos de Subsídio para Crianças, as mulheres tornam-se elegíveis durante a gravidez, estendendo assim o período para investimentos críticos (por exemplo, cobrindo os primeiros 1.000 dias) - ou as crianças continuam elegíveis até os 5 anos de idade.

238. **Recomendação 3 – ao MGCAS:** Além de revisar os níveis de benefícios, **recomendamos avaliar se a participação pode ser estendida para incluir o período de gravidez ou anos adicionais para crianças.**

239. Embora os trade-offs relativos entre transferências durante o período de gravidez versus acima dos dois anos de idade da criança não sejam totalmente claros, a literatura enfatiza o período crítico da gravidez na determinação dos resultados posteriores do bem-estar da criança. Portanto, uma estratégia seria primeiro deslocar a inscrição para o período da gravidez (por exemplo, desencadeada pela consulta de pré-natal durante o segundo trimestre) para facilitar as primeiras transferências antes do parto. Essa mudança também seria construída em um período de amortecimento se as transferências continuarem irregulares, de modo que as primeiras transferências permaneçam no mínimo próximo ao momento do nascimento. Também pode incentivar as mulheres a procurar o pré-natal precocemente (se for amplamente conhecido que as consultas desencadeiam a inscrição). A partir de então, os esforços podem mudar para expandir a faixa etária geral de elegibilidade para incluir crianças menores de 5 anos ou mais velhas, conforme o financiamento permitir.

240. **Regularidade dos Pagamentos.** Os beneficiários relataram irregularidades nos intervalos de pagamento e incerteza sobre as datas de pagamento (bem como a sua participação no subsídio para a criança de 0 a 2 anos). Os agregados familiares são mais propensos a investir em actividades produtivas usando a transferência monetária quando têm um conhecimento exacto do calendário de pagamentos futuros. No entanto, conforme discutido na secção do desempenho operacional, se os beneficiários não podem planejar e antecipar os pagamentos, podem não estar dispostos a fazer investimentos ou perder o momento crítico de oportunidades baseadas na sazonalidade. É reconhecido que alguns desses desafios de implementação podem ter sido resultado das restrições da COVID-19.

241. **Recomendação 4 – ao MGCAS:** **atenção para participantes atuais e futuros possam seguir um plano específico de pagamentos para minimizar a incerteza e maximizar sua capacidade de planificação financeira.**

242. **Restrições Operacionais da Componente de Gestão de Casos.** Os nossos resultados também mostram que houve alguns desafios em termos de implementação de actividades para a componente de gestão de casos. Embora a triagem e a focalização para esta componente tenham sido modificadas da prática padrão para acomodar as necessidades de avaliação, apenas 27% da amostra elegível para a gestão de casos relatou receber actividades e os beneficiários relataram um baixo número de visitas. No entanto, os resultados indicam que a componente de gestão de casos gerou impactos positivos para algumas variáveis de resultado chave, em particular aquelas em torno da violência, protecção infantil e separação infantil. Isto sugere que uma abordagem de transferência monetária e cuidados pode ser uma maneira eficaz de abordar algumas das vulnerabilidades complexas que os agregados familiares com crianças pequenas enfrentam.

243. **Recomendação 5 – ao MGCAS:** **continuação da implementação conjunta das componentes de transferência monetária e gestão de casos e garantir que as actividades de gestão de casos sejam mais apoiadas para garantir o máximo de benefícios sinérgicos para os**

participantes. Reconhece-se a complexidade e os desafios inerentes à prestação dos serviços de atendimento e destaca-se as recomendações específicas de implementação abrangentes feitas no relatório da avaliação de processo.

244. **Reforçar a programação para a nutrição infantil.** O subsídio para a criança de 0 a 2 anos não teve um impacto mensurável sobre a nutrição infantil, uma métrica importante da saúde e desenvolvimento infantil. Na pesquisa final, mais da metade das crianças tinham desnutrição crónica e 40% das crianças tiveram diarreia nas 2 semanas anteriores à pesquisa. A falta de impacto da intervenção sobre o estado nutricional infantil de longo prazo ocorre apesar de um grande aumento na diversidade alimentar e na segurança alimentar entre as crianças e os agregados familiares, o que indica a existência de outros factores que podem ser obstáculos para melhorar a nutrição infantil (por exemplo, o meio ambiente e a higiene). Embora a componente da CMCS do subsídio para a criança de 0 a 2 anos possa ter contribuído para alguns comportamentos positivos e conhecimentos sobre a nutrição, estes não foram capturados por meio de questões de conhecimento implementadas neste estudo.

245. **Recomendação 6 – ao MGCAS: Explorar e alavancar os pontos de entrada para a convergência entre as intervenções de nutrição ao nível distrital e o Subsídio para Criança 0-2, além do modelo de CMSC atualmente em operação.** Em particular, a programação deve considerar os determinantes da nutrição infantil como pontos de entrada, incluindo a garantia de um ambiente limpo e higiene doméstica.

246. **Apoiar as cuidadoras adolescentes e abordar as uniões prematuras e a gravidez precoce:** Embora os resultados sugiram que o subsídio para a criança de 0 a 2 anos teve uma série de impactos benéficos para as cuidadoras, esses benefícios parecem ser maiores pelas cuidadoras mais velhas. As cuidadoras mais jovens, ou seja, as mães adolescentes e menores de 24 anos, podem precisar de apoio adicional para garantir a mesma gama de impactos benéficos. A componente de gestão de casos já prioriza as cuidadoras jovens, em particular aquelas que deram à luz quando crianças (menores de 18 anos). No entanto, esse limite de idade pode excluir muitas jovens mães vulneráveis, muitas das quais casaram-se quando ainda eram crianças.

247. **Recomendação 7 – ao MGCAS: continue-se a dar destaque ao atendimento às mães adolescentes, e que sejam feitas ligações sempre que for possível como parte da componente de gestão de casos com os serviços de saúde e educação específicos para adolescentes.** Além disso, deve-se dar atenção às barreiras específicas para as raparigas adolescentes (por exemplo, viagens, controlo de transferências) em todos os aspectos da implementação do subsídio para a criança de 0 a 2 anos..

248. **Recomendação 8 – ao MGCAS: complementar essas recomendações com mais esforços focados na prevenção do casamento infantil nas comunidades e famílias participantes – a fim de conter o ciclo de casamentos precoces e partos.** Isso pode incluir o envolvimento com serviços e programas específicos destinados a reduzir o casamento infantil precoce e forçado, incluindo serviços jurídicos, de saúde e educação, assim como o envolvimento com atores e grupos comunitários

249. **Pesquisas adicionais.** Conforme discutido acima, existem alguns aspectos que a avaliação de impacto não foi capaz de avaliar completamente. Em primeiro lugar, algumas componentes da intervenção, nomeadamente a componente CMSC, foram implementadas de tal forma que não permitiu a avaliação do seus impactos. Esta componente é um complemento importante de transferências de dinheiro e as atividades de gestão de casos e pesquisas futuras são necessárias para avaliar seu potencial. Em segundo lugar, como discutido acima, o estado nutricional das crianças-alvo não foi afetado pela intervenção. Embora haja evidências mistas na literatura em termos da capacidade que as transferências

de renda têm de melhorar o estado nutricional das crianças a longo prazo, mais pesquisas são necessárias para entender como uma abordagem de “dinheiro e cuidados” é capaz de produzir resultados positivos. Por fim, pesquisas adicionais também são necessárias para avaliar o impacto total das atividades de gestão de casos. Conforme discutido, houve muitos aspectos de implementação que podem ter limitado todo o potencial desse componente, em parte devido às restrições que a pandemia de COVID-19 impôs a quem implementava atividades presenciais.

12 CONCLUSÕES

250. Neste relatório, investigamos os impactos do Subsídio para Criança 0-2 no bem-estar infantil e os impactos intermediários na pobreza e vulnerabilidade ao nível do agregado familiar e da cuidadora durante um período de 24 meses. Esta avaliação é a primeira avaliação rigorosa de uma intervenção nacional de protecção social centrada na criança em Moçambique e acrescenta à escassa evidência regional sobre modelos de “dinheiro e cuidados”. Esses resultados complementam os achados da avaliação do processo, que avaliaram a fidelidade da intervenção, identificaram os desafios e os facilitadores da implementação, examinaram as barreiras de acesso às componentes da intervenção e investigaram as experiências dos beneficiários com a intervenção (AIR, 2021).

251. Investigamos os impactos da intervenção em quatro níveis principais: (a) nível da criança alvo (0 - 6 meses na linha de base), (b) nível do agregado familiar, (c) nível da cuidadora e (d) crianças maiores (3 a 17 anos). Alguns resultados-chave da avaliação, organizados por esses níveis principais, são os seguintes

252. **Criança Alvo.** Examinamos os resultados relacionados ao bem-estar da criança-alvo nos seguintes domínios: (a) certidão de nascimento e registro da criança, (b) diversidade alimentar e práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas (IYCF), (c) imunizações, (d) estimulação e envolvimento dos pais e (e) estado nutricional. Há impactos fortes e consideráveis na certidão e registro de nascimento das crianças (30 pontos percentuais [pp] ou um aumento de 150% em relação à média final do grupo de comparação), com impactos originados na transferência monetária e de gestão de casos. Além disso, há impactos benéficos (e consideráveis) em termos de diversidade alimentar e IYCF – incluindo número de refeições, diversidade alimentar mínima, frequência mínima de refeições e consumo de legumes, laticínios, carne e peixe, ovos, alimentos com vitamina A e outras frutas e vegetais. Por exemplo, a diversidade alimentar mínima aumentou em 100% sobre a média do grupo de comparação. Em contrapartida, há menos efeitos consistentes nas imunizações, com impactos apenas na posse do cartão de vacinação (impacto originado na componente de gestão de casos) e da vacina BCG (impacto originado na transferência) e nenhum impacto positivo na desparasitação ou nas doses de vitamina A. Não há impactos gerais nos resultados de estimulação dos pais para nenhum membro da família (com 15 anos ou mais). No entanto, as cuidadoras relataram um aumento de 11% nas atividades com a criança-alvo (parcialmente impulsionada pela componente de gestão de casos). Finalmente, as medidas antropométricas, incluindo baixo peso, desnutrição aguda e desnutrição crônica permanecem praticamente inalteradas devido à intervenção. Os níveis de desnutrição crônica são altos, variando de 51% a 54% -indicando que é preciso ter estratégias adicionais para lidar com a desnutrição nessa população. Existem poucas diferenças significativas nos impactos por gênero da criança-alvo ou do chefe da família, sugerindo que a intervenção está beneficiando igualmente todos os grupos.

253. **Agregado Familiar.** Examinamos domínios relacionados a: (a) consumo e gastos, (b) taxas de pobreza, (c) segurança alimentar, (d) propriedade de ativos, (e) crédito e transferências, (f) empresas não agrícolas, produção e pecuária, (g) choques e mecanismos

de enfrentamento, e (h) acesso a outros programas. Há impactos moderados nos gastos totais per capita (que se traduzem em um aumento de 13% em relação à média final de grupo de comparação), impulsionados principalmente pelos gastos em alimentação, bem como gastos em habitação e serviços públicos, vestuário e calçados e transporte. Da mesma forma, há reduções nas taxas de pobreza de magnitude semelhante (8 pp ou 10% de redução na taxa de pobreza, 5 pp ou 13% de redução na lacuna de pobreza). A insegurança alimentar também diminuiu, tanto em termos do índice de experiência total de insegurança alimentar (composto por 8 questões sobre diferentes aspectos da insegurança alimentar), como no número de refeições realizadas por dia. As famílias investem em atividades não agrícolas, aumentando a operação de qualquer empreendimento em 7 pp (ou 16% em relação ao grupo de comparação). Embora haja aumentos na posse de bens das famílias, não há mudança na posse de gado ou atividades agrícolas. Por fim, as famílias do grupo de tratamento são menos propensas a relatar que foram afetadas negativamente pelo COVID-19 (14 pp ou redução de 54%). Com algumas exceções (por exemplo, lacuna de pobreza e a lacuna de pobreza ao quadrado), os impactos no nível familiar parecem se originar principalmente devido à componente de dinheiro. Além disso, em vários domínios (por exemplo, despesas totais, redução da pobreza, acesso ao crédito e empreendimentos não agrícolas), os impactos parecem ser impulsionados por agregados chefiados por mulheres, indicando que a intervenção foi particularmente benéfica para esse grupo demográfico mais vulnerável.

254. Cuidadora Principal. No nível da cuidadora, examinamos os seguintes domínios: (a) conhecimento sobre saúde e nutrição, (b) bem-estar psicossocial e apoio social, (c) empoderamento e experiências violentas e (d) fertilidade e (e) separação familiar. Em vários domínios-chave do conhecimento sobre saúde e nutrição, incluindo o conhecimento sobre aleitamento materno exclusivo, não há impactos consistentes ou fortes – demonstrando que os componentes de intervenção relacionados à absorção do conhecimento não foram bem-sucedidos na mudança desses resultados específicos. No entanto, houve fortes impactos em quase todos os outros domínios: As cuidadoras têm menos sintomas depressivos (-7 pp ou redução de 11%), menos estresse (diminuição de 0,84 ou 5%), relatam níveis mais altos de felicidade e estão mais satisfeitas com a vida (impulsionado pela componente de gestão de casos). As cuidadoras estão a poupar mais dinheiro (4 pp ou 130% de aumento) e relatam níveis mais altos de autonomia, poder de decisão e capacidade financeira autoavaliada. Há também reduções notáveis nas atitudes de aceitação da violência conjugal (VC) e menor experiência de VC emocional, física e combinada nos últimos 12 meses (esta última diminuindo 13 pp ou 38% em relação às médias do grupo de comparação). Por fim, não foram encontrados impactos adversos na gravidez ou na fertilidade, com a intervenção diminuindo as gestações atuais ou recentes e a componente de gestão de casos reduzindo a separação de crianças (medido como qualquer criança biológica <18 anos vivendo fora de casa). Em muitos casos, o componente de gestão de casos parece contribuir substancialmente para impactos adicionais em termos de violência e resultados de separação familiar. Finalmente, os impactos parecem ser maiores em vários domínios para cuidadoras mais velhas (aquelas maiores de 25 anos na linha de base), indicando que as cuidadoras mais vulneráveis (adolescentes ou jovens) podem precisar de atividades mais dedicadas ou intensivas.

255. Crianças mais Velhas. Examinamos uma série de resultados para crianças mais velhas (principalmente aquelas de 3 a 17 anos) em quatro domínios principais: (a) bem-estar material, (b) resultados educacionais, (c) alocação de tempo, incluindo na escola e no trabalho (ambos trabalho produtivo e de cuidados) e (d) violência contra crianças, incluindo avaliação de ritos de iniciação entre crianças do sexo feminino. Encontramos fortes impactos no bem-estar materno das crianças, com aumentos de 21 pp (58% sobre a média do grupo de comparação) de ter sapatos, uma muda de roupa e um cobertor. Encontramos impactos mais fracos nos resultados educativos, com um impacto de 5 pp (8%, significativo de forma marginal) na

matrícula escolar atual e nenhum impacto positivo na frequência escolar (número de dias por semana frequentados) ou nos gastos. Isso provavelmente está relacionado a pandemia de COVID-19, quando os dados finais foram coletados. As escolas foram reabertas no mesmo mês após um fechamento de um ano que afetou todo o país. As preocupações com a segurança levaram as autoridades dos distritos a introduzir limitações no número de dias de atendimento ou a variar o horário de turno que podem estar por trás dos efeitos observados. Encontramos reduções no tempo da criança usado tanto em atividades domésticas (ou seja, cuidar de membros da família, coletar lenha, outras tarefas domésticas), quanto em atividades produtivas, em uma série de resultados (ou seja, agricultura, pesca, colheita), com uma redução de 40% em relação à média do grupo de comparação. Finalmente, encontramos fortes diminuições na disciplina violenta de crianças (redução de 9 pp ou 16% sobre a média do grupo de comparação), bem como as crenças da cuidadora que a violência é necessária para educar às crianças (diminuição de 4 pp ou 67% sobre a média do grupo de comparação). Os dois últimos resultados mostram fortes impactos adicionais atribuíveis à componente de gestão de casos. Embora existam algumas diferenças originadas de grupos etários nesses impactos, há menos diferenças por sexo da criança – sugerindo que os impactos benéficos estão se acumulando tanto para meninos quanto para meninas.

256. **Desempenho Operacional.** Examinamos o desempenho operacional entre os participantes da intervenção para complementar as informações da avaliação do processo. Os resultados mostram que a intervenção é bem conhecida e aproximadamente 91% da amostra (totalmente em áreas de tratamento) relata ter recebido transferências ou serviços. Os participantes identificam predominantemente as cuidadoras com crianças pequenas como um dos principais critérios de elegibilidade (93%), com outros fatores percebidos como cuidar de órfãos e crianças vulneráveis, deficiência e pobreza. Apesar de relatar ter recebido o equivalente a 20 meses de transferências em média (10.509 MZN) durante o período de intervenção, as transferências foram irregulares (4,6 pagamentos em média) e imprevisíveis – com as cuidadoras incapazes de identificar quando receberiam sua próxima transferência. Nos pontos de pagamento, as cuidadoras relatam sentir-se seguras (90%), gastando em média 74 minutos para pegar o dinheiro, e 83% designaram alguém para pegar os fundos quando não puderam. As cuidadoras relatam principalmente usar a transferência em gastos de alimentação e nutrição para a família (98%), vestuário e calçados (93%) e saúde (46%), e poucas cuidadoras mencionaram investimentos produtivos ou a possibilidade de poupar o dinheiro. Por fim, uma proporção menor do que o esperado relatou ter recebido o componente de gestão de casos (apenas 27% da amostra elegível para gestão de casos e 11% de toda a amostra de tratamento) e, entre esses, os participantes relataram um número menor de visitas do que o esperado (2,3 em média). Isso indica possíveis restrições de implementação para a componente de gestão de casos, o que deve ser considerado ao interpretar os impactos apresentados neste relatório.

Tabela 47. Resumo dos Principais Impactos da Avaliação em Todos os Domínios

	Tratamentos Combinados (coeficientes)	Variação percentual	Impacto benéfico adicional da gestão de casos
Criança alvo (0-6 anos de idade na linha de base)	(1)	(2)	(3)
A criança tem registo de nascimento	0.30***	+150%	X
Diversidade Alimentar Mínima	0.11***	+100	-
Tem cartão de vacinação	0.02	NA	X
Número de actividades que a cuidadora fez com a criança últimos 3 dias)	0.23*	+11	X
Desnutrição aguda (z-escore peso por comprimento < -2)	-0.02	NA	-
Desnutrição crónica (z-escore comprimento pela idade < -2)	0.03	NA	-
Agregado familiar			
Despesas mensais per capita (MZN)	118.2***	+13%	-
Despesas alimentares mensais per capita (MZN)	57.3**	+10%	-
Taxa de pobreza	-8.78***	-10%	-
Lacuna de pobreza	-4.84**	-13%	X
Índice de experiência de insegurança alimentar (FIES)	-0.79***	-11%	-
Opera qualquer empresa não agrícola	0.07**	+16%	-
Índice de propriedade pecuária	0.01	NA	-
Afectado negativamente pelo COVID-19	-0.14***	-54%	-
Cuidadora principal			
Pontuação total dos conhecimentos sobre nutrição e saúde	0.08	NA	-
Sintomas depressivos (CES-D ≥ 10) (CES-D ≥ 10)	-0.07**	-11%	-
Stress (escala de stress auto-reportado de Cohen)	-0.84***	-5%	-
Actualmente a poupar dinheiro	0.04**	+130%	-
Poder de decisão auto-avaliado (escada)	0.43***	+8%	-
VC emocional ou física (últimos 12 meses)	-0.13***	-38%	X
Actualmente grávida ou grávida nos últimos 24 meses	-0.09***	-22%	-
Qualquer criança biológica <18 anos morando fora de casa	0.01	NA	X
Crianças mais velhas (principalmente 3-17 anos de idade)			
Bem-estar material (sapatos, roupas e cobertor) (3-17 anos)	0.21***	58%	-
Actualmente a frequentar a escola (6-17 anos)	0.05*	8%	-
Horas usadas em tarefas domésticas (últimas 24 horas)	-0.27**	-12%	-
Horas usadas pela criança em actividades produtivas (última semana)	-0.96***	-40%	X
Qualquer disciplina violenta (1-14 anos)	-0.09***	-16%	X
Cuidadora acredita disciplina violenta e necessária	-0.04***	-67%	X

Notas: Os impactos combinados do tratamento são coeficientes de estimativas de um modelo de diferenças em diferenças com variáveis de controle nos níveis da criança, cuidadora e agregado familiar e erros padrão robustos entre a amostra do painel. As alterações percentuais são calculadas apenas quando os efeitos são significativos e estão em relação à média do grupo de comparação na linha final. Os impactos adicionais da componente de gestão de casos são calculados usando um modelo com um termo de interação adicional para os agregados elegíveis para esta componente. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

257. Essa avaliação de impacto, juntamente com a avaliação do processo, fornece evidências concretas dos impactos benéficos de intervenções do tipo *cash plus* para crianças, cuidadoras e agregados. A pesquisa mostra uma lógica clara para escalar a intervenção e aponta para várias maneiras de fortalecê-la. Há também várias limitações que vale a pena ter em mente. Em primeiro lugar, devido ao baixo número de agregados que receberam a componente de gestão de casos, os resultados podem não refletir todos os impactos potenciais e benefícios associados. Da mesma forma, conforme mencionado anteriormente, estamos limitados em nossa capacidade de testar e atribuir impactos do componente CMSC de nutrição. Por fim, a implementação e a avaliação foram interrompidas pela pandemia de COVID-19, que resultou em desafios para todos os aspectos da implementação e pode ter afetado tanto a regularidade dos pagamentos quanto a qualidade da componente de gestão de casos. Esses resultados também não abordam a relação custo-benefício de diferentes componentes da intervenção, nem fazem recomendações explícitas sobre a sustentabilidade fiscal ou arranjos institucionais – incluindo recomendações de construção de sistemas. Apesar

destas limitações, esta pesquisa mostra que MGCAS, INAS e parceiros estabeleceram o quadro para melhorias no bem-estar multidimensional para populações necessitadas e forneceram uma rede de segurança essencial para enfrentar os choques em curso em Moçambique.

13 REFERÊNCIAS

- Adhikari, S. & Gentilini, U. (2018). Should I stay or should I go: Do cash transfers affect migration? (Working Paper No. 8525). *World Bank Group Social Protection & Jobs Global Practice*. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/609571531402897490/pdf/WPS8525.pdf>
- Agüero, J., Carter, M., & Woolard, I. (2007). The impact of unconditional cash transfers on nutrition: The South African child support grant (Working Paper No. 3). International Poverty Centre. Retrieved from <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper39.pdf>
- Ahmed, A. U., Hoddinott, J. F., Roy, S., Sraboni, E., Quabili, W. R., & Margolies, A. (2016). *Which kinds of social safety net transfers work best for the ultra-poor in Bangladesh: Operation and impacts of the transfer modality research initiative*. IFPRI, Bangladesh.
- Alkire, S., Meinzen-Dick, R., Peterman, A., Quisumbing, A., Seymour, G., & Vaz, A. The Women's Empowerment in Agriculture Index. *World Development*, 52, 71–91.
- American Institutes for Research. (2013). *Zambia's Child Grant Program: 24-month impact report*. Washington, DC: Author.
- American Institutes for Research. (2016). *Zambia's Child Grant Program: 48-month impact assessment report*. Washington, DC: Author.
- American Institutes for Research. (2019). *Impact and performance evaluation of the Child Grant 0-2 Programme in Mozambique—Inception report*. Washington, DC: Author.
- American Institutes for Research. (2020). *Impact Evaluation of the Child Grant 0-2 Programme in Mozambique—Baseline report*. Washington, DC: Author.
- American Institutes for Research. (2021). *Process Evaluation of Mozambique's Child Grant Programme—Endline report*. Washington, DC: Author.
- Angeles, G., de Hoop, J., Handa, S., Kilburn, K., Milazzo, A., Peterman, A. (2019). Government of Malawi's unconditional cash transfer improves youth mental health. *Social Science & Medicine*, 225, 108–119.
- Angelucci, M. (2011). Conditional cash transfer programs, credit constraints, and migration. *Labour*, 26(1), 124–136. Retrieved from <http://doi.org/10.1111/j.1467-9914.2011.00534.x>
- Asfaw, S., Pickmans, R., & Davis, B. (2016). Productive impact of Malawi's social cash transfer programme—Midterm report. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Retrieved from <http://www.fao.org/3/a-i5628e.pdf>
- Attah, R., Barca, V., Kardan, K., MacAuslan, I., Merttens, F., & Pellerano, L. (2016). Can social protection affect psychosocial well-being and why does this matter? Lessons from cash transfers in sub-Saharan Africa. *Journal of Development Studies*, 52(8). Retrieved from <http://doi.org/10.1080/00220388.2015.1134777>
- Azevedo, J.P., Hasan, A., Goldemberg, D., Geven, K., & Iqbal, S.A. (2021). Simulating the Potential Impacts of COVID-19 School Closures on Schooling and Learning Outcomes: A Set of Global Estimates. *The World Bank Research Observer*, 36(1): 1–40.
- Baird, S., McIntosh, C., & Ozler, B. (2011). Cash or Condition? Evidence from a cash transfer experiment. *Quarterly Journal of Economics*, 126(4), 1709–1753.
- Baird, S., Ferreira, F. H. G., Özler, B., & Woolcock, M. (2014). Conditional, unconditional and everything in between: A systematic review of the effects of cash transfer programs on schooling outcomes. *Journal of Development Effectiveness*, 6(1), 1–43. Retrieved from <http://doi.org/10.1080/19439342.2014.890362>
- Baird, S., Ferreira, F., Ozler, B., & Woolcock, M. (2013). Relative effectiveness of conditional and unconditional cash transfers for schooling outcomes in developing countries: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 9(8). Retrieved from <http://doi.org/10.4073/csr.2013.8>

- Ballard, T., Kepple, A. W., & Cafiero, C. (2013). The Food Insecurity Experience Scale: Development of a global standard for monitoring hunger worldwide. FAO Technical Paper. Retrieved from http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/voh/FIES_Technical_Paper_v1.1.pdf?sm_au=iVVR040RpgDnnsFO
- Banerjee, A., Duflo, E., Goldberg, N., Karlan, D., Osei, R., Pariente, W. . . . Udry, C. (2015). A multifaceted program causes lasting progress for the very poor: Evidence from six countries. *Science*, *348*(6236), 1260799–1260799.
- Barletta, G., Castigo, F., Egger, E.-M., Keller, M., Salvucci, V., & Tarp, F. (2021). The impact of COVID-19 on consumption poverty in Mozambique. WIDER Working Paper 2021/94. Retrieved from <https://www.wider.unu.edu/sites/default/files/Publications/Working-paper/PDF/wp2021-94-impact-COVID-19-consumption-poverty-Mozambique.pdf>
- Barry, O., Maidoka, A. M., & Premand, P. (2017). Promoting positive parenting practices in Niger through a cash transfer programme. *Early Childhood Matters*, (126), 56–60. Retrieved from https://bernardvanleer.org/app/uploads/2017/06/ECM17_12_Niger_Barry.pdf
- Bassani, D. G., Arora, P., Wazny, K., Gaffey, M. F., Lenters, L., & Bhutta, Z. A. (2013). Financial incentives and coverage of child health interventions: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *13*(3). Retrieved from <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S30>
- Berhane, G., Devereux, S., Hoddinott, J., Hoel, J., Roelen, K., Abay, K. . . . Woldu, T. (2015). Evaluation of the social cash transfer pilot programme, Tigray Region, Ethiopia. Endline report. The International Food Policy Research Institute. Retrieved from https://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_Tigray_Endline_Report_FINAL_Ethiopia_2015-051.pdf
- Bhatia, A., Fabbri, C., Cerna-Turoff, I., Turner, E., Lokot, M., Warri, A. . . . Devries, K. (2021). Violence against children and the COVID-19 pandemic. *Bulletin of the World Health Organization*, online ahead of print.
- Blattman, C., Green, E. P., Jamison, J. C., Lehmann, M. C., & Annan, J. (2016). The returns to microenterprise support among the ultra-poor: A field experiment in post-war Uganda. *Am Econ J Appl Econ*, *8*(2), 35–64. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1257/app.20150023>
- Bobonis, G. J., González-Brenes, M., & Castro, R. (2013). Public transfers and domestic violence: The roles of private information and spousal control. *American Economic Journal: Economic Policy*, *5*(1), 179–205.
- Briaux, J., Martin-Prevel, Y., Carles, S., Fortin, S., Kameli, Y., Adubra, L. . . . Savy, M. (2020). Evaluation of an unconditional cash transfer program targeting children’s first-1,000-days linear growth in rural Togo: A cluster-randomized controlled trial. *PLoS Medicine*, *17*(11), e1003388.
- Buller, A. M., Peterman, A., Ranganathan, M., Bleile, A., Hidrobo, M., & Heise, L. (2018). Intimate partner violence and cash transfers in low- and middle-income countries: A mixed-method review. *World Bank Research Observer*, *33*(2), 218–258.
- Burde, D., Guven, O., Kelcey, J., Lahmann, H., & Al-Abbadi, K. (2015). What works to promote children’s educational access, quality of learning, and well-being in crisis-affected contexts. Education Rigorous Literature Review. UK Department for International Development. Retrieved from <http://s3.amazonaws.com/inee-assets/resources/Education-emergencies-rigorous-review-2015-10.pdf>
- Cabot Venton, C., Bailey, S., & Pongracz, S. (2015). Value for money of cash transfers in emergencies. UK Department for International Development. Retrieved from <http://www.cashlearning.org/downloads/summary-vfm-cash-in-emergencies-report-final.pdf>
- Cannon, M., & Snyder, E. (2012). The Child Status Index Usage Assessment. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation. Retrieved from <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/SR-12-68>.

- Carolina Population Center (CPC). (2016). Malawi Social Cash Transfer Programme: Endline Impact Evaluation Report. Retrieved from https://transfer.cpc.unc.edu/wp-content/uploads/2021/04/Malawi-SCTP-Endline-Report_Final.pdf
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Crea, T. M., Reynolds, A. D., Sinha, A., Eaton, J. W., Robertson, L. A., Mushati, P. . . . Nyamukapa, C. A. (2015). Effects of cash transfers on children’s health and social protection in sub-Saharan Africa: Differences in outcomes based on orphan status and household assets. *BMC Public Health*, 15(1). Retrieved from <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1857-4>
- Cunha, N., Pellerano, L., Mueller, J., Lledo, V., Xiao, Y., & Gitton, P. (2013). Towards a Mozambican social protection floor. Social Security Department, International Labour Office, Geneva. Retrieved from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---nylo/documents/genericdocument/wcms_221235.pdf
- Cunningham, M. (2001). The influence of parental attitudes and behaviors on children’s attitudes towards gender and household labor in early adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 111–122. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00111.x>.
- Dake, F., Natali, L., Angeles, G., de Hoop, J., Handa, S., & Peterman, A., on behalf of the Malawi and Zambia Cash Transfer Evaluation Teams. (2018). Cash Transfers, Early Marriage and Fertility in Malawi and Zambia. *Studies in Family Planning*, 49(4), 295–317.
- Dammert, A., de Hoop, J., Mvukiyehe, E., & Rosati, F. (2018). Effects of public policy on child labor: Current knowledge, gaps, and implications for program design. *World Development*, 110, 104–123. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.001>
- Davis, B., & Handa, S. (2015). How much do programmes pay? Transfer size in selected national cash transfer programmes in sub-Saharan Africa. The Transfer Project Brief Series. Retrieved from https://transfer.cpc.unc.edu/wp-content/uploads/2015/09/TransferProjectBrief_2015-09_TransferSize.pdf
- Davis, B., Handa, S., Hypher, N., Rossi, N., Winters, P., & Yablonski, J. (2016). From evidence to action: The story of cash transfers and impact evaluation in sub-Saharan Africa. UNICEF. Retrieved from https://www.unicef.org/socialpolicy/files/UNICEF_From_Evidence_to_Action.pdf
- de Groot, R., Palermo, T., Handa, S., Ragno, L., & Peterman, A. (2017). Cash transfers and child nutrition: Pathways and impacts. *Development Policy Review*, 35, 599–720. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/dpr.12255>
- de Hoop, J., Morey, M., Ring, H., Rothbard, V., & Seidenfeld, D. (2019). “Min Ila” cash transfer programme for displaced Syrian children in Lebanon (UNICEF AND WFP) impact evaluation endline report. Florence, Italy: UNICEF Office of Research. Retrieved from <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/UNICEF%20Min%20Ila%20Impact%20Evaluation.pdf>
- de Hoop, J., & Rosati, F. C. (2014). Cash transfers and child labour. *World Bank Research Observer*, 29(2), 202–234. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/wbro/lku003>
- de Hoop, J., Groppo, V., & Handa, S., on behalf of the Malawi Social Cash Transfer Program and the Zambia Multiple Category Targeted Program study teams (2019). Cash Transfers, Microentrepreneurial Activity, and Child Work: Evidence from Malawi and Zambia. *The World Bank Economic Review*, 34(3): 670-697.
- De Neubourg, C., Chai, J., de Milliano, M., Plavgo, I., & Wei, Z. (2012). Cross-country MODA study: Multiple overlapping deprivation analysis (MODA). (Working Paper No. 2012-05). UNICEF Office of Research. Retrieved from <https://www.unicef-irc.org/publications/696-cross-country-moda-study-multiple-overlapping-deprivation-analysis-moda-technical.html>

- Di Maio, M., & Fiala, N. (2018). Be wary of those who ask: A randomized experiment on the size and determinants of enumerator effects. *World Bank Economic Review* (forthcoming).
- Ekezia, C. C., Lamont, K., & Bhattacharya, S. (2017). Are cash transfer programs effective in improving maternal and child health in sub-Saharan Africa? A systematic review of randomised controlled trials. *The Journal of Global Health, 7*(2), 14–19.
- Evans, D. K., Hausladen, S., Kosec, K., & Reese, N. (2014). *Community-based conditional cash transfers in Tanzania: Results from a randomized trial*. World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/723281468312010688/pdf/839240REVISED000PUBLIC00Box0382110B.pdf>
- Falange, S., & Pellerano, L. (2016). *Social protection reform in Mozambique and the new basic social security strategy*. International Policy Centre for Inclusive Growth. Retrieved from http://www.ipc-undp.org/pub/eng/OP339_Social_protection_reform_in_Mozambique.pdf
- Fernald, L. C. H., Prado, E., Kariger, P., & Raikes, A. (2017). A Toolkit for Measuring Early Childhood Development in Low- and Middle-Income Countries. Prepared for the Strategic Impact Evaluation Fund, the World Bank. Washington, D.C. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/384681513101293811/pdf/WB-SIEF-ECD-MEASUREMENT-TOOLKIT.pdf>
- Fernandes, Q., Wagenaar, B., Anselmi, L., Pfeiffer, J., Gloyd, S., & Sherr, K. (2014). Effects of health-system strengthening on under-5, infant, and neonatal mortality: 11-year provincial-level time-series analyses in Mozambique. *The Lancet Global Health, 2*(8), 468–477. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70276-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70276-1)
- Ferrone, L., Rossi, A., & Brukauf, Z. (2019). Child poverty in Mozambique – Multiple overlapping deprivation analysis. UNICEF Office of Research—Innocenti Working Paper series (WP 2019-03). Retrieved from <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/WP2019-03.pdf>
- Fisher, E., Attah, R., Barca, V., O'Brien, C., Brook, S., Holland, J., . . . Pozarny, P. (2017). The livelihood impacts of cash transfers in sub-Saharan Africa: Beneficiary perspectives from six countries. *World Development, 99*, 299–319. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.05.020>
- Fiszbein, A., & Schady, N. R. (2009). Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty. *World Bank Policy Research*. Retrieved from http://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/5757608-1234228266004/PRR-CCT_web_noembargo.pdf
- Galiani, S., McEwan, P. J., & Quistorff, B. (2016). External and internal validity of a geographic quasi-experiment embedded in cluster-randomized experiment. Regression Discontinuity Designs—Theories and Application, *Advances in Econometrics, 38*, 195–236. Retrieved from <http://doi.org/10.1108/S0731-905320170000038009>
- Garcia, M., & Moore, C. (2012). The cash dividend: The rise of cash transfer programs in sub-Saharan Africa. *World Bank*. Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2246/672080PUB0EPI0020Box367844B09953137.pdf?sequence=1>
- Garcia, M., Pence, A., & Evans, J. L. (Eds.). (2008). Africa's future, Africa's challenge. *World Bank*. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/135791468211777082/pdf/427000PUB0Afri1sclosed0Feb025020081.pdf>
- Gertler, P. J., Martinez, S., Premand, P., Rawlings, L. B., & Vermeersch, C. M. J. (2011). Impact evaluation in practice: Ancillary material. *The World Bank*. Retrieved from https://siteresources.worldbank.org/EXTHDOFFICE/Resources/5485726-1295455628620/Impact_Evaluation_in_Practice.pdf

- Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D., & Fitzgerald, R. (2013). Ethical Research Involving Children. UNICEF Office of Research—Innocenti. Retrieved from <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/eric-compendium-approved-digital-web.pdf>
- Government of Mozambique (2020). Programa Quinquenal Do Governo 2020-2024
- Handa, S., Daidone, S., Peterman, A., Davis, B., Pereira, A., Palermo, T. . . . Yablonski, J. (2018). Myth-busting? Confronting six common perceptions about cash transfer programs in sub-Saharan Africa. *World Bank Research Observer*, 33(2), 259–298. Retrieved from <https://academic.oup.com/wbro/article/33/2/259/5127165>
- Handa, S., Angeles, G., Abdoulayi, S., Mvula, P., & Tsoka, M. (2014a). Malawi social cash transfer program baseline evaluation report. *The University of North Carolina at Chapel Hill*. Retrieved from <https://transfer.cpc.unc.edu/wp-content/uploads/2015/09/Malawi-SCTP-Baseline-Report.pdf>
- Handa, S., Halpern, C. T., Pettifor, A., & Thirumurthy, H. (2014b). The government of Kenya’s cash transfer program reduces the risk of sexual debut among young people age 15-25. *PLoS One*, 9(1), e85473.
- Handa, S., Natali, L., Seidenfeld, D., & Tembo, G. (2016). The impact of Zambia’s unconditional child grant on schooling and work: Results from a large-scale social experiment. *Journal of Development Effectiveness*, 8(3), 346–367. Retrieved from <http://doi.org/10.1080/19439342.2016.1206605>
- Handa, S., Natali, L., Seidenfeld, D., Tembo, G., & Davis, B. (2018). Can unconditional cash transfers raise long-term living standards? Evidence from Zambia. *Journal of Development Economics*, 133, 42–65. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2018.01.008>
- Handa, S., Park, M., Darko, R., Osei-Akoto, I., Davis, B., & Diadone, S. (2013). *Livelihood empowerment against poverty program impact evaluation*. Carolina Population Center, University of North Carolina. Retrieved from https://www.unicef.org/ghana/gh_resources_LEAP_Quant_impact_evaluation_FINAL_OCT_2013.pdf
- Handa, S., Peterman, A., Huang, C., Halpern, C., Pettifor, A., & Thirumurthy, H. (2015). Impact of the Kenya cash transfer for orphans and vulnerable children on early pregnancy and marriage of adolescent girls. *Social Science & Medicine*, 141, 36–45. Retrieved from <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.024>
- Handa, S., Seidenfeld, D., Davis, B., & Tembo, G. (2016). The social and productive impacts of Zambia’s child grant. *Journal of Policy Analysis and Management*, 35(2), 357–387. Retrieved from <http://doi.org/10.1002/pam.21892>
- Heath, R., Hidrobo, M., & Roy, S. (2020). Cash transfers, polygamy and intimate partner violence: Experimental evidence from Mali. *Journal of Development Economics*, 143, 102410.
- Heise, L., & Fulu, E. (2014). *What works to prevent violence against women and girls? State of the field of violence against women and girls, what we know and what are the knowledge gaps?* Retrieved from <https://www.whatworks.co.za/documents/publications/16-global-evidence-reviews-paper-1-state-of-the-field-of-research-on-violence-against-women-and-girls/file>
- Hidrobo, M., & Fernald, L. (2013). Cash transfers and domestic violence. *Journal of Health Economics*, 32(1), 304–319. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.11.002>
- Hidrobo, M., Hoddinott, J., Kumar, N., & Olivier, M. (2018) Social protection, food security and asset formation. *World Development*, 101, 88103. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.08.014>
- Hidrobo, M., Peterman, A., & Heise, L. (2016). The effect of cash, vouchers and food transfers on intimate partner violence: Evidence from a randomized experiment in Northern Ecuador. *American Economic Journal: Applied Economics*, 8, 284–303. Retrieved from <http://doi.org/10.1257/app.20150048>

- Hindin, M. J., Kishor, S., & Ansara, D. L. (2008). *Intimate partner violence among couples in 10 DHS countries: Predictors and health outcomes*. United States Agency for International Development. Calverton, MD.
- Hjelm, L., Handa, S., de Hoop, J., & Palermo, T., on behalf of the Zambia CGP and MCP Evaluation Teams. (2017). Poverty and perceived stress: Evidence from two unconditional cash transfer programs in Zambia. *Social Science & Medicine*, *177*, 110–117.
- Huan, C., Singh, K., Handa, S., Halpern, C., Pettifor, A., & Thirumurthy, H. (2017). Investments in children's health and the Kenyan cash transfer for orphans and vulnerable children: Evidence from an unconditional cash transfer scheme. *Health Policy and Planning*, *32*(7), 943–955. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/heapol/czw181>
- International Labour Organization. (2014). *Development of a social protection floor in Mozambique*. Retrieved from http://www.social-protection.org/gimi/ShowProjectWiki.action;jsessionid=V2ABQd0IGqMhmoo5Wx_G1JKKNpXI6A0LjOAL_Z7NtDk-9LeK0hQO!-167339137?id=2909&pid=2891
- International Labour Organization & Oxford Policy Management. (2015) Avaliação da Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (2010-2014) de Moçambique.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015.) Relatório final do inquérito ao orçamento familiar – IOF – 2014/15. Retrieved from <http://www.ine.gov.mz/operacoes-estatisticas/inqueritos/inquerito-sobre-orcamento-familiar/relatorio-final-do-inquerito-ao-orcamento-familiar-iof-2014-15/view>
- Jaspars, S., Harvey, P., Hudspeth, C., Rumble, L., & Christensen, D. (2007). *A review of UNICEF's role in cash transfers to emergency-affected populations*. UNICEF, Office of Emergency Programmes. Retrieved from <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8219.pdf>
- Keele, L., Lorch, S., Passarella, M., Small, D., & Titiunik, R. (2016). An overview of geographically discontinuous treatment assignments with an application to children's health insurance. *Regression Discontinuity Designs—Theory and Applications, Advances in Econometrics*, *38*, 147–194. Retrieved from <http://doi.org/10.1108/S0731-905320170000038007>
- Kilburn, K., Handa, S., Angeles, G., Mvula, P., & Tsoka, M. (2017). Short-term impacts of an unconditional cash transfer program on child schooling: Experimental evidence from Malawi. *Economics of Education Review*, *59*, 63–80. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2017.06.002>
- Kilburn, K., Prencipe, L., Hjelm, L., Peterman, A., Handa, S., & Palermo, T. (2018). Examination of performance of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Short Form 10 among African youth in poor, rural households. *BMC Psychiatry*, *18*, 201.
- Kilburn, K., Thirumurthy, H., Halpern, C. T., Pettifor, A., & Handa, S. (2015). Effects of a large-scale unconditional cash transfer program on mental health outcomes of young people in Kenya. *Journal of Adolescent Health*, *58*(2), 223–229. Retrieved from <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.023>
- Little, M., Roelen, K., Lange, B.C.L., Steinert, J.I., Yakubovich, A.R., Cluver, L., & Humphreys, D.K. (2021). Effectiveness of cash-plus programmes on early childhood outcomes compared to cash transfers alone: A systematic review and meta-analysis in low- and middle-income countries. *PLoS Medicine* *18*(9): e1003698.
- Livelihood Empowerment Against Poverty 1000 Impact Evaluation Team. (2018). Ghana LEAP 1000 Programme: Endline Evaluation Report. Republic of Ghana, Ministry of Gender, Child and Social Protection. UNICEF Innocenti, Florence, Italy.
- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., . . . Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Global Mental Health*, *378*(9801), 1502–1514. Retrieved from [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60754-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60754-X)

- Malhotra, A., & Elnakib, S. (2021). 20 Years of the Evidence Base on What Works to Prevent Child Marriage: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health, 68*(5): 847-862.
- Manley, J., Balarajan, Y., Malm, S., Harman, L., Owens, J., Murthy, S. . . .Khurshid, A. (2020). Cash transfers and child nutritional outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health, 5*(12), e003621.
- Margolies, M., & Hoddinott, J. (2014). Costing alternative transfer modalities. *Journal of Development Effectiveness, 7*(1), 1–16. Retrieved from <http://doi.org/10.1080/19439342.2014.984745>
- Martinez, S., Naudeau, S., & Pereira, V. (2017). Preschool and child development under extreme poverty: Evidence from a randomized experiment in rural Mozambique. *The World Bank Group, Policy Research Working Paper No. 8290*. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/756171513961080112/pdf/WPS8290.pdf>
- Mayrand, H. (2009). Does Money Matter? The Effects of the Child Support Grant on Childrearing Decisions in South Africa. IDRC Working Paper No. 9. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.598.8611&rep=rep1&type=pdf>
- McGuire, J., Bach-Mortensen, A., & Kaiser, C. (2020). The impact of cash transfers on subjective well-being and mental health in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. Working Paper. Retrieved from https://www.happierlivesinstitute.org/uploads/1/0/9/9/109970865/cash_transfer_meta-analysis_1.39.pdf
- MEASURE Evaluation. (2009). Clarification Regarding Usage of the Child Status Index (CSI).
- Merttens, F., Hurrell, A., Marzi, M., Attach, R., Farhat, M., Kardan, A. . . . MacAuslan, I. (2013). Kenya Hunger Safety Net Programme monitoring and evaluation component. Impact evaluation final report: 2009 to 2012. *Oxford Policy Management*. Retrieved from <https://www.oecd.org/derec/unitedkingdom/Evaluation-of-the-Hunger-Safety-Net-Programme-Kenya.pdf>
- Merttens, F., Sindou, E., Lipcan, A., Pellerano, L., Binci, M., Ssewanyana, S., . . . Garbarino, S. (2016). Evaluation of the Uganda Social Assistance Grants for Empowerment (SAGE) Programme— Impact after two years of programme operations 2012-2014 final report. *Oxford Policy Management*. Retrieved from <https://www.opml.co.uk/files/Publications/7265-uganda-sage/sage-endline-report.pdf?noredirect=1>
- Miller, C., & Themba, Z. (2012). *External evaluation of the Bomi Social Cash Transfer Pilot final report*. Center for Global Health and Development (CGHD) Boston University School of Public Health. Boston, MA. Retrieved from https://www.unicef.org/evaldatabase/files/External_Evaluation_of_the_Bomi_Social_Cash_Transfer_Pilot_Final_Report_Liberia.pdf
- Miller, C., Sabin, L., Brooks, B., Tsoka, M., & Rybasack, H. (2010). Evaluation of the Child Status Index Tool: A Validation Study in Malawi. *Journal of Urban Health, 83*(1), 70–94. <https://doi.org/10.2979/AFT.2005.52.1.70>
- Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF. (2015). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015*. Maputo, Moçambique. Rockville, MD: INS, INE, e ICF.
- Ministério da Saúde (MISAU) (2018). *Calendário De Vacinação Da Criança E De Vitamina A*.
- Ministry of Gender, Children and Social Action (MGCAS). (2019). Concept Note on the Child Grant (0-2 years). Republic of Mozambique.
- Moret, W., & Ferguson, M. (2018). ASPIRES Family Care Process Assessment: Cash Transfers for Family-Child Reintegration and Prevention of Separation. USAID. Retrieved from <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/ASPIRES%20Family%20Care%20Process%20Assessment%20-%20Cash%20Transfers.pdf>

- Natali, L., Handa, S., Peterman, A., Seidenfeld, D., & Tembo, G. on behalf of the Zambia Cash Transfer Evaluation Team. (2016). Making Money Work: Unconditional cash transfers allow women to save and re-invest in rural Zambia. Office of Research—Innocenti Working Paper, WP-2016-02. Retrieved from: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IWP_2016_02.pdf
- de Onis, M., & Branca, F. (2016). Childhood stunting: A global perspective. Aguayo, V. & Menon, P., editors. *Maternal & Child Nutrition*, 12(1), 12–26. Retrieved from <http://doi.org/10.1111/mcn.12231>
- Owusu-Addo, E., Renzaho, A., & Smith, B. (2018). The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 33(5), 675–696. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/heapol/czy020>
- Palermo, T., Bleck, J., & Peterman, A. (2014). Tip of the Iceberg: Reporting and Gender-Based Violence in Developing Countries. *American Journal of Epidemiology*, 179(5), 602–612.
- Park, S., Han, Y., & Kim, H. B. (2018). Knowledge, Food Vouchers, and Child Nutrition: Evidence from a Field Experiment in Ethiopia. Unpublished manuscript. Retrieved from: <https://drive.google.com/file/d/10bk7IsW4j8mElijP2h-nR0KoUrGQ9Avv/view>
- Perova, E. (2010). *Buying out of abuse: How changes in women's income affect domestic violence*. Unpublished manuscript.
- Pellerano, L., & Barca, V. (2017). The conditions for conditionality in cash transfers: Does one size fit all? Chapter 13 in *What Works for Africa's Poorest*. Eds. David Lawson, Lawrence Ado-Kofie and David Hulme. Retrieved from <https://doi.org/10.3362/9781780448435.013>
- Peterman, A., Neijhoft, A., Cook, S., & Palermo, T. (2017). Understanding the linkages between social safety nets and childhood violence: A review of the evidence from low- and middle-income countries. *Health Policy & Planning*, 32(7), 1049–1071. <https://dx.doi.org/10.1093/2Fheapol/2Fczx033>
- Peterman, A., Valli, E., & Palermo, T. (2021). Government anti-poverty programs and intimate partner violence. *Economic Development and Cultural Change, online first*. Retrieved from <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/713767>
- Productive Social Safety Net (PSSN) Youth Evaluation Team (2018). Tanzania Youth Study of the Productive Social Safety Net (PSSN) Impact Evaluation: Endline Report. UNICEF Office of Research—Innocenti. Retrieved from https://transfer.cpc.unc.edu/wp-content/uploads/2019/01/Endline_report_final_rev.pdf
- Republic of Mozambique. (2016). *National Basic Social Security Strategy*. Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—africa/—ro-addis_ababa/—ilo-lusaka/documents/publication/wcms_532757.pdf
- Robertson, L., Mushati, P., Eaton, J. W., Dumba, L., Mavise, G., Makoni, J., . . . Gregson, S. (2013). Effects of unconditional and conditional cash transfers on child health and development in Zimbabwe: A cluster-randomised trial. *Lancet*, 381(9874), 1283–1292. Retrieved from [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62168-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62168-0)
- Roelen, K., Devereux, S., Abdulai, A. G., Martorano, B., Palermo, T., & Ragno, L.P. (2017). *How to make 'Cash Plus' work: Linking cash transfers to services and sectors*. (Working Paper No. 2017-10). Retrieved from <http://www.cashlearning.org/downloads/how-to-make-cash-plus-work.pdf>
- Rosenberg, M., Pettifor, A., Nguyen, N., Westreich, D., Bor, J., Bärnighausen, T., . . . Kahn, K. (2015). Relationship between receipt of a social protection grant for a child and second pregnancy rates among South African women: A cohort study. *PLoS One*, 10(9), e0137352. Retrieved from <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0137352>
- Sabin, L., Tsoka, M., Brooks, M. I., & Miller, C. (2011). Measuring Vulnerability Among Orphans and Vulnerable Children in Rural Malawi: Validation Study of the Child Status Index Tool. *Journal of*

- Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 58(1), e1–e10.
<https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3182254298>
- Saavedra, J. E., & Garcia, S. (2012). *Impacts of conditional cash transfers on educational outcomes in developing countries: A meta-analysis*. (Working Paper 921-1). RAND Corporation. Retrieved from https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2012/RAND_WR921-1.pdf
- Schochet, P. Z. (2008). *Technical methods report: Statistical power for regression discontinuity designs in education evaluations* (NCEE 2008-4026). Washington, DC: National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education.
- Sergio, F., & Pellerano, L. (2016). *Social protection reform in Mozambique and the new basic social security strategy*. International Policy Centre for Inclusive Growth. Retrieved from http://www.ipc-undp.org/pub/eng/OP339_Social_protection_reform_in_Mozambique.pdf
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714.
- Smith, L. C., & Haddad, L. (2002). How potent is economic growth in reducing undernutrition? What are the pathways of impact? New cross-country evidence. *Economic Development and Cultural Change*, 51(1), 55–76.
- Southern and Eastern Africa Consortium for Monitoring Educational Quality (SACMEQ). (2019.) *Education fact sheet*. Retrieved from <http://www.sacmeq.org/?q=sacmeq-members/mozambique/education-fact-sheet#targetText=In%20Mozambique%20primary%20education%20is,into%20school%20is%206%20years>
- Stecklov, G., Winters, P., Stampini, M., & Davis, B. (2005). Do conditional cash transfers influence migration? A study using experimental data from the Mexican Progresa programme. *Demography*, 42(4), 769–790.
- The Kenya CT-OVC Evaluation Team. (2012). The impact of the Kenya Cash Transfer Program for Orphans and Vulnerable Children on household spending. *Journal of Development Effectiveness*, 4(1), 9–37. Retrieved from <http://doi.org/10.1080/19439342.2011.653980>
- UNICEF. (2005). Guide to monitoring and evaluation of the national response for children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS. New York, NY. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-05-14.html>
- UNICEF. (2007). Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. A comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. *Innocenti Report Card*, 7. Retrieved from https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf
- UNICEF. (2010). *Child disciplinary practices at home. Evidence from a range of low- and middle-income countries*. UNICEF. Retrieved from file:///C:/Users/amber/Downloads/ChildDiscipline_report_Eng_44.pdf
- UNICEF. (2011). Building Better Brains: New Frontiers in Early Childhood Development. UNICEF. Retrieved from https://www.unicef.org/earlychildhood/files/Building_better_brains_web.pdf
- UNICEF. (2014). *Situation analysis of children in Mozambique 2014*. UNICEF. Retrieved from <https://www.unicef.org/mozambique/en/reports/situation-children-mozambique-2014>.
- UNICEF Egypt. (2018). Child malnutrition: Unfolding the situation in Egypt. Retrieved from <https://www.unicef.org/egypt/media/2686/file>
- UNICEF. (2021). The Situation of Children in Mozambique

- UNICEF-East and Southern Africa Regional Office. (2015). *Social cash transfers and children's outcomes: A review of evidence from Africa*. UNICEF. Retrieved from https://www.unicef.org/esaro/Social_Cash_Transfer_Publication_ESARO_December_2015.pdf
- UNICEF Multiple Indicator Cluster Survey. (2018). Children's Time Use. Results of the Field Trial in Malawi. Internal document as a part of methodological work.
- UNICEF. (2020). Multidimensional Child Poverty in Mozambique. (2020). Retrieved from <https://www.unicef.org/mozambique/en/reports/multidimensional-child-poverty-mozambique>
- Vincent, K., & Cull, T. (2009). *Impacts of social cash transfers: Case study evidence from across southern Africa*. (Conference Paper No. 47). Instituto de Estudos Sociais e Económicos. Retrieved from http://www.iese.ac.mz/lib/publication/II_conf/CP47_2009_Vincent.pdf
- What Works Clearinghouse. (n.d.). WWC standards brief: Baseline equivalence. *Institute of Education Sciences*. Retrieved from https://ies.ed.gov/ncee/wwc/Docs/referenceresources/wwc_brief_baseline_080715.pdf
- White, H. (2009). Theory-based impact evaluation: Principles and practice. *Journal of Development Effectiveness*, 1(3), 271–284. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/19439340903114628>
- World Bank. (2009). Development practice in education: Abolishing school fees in Africa, lessons from Ethiopia, Ghana, Kenya, Malawi, and Mozambique. Retrieved from https://www.unicef.org/publications/files/Abolishing_School_Fees_in_Africa.pdf
- World Bank. (2017). International development association project paper on a proposed additional credit in the amount of SDR 43.5 million to the Republic of Mozambique for the education sector support project. *Education Global Practice Africa Region* Report No. PAD2135. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/281791495480151135/pdf/MOZAMBIQUE-PAD-05152017.pdf>
- World Bank. (2018). "Strong but not broadly shared growth": Mozambique poverty assessment. Poverty and Equity Global Practice, Africa Region. The World Bank, Washington, D.C. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/248561541165040969/pdf/Mozambique-Poverty-Assessment-Strong-But-Not-Broadly-Shared-Growth.pdf>
- World Health Organization. (2019). *Child growth standards*. Retrieved from https://www.who.int/childgrowth/standards/h_f_a_tables_z_girls/en/
- World Health Organization. (2018). *Infant and Young Child Feeding*. Retrieved from <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/infant-and-young-child-feeding>
- World Food Programme. (2018). *Mozambique*. Retrieved from <http://www1.wfp.org/countries/mozambique>

ANEXO A. TABELAS ADICIONAIS DE BALANCEAMENTO E ATRIÇÃO**Tabela A.6.1. Saúde e Nutrição da Criança Alvo**

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos	Tratamento	Comparação	Dif	N	Dif	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
A criança tem uma certidão de nascimento	0.26 (0.44)	0.23 (0.42)	0.30 (0.46)	-0.16*** [0.05]	1,681	-0.20* [0.11]	443

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.6.2. Práticas Nutricionais da Criança Alvo

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos	Tratamento	Comparação	Dif	N	Dif	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Número total de grupos alimentares consumidos ontem	1.16 (0.97)	1.11 (0.77)	1.26 (1.25)	-0.15** [0.06]	1,685	-0.21* [0.11]	445
Diversidade alimentar mínima	0.02 (0.15)	0.01 (0.09)	0.05 (0.21)	-0.27*** [0.06]	1,685	-0.14 [0.13]	445
Grupos alimentares consumidos ontem:							
Leite materno	0.85 (0.35)	0.87 (0.34)	0.82 (0.39)	0.16*** [0.05]	1,685	-0.15 [0.09]	445
Cereais, raízes e tubérculos	0.12 (0.32)	0.12 (0.33)	0.11 (0.32)	0.02 [0.05]	1,685	0.12 [0.10]	445
Leguminosas	0.03 (0.17)	0.01 (0.12)	0.06 (0.23)	-0.27*** [0.06]	1,678	-0.41*** [0.15]	442
Lactícínios	0.01 (0.07)	0.01 (0.09)	0.00 (0.00)	0.11*** [0.04]	1,678	0.11* [0.06]	443
Carne ou peixe	0.05 (0.23)	0.03 (0.18)	0.09 (0.29)	-0.25*** [0.06]	1,683	-0.23* [0.12]	445
Ovos	0.01 (0.07)	0.00 (0.06)	0.01 (0.09)	-0.05 [0.05]	1,668	0.07 [0.13]	439
Vitamina A	0.03 (0.18)	0.02 (0.13)	0.06 (0.24)	-0.25*** [0.06]	1,681	-0.15 [0.11]	442
Outras frutas e legumes	0.06 (0.24)	0.04 (0.19)	0.11 (0.31)	-0.28*** [0.06]	1,685	-0.24** [0.12]	445
Ontem as crianças consumiram alimentos sólidos	0.21 (0.75)	0.24 (0.80)	0.15 (0.65)	0.12** [0.05]	1,683	0.12 [0.10]	445
Frequência mínima de refeições	0.01 (0.10)	0.01 (0.11)	0.01 (0.08)	0.06 [0.05]	1,685	-0.08 [0.11]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados

nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.6.3. Imunizações, Vitamina A, Desparasitação e Diarreia da Criança Alvo

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Cartão de vacinação	0.88 (0.32)	0.88 (0.33)	0.89 (0.31)	-0.04 [0.05]	1,685	-0.03 [0.11]	445
Vacina BCG	0.90 (0.30)	0.88 (0.32)	0.94 (0.25)	-0.16*** [0.05]	1,668	-0.14 [0.11]	436
Vacina contra a poliomielite	0.56 (0.50)	0.55 (0.50)	0.59 (0.49)	-0.08 [0.06]	1,134	0.20 [0.13]	303
Vacina PENTA	0.29 (0.45)	0.27 (0.44)	0.32 (0.47)	-0.10 [0.06]	1,134	0.00 [0.13]	303
Vacinas pneumocócicas	0.27 (0.44)	0.26 (0.44)	0.28 (0.45)	-0.06 [0.06]	1,134	0.04 [0.13]	303
Vacinas contra o rotavírus	0.36 (0.48)	0.34 (0.47)	0.40 (0.49)	-0.12* [0.06]	1,134	0.01 [0.13]	303
Vacina contra o sarampo	0.01 (0.12)	0.01 (0.11)	0.02 (0.14)	-0.06 [0.06]	1,639	-0.00 [0.10]	422
Dose de vitamina A	0.11 (0.31)	0.10 (0.30)	0.11 (0.31)	-0.02 [0.05]	1,624	0.27*** [0.09]	421
Medicação para desparasitação	0.02 (0.15)	0.03 (0.16)	0.01 (0.10)	0.14*** [0.05]	1,625	0.12** [0.06]	422
Teve diarreia nas últimas 2 semanas	0.08 (0.27)	0.08 (0.27)	0.08 (0.26)	0.01 [0.05]	1,654	0.03 [0.10]	440

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.6.4. Desenvolvimento Infantil da Criança Alvo

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Número de actividades que qualquer membro do AF (≥ 15 anos) realizou com a criança alvo	2.08 (1.80)	2.00 (1.76)	2.23 (1.85)	-0.13** [0.05]	1,685	-0.14 [0.10]	445
Ler livros	0.14 (0.35)	0.13 (0.34)	0.16 (0.36)	-0.06 [0.05]	1,685	-0.09 [0.10]	445
Contar histórias	0.18 (0.39)	0.17 (0.38)	0.20 (0.40)	-0.07 [0.05]	1,685	-0.07 [0.10]	445
Cantar canções	0.54 (0.50)	0.51 (0.50)	0.59 (0.49)	-0.16*** [0.05]	1,685	-0.09 [0.11]	445
Passear fora de casa	0.53 (0.50)	0.51 (0.50)	0.55 (0.50)	-0.08 [0.05]	1,685	-0.09 [0.10]	445
Brincar	0.51 (0.50)	0.52 (0.50)	0.50 (0.50)	0.05 [0.05]	1,685	-0.04 [0.11]	445
Nomear, contar ou desenhar	0.18	0.15	0.24	-0.22***	1,685	-0.23**	445

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

Número de actividades que a cuidadora realizou com a criança alvo	(0.39) 1.92 (1.73)	(0.36) 1.83 (1.68)	(0.42) 2.07 (1.82)	[0.05] -0.14*** [0.05]	1,685	[0.11] -0.20* [0.11]	445
Ler livros	0.11 (0.32)	0.11 (0.31)	0.13 (0.33)	-0.06 [0.05]	1,685	-0.06 [0.10]	445
Contar histórias	0.15 (0.36)	0.14 (0.35)	0.17 (0.37)	-0.07 [0.05]	1,685	-0.06 [0.10]	445
Cantar canções	0.51 (0.50)	0.48 (0.50)	0.56 (0.50)	-0.16*** [0.05]	1,685	-0.13 [0.11]	445
Passear fora de casa	0.51 (0.50)	0.49 (0.50)	0.54 (0.50)	-0.10** [0.05]	1,685	-0.16 [0.10]	445
Brincar	0.48 (0.50)	0.49 (0.50)	0.46 (0.50)	0.05 [0.05]	1,685	-0.08 [0.11]	445
Nomear, contar ou desenhar	0.16 (0.37)	0.13 (0.33)	0.22 (0.41)	-0.25*** [0.05]	1,685	-0.32*** [0.11]	445
Com que idade pode uma criança ver?	3.00 (1.25)	2.97 (1.14)	3.05 (1.42)	-0.06 [0.06]	1,680	-0.03 [0.09]	445
Com que idade é que uma criança pode ouvir?	3.38 (1.35)	3.37 (1.40)	3.41 (1.26)	-0.03 [0.05]	1,681	-0.01 [0.10]	445
Dias na semana passada a criança foi deixada sozinha durante mais de 1 hora	0.26 (0.86)	0.26 (0.87)	0.25 (0.83)	0.03 [0.05]	1,685	-0.06 [0.10]	445
Dias na semana passada a criança foi deixada ao cuidado de outra criança	0.33 (1.02)	0.29 (0.90)	0.41 (1.19)	-0.11** [0.06]	1,685	-0.15 [0.13]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.6.5. Estado de Nutrição da Criança Alvo

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos	Tratamento	Comparação	Dif	N	Dif	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
A Criança tem Edema	0.00 (0.02)	0.00 (0.03)	0.00 (0.00)	0.05 [0.05]	1,685	0.00	445
Abaixo do Peso (z-escore de peso para idade < -2)	0.11 (0.31)	0.12 (0.32)	0.09 (0.28)	0.10** [0.05]	1,684	-0.15 [0.11]	445
Desnutrição Aguda (z-escore de peso por comprimento < -2)	0.07 (0.26)	0.07 (0.26)	0.06 (0.24)	0.05 [0.05]	1,668	-0.18 [0.12]	438
Desnutrição Crónica (z-escore de comprimento para idade < -2)	0.12 (0.32)	0.11 (0.32)	0.13 (0.33)	-0.04 [0.05]	1,685	-0.22* [0.12]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.6.6. Estado de Nutrição da Criança Alvo – Transferência e Gestão de Casos

	Painel				N (5)
	Média (DP)			GC- Dinheiro Dif (4)	
	Todos (1)	GC (2)	Dinheiro (3)		
A Criança tem Edema	0.00 (0.03)	0.00 (0.04)	0.00 (0.00)	0.09 [0.09]	1,079
Abaixo do Peso (z-escore de peso para idade < -2)	0.12 (0.32)	0.16 (0.37)	0.07 (0.26)	0.26*** [0.07]	1,078
Desnutrição Aguda (z-escore de peso por comprimento < -2)	0.07 (0.26)	0.09 (0.29)	0.06 (0.23)	0.14** [0.07]	1,068
Desnutrição Crónica (z-escore de comprimento para idade < -2)	0.11 (0.32)	0.16 (0.36)	0.07 (0.26)	0.24*** [0.07]	1,079

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. Erros padrão robustos estão entre parênteses. As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.6.7. Impactos na Condição Sanitária

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	Variável de Resultado N
	DiD Tratamentos Combinados (1)	DiD Dinheiro (2)	Impacto Adicional GC (3)	Grupo de Comparação (4)	
A principal fonte de água potável do AF é segura	-0.02 (0.03)	-0.03 (0.04)	0.07 (0.05)	0.29	3370
AF trata a água para a tornar segura	0.20*** (0.03)	0.22*** (0.03)	-0.06 (0.04)	0.19	3361
Água disponível para a lavagem das mãos	-0.04 (0.04)	-0.05 (0.04)	0.03 (0.06)	0.72	2197
Sabão/detergente	0.24*** (0.03)	0.24*** (0.04)	0.00 (0.05)	0.32	3370
Latrina	0.07** (0.03)	0.07** (0.03)	0.00 (0.04)	0.69	3370

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.6.8. Impactos na Morbidade da Criança Alvo

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Doente durante as últimas 2 semanas	0.00	0.04	-0.14***	0.49	3322
	(0.03)	(0.04)	(0.05)		
Médico ou Profissional de Saúde Consultado	0.02	0.01	0.04	0.82	1228
	(0.04)	(0.05)	(0.06)		

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), demografia do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela A.7.1. Despesas Totais Mensais Per Capita

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Despesas Totais	746.03 (509.23)	744.63 (507.05)	748.50 (513.50)	0.01 [0.05]	1,685	0.01 [0.11]	445
Alimentos e bebidas não-alcoólicas	443.63 (336.73)	448.12 (342.15)	435.64 (327.00)	0.04 [0.05]	1,685	-0.05 [0.11]	445
Habituação, água, electricidade, gás e outros combustíveis	239.30 (207.96)	232.10 (195.31)	252.12 (228.37)	-0.08 [0.05]	1,685	-0.05 [0.11]	445
Educação	33.17 (66.39)	34.89 (69.20)	30.09 (61.01)	0.09* [0.05]	1,685	0.33*** [0.09]	445
Vestuário e calçado	23.50 (60.39)	23.01 (61.74)	24.37 (57.95)	-0.01 [0.05]	1,685	0.09 [0.12]	445
Mobiliário, decorações e manutenção da casa	4.34 (11.04)	5.11 (11.96)	2.97 (9.04)	0.19*** [0.05]	1,685	0.26*** [0.10]	445
Transportes	0.82 (33.76)	0.00 (0.00)	2.29 (56.30)	-0.07 [0.07]	1,685	0.01 [0.05]	445
Saúde	0.21 (0.81)	0.27 (0.90)	0.12 (0.61)	0.17*** [0.04]	1,685	0.12 [0.11]	445
Comunicação	0.00 (0.11)	0.01 (0.14)	0.00 (0.00)	0.06 [0.04]	1,685	0.00	445
Bens e serviços diversos	0.82 (3.62)	0.83 (3.56)	0.80 (3.72)	-0.01 [0.05]	1,685	0.05 [0.11]	445
Bebidas alcoólicas	0.18 (5.19)	0.29 (6.49)	0.00 (0.00)	0.03 [0.02]	1,685	0.12 [0.12]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados

nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.7.2. Despesas Alimentares

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Alimentos e bebidas não alcoólicas	443.6 (336.7)	448.1 (342.1)	435.6 (327.0)	0.04 [0.05]	1,685	-0.05 [0.11]	445
Cereais e produtos de padaria	180.0 (185.1)	185.1 (189.5)	170.9 (176.7)	0.08 [0.05]	1,685	-0.02 [0.11]	445
Peixes e mariscos	86.9 (95.4)	85.5 (95.8)	89.3 (94.8)	-0.04 [0.05]	1,685	-0.18 [0.12]	445
Vegetais, batatas e outros tubérculos	72.0 (68.8)	72.6 (67.4)	71.0 (71.3)	0.03 [0.05]	1,685	0.10 [0.12]	445
Óleos e gorduras	26.5 (30.6)	25.3 (30.4)	28.7 (30.7)	-0.1** [0.05]	1,685	-0.12 [0.1]	445
Açúcar e produtos de confeitaria	19.9 (28.9)	19.4 (28.1)	20.8 (30.2)	-0.04 [0.05]	1,685	-0.31** [0.13]	445
Frutas	19.7 (27.6)	20.4 (28.5)	18.4 (25.9)	0.08* [0.05]	1,685	0.20* [0.11]	445
Carne e derivados de carne	11.8 (44.7)	12.2 (45.9)	11.0 (42.4)	0.03 [0.05]	1,685	-0.02 [0.12]	445
Leite e produtos lácteos, ovo	4.9 (19.9)	4.2 (16.4)	6.1 (24.9)	-0.09 [0.06]	1,685	-0.01 [0.12]	445
Outros	21.9 (27.7)	23.4 (29.7)	19.3 (23.4)	0.14*** [0.04]	1,685	0.18 [0.12]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.7.3. Taxas de Pobreza

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Linha de Pobreza Total							
Taxa de pobreza	85.99 (34.72)	86.01 (34.71)	85.97 (34.75)	-0.01 [0.05]	1,685	-0.05 [0.11]	445
Lacuna de pobreza linear	46.47 (28.21)	46.36 (28.58)	46.67 (27.56)	-0.03 [0.05]	1,685	0.00 [0.11]	445
Lacuna de pobreza quadrática	29.55 (24.32)	29.65 (24.91)	29.36 (23.27)	-0.00 [0.05]	1,685	0.02 [0.10]	445
Linha de Pobreza Alimentar							
Taxa de pobreza	70.86 (45.45)	70.16 (45.78)	72.11 (44.88)	-0.06 [0.05]	1,685	-0.00 [0.11]	445
Lacuna de pobreza linear	32.38 (28.21)	32.37 (28.77)	32.40 (27.22)	-0.02 [0.05]	1,685	0.01 [0.10]	445
Lacuna de pobreza quadrática	18.44 (21.31)	18.75 (22.02)	17.89 (19.98)	0.03 [0.05]	1,685	0.04 [0.10]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.7.4. Indicadores de Segurança Alimentar

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Número médio de refeições por dia Nas últimas 4 semanas, devido à falta de dinheiro, os membros do agregado familiar ...	2.26 (0.57)	2.23 (0.56)	2.33 (0.59)	-0.17*** [0.05]	1,685	-0.24** [0.10]	445
Ficaram preocupados por não ter comida suficiente para comer	0.87 (0.34)	0.88 (0.33)	0.85 (0.36)	0.07 [0.05]	1,685	-0.12 [0.11]	445
Não foram capazes de comer alimentos saudáveis e nutritivos	0.89 (0.31)	0.90 (0.30)	0.89 (0.31)	0.02 [0.05]	1,685	-0.16 [0.10]	445
Comeram menos tipos de alimentos	0.90 (0.31)	0.90 (0.30)	0.88 (0.32)	0.05 [0.05]	1,685	-0.18* [0.11]	445
Saltaram uma refeição	0.89 (0.32)	0.89 (0.32)	0.89 (0.32)	0.00 [0.05]	1,685	-0.12 [0.11]	445
Comeram menos do que o necessário	0.88 (0.32)	0.89 (0.32)	0.87 (0.33)	0.03 [0.05]	1,685	-0.12 [0.11]	445
Ficaram sem comida	0.86 (0.34)	0.87 (0.34)	0.86 (0.34)	-0.00 [0.05]	1,685	0.06 [0.11]	445
Tinham fome mas não conseguiram comer	0.87 (0.33)	0.87 (0.34)	0.88 (0.33)	-0.05 [0.05]	1,685	-0.08 [0.11]	445
Não comeram durante um dia inteiro	0.66 (0.48)	0.65 (0.48)	0.66 (0.47)	-0.03 [0.05]	1,685	0.03 [0.11]	445
Não conseguiram aceder aos mercados preferidos para alimentos de alta qualidade	0.76 (0.43)	0.75 (0.43)	0.77 (0.42)	-0.06 [0.05]	1,685	-0.15 [0.11]	445
Pontuação bruta do índice FIES	6.82 (2.08)	6.84 (2.07)	6.79 (2.08)	0.01 [0.05]	1,685	-0.10 [0.10]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.7.5. Propriedade de Activos

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Índice de Activos	0.01 (1.00)	-0.00 (1.01)	0.02 (0.99)	0.00 [0.05]	1,685	0.01 [0.10]	445
Machado	0.34 (0.47)	0.33 (0.47)	0.36 (0.48)	-0.07 [0.05]	1,685	-0.16 [0.11]	445
Foice	0.08 (0.26)	0.08 (0.28)	0.06 (0.24)	0.09* [0.05]	1,685	-0.09 [0.10]	445
Machete	0.59 (0.49)	0.59 (0.49)	0.60 (0.49)	-0.02 [0.05]	1,685	-0.16 [0.11]	445
Enxada	0.86 (0.35)	0.81 (0.39)	0.94 (0.24)	-0.36*** [0.04]	1,685	-0.52*** [0.09]	445
Pilão	0.51	0.52	0.48	0.08	1,685	0.01	445

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

	(0.50)	(0.50)	(0.50)	[0.05]		[0.11]	
Fogão	0.47	0.46	0.47	0.02	1,685	0.07	445
	(0.50)	(0.50)	(0.50)	[0.05]		[0.11]	
Rede de pesca	0.05	0.06	0.03	0.10**	1,685	0.13	445
	(0.21)	(0.23)	(0.18)	[0.05]		[0.12]	
Bote	0.03	0.02	0.03	-0.08	1,685	-0.16	445
	(0.16)	(0.14)	(0.18)	[0.05]		[0.13]	
Motorizada	0.11	0.10	0.14	-0.12**	1,685	-0.08	445
	(0.32)	(0.30)	(0.34)	[0.05]		[0.11]	
Bicicleta	0.07	0.06	0.10	-0.15***	1,685	-0.06	445
	(0.26)	(0.23)	(0.30)	[0.05]		[0.11]	
Painel solar	0.05	0.05	0.05	-0.00	1,685	0.14*	445
	(0.22)	(0.22)	(0.21)	[0.05]		[0.08]	
Cadeiras	0.47	0.46	0.49	-0.05	1,685	-0.14	445
	(0.50)	(0.50)	(0.50)	[0.05]		[0.11]	
Mesas	0.35	0.35	0.35	0.01	1,685	-0.06	445
	(0.48)	(0.48)	(0.48)	[0.05]		[0.11]	
Camas	0.41	0.40	0.44	-0.06	1,685	-0.12	445
	(0.49)	(0.49)	(0.50)	[0.05]		[0.11]	
Rádio	0.13	0.13	0.14	-0.02	1,685	0.07	445
	(0.34)	(0.33)	(0.34)	[0.05]		[0.11]	
Geleira	0.05	0.06	0.05	0.06	1,685	0.13	445
	(0.23)	(0.23)	(0.21)	[0.05]		[0.10]	
Televisor	0.21	0.22	0.20	0.07	1,685	0.16	445
	(0.41)	(0.41)	(0.40)	[0.05]		[0.10]	

Notas: O índice de ativos é construído usando a metodologia de componentes principais da propriedade de ativos individuais para resumir os efeitos combinados do programa. As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.7.6. Créditos e Transferências

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel	N	Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)			Dif (4)	Dif (6)
Tem um empréstimo	0.10	0.11	0.07	0.15***	1,685	-0.02	445
	(0.30)	(0.32)	(0.26)	[0.05]		[0.11]	
Valor inicial do empréstimo	1,024.47	991.60	1,118.29	-0.01	158	0.03	43
	(976.60)	(938.73)	(1,084.32)	[0.03]		[0.06]	
Tem acesso ao crédito, se necessário							
Has access to credit if needed	0.21	0.23	0.18	0.12**	1,685	-0.00	445
	(0.41)	(0.42)	(0.38)	[0.05]		[0.11]	
Deu dinheiro/bens a outro agregado familiar nos últimos 12 meses							
Gave money/goods to another household in last 12 months	0.11	0.11	0.11	0.00	1,685	-0.03	445
	(0.31)	(0.31)	(0.31)	[0.05]		[0.11]	

Notes: Columns (1) to (3) report baseline means and standard deviations for the corresponding outcome using panel observations only. SM Diff in Column (4) reports the standardized mean difference between treatment and comparison groups at baseline using only panel observations. SM Diff in Column (6) reports the standardized mean difference between treatment and comparison groups at baseline using only observations that left the endline sample. Robust standard errors are in squared parentheses in Columns (4) and (6). Regressions control for linear distance to district border (km) and are an indicator for the northern border paired district comparison. * $p < .1$. ** $p < .05$. *** $p < .01$.

Tabela A.7.7. Empreendimentos Não Agrícola

Variável de Resultado	Média (DP)	Painel	Atritores
-----------------------	------------	--------	-----------

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Qualquer negócio não-agrícola	0.23 (0.42)	0.22 (0.41)	0.25 (0.43)	-0.06 [0.05]	1,685	0.13 [0.10]	445
Processou/vendeu qualquer subproduto agrícola	0.06 (0.23)	0.05 (0.22)	0.06 (0.24)	-0.04 [0.05]	1,685	0.09 [0.11]	445
Ofereceu serviços ou vendeu qualquer coisa	0.18 (0.39)	0.18 (0.38)	0.20 (0.40)	-0.07 [0.05]	1,685	0.15 [0.10]	445
Empresa de pesca ou piscicultura	0.03 (0.16)	0.03 (0.16)	0.03 (0.16)	-0.02 [0.05]	1,685	0.02 [0.11]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela A.7.8. Produção Agrícola

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
<i>AF produziu...</i>							
Milho	0.14 (0.35)	0.16 (0.37)	0.10 (0.31)	0.16*** [0.05]	1,685	0.14 [0.10]	445
Feijão	0.11 (0.31)	0.09 (0.29)	0.14 (0.34)	-0.15*** [0.05]	1,685	-0.10 [0.11]	445
Mandioca	0.18 (0.38)	0.16 (0.36)	0.21 (0.41)	-0.14*** [0.05]	1,685	-0.04 [0.11]	445
Peanuts	0.13 (0.34)	0.16 (0.37)	0.08 (0.28)	0.22*** [0.04]	1,685	0.30*** [0.09]	445
<i>Quantidade Produzida (Kilos)</i>							
Milho	87.64 (71.53)	89.62 (72.51)	82.22 (69.06)	0.11 [0.14]	235	-0.37 [0.37]	65
Feijão	57.47 (37.97)	61.17 (36.56)	53.01 (39.37)	0.26* [0.15]	183	0.17 [0.30]	42
Mandioca	174.25 (134.79)	182.86 (143.27)	162.62 (122.02)	0.17 [0.12]	296	0.55** [0.25]	72
Peanuts	88.43 (68.18)	89.71 (65.55)	84.06 (77.08)	0.11 [0.18]	221	-0.47 [0.48]	70

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela A.7.9. Propriedade Pecuária (proporção)

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Índice de propriedade pecuária	-0.14 (0.47)	-0.13 (0.49)	-0.16 (0.42)	0.05 [0.05]	1,685	-0.07 [0.12]	445
Caprinos	0.01 (0.08)	0.00 (0.04)	0.02 (0.13)	-0.19*** [0.07]	1,685	0.08 [0.06]	445
Galinhas	0.03 (0.16)	0.03 (0.16)	0.03 (0.16)	-0.00 [0.05]	1,685	0.01 [0.12]	445
Galinha Cafriar	0.04 (0.20)	0.04 (0.20)	0.04 (0.19)	0.01 [0.05]	1,685	0.05 [0.09]	445
Patos	0.02	0.03	0.02	0.00	1,685	0.04	445

(0.16) (0.16) (0.16) [0.05] [0.09]

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela A.7.10. Choques Negativos

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel	Atritores		
	Todos	Tratamento	Comparaçã o	Dif	N	Dif	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Experienciou pelo menos um choque nos últimos 12 meses	0.48 (0.50)	0.50 (0.50)	0.45 (0.50)	0.10** [0.05]	1,685	0.22** [0.11]	445
Seca	0.14 (0.35)	0.13 (0.34)	0.16 (0.37)	-0.09* [0.05]	1,685	-0.05 [0.11]	445
Inundações	0.10 (0.29)	0.12 (0.32)	0.06 (0.24)	0.18*** [0.05]	1,685	0.20** [0.09]	445
Ventos	0.11 (0.31)	0.11 (0.32)	0.10 (0.30)	0.05 [0.05]	1,685	-0.14 [0.10]	445
Pestes/doenças de culturas/pecuárias	0.09 (0.29)	0.08 (0.28)	0.11 (0.31)	-0.08 [0.05]	1,685	0.11 [0.11]	445
Cultura colheita destruída	0.06 (0.23)	0.04 (0.20)	0.08 (0.28)	-0.19*** [0.06]	1,685	-0.00 [0.09]	445
Membro(s) do agregado familiar em caso de doença/acidente	0.06 (0.23)	0.05 (0.22)	0.06 (0.24)	-0.01 [0.05]	1,685	0.10 [0.11]	445
Morte de quem aufer rendimentos domésticos	0.05 (0.21)	0.05 (0.23)	0.03 (0.18)	0.09** [0.05]	1,685	0.02 [0.11]	445
Divórcio separação morte migração	0.05 (0.22)	0.05 (0.23)	0.04 (0.21)	0.06 [0.05]	1,685	0.13 [0.09]	445
Casa destruída	0.07 (0.25)	0.06 (0.23)	0.08 (0.28)	-0.11** [0.06]	1,685	-0.12 [0.11]	445
Conflito na comunidade	0.01 (0.11)	0.01 (0.11)	0.01 (0.10)	0.04 [0.05]	1,685	0.00 [0.10]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela A.7.11. Estratégias para Enfrentar Choques Negativos

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel	Atritores		
	Todos	Tratamento	Comparaçã o	Dif	N	Dif	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Poupanças próprias	0.48 (0.50)	0.47 (0.50)	0.50 (0.50)	-0.07 [0.07]	806	-0.12 [0.17]	205
Recebeu ajuda de familiares/amigos	0.36 (0.48)	0.35 (0.48)	0.37 (0.48)	-0.03 [0.07]	806	0.28* [0.16]	205
Mudança dos padrões alimentares	0.01 (0.10)	0.01 (0.10)	0.01 (0.10)	-0.02 [0.09]	806	0.00	205
Redução de consumo	0.01 (0.09)	0.01 (0.07)	0.01 (0.10)	-0.07 [0.09]	806	0.00	205
Crédito obtido	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00	806	0.18 [0.18]	205

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

Vendeu bens, terra, gado	0.01 (0.11)	0.01 (0.10)	0.01 (0.12)	-0.04 [0.08]	806	-0.00 [0.22]	205
Intensificação da pesca agricultura	0.01 (0.10)	0.01 (0.07)	0.02 (0.13)	-0.13 [0.09]	806	-0.41 [0.28]	205
Outra	0.02 (0.16)	0.03 (0.17)	0.02 (0.13)	0.06 [0.07]	806	-0.04 [0.20]	205
Nenhuma	0.38 (0.49)	0.42 (0.49)	0.31 (0.46)	0.24*** [0.07]	806	0.06 [0.16]	205

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela A.7.12. Acesso a Outros Programas

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Nos últimos 12 meses, o agregado familiar recebeu dinheiro ou bens de...							
Programa de transferência de dinheiro	0.00 (0.07)	0.01 (0.07)	0.00 (0.06)	0.04 [0.05]	1,685	0.00	445
Programa de assistência alimentar em espécie	0.01 (0.11)	0.01 (0.10)	0.01 (0.11)	0.00 [0.06]	1,685	0.00	445
Programa de obras públicas	0.01 (0.12)	0.01 (0.11)	0.02 (0.13)	-0.06 [0.06]	1,685	-0.08 [0.08]	445
Agricultor ou programa agrícola	0.00 (0.05)	0.00 (0.05)	0.00 (0.04)	0.03 [0.05]	1,685	0.00	445
Outros programas de geração de rendimentos	0.00 (0.03)	0.00 (0.04)	0.00 (0.00)	0.05 [0.04]	1,685	-0.08 [0.23]	445
Campanhas comunitárias de saúde ou programas de saúde	0.02 (0.14)	0.02 (0.13)	0.03 (0.16)	-0.06 [0.06]	1,685	-0.10 [0.11]	445
Programas de água ou saneamento	0.03 (0.18)	0.03 (0.16)	0.05 (0.22)	-0.16*** [0.06]	1,685	-0.10 [0.12]	445
Programa de assistência social ou apoio psicossocial	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00	1,685	-0.56 [0.39]	445
Educação ou programa escolar	0.04 (0.18)	0.03 (0.18)	0.04 (0.19)	-0.01 [0.05]	1,685	-0.03 [0.09]	445
Serviços ou actividades para jovens	0.00 (0.04)	0.00 (0.00)	0.00 (0.07)	-0.10* [0.06]	1,685	-0.11 [0.18]	445
Outro programa	0.02 (0.13)	0.01 (0.12)	0.02 (0.14)	-0.05 [0.06]	1,685	0.05 [0.03]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela A.8.1. Conhecimento de Saúde e Nutrição da Cuidadora

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Identifica correctamente. . .							
Soma das perguntas de conhecimento (0-5)	3.58 (1.29)	3.50 (1.32)	3.70 (1.20)	0.05 [0.04]	1,671	0.11 [0.09]	445
A criança deve ser amamentada imediatamente após o nascimento	0.93 (0.26)	0.93 (0.26)	0.94 (0.24)	-0.06 [0.05]	1,671	0.20* [0.11]	445

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

A criança deve ser exclusivamente amamentada durante 6 meses	0.67 (0.47)	0.69 (0.46)	0.63 (0.48)	0.00 [0.04]	1,671	-0.03 [0.08]	445
Sabe pelo menos uma razão para amamentação exclusiva	0.78 (0.41)	0.75 (0.43)	0.84 (0.37)	-0.02 [0.04]	1,671	0.02 [0.09]	445
Sabe pelo menos uma razão pela qual o ferro é importante para os bebês	0.63 (0.48)	0.60 (0.49)	0.68 (0.47)	0.08** [0.04]	1,671	0.17* [0.09]	445
Sabe pelo menos uma fonte de ferro	0.57 (0.49)	0.55 (0.50)	0.62 (0.49)	0.10*** [0.04]	1,671	0.03 [0.08]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.8.2. Bem-estar Psicológico e Apoio Social da Cuidadora

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Escala CES-D (0-30)	12.42 (4.72)	12.16 (4.92)	12.89 (4.29)	0.00 [0.04]	1,671	0.09 [0.09]	445
Sintomas depressivos (CES-D \geq 10)	0.74 (0.44)	0.71 (0.45)	0.79 (0.41)	0.03 [0.04]	1,671	0.07 [0.08]	445
Escala de stress Cohen (0-40)	18.85 (3.52)	18.75 (3.89)	19.03 (2.74)	-0.01 [0.04]	1,671	-0.10 [0.10]	445
Escala de apoio social	-0.02 (2.16)	0.15 (2.16)	-0.31 (2.13)	0.08** [0.04]	1,671	0.11 [0.07]	445
Auto-avaliação da felicidade (1-10, escada)	4.91 (2.46)	4.81 (2.48)	5.07 (2.40)	-0.11** [0.04]	1,671	0.02 [0.09]	445
Satisfeito com a vida (a maior parte do tempo ou sempre)	0.29 (0.46)	0.30 (0.46)	0.29 (0.45)	0.04 [0.05]	1,671	-0.36*** [0.12]	445

Notas: CES-D significa escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos. As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.8.3. Status da Cuidadora e Empoderamento

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Atualmente a poupar dinheiro	0.06 (0.24)	0.07 (0.26)	0.04 (0.19)	0.17*** [0.05]	1,671	0.05 [0.15]	445
Controlo sobre a vida e auto-eficácia (0-24)	10.92 (4.05)	11.16 (4.15)	10.48 (3.82)	0.08* [0.05]	1,671	0.09 [0.09]	445
Autonomia auto-avaliada (1-10, escada)	5.00 (2.59)	4.87 (2.65)	5.24 (2.47)	-0.09** [0.04]	1,671	-0.11 [0.08]	445
Poder de decisão auto-avaliado (1-10, escada)	4.79 (2.43)	4.66 (2.44)	5.01 (2.41)	-0.10** [0.04]	1,671	-0.14 [0.09]	445
Auto-avaliação da situação económica das famílias (1-10, escada)	3.76 (2.23)	3.63 (2.22)	4.00 (2.23)	-0.06 [0.04]	1,671	-0.09 [0.09]	445
Participa em pelo menos um grupo comunitário	0.24 (0.43)	0.25 (0.44)	0.22 (0.42)	0.04 [0.05]	1,671	0.13 [0.10]	445

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de

base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A.8.4. Conflito e Violência Conjugal

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Atitudes que aceitam VC (escala, 0-5)	1.16 (1.73)	1.15 (1.78)	1.16 (1.66)	-0.04 [0.05]	1,284	0.02 [0.11]	319
Atitudes que aceitam a VC: pelo menos uma razão	0.41 (0.49)	0.39 (0.49)	0.44 (0.50)	-0.06 [0.05]	1,284	0.07 [0.12]	319
Parceiro embriagado pelo menos uma vez por mês	0.04 (0.20)	0.04 (0.20)	0.04 (0.20)	-0.02 [0.06]	1,321	-0.02 [0.14]	324
Medo do parceiro a maior parte do tempo	0.28 (0.45)	0.28 (0.45)	0.28 (0.45)	0.05 [0.05]	1,325	0.23** [0.11]	329
Comportamentos controlados (nos últimos 12 meses)	0.61 (0.49)	0.60 (0.49)	0.64 (0.48)	0.03 [0.05]	1,300	0.15 [0.12]	319
VC emocional (últimos 12 meses)	0.15 (0.36)	0.18 (0.38)	0.11 (0.31)	0.15** [0.06]	1,315	0.12 [0.14]	327
VC física (últimos 12 meses)	0.14 (0.35)	0.14 (0.35)	0.13 (0.34)	0.00 [0.07]	1,291	-0.19 [0.15]	314
VC emocional ou física (últimos 12 meses)	0.22 (0.42)	0.25 (0.43)	0.18 (0.39)	0.12* [0.06]	1,290	-0.09 [0.14]	316

Notas: Amostra inclui apenas as cuidadoras com 18 anos ou mais que já mouraram com parceiro e que foram entrevistadas em privado. As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A9.1.1. Bem-estar Material das Crianças (3 a 17 anos)

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos	Tratamento	Comparação	Dif	N	Dif	N
Tem sapatos, roupa e um cobertor	0.31 (0.46)	0.32 (0.47)	0.30 (0.46)	0.06 [0.04]	3,157	0.28*** [0.08]	702
Tem um par de sapatos ou sandálias	0.45 (0.50)	0.47 (0.50)	0.40 (0.49)	0.15*** [0.04]	3,161	0.35*** [0.08]	705
Tem uma muda de roupa	0.85 (0.36)	0.86 (0.35)	0.84 (0.37)	0.05 [0.04]	3,163	-0.00 [0.09]	703
Tem um cobertor	0.49 (0.50)	0.48 (0.50)	0.50 (0.50)	-0.02 [0.04]	3,161	0.11 [0.09]	704
Dormiu debaixo de uma rede mosquiteira ontem à noite	0.75 (0.43)	0.75 (0.43)	0.75 (0.43)	-0.01 [0.04]	3,157	-0.03 [0.09]	702

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Tabela A9.2.1 Resultados Escolares das Crianças de 6 a 17 Anos

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos	Tratamento	Comparação	Dif	N	Dif	N
Alguma vez frequentou a escola	0.75 (0.43)	0.75 (0.43)	0.75 (0.43)	0.02 [0.04]	1,889	0.14 [0.10]	405
Actualmente a frequentar a escola	0.70 (0.46)	0.70 (0.46)	0.70 (0.46)	0.02 [0.05]	1,889	0.19* [0.11]	405
Série actual	4.16 (2.03)	4.22 (2.04)	4.04 (2.01)	0.09 [0.06]	1,321	0.37*** [0.13]	276
Número de dias na escola (última semana completa de aulas)	4.58 (1.14)	4.59 (1.10)	4.57 (1.22)	0.03 [0.06]	1,321	0.03 [0.13]	277
	267.75 (342.56)	276.79 (357.98)	249.21 (308.09)	0.09* [0.05]	1,321	0.60*** [0.14]	277

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela A9.3.1: Uso do Tempo para Crianças de 5 a 17 Anos

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos	Tratamento	Comparação	Dif	N	Dif	N
Horas (últimas 24 horas)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Tempo na escola	1.69 (2.10)	1.81 (2.13)	1.45 (2.02)	0.18*** [0.04]	2,407	0.49*** [0.09]	524
Ir à escola	1.58 (2.09)	1.59 (2.09)	1.56 (2.10)	0.02 [0.04]	2,407	0.16 [0.11]	524
Estudar em casa	0.26 (0.70)	0.29 (0.71)	0.21 (0.69)	0.14*** [0.05]	2,407	0.27*** [0.06]	524
Recolha de água	0.83 (0.94)	0.81 (0.91)	0.87 (1.00)	-0.07 [0.05]	2,407	0.13 [0.11]	524
Recolha de lenha	0.47 (0.92)	0.46 (0.87)	0.49 (1.03)	-0.03 [0.05]	2,407	0.16 [0.11]	524
Outras tarefas domésticas	1.01 (1.14)	1.00 (1.12)	1.01 (1.17)	-0.00 [0.04]	2,407	0.29*** [0.10]	524
Cuidar dos membros da família	0.52 (1.02)	0.56 (1.03)	0.44 (0.99)	0.13*** [0.04]	2,407	0.31*** [0.11]	524
Dormir	7.23 (2.46)	7.32 (2.44)	7.06 (2.48)	0.09** [0.04]	2,407	-0.06 [0.11]	524
Horas (semana passada)							
Actividades agrícolas	0.94 (3.33)	0.99 (3.66)	0.84 (2.56)	0.04 [0.04]	2,407	0.04 [0.09]	524
Ajudar nos negócios não-agrícolas	0.25 (1.21)	0.29 (1.29)	0.17 (1.03)	0.10** [0.04]	2,407	-0.02 [0.15]	524
Cuidados com o gado ou aves de capoeira	0.22 (1.10)	0.23 (1.03)	0.19 (1.22)	0.04 [0.05]	2,407	0.11*** [0.02]	524
Trabalho pago	0.19 (1.09)	0.19 (0.51)	0.18 (1.75)	0.01 [0.07]	2,407	0.11*** [0.03]	524
Actividades de pesca	0.26 (1.26)	0.29 (1.11)	0.18 (1.52)	0.09* [0.05]	2,407	0.15* [0.08]	524
Dias (última estação chuvosa)							
Preparação do terreno	2.01 (7.81)	1.65 (6.38)	2.72 (10.07)	-0.13** [0.05]	2,407	-0.41** [0.17]	524
Trabalho sem incluir a colheita	1.76 (7.24)	1.41 (5.53)	2.47 (9.77)	-0.14*** [0.05]	2,407	-0.44** [0.18]	524
Colheita	1.26 (4.88)	1.16 (4.70)	1.46 (5.23)	-0.04 [0.04]	2,407	-0.17 [0.12]	524

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela A.9.4.1. Disciplina Violenta de Crianças de 1 a 14 Anos

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Qualquer disciplina não-violenta	0.47 (0.50)	0.49 (0.50)	0.43 (0.50)	0.04 [0.03]	3,055	0.07 [0.08]	668
Qualquer agressão psicológica	0.41 (0.49)	0.42 (0.49)	0.41 (0.49)	-0.01 [0.03]	3,055	0.12 [0.08]	668
Qualquer punição física	0.32 (0.46)	0.32 (0.47)	0.31 (0.46)	0.00 [0.04]	3,055	0.11 [0.09]	668
Qualquer disciplina violenta	0.48 (0.50)	0.50 (0.50)	0.46 (0.50)	0.04 [0.03]	3,055	0.12 [0.08]	668
A cuidadora acredita na disciplina violenta necessária para criar as crianças	0.13 (0.34)	0.14 (0.35)	0.12 (0.32)	0.03 [0.04]	3,055	0.19*** [0.07]	668

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela A.9.4.2. Ritos de Iniciação de Crianças do Sexo Feminino de 10 a 18 Anos

Variável de Resultado	Média (DP)			Painel		Atritores	
	Todos (1)	Tratamento (2)	Comparação (3)	Dif (4)	N (5)	Dif (6)	N (7)
Passou por ritos de iniciação	0.39 (0.49)	0.40 (0.49)	0.38 (0.49)	0.08 [0.09]	684	0.19 [0.19]	189
Idade que passou por ritos de iniciação (anos)	14.03 (2.09)	14.04 (2.04)	14.03 (2.23)	-0.04 [0.13]	270	-0.44 [0.27]	95
Planos para serem submetida aos ritos de iniciação neste ou no próximo ano	0.13 (0.34)	0.15 (0.36)	0.09 (0.28)	0.27** [0.12]	414	0.38 [0.23]	94

Notas: As colunas (1) a (3) mostram as médias de linha de base e desvios padrão para o resultado correspondente usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (4) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações do painel. SM Dif na Coluna (6) relata a diferença média padronizada entre os grupos de tratamento e comparação na linha de base usando apenas as observações que não participaram na linha final. Erros padrão robustos estão entre parênteses quadrados nas Colunas (4) e (6). As regressões controlam pela distância linear até a fronteira distrital (km) e um indicador para as observações perto da fronteira norte. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

ANEXO B. TABELAS ADICIONAIS DE IMPACTOS**Tabela B9.1.1. Impactos no Bem-estar Material entre Crianças de 3 a 17 Anos, por Sexo e Idade**

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Todos	0.21*** (0.02)	0.22*** (0.03)	-0.01 (0.03)	0.36	6822
Rapazes	0.19*** (0.03)	0.19*** (0.04)	0.02 (0.05)	0.35	3327
Meninas	0.24*** (0.03)	0.25*** (0.04)	-0.05 (0.05)	0.37	3495
Idades 3-5	0.29*** (0.04)	0.29*** (0.04)	0.01 (0.06)	0.31	1923
Idades 6-11	0.16*** (0.04)	0.17*** (0.04)	-0.02 (0.05)	0.34	3253
Idades 12-17	0.25*** (0.05)	0.25*** (0.05)	-0.02 (0.06)	0.45	1646

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), da criança (idade e sexo), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela B.9.3.1. Impactos nas Horas na Escola para Crianças de 5 a 17 Anos, por Sexo e Idade

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Todos	-0.48*** (0.17)	-0.37** (0.18)	-0.37* (0.23)	1.35	5773
Rapazes	-0.63** (0.24)	-0.46* (0.26)	-0.57* (0.33)	1.44	2821
Meninas	-0.29 (0.24)	-0.25 (0.25)	-0.18 (0.18)	1.27	2952
Idades 3-5	-0.54*** (0.19)	-0.45** (0.20)	-0.32 (0.26)	1.25	4125
Idades 6-11	-0.22 (0.35)	-0.01 (0.37)	-0.69 (0.44)	1.65	1648

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), da criança (idade e sexo), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado

nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela B.9.3.2. Impactos nas Horas de Trabalho Doméstico e Cuidando de Familiares de Crianças de 5 a 17 anos por Gênero e Idade (indicador agregado)

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Todos	-0.27** (0.12)	-0.22* (0.13)	-0.10 (0.16)	2.30	5773
Rapazes	-0.28* (0.17)	-0.22 (0.18)	-0.25 (0.23)	2.31	2821
Meninas	-0.22 (0.17)	-0.17 (0.18)	0.03 (0.22)	2.29	2952
Idades 3-5	-0.14 (0.13)	-0.11 (0.14)	0.05 (0.17)	1.79	4125
Idades 6-11	-0.56** (0.27)	-0.48* (0.28)	-0.17 (0.34)	3.77	1648

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), da criança (idade e sexo), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

Tabela B.9.3.3: Impactos nas Horas Usadas em Atividades Agrícolas (Última Semana) para Crianças de 5 a 17 Anos, por Sexo e Idade

Variável de Resultado	Estimativas de Impacto			Média da Linha Final	
	DiD Tratamentos Combinados	DiD Dinheiro	Impacto Adicional GC	Grupo de Comparação	N
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Todos	-0.96*** (0.12)	-0.89*** (0.13)	-0.36*** (0.33)	2.07	5773
Rapazes	-0.68** (0.35)	-0.58 (0.37)	-0.41 (0.46)	2.19	2821
Meninas	-1.24*** (0.37)	-1.14*** (0.39)	-0.33 (0.48)	2.54	2952
Idades 3-5	-0.75** (0.21)	-0.82** (0.22)	-0.19 (0.28)	1.20	4125
Idades 6-11	-1.91*** (0.71)	-1.38* (0.76)	-1.78** (0.91)	5.68	1648

Notas: GC = gestão de casos. Os impactos são estimados usando diferenças em diferenças (DiD) com erros padrão robustos usando a amostra do painel. A coluna (1) apresenta estimativas de impacto de um modelo com os grupos de tratamento combinados. As colunas (2) e (3) apresentam estimativas de impacto de um modelo com um termo de interação adicional para agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. O coeficiente da Coluna (2) representa o impacto da transferência monetária em relação ao grupo de comparação e a Coluna (3) representa o impacto adicional para os agregados elegíveis para o componente de gestão de casos. Todas as estimativas controlam pela distância linear até a fronteira do distrito (km), um indicador para a fronteira norte, algumas características demográficas da cuidadora principal (idade, educação e estado civil), da criança (idade e sexo), do chefe de família (gênero, idade e educação), tamanho do agregado, um indicador para a religião da família, e um índice para a interrupção do COVID-19 na comunidade na linha final. O modelo apresentado nas Colunas (2) e (3) também inclui dois indicadores de vulnerabilidade de proteção na linha de base usados para determinar a elegibilidade para o componente de gestão de casos. * p < 0,1. ** p < 0,05. *** p < 0,01.

ANEXO C. ANÁLISE COMPLEMENTAR PARA LALAU

Através do Instituto Nacional de Acção Social (INAS), o MGCAS também implementou a fase de arranque do Subsídio para Crianças dos 0 aos 2 Anos no distrito de Lalaua. Os agregados familiares que foram incluídos na avaliação neste distrito receberam a componente monetária por terem uma criança pequena como parte do agregado.

Amostra. Na linha de base, a AIR e os parceiros recolheram dados de 456 agregados familiares em Lalaua em Junho de 2019, e 728 agregados familiares de controle em Fevereiro / Março de 2019 em Mossuril e Nacala Porto — os distritos de comparação. Na avaliação final, foram recolhidos dados de 417 agregados familiares em Julho de 2021 para Lalaua, e 711 agregados familiares em Março / Abril de 2021 nos distritos de comparação. A equipa de avaliação recolheu dados em meses diferentes para o tratamento e os agregados familiares de comparação, dado que o distrito de Lalaua foi incluído na avaliação depois de os dados terem sido recolhidos nos distritos de comparação, em 2019.³⁵

Aproximadamente 22% da amostra não pôde ser entrevistada novamente porque tinha mudado de local de residência, não estava disponível à data da realização da pesquisa ou não pôde ser localizada. Para avaliar as implicações da não localização de todos os agregados familiares da linha de base, foram estimados dois modelos diferentes. Primeiro, foram avaliados os impactos utilizando apenas as observações de um painel, ou seja, as observações dos agregados familiares que foram entrevistados em ambos os ciclos: linha de base e avaliação final. Segundo, foram avaliados os impactos utilizando todas as observações, mesmo que não fizessem parte da amostragem de um painel. Os resultados estimados destas duas especificações são muito similares, o que significa que os resultados não são impulsionados por viés de atrição. Também foram efectuadas algumas análises adicionais e confirmou-se que a amostragem de um painel tem boa validade interna, ou seja, que o equilíbrio estatístico para as variáveis de resultado na linha de base não mudou significativamente para aqueles na amostragem de um painel.

No geral, os agregados familiares na linha de base em Lalaua abrangem 4,33 membros por agregado familiar, em relação a 4,96 membros por agregado familiar nos distritos de comparação. Em ambos os grupos, 87% dos agregados familiares são chefiados por homens. Em termos de nível de escolaridade, a cuidadora primária e o chefe do agregado familiar em Lalaua têm baixos níveis de escolaridade (apenas 5% e 17%, respectivamente, possui educação secundária ou superior - e 37% e 42% não tem educação formal). Estes níveis de educação são muito semelhantes aos que os chefes do agregado e as cuidadoras têm nos distritos de comparação. As cuidadoras das crianças alvo são relativamente jovens (em média 26,0 anos nas áreas de tratamento e de comparação). No entanto, existem algumas diferenças importantes nas duas populações. Em primeiro lugar, em termos de afiliação religiosa, 81% dos agregados familiares em Lalaua são Cristãos e 13% Muçulmanos. Isto contrasta

³⁵ Conforme tratado no relatório da linha de base (AIR, 2020c), esta diferença no tempo de recolha de dados pode ter resultado em alguns desequilíbrios significativos na linha de base entre Lalaua e os distritos de comparação nos principais efeitos, incluindo os níveis de consumo e despesas, assim como as variáveis antropométricas para a criança alvo. De facto, a recolha de dados em Lalaua ocorreu em Julho, altura em que os agregados familiares têm mais acesso a alimentos e recursos, em contraste com os dados recolhidos nos distritos de comparação, que foram recolhidos no final da época de escassez. Para a recolha dos dados finais, os dados de Lalaua foram recolhidos poucos meses depois dos dados dos distritos de comparação para que se pudesse explicar algumas das diferenças sazonais entre os agregados familiares de tratamento e controle através da metodologia empírica. No entanto, conforme explicado em mais detalhes nesta secção, alguns impactos estimados ainda podem ser afectados pelas diferenças no tempo da recolha dos dados.

claramente com os agregados familiares nos distritos de comparação, onde 93% dos agregados são Muçulmanos. Em segundo lugar, em termos de produção agrícola, 45% dos agregados familiares em Lalaua relataram produzir pelo menos uma cultura contra apenas 32% nos distritos de comparação.

Metodologia. A equipa de avaliação efectuou uma avaliação do impacto da intervenção, que teve a duração de 24 meses. Esta avaliação comparou os resultados do grupo de tratamento em Lalaua, que recebeu a transferência monetária, com os distritos de comparação. Para avaliar os impactos, foi usada a estratégia de diferenças em diferenças, que compara a mudança (i.e., diferença) de uma determinada variável de resultado (por exemplo, despesas), entre o grupo de tratamento e o grupo de comparação na *linha de base* para a mudança (i.e., diferença) do mesmo efeito entre o grupo de tratamento e o grupo de comparação na *linha final*. Esta abordagem facilita a avaliação dos impactos na avaliação final depois do reajuste desses impactos em relação a quaisquer desequilíbrios da linha de base entre os grupos de tratamento e controle. O principal pressuposto subjacente à estratégia das diferenças em diferenças é que, na falta da intervenção, os efeitos para os grupos de tratamento e controle teriam tido uma progressão semelhante ao longo do tempo (i.e., os efeitos teriam evoluído paralelamente ao longo do tempo).

É de notar que para a avaliação dos impactos para a amostra de Lalaua, foi utilizada uma metodologia diferente daquela utilizada para estimar os efeitos para Nacala-a-Velha e Ilha de Moçambique, que usa o método de regressão descontínua geográfica dado que estes últimos distritos têm uma fronteira comum com os distritos de controle de Mossuril e Nacala Porto e pode considerar-se que têm as mesmas características. Não obstante, não foi possível usar a mesma estratégia empírica para Lalaua dado que os distritos de controle de Mossuril e Nacala Porto não compartilham fronteiras distritais com Lalaua. Mas, para a maioria das variáveis de resultado, a estratégia empírica de diferenças em diferenças também oferece uma metodologia robusta para avaliar os impactos.

Resultados do impacto. São analisados os impactos da componente monetária em Lalaua em quatro níveis principais: (a) nível da criança alvo, (b) nível do agregado familiar, (c) nível da cuidadora, e (d) nível da criança mais velha (entre os 3 e 17 anos). A Tabela 1 resume os impactos globais sobre os indicadores principais nos quatro níveis. Todos os resultados analisados abaixo utilizam as observações do painel, ou seja, as observações para as quais se possui dados da linha de base e da avaliação final.

Crianças alvo: São analisados os resultados relacionados com o bem-estar da criança alvo nos mesmos domínios avaliados para os distritos de Nacala-a-Velha e Ilha de Moçambique. Verifica-se fortes impactos no registo de nascimento das crianças (20 pontos percentuais [pp], ou um aumento de 100% sobre a média de comparação da avaliação final). Em termos das imunizações, foram observados resultados contraditórios. Por um lado, foram constatados impactos positivos entre os portadores do cartão de vacinação (11 pp, ou um aumento de 11%), os que receberam as vacinas BCG e Pólio (11 pp, ou um aumento de 11%) e a diminuição na probabilidade de terem diarreia na última quinzena antes da pesquisa (-15 pp, ou uma redução de 39% em relação ao grupo de comparação). Por outro lado, não se constatou impactos positivos com outras vacinas, desparasitação ou as doses de vitamina A. Em relação à situação nutricional, os resultados indicam que a intervenção não teve impacto na diversidade da dieta alimentar e na desnutrição crónica. No entanto, verificou-se uma redução de 4 pp na propensão à desnutrição aguda que, por natureza, é uma medida

nutricional de curto prazo. No entanto, os resultados positivos relativos à desnutrição aguda devem ser interpretados com cuidado. Embora os níveis mais baixos da desnutrição aguda em Lalaua possam ter beneficiado de uma incidência mais baixa de diarreia, as diferenças nas datas da recolha de dados entre os grupos de tratamento e comparação podem ter influenciado esse resultado. Ou seja, as crianças em Lalaua não só são três meses mais velhas em relação às crianças nos distritos de comparação à data da entrevista, mas também podem apresentar ganhos de peso devido à maior disponibilidade de alimentos em Lalaua em Julho – quando os dados foram recolhidos – relativamente à disponibilidade de alimentos em Mossuril e Nacala Porto quando os dados foram recolhidos em Abril.³⁶

Nível do agregado familiar: Em termos dos impactos a nível do agregado familiar, foram observados impactos moderados nas despesas totais per capita (119 MZN, que indica um aumento de 14% em relação à média de comparação da avaliação final), impulsionados principalmente por despesas com roupas e calçados (88 MZN). Curiosamente, não há impactos nas despesas com a alimentação, o que é esperado uma vez que os dados em Lalaua foram recolhidos numa altura em que há mais alimentos disponíveis e os agregados familiares podem usar a transferência monetária noutros tipos de produtos. Os gastos mais elevados resultam numa redução do índice da pobreza de 9 pp (ou 10% em relação ao grupo de comparação) e numa redução de 7 pp na lacuna da pobreza. Embora não se tenha observado impactos nos gastos com a alimentação (que foram avaliados nos últimos sete dias antes da pesquisa), notou-se uma redução de 11% na escala da insegurança alimentar (que é medida num período de tempo mais longo). Os resultados também apresentam algumas evidências de que os agregados familiares em Lalaua utilizam a transferência monetária em algumas actividades produtivas, como investir em gado (um aumento de 8 pp na propriedade de cabras e um aumento de 25 pp na propriedade de galinhas do mato, o que se traduz num aumento positivo de 0,21 no índice da propriedade do gado).

Nível da cuidadora: A nível da cuidadora, o fornecimento de dinheiro aos agregados familiares em Lalaua resultou em alguns impactos positivos. Primeiro, as cuidadoras no grupo de tratamento são significativamente mais propensas a economizar (aumento de 24 pp, ou 600%, em relação ao grupo de controle). Este resultado pode ser parcialmente explicado pelo prazo da recolha de dados em Lalaua, porque em Julho os agregados familiares neste distrito necessitam de menos recursos para comprar alimentos e, como tal, podem economizar parte da transferência. As cuidadoras também relataram ter mais poder de decisão em relação às cuidadoras no grupo de comparação (um aumento de 23%), níveis mais baixos de violência conjugal física (redução de 45%) e redução de 29% em termos da probabilidade de crianças biológicas com menos de 18 anos a morarem fora de casa. Os resultados sobre o bem-estar

36 O critério de inclusão da amostra para a avaliação nos distritos de Lalaua (tratamento) e de Mossuril e Nacala Porto (comparação) é que os agregados familiares tenham uma criança nascida depois de 15 de Agosto de 2019. Os prazos diferentes na recolha de dados na linha de base para os grupos de tratamento e controle teve implicações importantes. Nos distritos de controle, quando os dados foram recolhidos em Fevereiro e Março de 2019, as crianças tinham menos de 6 meses de idade. No entanto, quando os dados foram recolhidos em Lalaua, em Junho de 2019, as crianças elegíveis tinham entre 3 e 9 meses de idade. Esta diferença de idade à data da recolha de dados produziu diferenças relevantes na linha de base em alguns resultados entre os grupos de tratamento e controle, incluindo o estado nutricional infantil. No entanto, a equipa de avaliação decidiu recolher dados para crianças nascidas na mesma época do ano, em vez de terem a mesma idade na altura da recolha dos dados, porque a evidência mostra que as flutuações sazonais no consumo de alimentos nas zonas rurais de Moçambique são elevadas (Handa e Mlay, 2007) e essas flutuações no acesso a alimentos e recursos económicos podem ter grandes variações no desenvolvimento infantil (por exemplo, altura e estado nutricional) para as crianças nascidas em diferentes épocas do ano (Arsenault et al, 2014; Fentahun et al 2018). Assim, embora seja verdade que as diferenças de idade à data da pesquisa criam disparidades em alguns resultados entre os grupos de tratamento e controle, foi considerado que as diferenças geradas pelos nascimentos em épocas diferentes do ano eram mais problemáticas para a estimativa dos impactos.

psicológico das cuidadoras são mais díspares, o que não é surpreendente, uma vez que em Lalaua a intervenção não forneceu a subcomponente de gestão de casos. Por exemplo, não há impactos na redução dos sintomas depressivos e no aumento dos níveis de stresse, que é impulsionado por diferenças na linha de base entre as cuidadoras nos grupos de tratamento e de comparação e, como tal, não pode ser atribuído à intervenção.

Crianças mais velhas: Foram confirmados fortes impactos no bem-estar infantil, com um aumento de 26 pp (72% acima da média de comparação da avaliação final) de crianças com sapatos, uma muda de roupa e um cobertor. Também se verificou impactos positivos nos efeitos na educação, com um impacto de 11 pp (17%) nas matrículas escolares actuais. Por último, foram confirmadas fortes reduções na disciplina violenta das crianças (redução de 19 pp, ou 24% acima da média de comparação da avaliação final), assim como a convicção da cuidadora que a violência é necessária para educar as crianças (diminuição de 7 pp, ou 140% acima da média de comparação da avaliação final).

Tabela C1. Resumo dos Principais Impactos da Avaliação em Todos os Domínios

	Impacto Estimado (1)	Alteração percentual (2)
Criança alvo (com idade entre 0-6 anos na linha de base)		
Criança tem registo de nascimento	0.20***	100%
Tem cartão de vacinação	0.11***	11%
Tem vacina BCG	0.11***	11%
Tem vacinas contra a poliomielite adequadas à idade	0.11**	12%
Teve diarreia nas últimas duas semanas	-0.15***	-39%
Diversidade mínima de hábitos alimentares (MDD)	0.04	NA
Desnutrição aguda (valor z para altura / peso <-2)	-0.04**	-50%
Desnutrição crónica (valor z para altura / peso <-2)	0.01	NA
Nível do agregado familiar		
Despesas mensais per capita (MZN)	119.5***	14%
Gastos alimentares mensais per capita (MZN)	2.4	NA
Despesas mensais com roupas e calçados per capita (MZN)	88.0***	463%
Taxa de pobreza	-9.15***	-10%
Lacuna da pobreza	-6.99**	-18%
<i>Escala de Experiência de Insegurança Alimentar (FIES)</i>	-1.80***	-11%
Índice de propriedade de gado	0.21***	NA
Afectado negativamente pelo choque da COVID-19	-0.01	0%
Nível da cuidadora		
Actualmente a poupar dinheiro	0.24**	600%
Poder de tomada de decisão (escada)	1.32***	23%
Violência Conjugal física (período de memorização de 12 meses)	-0.10***	-45%
Qualquer criança biológica <18 anos que vive fora de casa	-0.09*	-29%
Sintomas depressivos (CES-D ≥ 10)	-0.04	NA
Stresse (Escala de stresse percebido de Cohen)	1.87***	10%
Crianças mais velhas (principalmente entre 3 e 17 anos)		

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

Bem-estar material (sapatos, roupas e cobertor) (entre 3 e 17 anos)	0.26***	72%
Atualmente a frequentar a escola (entre os 6 e os 17 anos)	0.11**	17%
Qualquer disciplina violenta (entre 1 e 14 anos)	-0.19***	-24%
Cuidadora acredita que disciplina violenta é necessária para educar crianças	-0.07***	-140%

Observações: Os impactos são estimados usando um modelo de diferenças em diferenças que inclui variáveis de controle a nível da criança, da cuidadora e do agregado familiar e os desvios padrão robustos entre a amostragem de um painel do agregado familiar. As mudanças percentuais são calculadas apenas quando os efeitos são significativos e estão em relação à média do grupo de comparação da avaliação final. * p < .1. ** p < .05. *** p < .01.

Desempenho operacional. Foi analisado o desempenho operacional entre os beneficiários em Lalaua. Os resultados indicam que a intervenção é bem conhecida, e que cerca de 88% da amostra relatou ter recebido a transferência monetária ou os serviços. Os beneficiários identificam as cuidadoras com crianças pequenas como o principal critério de elegibilidade (86%). Outros critérios identificados são os cuidados prestados a órfãos e crianças vulneráveis, a deficiência e a pobreza. Apesar de terem reportado o recebimento de 13.880 MZN durante o período da intervenção, as transferências foram irregulares (em média, 4,7 pagamentos) e imprevisíveis dado que as cuidadoras eram incapazes de estimar quando iam receber a sua próxima transferência. As cuidadoras mencionaram usar a transferência em alimentos e nutrição para o agregado familiar (97%), roupas e sapatos (88%) e cuidados de saúde (57%).

ANEXO D. OUTROS DOCUMENTOS

D.1. TERMOS DE REFERENCIA

unite for children
unicef 

UNICEF Mozambique

TERMS OF REFERENCE

Purpose of the assignment:

To design the overall impact evaluation of the UNICEF Child Grant pilot program and carry out the evaluation of its year-one pilot phase, to be implemented in 2 districts in Mozambique

1. Background and Context

Cash transfer programs are an increasingly popular social protection tool among governments to reduce poverty and social vulnerability, recognizing the two are mutually reinforcing. It is important to recognize that cash transfers alone are rarely, if ever, sufficient to overcome the broad-based and interrelated social, economic and health risks children face. Thus linkages between social protection programs and existing government and other services should be strengthened to best support beneficiaries. This recognition has led advocates to highlight “cash plus”, or cash transfer programs bundled with light-touch or more intensive complementary interventions as important investment areas. The rationale behind this is that government cash transfers identify the poorest and most vulnerable members of society with the aim of smoothing consumption and improving food security, and linking vulnerable populations to other services may have synergistic impacts on their wellbeing. In this way, beneficiaries may be reached with health or social services, or may be able to leverage the cash to achieve greater impacts on their productive activities and future wellbeing

Mozambique has had a social protection system in place since 2007 and social protection has become an important element in the political debate in the push for a more inclusive poverty alleviation approach.

The Government of Mozambique explicitly recognizes in various strategic documents, such as Five-Year Government Plan (PQG) 2015-2019 and National Development Strategy (ENDE) 2015-2035 the importance of social protection systems in securing the well-being of the population and in fostering economic and social development. Over the past decade, the social protection system in Mozambique has been consolidated, with the establishment of a legal and regulatory framework for basic social protection, and the elaboration and enactment of a National Strategy for Basic Social Security, now in its second phase of development

The new National Basic Social Security Strategy, or ENSSB II, covering the period 2016-2024, endorsed by the Council of Ministers in February 2016, provides a unique opportunity to address this fragmentation and better align those involved to deliver an ambitious set of targets

One of the critical characteristics of the new ENSSB is that it is child-sensitive and seeks, among others, to reduce childhood malnutrition in Mozambique. The evidence is clear that cash transfer programs targeting children have the potential to effectively promote both economic growth and aspects of social equity in a meaningful and sustainable manner. Furthermore, early interventions during crucial developmental stages generate the highest returns on this investment. The ENSSB II expands the PSSB to include a Child grant, targeting a) children aged 0-2 years, known as the ‘Subsídio de Primeira Infância’ or early childhood allowance, b) child-headed households and c) orphaned children in poor households. The expansion of the PSSB to children 0-2 years old aims to reach 12,000 children in 2018 and 50,000 by 2022

Page 1 of 8

UNICEF will support the design, testing, implementation and scale-up of the new child grant. One of the key objective of the Child grant is to address the persistent level of stunting and malnutrition in the country and it is aimed to promote positive behavior-change related to adoption of positive nutrition practices, to ensure the allowance is complemented by nutrition counselling as well as the protective and preventive services to address risks related to child protection. The ENSSB II, including the child grant programme, are based on the principle of 'Cash & Care' recognizing that cash is not enough to generate accelerated positive results for children and overcome the complex social and economic risks and vulnerabilities the targeted households and their children face. 'Cash & Care', (also known as "Cash Plus") encompasses a wide range of "plus" activities and linkages, with the ultimate aim to integrate programmes across sectors and address different dimensions of poverty to more effectively support the poorest groups with the hope of inducing synergistic impacts.

Given that the grant is time-bound (two years) and focuses on nutritional outcomes, the design will need to incorporate a rapid registration of beneficiaries, a system of engaging with pregnant women (e.g. enrolment during prenatal care), will be developed a real time monitoring system, and timely payment modalities, building on or linked to already existing registration systems. In terms of implementation, the Child Grant will be designed and tested starting in late 2017/early 2018, and be implemented on a graduation basis (up till enrolled children reach the age of two), according to government targets. Using existing government systems, the Child Grant will be piloted in 2 districts with high levels of malnutrition.

Justification: Prior to the start of full scaling up of the Child Grant, the conceptualization of a rigorous impact evaluation with respective calculation of the sample size, composition and selection of the treatment and control groups is needed.

In 2017, the design of the Child Grant will be finalized and will identify targeted communities. To guide the qualitative and quantitative impact evaluation of implementing the Child Grant it will include identification of beneficiary (treatment) groups and control groups. The results of the impact evaluation, together with other relevant data, will be used to inform and guide MGCAS in the scale-up of the Child Grant. The Child Grant will also be used to promote access and uptake for critical basic services (birth registration, health services, etc).

The evaluation aims to examine how economic support and linkages to existing services can improve child well-being, including early child development and nutrition-related outcomes, in the first 2 years of life of children.

As a pilot intervention in Mozambique, this evaluation will provide critical information on the impact of the Child Grant in addition to its feasibility on a larger scale. Evaluation results and recommendations will inform key decision makers such as government representatives and donors. It will also allow UNICEF and program partners to learn from the evaluation results and adjust the program's approach for the following years, and will add to global learning on "cash plus" and the possible synergistic impacts of cash and care.

2. Objectives, Purpose and Expected Results

In collaboration with UNICEF Social Policy, Research and Evaluation section, the selected institution is expected to design the impact evaluation of the Child Grant Pilot (evaluation design and tools for the 2-year pilot programme) and carry out the evaluation and data collection for year-one pilot phase.

Key objectives are:

- 1.1. To develop the overall impact evaluation design (study design/identification strategy), including development of power calculations, study protocol, baseline and end-line instruments and data collection procedures that should be cost-effective and allow for monitoring results and performing an impact assessment in the medium and long term, over the course of 2 years of the pilot program;

- 1.2. Conduct data collection and evaluation of the year-one pilot phase;
- 1.3. Identify all eligible households in study districts and study sample through an enumeration/sampling listing exercise (data to be subsequently used by UNICEF/government for programme enrolment);
- 1.4. Estimate the impact of the Child Grant, and to inform whether there are significant differences between children who benefited from "cash and care" intervention, the ones who received only cash, and a control group with children who did not receive cash or care¹. The assessment will look at results in terms of: nutrition (consumption, diversity etc.), growth/anthropometrics, early childhood development indicators, caregiver behaviours, household consumption, and other key outcomes, such as adolescent pregnancies (additional to be defined once the care package is developed)
- 1.5. At the end of year-one assess whether all new eligible cases have become beneficiaries given the universal nature of the grant;
- 1.6. Communicate impacts to UNICEF Mozambique, government and stakeholders via reports, briefs and dissemination (validation) workshops (one after baseline, one after year one evaluation).

The overarching research questions to be answered by the impact evaluation are:

1. How and to what extent can a cash transfer programme and/or cash plus care improve nutrition-related outcomes and improve the well-being of children during their first 2 years of life?
2. How and to what extent does the "care" component provide a substantial difference in child well-being indicators compared with cash only?

Specific and more detailed research questions will be identified during the inception phase of the program, and may necessitate interviews and workshops with key stakeholders

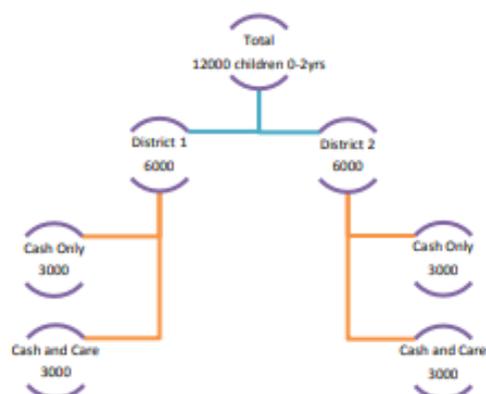
The evaluation team is also expected to work together with UNICEF colleagues in identifying the primary program beneficiaries through a listing exercise, identify the evaluation sample, and perform randomization of communities into study arms. The inception report should also include: 1) estimation of the number of eligible children and caregivers per community since there is no official data available regarding the number of children 0-2 and pregnant women residing in each community and power calculations of minimum clusters per study arm and households per cluster to estimate impacts of the programme on key child nutrition and well-being outcomes.

Intervention to be evaluated: The Child Grant will use geographical targeting (universal approach in selected communities. It means that in the selected communities all children 0-2 will be included in the program, with age as the only eligibility criteria. As previously mentioned, the programme will initially be piloted in 2 districts in Zambezia province, targeting in total 12000 children 0-2 (6000 children per district x 2 districts = total 12000 children) in the first year of intervention. Furthermore, out of the 6000 children in selected districts, 3000 will receive cash only and other 3000 will receive cash and care (graph below)².

Graph 1: Planned distribution of children beneficiaries of the Child Grant Pilot

¹ A four arm, "care only", with children receiving only the care component may not be feasible due to operational reasons. However companies may provide, information and estimates of the 3 arms option (cash, cash+care, control), or 4 arms. (cash only, cash + care, care only, control).

² A four arm, "care only", with children receiving only the care component may not be feasible due to operational reasons. However companies may provide, information and estimates of the 3 arms option (cash, cash+care, control), or 4 arms. (cash only, cash + care, care only, control)



Information collected during the evaluation will guide the remodelling of the national PSSB, and the final impact assessment will guide the redesign of the grant and its scale up at national level.

3. Methodology and Technical Approach

A rigorous approach with a cluster randomized control trial is preferred to investigate the causal linkage that relates inputs, activities and outputs to impacts. In order to conduct a rigorous quantitative impact assessment, it should include determining the sufficient sample size through power calculations, identification of eligible beneficiaries and study sample, and randomization of communities to study arm. To estimate midterm impacts, both baseline and 12-month follow-up data will be collected. Additionally, embedded qualitative interviews will be collected with a sub-sample of the study population to inform both the design and interpretation of quantitative data, providing vital context. Mixed methods may include surveys, key informant interviews, and focus groups.

The preferred design is experimental, with a randomized cluster sampling at community level, for the implementation of a universal geographical targeting approach will be used. In each district a number of community will receive cash only (3000 children); in other cash and care (3000 children, and in other nothing, as control group (the size of the control group to be determined by the sampling design)³. As **the child grant has a universal approach** within the target area, all children 0-2 in selected communities will be included in the program. The number of communities to be included in each of the 3 groups will be chosen based on estimate number of children 0-2 calculated from existing data (census estimate, ANC data, birth registration data etc.). A list of communities per each group will be defined and included until the planned number of children is reached. In the *cash and care* communities the *care* component will be rolled out at the same time of the cash according to the planned design.

After the identification of selected communities, a listing/registration exercise will identify all eligible children as well as pregnant women (6 or more months pregnant), to be included in the program.

Based on past experience, it will be important to have particular attention to support the acceptance at central and local level of a randomized approach. At central level it will be important to have a specific event to present the importance of a RCT approach to policy makers. At local level it will be important to engage district authorities and village leaders in the final selection of communities to be included in the baseline and in the different modalities of intervention. The induction phase should assess the level of acceptance of a randomized approach and finalize the design accordingly.

³ A four arm, "care only", with children receiving only care component may not be feasible due to operational reasons. However companies may provide, information and estimates of the 3 arms option (cash, cash+care, , control) , or 4 arms.(cash only, cash + care, care only, control)

This evaluation will not involve children as direct respondents, with the exception of collection of anthropometric measures (height, weight, length; information on children will be provided by head of household/caregivers, and however particular attention should be paid to any potential ethical issues⁴. Moreover, the design of the evaluation and the evaluation process should explicitly address the *Ethical Guidelines for Evaluation* set out by the United Nations Evaluation Group (UNEG)⁵, *Strategic Guidance Note on Institutionalizing Ethical Practice for UNICEF Research* and *UNICEF Procedure for Ethical Standards in Research, Evaluation, Data Collection and Analysis*.

4. Specific tasks and activities

The main activities and tasks under this consultancy can be grouped as follows:

1. Literature/data review - published and unpublished documents and relevant statistical data shall be provided by the UNICEF SPEAR section. Other data may need to be gathered in the field or through key informant interviews. Background material will provided in terms of Grant design, situation of children in Mozambique, estimated population of the district, etc.;
2. Participation in research workshop with government (objective is to make the case for randomization)
3. Inception report, including evaluation design for a 2-year pilot, the study protocol and list of instruments/questionnaire to be developed (questionnaires should not be required to be finalized at this stage). This report will detail study design, sampling procedures for enumeration, study sample selection and then baseline data collection;
4. Finalization of instruments, approval of ethical clearance;
5. Sub-contract data collection firm;
6. Training and completion of enumeration (LTA holder to co-facilitate with data collection firm);
7. Listing (census) of all target population of children 0-2 and pregnant women in selected locations (this will also serve as a pre-registration of beneficiaries);
8. Identification of control group
9. Baseline training, data collection;
10. Baseline analysis and report
11. Participation in baseline workshop to present the results and validate the data
12. Finalization of follow-up (year-one data collection) questionnaires, annual re-submission for ethical clearance
13. Listing and data collection for year-one follow-up
14. Follow up analysis and report
15. Participation in follow-up workshop

The **final evaluation report of year one** should integrate all evaluation findings after year one of implementation It will support the internal program's review for the second year. The report should be developed in accordance with the UNICEF-developed GEROS (Global Evaluation Reports Oversight System)⁶ and template to facilitate the production of a compliant document. It should also address the UNICEF-Adapted UNEG Evaluation Reports Standards⁷. The report should include i) an executive summary, ii) an explanation of the evaluation's purpose, objectives and scope, iii) the description of the methodology applied to the evaluation, iv) the evaluation findings

⁴ The UNICEF Office of Research - Innocenti released in October 2013 *Ethical Research Involving Children*, an online resource that brings together expert thinking about key ethical issues involving children and how these might be addressed in different evaluation contexts. See <http://www.unicef-irc.org/publications/706>.

⁵ United Nations Evaluation Group, *Ethical Guidelines for Evaluation*, UNEG, New York, 2007. See https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/about_iom/eva_techref/UNEG_ethical_guidelines.pdf.

⁶ For further information about reporting requirements, see: United Nations Children's Fund, *Global Evaluation Reports Oversight System (GEROS)*, UNICEF, 2013. See http://www.unicef.org/evaluation/files/GEROS_Methodology_v7.pdf.

⁷ UNICEF Evaluation Office, *UNICEF-Adapted UNEG Evaluation Reports Standards*, UNICEF, 2010. See http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNEG_UNICEF_Eval_Report_Standards.pdf.

not only responding to the criteria and questions but also based on evidence derived from data collection and analysis methods, v) conclusions presenting reasonable judgements based on the findings, substantiated by evidence and providing pertinent insights into the program, vi) recommendations relevant to the object and purpose of the evaluation and developed with the involvement of key stakeholders.

A first version of the report will be presented in a validation workshop with partners, community members and key stakeholders. In addition to the final report, the evaluation team should develop evaluation briefs, such as summaries and PowerPoint presentation, which will contain a summary of the evaluation and key messages.

5. Deliverables

Deliverable	Timeframe
1. Research workshop with government (national and local level) on the importance of randomization for policy design;	By mid-September 2017
2. Inception report , including evaluation design for a 2-year pilot, study protocol for year-one evaluation and a list of instruments/questionnaire to be developed (questionnaires should not be required to be finalized at this stage). This report will detail study design, sampling procedures for enumeration, study sample selection and then baseline data collection; the inception report may be in English or Portuguese.	
3. Finalization of instruments, approval of ethical clearance;	
4. Sub-contract data collection firm;	Mid-December 2017
5. Training and completion of enumeration (LTA holder to manage with data collection firm)	
6. Baseline training and data collection; Provide weekly summaries of data collection progress, contact and interview completion rates;	
7. Provide raw data files for individual, community quantitative data and qualitative transcripts in Portuguese and English) to UNICEF Office as fieldwork is progressing (this includes data files and qualitative transcripts – English and Portuguese). Promptly respond to queries on potential data collection errors	
8. Provide cleaned, document data from quantitative surveys (household, youth and community) in Stata format	
9. Baseline analysis and report . The report is to be submitted in word digital format, in English and Portuguese.	November 2018
10. Baseline report validation workshop in Maputo with key stakeholders	
11. Ethics approval renewal submission (12-months) and updated year-one end-line questionnaires	
12. Co-facilitate data collection training and oversee implementation of data collection for 12-month follow-up	
13. Electronic copies of raw and clean baseline and year-one data sets . Datasets should be submitted to UNICEF in Stata Format.	
14. Organize a validation workshop of the initial results of the year-one follow-up	End-December 2018
15. First draft of the evaluation report including all the evaluation findings of the year-one pilot phase of the program. The report may be delivered in English or Portuguese	
16. Validated end of year-one report with all evaluation findings. The report should be delivered using the UNICEF-developed GEROS format, in paper and word digital forms, in English and Portuguese.	

Deliverable	Timeframe
17. Updated and finalized user-friendly evaluation data collection tools and guidelines to be applied over the two-year program implementation, to be submitted in English and Portuguese	
18. Evaluation brief and PowerPoint presentation containing a summary of the evaluation and key messages, in English and Portuguese	

A detailed workplan, additional/revised tasks should be included in the technical proposal

7. Management and Time Period for the Consultancy

The selected consultancy firm will report directly to the **Social Policy, Research and Evaluation Section**. Meetings with program partners and the Government will be arranged with the support of the UNICEF Child Protection, Health and provincial coordinator. Meetings with program beneficiaries and key stakeholders in targeted districts will be arranged with the support of provincial coordinators and UNICEF partners.

The evaluation work will be home-based with frequent travels to Maputo and Zambézia province for field work and meetings. The contract will start **22 June 2016** and end on **31 December 2018**. The assignment may be extended to cover data analysis and impact assessment in the following years of the program.

8. Technical Proposal and Detailed Estimated Budget

Applicants are requested to prepare and submit in separate e-mails:

1) a **technical proposal** that highlights the capacity of the applicant consultancy firm to organize and implement large scale data collection and analysis. It should include i) a detailed proposed methodology and design structure of the impact assessment for the 2-year duration of the program (including composition and selection criteria for control group), detailed work plan and quality assurance mechanisms. The proposal will assess if information will be collected on all the beneficiaries or only on a sample of them, justifying sample design, size and characteristics ii) assessment of ethical concerns and risks and appropriate mitigation measures; iii) team members, their roles in the team and whether they are available to travel to Maputo and Zambézia for field work and meetings, iv) CVs of all the team members, including the team leader, v) a sample of their writing, for example, a report or written product from a previous study or evaluation.

2) a **proposed budget** that must be all inclusive of professional fees, travel expenses and a clear breakdown of operational. Professional fees are to be detailed by professional level. The proposed budget must also be linked to the key deliverables outlined in Point 6 above.

The payment will be performed in 4 instalments, as follows:

- 35% upon satisfactory completion of deliverable 1-3, by mid-September 2017
- 25% upon satisfactory completion of deliverables 4 – 9, by mid-December 2017
- 20% upon satisfactory completion of deliverables 10 – 14, by November 2018
- 20% upon satisfactory completion of deliverables 15 – 18, by end-December 2018

9. Qualification Requirements

Consultancy firms may apply.

Requirements for the consultancy firms:

- legal standing (i.e., registration or founding statute),

- minimum of two (2) positive references from previous clients in relation to studies or evaluations for development programmes that highlight both quantitative and qualitative research, and

Required qualifications of the primary consultant / research team leader

- Ph.D. in economics, public policy, or related social science.
- Minimum of 7-10 years of relevant work experience in developing and carrying out longitudinal, quantitative impact evaluations and randomized control trials for a development programme, preferably on topics related to early childhood development, nutrition or social protection in Africa.
- Strong methodological knowledge and skills in impact evaluation design, longitudinal data collection, quantitative data analysis and reporting for development programmes.
- Excellent communication skills, writing and oral presentations to effectively discuss the design and to report findings, focusing on producing useful and accessible findings.
- Fluency (verbal and written) in English.
- Fluency (verbal and written) in Portuguese would be an asset.

Additional required qualifications of at least one person in the team

- Previous experience working in Mozambique.
- Good understanding of Mozambican socio-cultural, economic and political environment and local networks.
- Verbal fluency communicating in Portuguese.

Additional required qualifications of at least one person in the team

- Previous experience and knowledge designing and applying adequate assessment tools
- Previous experience evaluating social protection programs

8. Evaluation Process

The relative weight between the technical criteria and budget will be 80-20 respectively.

Technical Criteria	Technical Sub-criteria	Maximum Points
Overall Response	Overall completeness of response as per the ToR	5
Maximum Points		5
Consultancy Firm and Key Personnel	Range and depth of experience with similar projects in social protection and in region	10
	Client references	5
	Key personnel: relevant experience and qualifications, roles distributions and availability to work in the field	20
Maximum Points		35
Strength of the technical proposal	Quality of the proposed evaluation design and data collection methods	20
	Quality of the proposed work-plan, management structure and monitoring and quality assurance processes	10
	Sustainability of the overall evaluation design and data collection procedure	5
	Assessment of ethical concerns and risks and appropriateness of mitigation measures	5
Maximum Points		40
Total Maximum		80

D.2. APROVAÇÃO ÉTICA



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE
IRB00002657

Exmo. Senhor
Dr. Juan Bonilla
AIR

Ref:704/CNBS/20

Data 03 de Dezembro de 2020

Assunto: Renovação da aprovação do protocolo de estudo intitulado: "*Avaliação do programa Subsídio para a criança 0-2 anos*"

O Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) analisou o pedido de renovação anual da aprovação do protocolo de estudo intitulado: "*Avaliação do programa Subsídio para a criança 0-2 anos*", e sobre o mesmo o CNBS chegou a seguinte conclusão:

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a continuação do estudo, o CNBS dá a autorização.

Todavia, recomenda aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.

A aprovação da renovação tem a validade de um ano, terminando esta a 03 de Dezembro de 2021. Os investigadores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de terminar o prazo.

Sem mais de momento, queiram aceitar as nossas cordiais saudações.

O Presidente

Dr. João Fernando Lima Schwalbach

Endereço:

Ministério da Saúde - 2º andar dto
Av. Eduardo Mondlane / Salvador Allende
Maputo - Moçambique

C.Postal: 264
Telefone: +258 82 406 6350
E-mail: cnbsmocambique@gmail.com

IRB Determination

Institutional Review Board
American Institutes for Research
1000 Thomas Jefferson Street, NW
Washington, DC 20007
IRB00000436 FWA00003952

B&P Number: 87274
Project number:
Project/Proposal title: UNICEF MOZ CHILD GRANT IE
Programme: Practice Area w/ Strategy
Project Director: Victoria K. Rothbard
IRB Reviewer: Elizabeth T. Spier
Project Activity: Revised instruments for 2021 renewal

Determination:

On the basis of the review this amendment, the IRB has determined that the updates, as described in the materials submitted, continue to be research and involve human research participants. The research is approved because the selection of participants is equitable and the risks to the participants are minimised and are reasonable in relation to the knowledge that may reasonably be expected to result. There are no risks greater than those ordinarily encountered in daily life or during routine test or activities. The procedures for obtaining informed consent are appropriate and the procedures for protecting the confidentiality of the collected data are adequate. Data collection may proceed.

IRB Signature(s):

Elizabeth T. Spier, IRB Representative

02/16/2021

Please keep in mind that any material changes made to the study or the study procedures require the submission of an updated IRB package.

D3. INSTRUMENTO DE PESQUISA

ESTUDO DO BEM-ESTAR DA CRIANÇA DE MOÇAMBIQUE

INSTRUMENTO DE AGREGADO FAMILIAR

2021

Esboço final para o trabalho de campo

- A ordem dos módulos é ilustrativa e pode ser programada no CAPI, em diferentes sequências

SECÇÃO 1A: CONFIRMAÇÃO DOS MEMBROS DA LINHA DE BASE

Instruções: Primeiro, gostaria de confirmar os membros do agregado familiar (AF) da última vez que conversamos em fevereiro/março de 2019, para ver se eles ainda fazem parte do AF. Isso é, vou te perguntar se as seguintes pessoas, que faziam parte do AF há dois anos, ainda vivem aqui, comem da mesma panela ou compartilham recursos econômicos. Pessoas que geralmente estão aqui, mas que estão temporariamente ausentes, em um hospital ou em um internato, ainda contam como membros da família se planejarem retornar.

1	2	3	3	4	5	6	7
ID	Nome do membro [preenchido no CAPI]	[NOME] é atualmente membro deste agregado familiar? 1 = Sim 2 = Não >> Q5	Confirmar sexo 1 = Masculino 2 = Feminino [pré-preenchido, com opção de editar]	Confirme a idade que membro tinha na linha de base [em anos completos] [pré-preenchido, com opção de edição] >> Próximo membro	Por que [NOME] não é mais um membro do agregado? 1 = Mudou por motivos de trabalho/econômicos 2 = Mudou para ir a escola 3 = Se casou e saiu do AF 4 = Nunca foi membro do AF (ficou apenas temporariamente) 5 = Falecido 6 = Mudou por motivos de doença/saúde 7 = Não conhece a pessoa / não existe >> próximo membro 8 = Cuidadora e/ou a criança-alvo não faz mais parte do AF (então o membro anterior não é mais relevante) 9 = Não sei / razão desconhecida 10 = Mudou por outro motivo, especifique	Quando [NOME] saiu do AF? [Verifique a data: não deve ser antes de 2/2019] [MM/AAAA]	Para onde [NOME] se mudou? 1 = Mesma comunidade 2 = Comunidade diferente no mesmo distrito 3 = Distrito diferente na mesma província 4 = Fora da província (para a área rural) 5 = Maputo 6 = Fora da província (para área urbana) 7 = Fora de Moçambique 8 = Não sei >> Próximo membro
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

8. Existem outros membros do agregado familiar que residem aqui atualmente que se aderiram nos últimos dois anos, incluindo nascimentos [isso é, que se aderiram depois da pesquisa da linha de base em fevereiro-março de 2019]?

1 = Sim
2 = Não >> Seção 1C

[SE NÃO, CONFIRME QUE TODOS OS MEMBROS ATUAIS ESTÃO LISTADOS NO ROSTER]

SEÇÃO 1b: MEMBROS QUE ADERIRAM AO AGREGADO FAMILIAR DESDE FEVEREIRO-MARÇO 2019

Instrução: Por favor, me dê os nomes de todos os membros que agora vivem neste agregado familiar (AF), mas que não faziam parte da família em fevereiro-março de 2019, e agora comem da mesma panela ou compartilham recursos econômicos. Para se qualificarem como membros novos do AF, eles devem ter vivido com a família por seis meses ou mais. Inclua membros que normalmente vivem aqui, mesmo que não estejam agora porque estão viajando, visitando outros membros da família, estão em um hospital ou em um internato ou faculdade, etc.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
							APENAS PARA MEMBROS COM 10 OU MAIS ANOS			
IDENTIFICAÇÃO	Nome do membro	Sexo 1 = Masculino 2 = Feminino	Qual é a relação de [NOME] com o chefe da família? 1 = Chefe da família 2 = Cônjuge 3 = Filho(a) 4 = Neto(a) 5 = Sogro(a) 6 = Genro/Nora 7 = Outro familiar 8 = Adoptado/Acolhido/Enteado 9 = Empregada doméstica 10 = Não-familiar	Qual é a idade de [NOME] agora? Registre a idade exacta, em anos completos, de todos os membros. Para menores de 36 meses, registre também o número de meses desde o último aniversário (use o livro de saúde infantil ou certidão de nascimento, se disponível).		De onde [NOME] se mudou? 1 = Mesma comunidade 2 = Comunidade diferente no mesmo distrito 3 = Distrito diferente na mesma província 4 = Fora da província (para a área rural) 5 = Maputo 6 = Fora da província (para área urbana) 7 = Fora de Moçambique 8 = Novo bebê / recém-nascido 9 = Não sei	Qual é a religião de [NOME]? 1 = Católico 2 = Moçulmano 3 = Cristão 4 = Protestante 5 = Sem religião 6 = Outra, especifique	Qual é o estado civil atual de [NOME]? 1 = Casado ou a morar junto, monogâmico 2 = Casado ou a morar junto, polígamo 3 = Divorciado ou separado 4 = Viúvo(a) 5 = Nunca casado ou viveu maritalmente Se 3 - 5 >> próximo membro	O cônjuge ou parceiro de (NOME) mora nesta casa? 1 = Sim 2 = Não (>>Próximo membro)	COPIE O CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE (SE HOUVER MAIS DO QUE UM CÔNJUGE, O DO PRIMEIRO)
				IDADE EM ANOS	SE <36 MESES: MESES DESDE O ÚLTIMO ANIVERSÁRIO					
51										
52										
53										
54										
55										
56										
57										
58										
59										
60										

SECÇÃO 1c: LISTA DO AGREGADO FAMILIAR (TODOS OS MEMBROS ATUAIS - ANTIGOS + NOVOS)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	MEMBROS NOVOS COM IDADES ENTRE OS 0 E OS 19 ANOS				MEMBROS ENTRE OS 0 E OS 19 ANOS			APENAS PARA MEMBROS COM IDADES ENTRE OS 0 E OS 5 ANOS			
IDENTIFICAÇÃO	A mãe biológica de [NOME] está viva? ESCREVER IDENTIFICAÇÃO =SIM, MÃE ESTÁ VIVA E NO AGREGADO FAMILIAR 88=SIM, MAS NÃO FAZ PARTE DO AGREGADO FAMILIAR 99=NÃO, MÃE MORREU 77=NÃO SABE	[NOME] tem irmãos biológicos da mesma mãe (morando dentro ou fora da casa)? 1=SIM 2=NÃO (>>Q4) 9=NÃO SABE (>> Q4)	Quantos irmãos biológicos são mais jovens que [NOME]? [Digite o número, se nenhum = 0]	O pai biológico de [NOME] está vivo? ESCREVER IDENTIFICAÇÃO =SIM, PAI ESTÁ VIVO E NO AGREGADO FAMILIAR 88=SIM, MAS NÃO FAZ PARTE DO AGREGADO FAMILIAR 99=NÃO, PAI MORREU 77=NÃO SABE	O [NOME] tem um par de sapatos ou sandálias? 1=SIM 2=NÃO 9=NÃO SABE	O [NOME] tem pelo menos 2 conjuntos de roupas? 1=SIM 2=NÃO 9=NÃO SABE	O [NOME] tem um cobertor? 1=SIM 2=NÃO 9=NÃO SABE	O [NOME] tem uma certidão de nascimento? Se sim, posso ver? 1=Sim, vista 2=Sim, não vista 3=Não	O nascimento de (NOME) foi registrado? [Conservatória de Registro Civil] 1=SIM 2=NÃO (>>Q11) 9=NÃO SABE	Quando é que o nascimento de (NOME) foi registrado? 1=Dentro de 90 dias do nascimento 2=Entre 3 meses e 1 ano desde o nascimento 3=Após 1 ano desde o nascimento (>>PRÓXIMA SECÇÃO)	Qual é a principal razão pela qual o nascimento de (NOME) não foi registrado? 1=É muito caro 2=Tenho que viajar para longe 3=Não sabia que deveria ser registrado 4=Não achei importante 5=Não sabia onde registrar 6=Outra (especifique) 9= Não sabe
	01										
	02										
	03										
	04										
	05										
	06										
	07										
	08										
	09										
	10										

SECÇÃO 3A: SAÚDE DE TODOS OS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
IDENTIFICAÇÃO	[NOME] esteve doente ou ferido durante as últimas 2 semanas? 1=Sim, doente/ferido 2 = Não>>Q8 8=Não sabe>>Q8	Durante as últimas 2 semanas, [NOME] teve que interromper as actividades habituais por causa desta condição? 0=Não SE SIM: INDIQUE O NÚMERO DE DIAS (1 – 14)	Durante as últimas 2 semanas, [NOME] consultou um profissional de saúde, visitou um centro de saúde ou consultou um curandeiro tradicional por causa esta ferida/doença? 1=SIM (>>Q5) 2=NÃO	Se não, qual foi o principal motivo? 1=Falta de dinheiro/muito caro 2=Muito longe 3=Não acredita na medicina 4=Falta de profissionais de saúde 5=Baixa qualidade/serviços 6=Não requer assistência médica/não é grave o suficiente 7=Devido ao COVID-19 8=Outra, especifique >>Q8	Na visita mais recente, quem [NOME] consultou? 01=Doutor 02=Dentista 03=Enfermeira 04=Assistente médico 05=Parteira 06=Farmacêutico 07=Vendedor de medicamentos/químicos 08=Agente Comunitário de Saúde (APE) 09=Curandeiro tradicional 10=Parteira Formada 11=Parteira Não Formada 12=Espiritualista 13=Outra (especifique) 98=NS [Marque todos que se aplicam]	Onde foi a consulta? 1=Instalação pública 2=Instalação privada 3=Farmácia 4=Casa do APE 5=Curandeiro tradicional 6=Loja de Medicamentos 7=Vendedor de medicamentos 8=Outra (especifique) 9=NS [Marque todos que se aplicam]	No total, quanto foi gasto com a medicação e consulta de [NOME] nas últimas 2 semanas? [TANTO EM DINHEIRO COMO EM ESPECIE] [VALOR EM MT] [INSIRA '00' SE NENHUM]	Durante as últimas 2 semanas, [NOME] adquiriu algum medicamento ou material médico? [OUTRO QUE NÃO INCLUÍDO NA P7!] 1=SIM 2=NÃO (>>Q10)	No total, quanto foi gasto em remédios ou materiais médicos de [NOME] nas últimas 2 semanas? [VALOR EM MT]	O [NOME] tem alguma deficiência que limite a sua participação total nas actividades do dia-a-dia: como ver, ouvir, caminhar, memória, cuidar de si ou comunicar? 1=SIM 2=NÃO (>>Q12)	Que tipo de deficiência [NOME] tem? 1=Cego 2=Surdo/Mudo 3= Deficiência mental 4=Paralítico 5=Braço amputado/atrofiado 6=Perna amputada/atrofiada 7=Outra, especifique [Registre até 3 deficiências]	[NOME] dormiu debaixo de uma rede mosquiteira na noite passada? 1= Sim, sem tratamento 2= Sim, tratado 3= Não 9= NS			
												1º	2º	3º	

SECÇÃO 3B: SAÚDE REPRODUCTIVA E FERTILIDADE DE MULHERES COM IDADES ENTRE 10 E 49 ANOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11a	11b	12a	12b	13	14
	PERGUNTAR APENAS ENTRE OS 10 E OS 18 ANOS [Membros antigos do AF: aqueles Q1 = 2 or Q1 =9 @ BL]			PREGUNTAR APENAS ENTRE OS 10 E OS 49 ANOS												
IDENTIFICAÇÃO	[NOME] passou por ritos de iniciação?	Se sim, com que idade?	Se não, para quando isso é planeado? 0=Não vai acontecer 1=Este ano (2021); 2=Próximo ano (2022); 3=Ano seguinte (2023) 9=NS	[NOME] está grávida agora ou [NOME] esteve grávida nos últimos 24 meses? 1=SIM 2=NÃO (>>Q3) 9=NS (>>Q3)	[NOME] consultou alguém para atendimento pré-natal durante esta ou na última gravidez? 1=SIM (>>Q7) 2=NÃO	Qual é o principal motivo de (NOME) não ter cuidados pré-natais? (>>Q9) [VER CÓDIGOS ABAIXO]	Quem (NOME) consultou? [VER CÓDIGOS ABAIXO]: MARQUE TODOS QUE SE APLICAM]	Quantas vezes [NOME] recebeu cuidados pré-natais durante esta / última gravidez? [número] 98 = NS	Quem assistiu o nascimento desta / última gravidez? [VER CÓDIGOS ABAIXO, MARQUE TODOS OS QUE APLICAM] 8 = Ainda não deu à luz 9 = Bebê perdido / nasceu morto	[NOME] já deu à luz alguma vez? 1=SIM 2=NÃO >> Proxima mulher	No total, quantas crianças [NOME] deu à luz que nasceram vivas? [número]	Quantas crianças [NOME] deu à luz que nasceram vivas, mas não moram nesta casa? [número] If 0 >> Q14	Quantos desses filhos são crianças (menores de 18 anos)? Se 0 >>Q14	Onde estão esses filhos agora (uma marca para cada um)? [VER CÓDIGO S ABAIXO]	Qual é a principal razão pela qual o filho não está a morar consigo (uma marca para cada um)? [VER CÓDIGOS ABAIXO]	[NOME] já deu à luz uma criança que nasceu viva mas morreu mais tarde? [SE NÃO, INVESTIGAR: Quero dizer, para uma criança que já respirou ou chorou ou mostrou outros sinais de vida - mesmo se ele ou ela tenha vivido apenas alguns minutos ou horas?] [Insira o número total, 0 se nenhum]

<p>Códigos para Q6</p> <p>Motivos económicos..... 01</p> <p>Não há assistência médica disponível 02</p> <p>Cuidados de saúde muito longe. 03</p> <p>Não necessário 04</p> <p>Pessoal de saúde não é amigável05</p> <p>Longas esperas nas instalações . 06</p> <p>Prefere parteiras comunitárias.. 07</p> <p>Devido ao COVID-19.....08</p> <p>Outro, especifique 09</p>	<p>Códigos para Q7/Q9</p> <p>Doutor..... 01</p> <p>Enfermeira 02</p> <p>Parteira auxiliar 03</p> <p>Parteira tradicional 04</p> <p>Agente de saúde da comunidade05</p> <p>Madrinhas ou matriarcas..... 06</p> <p>Outro, especifique 07</p>	<p>Códigos para Q12b</p> <p>Família alargada 01</p> <p>Centro de acolhimento 02</p> <p>Família de acolhimento..... 03</p> <p>Guardião 04</p> <p>Vive de forma independente sozinho ou com a sua própria família.....05</p> <p>Vive de forma independente, na rua ou fora 06</p> <p>Outro, especifique 07</p> <p>NS.....09</p>	<p>Códigos para Q13</p> <p>Motivos económicos..... 01</p> <p>Motivos de educação..... 02</p> <p>Motivos de saúde 03</p> <p>Conflito/violência 04</p> <p>Eles têm família própria 05</p> <p>Outro, especifique 06</p>
---	---	--	---

SECÇÃO 4: CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

Esta secção foi tirada directamente do IOF 2015 com acréscimos do MICS 6.

	Pergunta	Respostas	Saltar
1	Qual é a principal fonte de abastecimento de água para beber usada pelos membros deste agregado familiar?	Água canalizada dentro da casa 1 Água canalizada no quintal 2 Água canalizada na casa do vizinho..... 3 Água do fontinária..... 4 Água do furo..... 5 Água do poço com bomba manual..... 6 Água do poço protegido sem bomba 7 Água de nascentes protegidas 8 Água de nascentes não protegidas 9 Água da cisterna (ou tanque movel ou camião)..... 10 Água do poço não protegido 11 Água do rio, lago, lagoa 12 Água de chuva 13 Água em garrafa..... 14 Outra (especifique) 15	Se 14 >>Q4
3	Trata a água de alguma maneira para ficar segura para beber?	1=SIM 2= NÃO 9= NÃO SABE	Se 2 ou 9 >> Q5
4	O que costuma fazer para tomar a água segura para beber? [Marque todos que se aplicam]	Ferver 1 Adicionar Lizívia/Cloro 2 Adicionar "certeza" 3 Filtrar com um pano 4 Usar filtro de água (cerâmica, areia, composto) 5 Desinfecção solar 6 Deixar repousar e assentar 7 Outra (especifique) 8	
5	Gostaríamos de saber onde os membros desta casa lavam as mãos. Você pode por favor me mostrar onde os membros da sua casa costumam lavar as mãos? [Registre resultado e observação]	OBSERVADO 1=Instalação fixa observada (pia/torneira) no domicilio 2=Instalação fixa observada (pia/torneira) no quintal /parcela 3= Objeto móvel observado (balde/jarro/chaleira) NÃO OBSERVADO 4= Não há lugar para lavar as mãos no domicilio /quintal/lote 5=Sem permissão para ver 6=Outro, especifique	Se 4-6 >>Q7
6	[Enumerador: Observe a presença de água no local para lavar as mãos, verifique a torneira / bomba ou bacia, recipiente de água do tanque ou objetos semelhantes para a presença de água]	A água está disponível..... 1 A água não está disponível..... 2	
7	Há sabão ou detergente, ou cinza / lama / areia presente no local para lavar as mãos ou na casa? [Marque todos que se aplicam]	Barra de sabão ou sabonete líquido..... 1 Detergente (pó / líquido / pasta) 2 Cinza / Lama / Areia 3 Nenhum.....4	
9	Qual é o tipo de latrina na casa principal? INQ. CASO A RESPOSTA SEJA "LATRINA", PEÇA PARA VER.	Retrete ligada a fossa septica..... 1 Latrina melhorada 2 Latrina tradicional melhorada 3 Latrina nao melhorada 4 Nao tem latrina 5 Latrina partilhada / latrina da casa do vizinho.....6	
10	Qual é a principal fonte de energia ou combustível que o agregado familiar usa para cozinhar?	Electricidade..... 1 Gas 2 Petroleo/Parafina/Querosene..... 3 Carvao vegetal..... 4 Carvao mineral 5 Lenha..... 6 Fezes de animais 7 Outra (especifique) 8	
11	Qual é a principal fonte de energia ou combustível que o agregado familiar usa para iluminação?	Electricidade..... 1 Gerador 2	

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

		Panel Solar 3 Gas 4 Petroleo/Parafina..... 5 Querosene..... 6 Vela 7 Bateria..... 8 Pilha 9 Lanterna 10 Outra (especifique) 11										
12	A quem pertence a habitação onde vive o agregado familiar?	Propria..... 1 Arrendada 2 Cedida 3	>>Q14 >>Q15									
13	Se é arrendada, qual é o valor mensal da renda?	Valor MT	>>Q16									
14	Se é própria, qual é o valor mensal que cobraria de renda ?	Valor MT										
15	Se é cedida, qual é o valor mensal que pagaria de renda ?	Valor MT	>>Q16									
16	Quantas divisões tem esta casa? (incluindo a sala)											
17	Destas divisões quantas usam para dormir?											
18	Qual é o material principal usado na cobertura/telhado da casa?	Laje de betao 1 Telha..... 2 Chapas de lusalite 3 Chapas de zinco..... 4 Capim/estacas/palmeira 5 Outra (especifique) 6										
19	Qual é o material principal usado nas paredes?	Adobe/bloco de adobe..... 1 Bloco de cimento 2 Bloco de tijolo 3 Paus maticados 4 Madeira/zinco 5 Bambu/canico/palmeiras 6 Outra (especifique) 7										
20	Qual é o material principal usado na construção do piso?	Terra batida 1 Madeira rudimentar 2 Adobe 3 Parquet..... 4 Madeira/serrada 5 Mosaico/marmore/tijoleira 6 Cimento..... 7 Outra (especifique) 8										
21	Nos últimos 12 meses, membros deste agregado familiar usaram computador ou internet (independentemente do local do uso) or mobile money (Mpesa o outros)? [Insira Identificação dos membros que usam cada serviço]	A. Computador B. Internet C. Mobile money	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									

SECÇÃO 5: SEGURANÇA ALIMENTAR (FAO Escala de Experiência Global de Insegurança Alimentar, FIES)

	Pergunta	Respostas	Saltar
1	Quantas refeições, excepto lanches, normalmente tem num dia?	Um..... 1 Dois..... 2 Três..... 3 Mais de três..... 4	
2	Nas últimas quatro semanas , você ou outras pessoas em sua casa se preocuparam por não terem comida suficiente por falta de dinheiro ou de outros recursos?	Sim..... 1 Não 2	
3	Nas últimas quatro semanas, você ou algum membro do agregado familiar não conseguiu comer alimentos saudáveis e nutritivos devido à falta de dinheiro ou de outros recursos?	Sim..... 1 Não 2	
4	Nas últimas quatro semanas, você ou algum membro do agregado familiar tiveram apenas alguns tipos de alimentos devido à falta de dinheiro ou de outros recursos?	Sim..... 1 Não 2	
5	Nas últimas quatro semanas, houve alguma ocasião em que você ou outras pessoas do seu agregado familiar tiveram que saltar uma refeição porque não havia dinheiro suficiente ou outros recursos para conseguir comida?	Sim..... 1 Não 2	
6	Nas últimas quatro semanas, houve algum momento em que você ou outras pessoas do seu agregado familiar comeram menos do que achava que deveriam devido à falta de dinheiro ou de outros recursos?	Sim..... 1 Não 2	
7	Nas últimas quatro semanas, houve algum momento em que o seu agregado familiar ficou sem comida por falta de dinheiro ou de outros recursos?	Sim..... 1 Não 2	
8	Nas últimas quatro semanas, houve algum momento em que você ou outras pessoas do seu agregado familiar que estavam com fome, mas não comeram porque não havia dinheiro suficiente ou outros recursos para a alimentação?	Sim..... 1 Não 2	
9	Nas últimas quatro semanas, houve algum momento em que você ou outras pessoas do seu agregado familiar ficaram sem comer durante um dia inteiro por falta de dinheiro ou de outros recursos?	Sim..... 1 Não 2	
10	Nas últimas quatro semanas, houve um momento em que sua família não conseguiu acessar os mercados preferidos (aqueles com alimentos de maior qualidade ou onde você pode fazer compras em grandes quantidades) devido à distância ou por não ter fundos de transporte para ir lá?	Sim..... 1 Não 2	

SECÇÃO 6: ACTIVIDADES ECONÓMICAS E UTILIZAÇÃO DO TEMPO (5 OU MAIS ANOS DE IDADE)

Enumerador: Observe que as horas semanais não podem exceder 168 horas.

IDENTIFICAÇÃO	ÚLTIMAS 24 HORAS							
	ACTIVIDADES DE TAREFAS DOMÉSTICAS E DE CUIDADOS				EDUCAÇÃO			DORMIR
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Quantas horas [NOME] passou <u>ontem a buscar água?</u>	Quantas horas [NOME] passou <u>ontem a buscar e cortar lenha</u> (ou outros materiais combustíveis)?	Quantas horas [NOME] passou <u>ontem em tarefas domésticas</u> (limpar, lavar, cozinhar, compras)?	Quantas horas [NOME] passou <u>ontem cuidando de crianças, idosos ou membros do agregado familiar doentes?</u>	Quantas horas [NOME] passou <u>ontem na escola/universidade ou outra instituição de educação formal?</u>	Quantas horas [NOME] passou <u>ontem a deslocar-se para a escola/centro educativo (ida e volta)?</u>	Quantas horas [NOME] passou <u>ontem a estudar em casa/explicação escolar?</u>	Quantas horas [NOME] passou <u>ontem dormindo?</u>
[SE MAIS DO QUE 0 MAS <1 HORA, INSIRA "1"]	[SE MAIS DO QUE 0 MAS <1 HORA, INSIRA "1"]	[SE MAIS DO QUE 0 MAS <1 HORA, INSIRA "1"]	[SE MAIS DO QUE 0 MAS <1 HORA, INSIRA "1"]	[SE MAIS DO QUE 0 MAS <1 HORA, INSIRA "1"]	[SE MAIS DO QUE 0 MAS <1 HORA, INSIRA "1"]	[SE MAIS DO QUE 0 MAS <1 HORA, INSIRA "1"]	[SE MAIS DO QUE 0 MAS <1 HORA, INSIRA "1"]	
HORAS	HORAS	HORAS	HORAS	HORAS	HORAS	HORAS	HORAS	

SECÇÃO 6: ACTIVIDADES ECONÓMICAS E UTILIZAÇÃO DO TEMPO (5 OU MAIS ANOS DE IDADE, continuação)

IDENTIFICAÇÃO	ÚLTIMOS SETE DIAS					ÚLTIMA ÉPOCA DAS CHUVAS		
	9	10	11	12	13	14	15	16
	<p>Durante os últimos sete dias, quantas horas [NOME] gastou em trabalho agrícola, excluindo atividades pecuárias, para o agregado familiar (seja no cultivo de culturas ou noutras tarefas agrícolas) numa propriedade pertencente, alugada ou partilhada pela família?</p> <p>[ARREDONDAR ATÉ A PRÓXIMA HORA INTEIRA; Se gasto mais de 0 mas <1 hora, digite "1"]</p>	<p>“Durante os últimos sete dias, quantas horas [NOME] passou ajudando em qualquer empresa doméstica não agrícola ou não pesqueira do <u>agregado familiar</u> (por exemplo, <u>como comerciante, vendedor de mercado, barbeiro, costureira, carpinteiro, ou taxista</u>)?”</p> <p>[ARREDONDAR ATÉ A PRÓXIMA HORA INTEIRA; Se gasto mais de 0 mas <1 hora, digite "1"]</p>	<p>Durante os últimos sete dias, quantas horas [NOME] passou cuidando de <u>gado ou aves</u> pertencentes à família?</p> <p>[ARREDONDAR ATÉ A PRÓXIMA HORA INTEIRA; Se gasto mais de 0 mas <1 hora, digite "1"]</p>	<p>Durante os últimos sete dias, quantas horas [NOME] teve um trabalho remunerado com alguém que <u>não é membro da família, por exemplo, uma empresa, governo, trabalho Ganho-Ganho ou Biscato</u>?</p> <p>[ARREDONDAR ATÉ A PRÓXIMA HORA INTEIRA; Se gasto mais de 0 mas <1 hora, digite "1"]</p>	<p>Durante os últimos sete dias, quantas horas [NOME] gastou em <u>atividades de pesca</u>?</p> <p>[ARREDONDAR ATÉ A PRÓXIMA HORA INTEIRA; Se gasto mais de 0 mas <1 hora, digite "1"]</p>	<p>Quantos dias da passada época das chuvas [NOME] passou a preparar a terra, a plantar (por exemplo, a arar)?</p> <p>[SE SEM DIAS, DIGITE "0"]</p>	<p>Quantos dias na última estação das chuvas [NOME] passou na sacha, fertilização, outros trabalhos não relacionados à colheita?</p> <p>[SE SEM DIAS, DIGITE "0"]</p>	<p>Quantos dias na última estação das chuvas [NOME] passou na colheita?</p> <p>[SE SEM DIAS, DIGITE "0"]</p>
HORAS	HORAS	HORAS	HORAS	HORAS	DIAS	DIAS	DIAS	

SECÇÃO 7A: ACTIVOS DOMICILIARES, PRODUCTIVOS E DURÁVEIS

Código de item	Item <i>Perguntar por cada bem</i>	1. O seu agregado familiar tem [ITEM]? 1= SIM 2= NÃO >> próximo item	2. Quantidade?	3. Nos últimos 12 meses o AF comprou um bem? 1= SIM 2= NÃO >> próximo item	4. Quanto gastou nessas compras? [MT]
01	Machado				
02	Foice				
03	Catana				
04	Enxada				
05	Pilão				
06	Fogão				
07	Grade para lavoura				
08	Carroça				
09	Carro				
10	Charrua				
11	Máquina de costura				
12	Moagem				
13	Rede de pesca, Arma de pesca				
14	Barco, Canoa				
15	Trator				
16	Motorizada				
17	Bicicleta				
18	Arma de caça				
19	Painel Solar				
20	Cadeiras				
21	Mesas				
22	Camas				
23	Rádio				
24	Geleira				
25	Televisores				
26	Fogões a gás				
27	Fogões eléctricos				

SECÇÃO 7B: PROPRIEDADE DE GADO

1	Este agregado familiar possuía gado, animais de criação ou aves de capoeira nos últimos 12 meses?		1=SIM 2=NÃO >> Próxima secção			
		2	3a	3b	4a	4b
Código do gado	Nome	Quantos/Quantas [NOME] tem agora?	Comprou algum ..[..].. nos últimos 12 meses?		Vendeu algum ..[..].. nos últimos 12 meses?	
			# comprados (se nenhum, escreva 0 >> 4a)	Valor total de compra de todos os comprados [MT]	# vendidos (se nenhum, escreva 0 >> próximo animal)	Valor total de vendas de todos os vendidos [MT]
01	Animais de tracção, como burros, cavalos, bois					
02	Bovinos, incluindo bezerros					
03	Ovelhas					
04	Cabras					
05	Porcos					
06	Coelhos					
07	Galinhas					
08	Galinha cafriar					
09	Patos					
10	Outras aves de capoeira (galinha do mato)					
11	Peixes					
12	Outros animais					

SECÇÃO 7C: DÉBITOS, CRÉDITOS E TRANSFERÊNCIAS

	Pergunta		Respostas				Saltar
1	O seu agregado familiar tem dívidas pendentes com outras famílias ou instituições, contraídas nos últimos 12 meses (incluindo compras a crédito)?		Sim1 Não2				→ Q7
	2	3	4	5	6		
	Identificação do Empréstimo	Quanto tempo tem o empréstimo (em meses)?	Qual é (ou foi) a principal fonte do empréstimo? VER CÓDIGOS ABAIXO	Qual é (ou foi) o objectivo principal do empréstimo? VER CÓDIGOS ABAIXO	Qual é (ou foi) o valor total emprestado? Em MT	Qual é o valor actual pendente? Em MT	
	01						
	02						
	03						
	CÓDIGOS PARA Q3		CÓDIGOS PARA Q4				
	Familiar.....1 Amigo/Vizinho.....2 Mercearia/comerciante local.....3 Agiota.....4 Empregador.....5 Instituição religiosa.....6 Instituições de Micro-financiamento.....7 Banco (comercial).....8 ONG.....9 Outro (especifique).....10		a) Família Para atender às despesas do dia-a-dia 01 Para uma emergência (funeral, médica, etc) 02 Para pagar dívidas 03 Para pagar as dívidas de outra pessoa..... 04 Por razões sociais, como casamento, viagem ou dote de noiva 05 Para educação de si mesmo, filhos, irmãos ou outros..... 06 Para alugar o apartamento da sua família 07 b) Activos Para comprar ou construir uma casa 08 Melhorar a casa 09 Para adquirir bens ou propriedades familiares que não sejam carros ou motocicletas..... 10 Para comprar um carro, motociclo/bicicleta 11 Para comprar um terreno 12 c) Agricultura e pesca Para compra de gado, peixe, etc..... 13 Para melhoramentos agrícolas, como irrigação, uma barragem, cercas, preparar a terra 14 Para implementos agrícolas, como o arado, a enxada, etc..... 15 Para insumos agrícolas, como sementes, fertilizantes 16 Para equipamento de pesca, como redes, motobomba, etc. 17 d) Negócio Para expandir o seu negócio/comprar acções de negócios 18 Para começar um negócio 19 Para investir no negócio de outra pessoa 20 e) Outro (especificar) 21				
7	O seu agregado familiar poderia obter um empréstimo ou uma compra a crédito se pedisse?		Sim1 Não2				
8	O agregado familiar enviou /deu algum dinheiro, bens ou presentes (incluindo alimentos) a alguém que não faz parte do agregado familiar nos últimos 12 meses?		Sim1 Não2				→Q10
9	Qual é o valor global de todo o dinheiro, bens ou presentes enviados pelo agregado familiar a indivíduos não membros do agregado familiar nos últimos 12 meses? Em MT		VALOR: _____				
10	O agregado familiar recebeu algum dinheiro, bens ou presentes (incluindo alimentos) de alguém que não faz parte do agregado familiar nos últimos 12 meses?		Sim1 Não2				→ PRÓXIMA SECÇÃO
11	Qual é o valor global de todo o dinheiro, bens ou presentes recebidos pelo agregado familiar de indivíduos não do agregado familiar nos últimos 12 meses? Em MT		VALOR: _____				

SECCÃO 7E: EMPRESAS NÃO AGRÍCOLAS

	Pergunta	Respostas	Saltar
	Nos últimos 12 meses, alguém deste agregado familiar ...	<i>NOTA: Inclua empreendimentos comerciais domésticos que tenham sido encerrados permanentemente ou temporariamente durante os últimos 12 meses.</i>	
1a	... possuía um negócio não agrícola ou prestava serviços não-agrícolas a partir de casa ou de uma loja familiar, como dono de lavagem de carros, serralheiro, mecânico, carpinteiro, alfaiate, barbeiro, etc.?	Sim1 Não2	
1b	... processou e vendeu quaisquer sub-produtos agrícolas, incluindo farinha, cerveja local, sementes, etc., mas excluindo os sub-produtos animais, peixe fresco/processado?	Sim1 Não2	
1c	... possuía uma empresa comercial numa rua ou num mercado?	Sim1 Não2	
1d	... ofereceu algum serviço ou vendeu qualquer coisa na rua ou num mercado, incluindo lenha, carvão caseiro, madeira para construção, medicina tradicional, esteiras, tijolos, móveis, cestos, palha, etc.?	Sim1 Não2	
1e	... conduziu um táxi ou carrinha de caixa aberta de propriedade da família para fornecer serviços de transporte ou de mudanças?	Sim1 Não2	
1f	... possuía um bar ou restaurante?	Sim1 Não2	
1g	... possuía qualquer outro negócio não agrícola, mesmo que fosse uma pequena empresa a partir de casa ou na rua?	Sim1 Não2	
1h	... Possuía uma empresa de pesca ou piscicultura?	Sim1 Não2	
	ENUMERADOR: EXISTE UM "1" PARA QUALQUER DAS QUESTÕES 1a ATÉ 1h?	1=Sim → CONTINUE ABAIXO 2=Não → PRÓXIMA SECCÃO	

	2			3	4
IDENTIFICAÇÃO DO NEGÓCIO	Que empresas não agrícolas o agregado familiar operou nos últimos 12 meses? [REGISTRE ATÉ TRÊS, EM ORDEM DE IMPORTÂNCIA]			No seu agregado familiar, quem é que tem a responsabilidade principal por esta empresa? [INSIRA O PID DO MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR]	Desde esta época no ano passado, quantos meses durou a operação do negócio? [ESCREVA O NÚMERO DE MESES] [ESCREVA 01 SE MENOS DE UM MÊS]
	Descrição das actividades	Código principal	Código secundário		
01					
02					
03					

P2: Código para actividades de negócios

Pequeno comércio, pequena loja de venda de retalho, roupas, etc.....01	Peixeira12
Mini-mercado, loja de bebidas, take-away, restaurante, matadouro02	Insumos agrícolas, alugueres.....13
Venda de tempo de transmissão, dinheiro móvel03	Costureira14
Moagem ou processamento de alimentos.....04	Outro, especifique.....15
Venda de carvão ou lenha.....05	
Mecânico, reparações electrónicas, reparação de bicicletas.....06	
Curandeiro tradicional ou relacionado à saúde07	
Táxi, transportes08	
Cabeleireira, barbeiro09	
Carpinteiro, fabrico de tijolos10	
Artesanato, cesta, tecelão de esteira11	

SEÇÃO 8A: CONSUMO E COMPRA FREQUENTE DE ITENS (SEMANAL)

Ordem	O agregado familiar consumiu [produto] na última semana?	Sim.....1 Nao...2 >> próximo produto	Quantidade [Utilizar a unidade de medida em (P2b)]	Unidade Medida padrão a utilizar	Valor do [produto] que comprou (MT)	Valor do [produto] que produzido por si mesmo (MT)	Valor do [produto] que recebeu de graça (como presentes) (MT)
		1	2a	2b	3	4	5
A	PRODUTOS DE PADARIA, DE PASTELARIA, CEREAIS E OUTROS PRODUTOS À BASE DE CEREAIS						
101	Arroz sem casca			kg			
102	Arroz com casca			kg			
103	Milho (Grão)			kg			
104	Mapira em grão			kg			
105	Mexoeira em grão			kg			
106	Farinha de milho			kg			
107	Farinha de trigo			kg			
108	Farinha de mapira			kg			
109	Farinha de mexoeira			kg			
110	Farinha de mandioca			kg			
111	Cerelac			kg			
112	Nestum			kg			
113	Flocos			kg			
114	Pão			unidade			
115	Bolachas			Kg			
116	Bolos			unidade			
117	Massa cotovelo (MACARRÃO)			kg			
118	Massa Esparguete			kg			
B	CARNE E DERIVADOS DE CARNE (FRESCO, REFRIGERADO OU CONGELADO) E ANIMAIS COMPRADOS VIVOS PARA O CONSUMO						
201	Carne de vaca			kg			
202	Miudezas de bovino (mão de vaca, fígado, coração, rim, dobrada, língua, tripa)			kg			
203	Carne de porco			kg			
204	Carne de cabrito			kg			
205	Carne de ovelha			kg			
206	Frango (galinha) morto			kg			
207	Pato morto			kg			
208	Peru morto			kg			
209	Miudezas de aves (patas, moelas, fígado, cabeça, etc)			kg			
210	Carne de caça			kg			
211	Frango (galinha) vivo			unidade			
C	PEIXES, MOLUSCOS, CRUSTÁCEOS E ALIMENTOS DERIVADOS						
301	Peixe fresco, refrigerado ou congelado			kg			
302	Carapau fresco, refrigerados ou congelados			kg			
303	Camarão fresco, refrigerado ou congelado			kg			
304	Peixe seco			kg			
305	Camarão seco			kg			
306	Conservas de peixe enlatado (atum, sardinha, etc)			kg			
D	LEITE E SEUS DERIVADOS E OVOS						
401	Leite fresco			l			
402	Leite condensado			kg			
403	Leite em pó			kg			
404	Leite em pó para bebês			kg			
405	logurte			l			

406	Queijo			kg			
407	Ovos frescos de galinha			unidade			

E	ÓLEOS E GORDURAS						
501	Manteiga e Margarinas			kg			
502	Óleo alimentar			l			
F	FRUTOS						
601	Laranja			kg			
602	Limão			kg			
603	Tangerina			kg			
604	Bananas			kg			
605	Manga			kg			
606	Papaia			kg			
607	Ananás			kg			
608	Maçãs			kg			
609	Amendoim (casca e miolo)			kg			
610	Coco (inteiro e ralado)			unidade/kg			
G	PRODUTOS HORTÍCOLAS, INCLUI BATATA E OUTROS TUBÉRCULOS						
701	Alface			unidade			
702	Folhas de aboboreira			kg			
703	Folhas de mandioqueira			kg			
704	Folhas de batata doce			kg			
705	Folha de feijão nhemba			kg			
706	Cacana			kg			
707	Couve			kg			
708	Repolho			kg			
709	Tomate			kg			
710	Pimento			kg			
711	Quiabo			kg			
712	Abóbora e abobrinha			kg			
713	Alho			kg			
714	Cebola			kg			
715	Cenoura			kg			
716	Feijão Manteiga			kg			
717	Feijão Nhemba			kg			
718	Feijão Jugo			kg			
719	Feijão Boer			kg			
720	Ervilha			kg			
721	Batata reno fresca			kg			
722	Batata doce			kg			
723	Mandioca fresca			kg			
724	Mandioca seca			kg			
725	Tapioca			kg			
H	AÇÚCAR, DOCES DE FRUTA, PRODUTOS DE CONFEITARIA, MEL, CHOCOLATE E OUTROS PRODUTOS À BASE DE AÇÚCAR (ND)						
801	Açúcar branco			kg			
802	Açúcar castanho			kg			
I	PRODUTOS ALIMENTARES, N.E. (ND)						
901	Sal grosso ou fino			kg			
902	Caldos			grama			
J	REFRIGERANTES E BEBIDAS						
1001	Chá (Folhas de chá)			kg			
1101	Água Mineral			l			
1102	Refrescos (Refrigerentes)			l			
1103	Sumos de fruta			l			
1201	Tontonto (Nipa, Cachasso, etc)			l			
1202	Tentação, Boss, Knock Out, etc			l			
1301	Vinho			l			
1302	Mal coado (cabanga, Chilalassana, etc)			l			

1401	Cerveja com álcool			l			
1501	Consumo de água			l			
P	ELECTRICIDADE (ND)						
1601	Consumo de electricidade			kwh			
Q	COMBUSTÍVEIS LÍQUIDOS (ND)						
1701	Petróleo			l			
R	COMBUSTÍVEIS SÓLIDOS (ND)						
1801	Lenha			saco			
1802	Carvão vegetal			saco			
Y	APARELHOS NÃO ELÉTRICOS E OUTROS PRODUTOS, PARA CUIDADOS PESSOAIS (ND)						
1901	Fraldas descartáveis			unidade			

SECÇÃO 8B: CONSUMO E COMPRA FREQUENTE DE ITENS (MENSAL)

IDENTIFI- CAÇÃO	O agregado familiar comprou [produto] nos últimos 30 dias?	Sim...1 Nao...2 >> Próximo produto	Valor do [produto] que comprou (MT)
VESTUÁRIO E CALÇADO			
301	Tecidos para vestuario		
302	ARTIGOS DE VESTUÁRIO PARA HOMENS: Calças, calções, camisas, t-shirts ou camisetas, casacos, fatos completos, e cuecas para homem (novas e usadas)		
303	ARTIGOS DE VESTUÁRIO PARA SENHORA: Calças, calções, camisas, casacos, fatos completos, saias, vestidos, capulanas, cuecas e cintas, e soutiens para senhora (novas e usadas)		
304	ARTIGOS DE VESTUÁRIO PARA CRIANÇAS (3 A 13 ANOS): Calças, calções e bermudas, camisas e blusas, saias, vestidos, camisolas, cuecas e (bikini) e Boxers, fatos de banho, e t-shirts ou camisetas para crianças (novas e usadas)		
305	ARTIGOS DE VESTUÁRIO PARA BEBÉS (0 A 2 ANOS): Calças, calções, camisas, t-shirts ou camisetas, vestidos, babygrow (tipo macacão), botas de tecido ou malha, camisolas ou casacos de malha, cuecas (calcinhas) plásticas, e fraldas de tecido para bebés (novas e usadas)		
306	Uniforme de trabalho		
307	ACESSÓRIOS DE VESTUÁRIO PARA HOMENS: Chapéus, bonés, bóinas, gorros, cintos, suspensórios, gravatas e lenços de assoar (inclui vacilap) para homens (novos e usados)		
308	ACESSÓRIOS DE VESTUÁRIO PARA SENHORAS: Lenços de cabeça, de pescoço, chale, chapéus e bóinas, cintos, lenços de assoar (inclui vacilap), xailes e similares para senhoras (novos e usados)		
309	CALÇADO PARA HOMENS: Sapatos, chinelos, pantufas de quarto, sandálias, sapatilhas (tenis), e botas para homens (novos e usados)		
310	CALÇADO PARA SENHORAS: Sapatos, chinelos, pantufas de quarto, sandálias, sapatilhas (tenis), e botas para senhoras (novos e usados)		
311	CALÇADO PARA CRIANÇAS (3 A 13 ANOS): Sapatos, chinelos, pantufas de quarto, sandálias, e sapatilhas (tenis) para crianças (novos e usados)		
312	CALÇADOS PARA BEBÉS (0 A 2 ANOS): Sapatos, chinelos, sapatos de pantufas, sandálias, e sapatilhas (tenis) para bebés (novos e usados)		
313	REPARAÇÃO, LIMPEZA E ALUGUER DE CALÇADO: Reparação de calçado e vestuario		
HABITAÇÃO, ÁGUA, ELECTRICIDADE, GAS E OUTROS COMBUSTIVEIS			
401	Tintas, cimento, tornieras, tubos, válvulas, juntas, curvas, tacos, ladrilhos, azulejos, mosaicos e outros materiais para revestimento, vidros para janelas, madeira, artigos de madeira, metal e artigos de metal		
402	Serviços de canalizador, electricista, pintor, carpinteiros, vidraceiros serralheiros, pedreiros, ladrilhadores e similares		
403	Consumo de gás canalizado o em garrafas		
MOBILIÁRIO, ARTIGOS DECORAÇÃO, EQUIPAMENTO DOMÉSTICO E MANUTENÇÃO CORRENTE DE HABITAÇÃO			
501	MOBILIÁRIO, ARTIGOS DE ILUMINAÇÃO E DECORAÇÃO: Armários móveis, guarda-fatos, cómodas, estantes, sofás, berços, espelhos, castiçais e velas		
502	ROUPAS E ARTIGOS DE CAMA: Lençóis, fronhas, cobertores, djuvets, colchas, edredons, mantas, almofadas, travesseiros, redes mosquiteiras, e colchões (excepto pneumáticos)		

503	ROUPAS: Toalhas de mesa, guardanapos, naperões, panos de limpar a loiça, tapetes para casa de banho, toalhas de banho, roupões de banho, e cortinas		
504	FOGÕES, FORNOS, MICROONDAS, PLACAS E SIMILARES: Fogões a petróleo, outros fogões ou outro combustível, fornos eléctricos, ou fogão ndzilo		
505	PEQUENOS UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS ELÉCTRICOS (SD): Batedeiras eléctricas, cafeteiras e chaleiras eléctricas, espremedores de frutas e triturador de sementes comestíveis eléctrico, grelhadores eléctricos, torradeiras eléctricas, ou moinhos de café eléctricos		
506	ARTIGOS METÁLICOS DE USO DOMÉSTICO E DE DECORAÇÃO: Colheres, facas e garfos, avulso, em metal, faqueiros em metal		
507	OUTROS ARTIGOS DE USO DOMÉSTICO E DE DECORAÇÃO, NÃO ELÉCTRICOS: Louça e outros artigos de mesa e de cozinha, de matérias plásticas ou de outros materiais (painéis, tachos, frigideiras e similares)		
508	PRODUTOS DE LIMPEZA E MANUTENÇÃO CORRENTE DE HABITAÇÃO: Ceras, detergentes líquidos (sabão líquido, limpa vidros etc), detergentes em pó, sabão, desinfectantes, insecticidas e desodorizantes de ambiente, ou lixívia		
509	OUTROS BENS DOMÉSTICOS NÃO DURADOUROS: Guardanapos, rolos, louça de papel, papel de alumínio e película aderente, escovas e vassouras para uso doméstico, panos de limpar o chão e pó, esfregões e palha-de-aço, fósforos, molas para roupa, pregos, parafusos e similares, e velas para iluminação excepto decorativas		
510	Serviços de empregados domésticos		
SAUDE			
601	Medicamentos, antibioticos (cotrimoxazol, cloraquina, outros comprimidos, aspirina, paracetamol, etc)		
602	Analisis em clinica, e outros servicos medicos nao mencionados na seccao da salud (radiografia, cirurgia, etc)		
TRANSPORTES			
701	Baterias, peças, pneus, lubrificantes, aluguer de veículos, óleo, etc		
COMUNICAÇÃO			
801	Telefone fixo (pre-pago, pos-pago) (Blá blá), e serviços de ligação à Internet ou de transmissão de dados		
802	Comunicações da rede movel (pos-pago=por contrato)		
LAZER, RECREAÇÃO E CULTURA			
901	Jogos, bicicletas e brinquedos		
902	Serviços de desportivos, recreativos, músicos, cinemas, concertos, e outros serviços		
903	Aluguer de equipamentos e acessórios para actividades desportivas, recreativas		
904	Entrada em piscinas, estádios de futebol, pavilhões, pistas, feiras e parques de diversão		
905	Lotaria, totoloto, totobola, etc. (compra de bilhete, matriz, etc)		
10 RESTAURANTES, HOTÉIS, CAFÉS E SIMILARES			
1001	Dormidas em hoteis, residenciais, pensões e similares		
11 BENS E SERVIÇOS DIVERSOS			
1101	SALÕES DE CABELEIREIROS E OUTROS ESTABELECIMENTOS DE CUIDADOS: Corte de cabelo, produtos para cabelo, pintura, disfiguragem, lavagem, enrolamento, tranças e outros serviços de cabeleireiro para senhora, ou tratamentos de pele, maquilhagem, manicure, pedicure, depilação e serviços similares		
1102	PERFUMES, COSMÉTICOS E PRODUTOS DE HIGIENE E BEZEZA: Aftershave e bálsamos para a barba, perfumes, águas de colónia e desodorizantes (Rolon, Sprays, ...), batons e vernizes, champôs, cremes, óleos, gel para cabelo e corpo e espumas para barbear, lacas, protectores e bronzeadores solares ou pastas dentífricas		
1103	OUTROS PRODUTOS PARA CUIDADOS PESSOAIS: Sabonetes, guardanapos, toalhetes de papel, lenço de papel, esponjas de banho, papel higiénico ou pensos e tampões, higiénicos		
1104	ARTIGOS DE JOALHARIA, BIJUTARIA E RELOJOARIA E SUA REPARAÇÃO (D): Jóias e pedras preciosas, artigos de bijuteria, cronómetros, ou reparação de artigos de joalheria, de bijuteria e relojoaria		
1105	MALAS, CARTEIRAS E ARTIGOS SIMILARES DE USO PESSOAL E SUA REPARAÇÃO: Carteiras, porta moedas, bolsas e sua reparação, malas, sacolas, pastas, sacos de viagem e sua reparação		
1106	ARTIGOS DE USO PESSOAL PARA FUMADORES E SUA REPARAÇÃO: Boquilhas, cachimbos, cigareiras e bolsas para tabaco, isqueiros, ou cinzeiros		
1107	CRECHES, INFANTÁRIOS E AMAS: Creches e infantários privados e públicos (inclui Pré-escolar)		
1108	OUTROS SERVIÇOS, N.E.: Emissão de documentos (bilhete de identidade, certidões, passaportes e similares), anúncios na imprensa (jornais e rádio)		
1109	OUTROS SERVIÇOS, N.E.: Serviços funerários, caixões, de justiça (registros prediais, notariado, honorários a advogados e similares), ou fotocópias		
1110	OUTROS SERVIÇOS, N.E.: Serviços de justiça (registros prediais, notariado, honorários a advogados e similares) ou fotocópias		

SECÇÃO 9A: MECANISMOS DE CHOQUE E DE SUBSISTÊNCIA

ID DO CHOQUE		1	2A	2B
		Durante os últimos 12 meses, o seu agregado familiar foi afectado negativamente por qualquer um dos seguintes [CHOQUE]? Sim=1 Não=2 (>>PRÓXIMO CHOQUE)	O que é que o seu agregado familiar fez em resposta a [CHOQUE] para tentar recuperar o seu antigo nível de bem-estar?	
			<p>ANOTE AS DUAS ESTRATÉGIAS DE SUBSISTÊNCIA MAIS IMPORTANTES PARA O CHOQUE. SE O CHOQUE ACONTECEU MAIS DE UMA VEZ DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, PERGUNTE SOBRE O INCIDENTE MAIS RECENTE. SE APENAS UMA ESTRATÉGIA, MARQUE "00" NA SEGUNDA.</p> <p style="text-align: center;">Utilize os códigos de estratégias de subsistência</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Estratégia de subsistência mais importante</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Segunda estratégia de subsistência mais importante</td> </tr> </table>	
Estratégia de subsistência mais importante	Segunda estratégia de subsistência mais importante			
101	Seca/chuvas irregulares			
102	Inundações/Deslizamentos			
103	Ventos/Ciclones			
104	Nível excepcionalmente alto de pragas ou doenças de culturas/animais			
105	Colheita/safra destruída (ex. Fogo)			
106	Morte de gado			
107	Preços excepcionalmente baixos para a produção agrícola			
108	Custos excepcionalmente altos de alimentos ou insumos agrícolas			
109	Fim da assistência regular/remessas de ajuda do agregado familiar externo			
110	Doença grave ou acidente de membro(s) do agregado familiar			
111	Nascimento no agregado familiar			
112	Morte do membro do agregado familiar que providencia os rendimentos			
113	Separação do agregado familiar (divórcio/separação/morte/migração)			
114	Pagamento de lobolo (dote da noiva)			
115	Roubo de dinheiro/valores/ativos/produção agrícola			
116	Altos custos de educação			
117	Casa destruída (como incêndio, inundações, ventos)			
118	Conflito na comunidade			
119	CORONA VIRUS (incluindo distanciamento social / medidas sanitárias)			

IDENTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SUBSISTÊNCIA:	
Contou com as próprias poupanças	1
Recebeu ajuda incondicional de família/amigos	2
Recebeu ajuda incondicional do governo	3
Recebeu ajuda incondicional de uma ONG/instituição religiosa	4
Mudanças nos padrões de alimentação (dependeram de opções alimentares menos caras ou menos preferidas, reduziram a proporção ou o número de refeições por dia, ou os membros do agregado familiar saltaram a alimentação de um dia, aumentaram o consumo de alimentos silvestres, membros comeram fora de casa etc.)	5
Consumo de adultos reduzido para as crianças comerem	6
Os membros do agregado familiar assumiram mais um emprego	7
Membros adultos do agregado familiar que não estavam a trabalhar tiveram que arranjar trabalho	8
Membros do agregado familiar migraram	9
Despesas reduzidas em saúde e/ou educação	10
	Obteve crédito/pediu empréstimo.....11
	Vendeu ativos agrícolas ou duráveis, terrenos/edifícios, plantações, gado ou outros 12
	Intensificou (mais dias, mais horas) a pesca/agricultura..... 13
	Enviou as crianças para morarem noutra lugar 14
	Envolveu-se em esforços espirituais - oração, sacrifícios, consulta com adivinhos 15
	Pagamento PSSB ou outro benefício de outro programa de proteção social..... 16
	Plantou árvores ou construiu estruturas de conservação 17
	Crianças enviadas para trabalho remunerado 18
	As crianças trabalharam mais em casa ou na agricultura/empresa familiar (não remunerada) 19
	A criança menina casou-se (recebeu a labolo)..... 20
	Outro (especifique) 21
	Nenhum 99

SECÇÃO 9B: EXPERIÊNCIA COM OUTROS PROGRAMAS

		1	2	3
	Nome do Programa ou Serviço	<p>Nos últimos 12 meses, algum membro do seu agregado familiar recebeu dinheiro ou bens, incluindo alimentos, vestuário, gado ou medicamentos, ou beneficiou-se de algum dos seguintes tipos de programas?</p> <p>1 = SIM 2 = NÃO >> PRÓXIMO PROGRAMA / P4</p>	<p>Quem estava fornecendo esse suporte ou oferecendo este serviço?</p> <p>1 = programa do governo 2 = ONG 3 = Programa religioso 9 = NÃO SABE</p>	<p>Qual o valor total da assistência recebida deste programa nos últimos 12 meses?</p> <p>[CONVERTA ASSISTÊNCIA EM ESPÉCIE PARA MT]</p> <p>>> PRÓXIMO PROGRAMA</p>
01	Programa de transferência de dinheiro			
02	Programa de assistência alimentar (em espécie)			
03	Programas de obras públicas			
04	Programa de apoio agrícola (incluindo pecuária ou subsídio de insumos)			
05	Outros programas / serviços para geração de renda, incluindo empreendedorismo ou microcrédito, treinamento para pequenas empresas			

06	Campanha de saúde comunitária ou programa de saúde (incluindo campanha de informação sobre nutrição infantil / alimentação infantil)			
07	Programa de água ou saneamento			
08	Bem-estar social ou programa de apoio psicossocial			
09	Programa de educação ou apoio escolar, incluindo programas de alfabetização			
10	Serviços ou atividades para jovens			
11	Outro programa, especifique			

4	Nos últimos 12 meses , algum membro do seu agregado familiar recebeu dinheiro ou bens, incluindo alimentos, vestuário, gado ou medicamentos de pessoas individuais (amigos, familiares, outros) que não façam parte do seu agregado familiar?	1 = SIM 2-NÃO >> PRÓXIMA SEÇÃO	
5	Qual é o valor total da assistência recebida de todos esses membros não-domiciliares nos últimos 12 meses ?	[CONVERTA ASSISTÊNCIA EM ESPÉCIE PARA MT]	

SECÇÃO 10A: SAÚDE MATERNA E DO RECÉM-NASCIDO

Estas perguntas devem ser feitas à mãe ou a cuidadora principal da criança alvo (2 a 2.5 anos) ou qualquer outra nova cuidadora principal [CAPI: Se respondente é do sexo masculino, Seção 0, Q11 = 1 >> Seção 10B].

	1	2	3	4	5	6	7
ID of the child	Qual é o estado civil atual de [NOME]? 1 = Casado ou a morar junto, monogâmico 2 = Casado ou a morar junto, polígamo 3 = Divorciado ou separado (>> Q4) 4 = Viúvo(a) (>> Q4) 5 = Nunca casou-se ou viveu maritalmente (>> Q4)	Seu cônjuge ou parceiro mora neste agregado? 1 = Sim 2 = Não (>> Q4)	COPIE O ID DO CÔNJUGE (SE MAIS DE UM CÔNJUGE, INCLUA O PRIMEIRO)	Casais usam vários métodos para atrasar ou evitar a gravidez. Está a usar neste momento algum método para atrasar ou evitar engravidar? 1=Esterilização feminina ou masculina 2=DIU 3=Injectável/implantes 4=Pílula 5=Preservativos 6=Diafragma/espuma/geleia 7=Método de dias padrão/método de ritmo 8=Método de amenorreia lactacional 9=Coito interrompido 10=Não está a usar nenhum método 11=Outra, especifique	Idealmente, quantas mais crianças gostaria de ter? [Número] [CAPI: Se a criança estiver morta, Secção 0, Q12 == 3 >> Secção 10A, Q29]	Agora eu gostaria de falar sobre [NAME], a criança alvo. Desde que [NAME] nasceu, quantas vezes você levou [NAME] para sessões de controle de peso?	Você ainda está a amamentar [NAME]? 1 = SIM (>> Q9) 2 = NÃO

	8	9	10					
ID of the child	Com que idade parou de amamentar [NOME]? [Registrar a idade em meses completos]	Com que idade (em meses) deu pela primeira vez a [NOME] água ou outros líquidos além do leite materno? [00=MENOS DE UM MÊS] [98=AINDA NÃO]	Com que idade (em meses) deu pela primeira vez a [NOME] alimentos sólidos ou semi-sólidos? [00=MENOS DE UM MÊS] [98=AINDA NÃO]					

SECÇÃO 10A: SAÚDE MATERNA E DO RECÉM-NASCIDO (CONTINUAÇÃO)

25	26			
Teria [NOME] sido amamentada ontem durante o dia ou a noite? <i>[Indicar como "Sim" mesmo se a criança foi amamentada por uma outra mulher que não é a mãe (incluindo leite dado com colher, copo, biberão...)]</i>	Quantas vezes durante o dia ou noite [NOME] consumiu... [Vezez]			
1=SIM 2= NÃO 9= NÃO SABE	a.	b.	c.	d.
	...Leite artificial infantil?	...leite enlatado em pó, ou leite fresco	...iogurte?	...papinhas?
27				28
Por favor, pode dizer tudo o que [NOME] comeu ontem, durante o dia ou à noite, seja em casa ou fora de casa? <i>[Cada vez que o respondente se lembrar e dizer os alimentos consumidos pela criança escreva o número correspondente no grupo de alimentos correspondentes (linhas a-q abaixo)]</i> 1=SIM 2= NÃO 9= NÃO SABE				Quantas vezes o [NOME] foi alimentad

a.	b.	c.	d.	e.	f.	g.	h.	i.	j.	k.	l.	m.	n.	o.	o ontem comida sólida, semi-líquida ou mole?
Papas, chima, pão, arroz, esparguet, bolachas, ou outra comida feita de cereais?	Abóbora, cenoura, ou batata-doce de polpa amarela ou alaranjada?	Batata de polpa branca, inhame branca, mandioca ou qualquer outro tubérculo, batata-reno?	Qualquer verdura de folhas verde-escura (feijão, folhas de mandioca, couve, folhas de batata doce, Tseke (Nhewe)?	Manga madura, papaia madura, goiaba de polpa vermelha ou outro alimento rico em vitamina A?	Qualquer outra fruta ou vegetal (banana, maçã, tomate, limão, laranja, tangerin, uvas, couve)?	Fígado, rim, coração ou outros órgãos?	Qualquer carne, tal como carne de vaca, de porco, de ovelha, de cabrito ou pato, rato ou outra carne de caça?	Ovos?	Peixe fresco ou seco ou mariscos?	Alguma comida feita com feijão, ervilha, lentilha, amêndoas ou sementes?	Queijo, iogurte ou outros produtos feitos de leite?	Alimentos feitos com óleo, amendoim, gergelim ou manteiga/margarina?	Alimento Terapeutico Pronto para Uso (ATPU) ou, super cereais (CSB)?	Micro-nutrientes em pó?	[Vezes]

29																		
Agora vamos ver se não esquecemos de nenhum alimento. Você comeu durante o dia de ontem algum desses alimentos como: 1= SIM; 2= NÃO																		
a.	b.	c.	d.	e.	f.	g.	h.	i.	j.	k.	l.	m.	n.	o.	p.	q.	r.	s.
Arroz, milho, mapira, mexoeira, pão, massas, papas, inhame / madumbe, banana verde?	Batata Reno, batata-doce, mandioca?	Feijão, ervilha, lentilhas, soja?	Amendoim, amendoim, sementes de gergelim, abóbora, castanhas de caju?	Leite, queijo, iogurte ou outros produtos lácteos, creme de leite, nata?	Fígado, rins, moelas, coração, dobrada?	Carne bovina, porco, cabrito, coelho, frango, pato, pássaro, rato, ratazana, carne de caça selvagem?	Peixes, mariscos ou frutos do mar frescos ou secos (lagosta, lula, polvo, ostras, caranguejo)?	Ovos de aves de capoeira ou qualquer outra ave como pato, codorniz?	Tsec (amaranthus), agrião, folhas de batata doce, folha de abóbora, folha de mandiocão ou de feijão, quiabo, moringa, espinafre?	Abóbora, cenoura, pimentão vermelho, batata-doce de polpa alaranjada?	Manga, papaia, maracujá, pêssegão?	Couve, tomate, alface, beringela, pepino, pimentão verde, beterraba?	Laranja, maçã, pêra, uva, ananás, frutos silvestres, tangerina, melancia?	Você utilizou Óleo, gordura ou manteiga para cozinhar?	Alimentos açucarados, como chocolates, doces, biscoitos, bolos, doces ou sorvetes?	Tomou folha de chá (preto) ou café sem açúcar imediatamente antes ou depois da comida?	Utilizou ingredientes, mesmo que em pequenas quantidades para dar sabor, tais como pimentões, especiarias, ervas, peixe em pó, massa de tomate, caldos de sabor ou sementes?	bebeu sumos açucarados, sumos de frutas, refrigerantes, bebidas de chocolate, iogurte ou chá com açúcar ou café com açúcar?

SECÇÃO 10B: IMUNIZAÇÕES E MEDICAÇÃO

Estas perguntas devem ser feitas à mãe ou ao cuidador principal da criança alvo (2 a 2.5 anos). [CAPI: Se a criança estiver morta, Seção 0, Q12 == 3 >> Seção 11 Disciplina Infantil]

	1	2												3	4	5		
Identificação da criança	Tem um cartão onde as vacinas de [NOME] estão registradas? (SE SIM), posso ver? 1=Sim, vista 2=Sim, não vista 3=Não	Verificar o cartão de saúde para ver o histórico de vacinação. Se o cartão de saúde não estiver disponível, pergunte ao entrevistado. Para as vacinas ENP, VOP e Pneumocócica e Rotavírus, registrar o número de vezes que a vacina foi recebida. 1=SIM; 2=NÃO; 9=NS														[NOME] recebeu uma dose de vitamina A nos últimos 6 meses? 1=SIM 2=NÃO 9=NS	[NOME] recebeu medicação de desparasitação nos últimos 6 meses? 1=SIM 2=NÃO 9=NS	[NOME] teve diarreia nas últimas duas semanas? 1=SIM 2=NÃO 9=NS
		BCG Vacinação contra a tuberculose - isto é, uma injeção no braço ou no ombro que geralmente causa uma cicatriz	POLIOMIELITE Gotas de vacina na boca para protegê-lo da poliomielite				PENTA Uma injeção na coxa ou nas nádegas para impedir que tenha tétano, tosse convulsa ou difteria			PNEUMOCÓCICA Uma injeção geralmente aplicada na parte superior da coxa direita para prevenir a pneumonia?			ROTAVÍRUS Líquido na boca para prevenir a diarreia?		SARAMPO Uma vacina no braço aos 9 meses ou mais tarde para evitar que tenha sarampo			
		0	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2					

SECÇÃO 10C: DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Estas perguntas devem ser feitas à mãe ou ao cuidador principal da criança alvo (2 a 2.5 anos); Extraído da ferramenta PATH (componentes da escala MICS)

	1						2	3	4	5	
Identificação da criança	<p>Nos últimos 3 dias, você ou qualquer membro do agregado familiar com mais de 15 anos de idade fez alguma das seguintes actividades com [NOME]?</p> <p>[REGISTRE TUDO O QUE FOR MENCIONADO]</p> <p>A=MÃE (prestadora de cuidados feminina principal) B=PAI (prestador de cuidados masculino principal) X=OUTRO Y=NINGUÉM Z=NAO SABE</p>						<p>Durante o dia, quando é que costuma jogar com [NOME]?</p> <p>[ENTREVISTADOR, leia um de cada vez e peça uma resposta]:</p> <p>Brinca com [NOME]. . . ?</p> <p>A = Ao dar banho à criança? B = Ao dar comida à criança? C = Ao vestir a criança? D = Quando faz tarefas domésticas? E = Durante o trabalho no campo? F = No tempo livre?</p> <p>[Marque todos que se aplicam]</p>	<p>Normalmente, com que idade uma criança consegue ver?</p> <p>[Meses]</p>	<p>Normalmente, com que idade uma criança consegue ouvir?</p> <p>[Meses]</p>	<p>Quantos dias na semana passada [NOME] foi:</p>	
	a. Ler livros ou vê imagens com [NOME]?	b. Contar histórias para [NOME]?	c. Cantar músicas para [NOME] ou com NOME, incluindo canções para dormir?	d. Levar [NOME] para um passeio fora de casa, complexo, quintal ou recinto?	e. Brincar com [NOME]? (ex. cu-cu, palmas, escondidas?)	f. Dizer o nome, contar ou desenhar coisas com [NOME]? (ex. "É um cão")				A. Deixou sozinho por mais de uma hora?	B. Deixou aos cuidados de outra criança, isto é, alguém com menos de 10 anos, por mais de uma hora?
	A B X Y Z	A B X Y Z	A B X Y Z	A B X YZ	A B X YZ	A B X YZ	A B C D E F				

	6	7	8
Identificação da criança	<p>Com que frequência você tem problemas para acalmar [NOME] quando está chorando ou chateado?</p> <p>1 = quase nunca 2 = Menos da metade do tempo 3 = A metade do tempo 4 = Mais da metade do tempo 5 = quase sempre</p>	<p>Durante o dia normal, com que frequência o seu bebê [NAME] fica agitado e irritado?</p> <p>1 = quase nunca 2 = uma ou duas vezes por dia 3 = par de manhã e tarde / noite 4 = Várias vezes por dia 5 = Quase toda hora</p>	<p>Em geral, em comparação com a maioria das crianças, com que frequência a sua criança chora e reclama?</p> <p>1 = quase nunca 2 = menos que a média 3 = sobre média 4 = Mais que a média 5 = quase sempre</p>

SECÇÃO 11: DISCIPLINA DA CRIANÇA

O entrevistado para esta secção deve ser o prestador de cuidados principal (mulher) da criança alvo seleccionada com idade entre 2-2.5 anos; Pergunte para cada criança de 1 aos 14 anos (inclusive) [módulo MICS]

2											
Identificação da criança	Os adultos usam certas maneiras de ensinar às crianças o comportamento correto ou de resolver um problema de comportamento. Vou ler vários métodos que são usados. Diga-me se <u>você ou qualquer outro adulto do seu agregado familiar</u> usou este método com [NOME] nas últimas quatro semanas.										
	1=SIM 2=NÃO										
	A. Tirou privilégios, proibiu algo de que [NOME] gosta ou não o/a deixou sair de casa	B. Explicou porque é que o comportamento de [NOME] estava errado	C. Abanou-o(a) violentamente a [NOME]	D. Gritou com ele/ela	E. Deu-lhe algo diferente para fazer	F. Espancou, bateu ou deu-lhe uma bofetada nas nádegas com a mão	G. Bateu-lhe nas nádegas ou nouro lugar do corpo com algo como um cinto, pente, pau ou outro objecto duro	H. Chamou-o/a de deficiente, preguiçoso(a) ou outro nome assim	I. Bateu-lhe ou deu-lhe uma bofetada no rosto, cabeça ou orelhas	J. Bateu-lhe ou deu-lhe uma bofetada na mão, braço ou perna	

Depois de completar as perguntas para cada criança separadamente, faça a pergunta abaixo (apenas **uma vez** por agregado familiar!):

3	Acredita que, para criar ou educar adequadamente uma criança, ela precisa ser castigada fisicamente?	Sim 1 Não 2 Não sabe / Sem opinião 8
---	--	--

SECÇÃO 12: EMPODERAMENTO DAS MULHERES, BEM-ESTAR EMOCIONAL, PREFERÊNCIAS E CAPITAL SOCIAL

O entrevistado para esta secção deve ser o prestador de cuidados principal (mulher) da criança alvo com idade entre 2 e 2.5 anos do agregado familiar [CAPI: Se respondente é do sexo masculino, Seção 0, Q11 == 1 >> Seção 13].

	Pergunta	Respostas	Saltar
1	Algumas pessoas tentam poupar dinheiro para comprar algo especial no futuro, ou para segurança em caso de emergência. Está actualmente a poupar (em dinheiro)?	Sim 1 Não..... 2	→ Q4
2a	Quanto poupou dinheiro nos últimos 30 dias?	MT: _____	
2b	Quanto você poupou totalmente em dinheiro?	MT: _____	
3	Quais são as três coisas mais importantes para as quais está a poupar dinheiro? [LISTE ATÉ 3 RESPOSTAS NÃO LER, PERMITIR RESPOSTA DO ENTREVISTADO]	Para comprar itens a grosso ou outros alimentos A Para comprar consumíveis domésticos (iluminação, combustível, sabão em pó) B Taxas escolares/despesas escolares C Para comprar roupa nova/sapatos D Despesas médicas/cuidados de saúde E Para pagar dívidas..... F Para comprar bens duráveis domésticos (móveis, panelas/frigideiras, rádio, etc.) G Para comprar gado..... H Comprar insumos ou ferramentas agrícolas I Para adquirir activos para iniciar uma nova actividade de pequena empresa/geração de renda..... J Para fazer melhorias em casa (novo telhado, latrina)..... K Para comprar um novo terreno ou casa L Para gastar em serviços (cabelo, beleza, desporto, compras em associações, funções religiosas, etc.) M Cerimónias N Fundos de emergência O Outro, especifique X	
4	Agora, eu gostaria de perguntar sobre uma situação hipotética. Por favor, pense sobre o que faria se esta situação acontecesse. Suponha que alguém da sua confiança lhe dá algum dinheiro. Você pode optar por receber MT 1000 agora ou outro valor numa data posterior. O que escolheria? Esta não é uma situação real e não há dinheiro real. CIRCULE '1' (PRIMEIRA OPÇÃO) OU '2' (SEGUNDA OPÇÃO)	A. MT 1000 agora ou MT 1000 daqui a um mês..... 1 2 B. MT 1000 agora ou MT 3000 daqui a um mês1 2 C. MT 1000 agora ou MT 750 daqui a um mês1 2 D. MT 1000 agora ou MT 2000 daqui a um mês.... 1 2 E. MT 1000 agora ou MT 1500 daqui a um mês.....1 2 F. MT 1000 agora ou MT 2500 daqui a um mês.....1 2	
5	[modificado Pesquisa de Suporte Social do Estudo de Resultados Médicos] As pessoas às vezes procuram companheirismo, assistência ou outros tipos de apoio. Se precisasse, com que frequência alguém está disponível...	Categorias de resposta: Nenhuma das vezes 1 Poucas vezes 2 Algumas das vezes 3 A maioria das vezes..... 4 Sempre..... 5	
a	para ajudá-lo se estivesse demasiado doente para sair da cama?	1 2 3 4 5	
b	para levá-lo ao médico se precisar?	1 2 3 4 5	
c	para preparar as suas refeições, se fosse incapaz de fazê-lo sozinho?	1 2 3 4 5	
d	ajudar nas tarefas diárias se estivesse doente?	1 2 3 4 5	
e	passar um bom tempo?	1 2 3 4 5	
f	recorrer a sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	1 2 3 4 5	
g	para entender os seus problemas?	1 2 3 4 5	
h	amar e fazê-lo sentir-se querido?	1 2 3 4 5	
	Pergunta	Respostas	Saltar
6	[Escala de stress Cohen] [O período de referência é das últimas 4 semanas]	Categorias de resposta: Nunca.....1 1 dia por semana (Quase nunca).....2 2-3 dias por semana (Às vezes).....3	

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

	As perguntas a seguir questionam sobre os seus pensamentos e sentimentos durante o último 4 semanas. Por favor, indique quantas vezes se sentiu ou pensou de uma determinada maneira.	4-5 dias por semana (Frequentemente).....4 6-7 dias por semana (Muito frequentemente/sempre)5	
a	Nas últimas 4 semanas, quantos dias ficou chateada por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	1 2 3 4 5	
b	Nas últimas 4 semanas, quantos dias se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?	1 2 3 4 5	
c	Nas últimas 4 semanas, quantos dias se sentiu preocupada, nervosa e/ou stressada?	1 2 3 4 5	
d	Nas últimas 4 semanas, quantos dias se sentiu confiante sobre a sua capacidade de lidar com os seus problemas pessoais?	1 2 3 4 5	
e	Nas últimas 4 semanas, quantos dias se sentiu que as coisas estavam a indo como queria?	1 2 3 4 5	
f	Nas últimas 4 semanas, quantos dias descobriu que não conseguia lidar com todas as coisas que precisava fazer?	1 2 3 4 5	
g	Nas últimas 4 semanas, quantos dias conseguiu controlar as irritações na sua vida?	1 2 3 4 5	
h	Nas últimas 4 semanas, quantos dias se sentiu que tinha as coisas sob controlo?	1 2 3 4 5	
i	Nas últimas 4 semanas, quantos dias ficou chateada por causa de coisas que estavam fora do seu controlo?	1 2 3 4 5	
j	Nas últimas 4 semanas, quantos dias se sentiu as dificuldades a acumularem-se ao ponto de não conseguir superá-las?	1 2 3 4 5	
7	[Local de controlo] Nos últimos 12 meses, com que frequência sentiu que...	Categorias de resposta: Nenhuma das vezes 1 Poucas vezes 2 Algumas das vezes 3 A maioria das vezes..... 4 Sempre..... 5	
a	A sua vida é determinada pelas suas próprias acções	1 2 3 4 5	
b	Tem o poder de tomar decisões importantes que mudam o curso da sua vida	1 2 3 4 5	
c	Tem o poder de tomar decisões importantes que mudam o bem-estar dos seus filhos	1 2 3 4 5	
d	Tem o poder de tomar decisões importantes que mudam o bem-estar do seu agregado familiar	1 2 3 4 5	
e	É capaz de proteger os seus próprios interesses (questões que são importantes para você) no seu agregado familiar	1 2 3 4 5	
f	É capaz de proteger os seus próprios interesses (questões que são importantes para você) fora do seu agregado familiar (por exemplo, na comunidade, em grupos nos quais participa)	1 2 3 4 5	
g	Está satisfeito com a sua vida	1 2 3 4 5	
8	EMPODERAMENTO DAS MULHERES (vinhetas)		
a	Algumas pessoas sentem que têm liberdade de escolha e controlo completamente sobre as suas vidas, enquanto outras pessoas acham que o que fazem não tem nenhum efeito real sobre o que lhes acontece. Imagine uma escada onde, no degrau mais baixo, o primeiro degrau, estão pessoas que sentem que não têm liberdade de escolha nem controlo sobre as suas vidas, e no degrau mais alto, o décimo degrau, estão pessoas que sentem que têm total liberdade de escolha e total controlo sobre as suas vidas. Em que degrau da escada sente que está hoje? <i>[Mostrar a escada]</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
b	Até que ponto se sente capaz de tomar decisões no seu agregado familiar, por exemplo, decisões sobre onde gastar o dinheiro, decisões sobre a educação ou saúde do seu filho ou decisões sobre se deve ou não trabalhar? Imagine uma escada onde, no degrau mais baixo, no primeiro degrau, estão pessoas que sentem que não têm poder de decisão, e no degrau mais alto, o décimo degrau, estão pessoas que sentem que são capazes de tomar todas as decisões que desejam. Em que degrau da escada sente que está hoje? <i>[Mostrar a escada]</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
c	Agora quero que pense em felicidade. Imagine uma escada com degraus numerados de um na parte inferior a dez na parte superior.		

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

	Suponha que dizemos que o topo da escada representa a melhor vida possível para si e a parte inferior da escada representa a pior vida possível para si. Em que degrau da escada sente que está hoje? [Mostrar a escada]	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
d	Agora quero que pense sobre a situação económica do seu agregado familiar. Imagine uma escada com degraus numerados de um na parte inferior a dez na parte superior. Suponha que dizemos que o topo da escada representa aqueles que são os melhores (mais ricos) na sua comunidade e a parte inferior da escada representa aqueles que são os piores (mais pobres) na sua comunidade. Em que degrau da escada sente que o seu agregado familiar está hoje? [Mostrar a escada]	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9	Saúde Mental (formulário abreviado CES-D 10) Em seguida, gostaria de lhe perguntar com que frequência tem certos sentimentos. Diga-me quantos dos últimos 7 dias [...]:		
A	Dormiu bem?	1 = Raramente (<1 dia) 2 = Algumas ou poucas vezes (1-2 dias) 3 = Ocasionalmente ou moderadamente (3-4 dias) 4 = Na maioria das vezes ou sempre (5-7 dias)	
B	Estava feliz?		
C	Teve problemas para se concentrar?		
D	Sentiu-se esperançosa (otimista) em relação ao futuro?		
E	Sentiu que tudo o que fez foi um esforço?		
F	Sentiu-se sozinha?		
G	Sentiu-se deprimida?		
H	Sentiu que não conseguia "seguir em frente"?		
I	Ficou incomodada com coisas que geralmente não a incomodam?		
J	Sentiu-se com medo?		

ASSOCIAÇÃO DE GRUPO [do módulo de capital social da WEAI]									
Agora, gostaria de perguntar sobre grupos na comunidade. Estes podem ser grupos formais ou informais e habituais .									
		a	b	c	d	e	F	g	h
		Grupo de produtores agrícolas/pecuários/pesqueiros (incluindo marketing)	Grupo de crédito ou microfinanciamento (incluindo poupança, Xitique)	Grupo de ajuda mútua ou segurador (incluindo sociedades funerárias)	Grupos comerciais ou empresariais	Grupos cívicos (melhoria da comunidade) ou grupo de caridade (ajuda aos outros)	Grupo religioso	Outro grupo de mulheres ou homens (rapazes/raparigas) (apenas não contado)	Grupo do governo local
10	Existe um [GRUPO] na sua comunidade (onde mora)?								
11	Você/algum membro do agregado familiar é um membro activo deste grupo? 1 = Sim, respondente 2 = Sim, outro membro do agregado familiar 3 = Sim, respondente e outro membro do								

agregado familiar 4=Não									
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECÇÃO 13: NUTRIÇÃO E CONHECIMENTO DA ALIMENTAÇÃO

O entrevistado para esta secção deve ser o prestador de cuidados principal da criança alvo (2 - 2.5 anos).

NÃO SOLICITE NEM FORNEÇA CÓDIGOS, PERMITA QUE O ENTREVISTADO RESPONDA E MARQUE TUDO O QUE SE APLICAR

	Pergunta	Respostas	Salta r
1	Quanto tempo depois do parto deve um bebé ser amamentado pela primeira vez?	Imediatamente/dentro de uma hora1 Dentro de um dia2 Após um dia.....3 Após mais de um dia4 O bebé não deve ser amamentado5 Não sabe.....9	
2	Até que idade deve um bebé ser amamentado exclusivamente (apenas leite materno, nem mesmo água?)	Idade em meses: __ __ Não sabe.....99	
3	Porque um bebé com menos de 6 meses deve ser amamentado exclusivamente? [NÃO LEIA AS RESPOSTAS; REGISTRE TUDO O QUE FOR MENCIONADO]	Protege o bebé contra doençasA O leite materno contém tudo o que o bebé precisa nos primeiros 6 mesesB Ajuda o bebé a crescer melhor.....C Mãe menos propensa a engravidar.....D Atrasa o regresso da menstruação da mãeE O leite materno é limpo, seguro e conveniente.....F O leite materno é grátis/acessívelG Reduz o custo dos cuidados de saúdeH OutroX Não sabe.....Z	
4	Com que idade deve o bebé começar a receber líquidos (incluindo água) além do leite materno?	Idade em meses: __ __ Não sabe.....99	
5	Com que idade o bebé deve começar a receber alimentos (como papa) além do leite materno?	Idade em meses: __ __ Não sabe.....99	
6	O que pode acontecer às crianças se não receberem ferro suficiente (seja na sua dieta ou através de suplementos de ferro)? [NÃO LEIA AS RESPOSTAS; REGISTRE TUDO O QUE FOR MENCIONADO]	Aprendizagem comprometida.....A Desenvolvimento comprometido.....B Crescimento lento/altura menor.....C Baixa imunidadeD Sentir-se cansadoE Tornar-se anémicoF OutroX Não sabe.....Z	
7	Pode me dizer alguns alimentos que são uma boa fonte de ferro? [NÃO LEIA AS RESPOSTAS; REGISTRE TUDO O QUE FOR MENCIONADO]	Carne (carne de vaca, cabra, etc.), frango, peixeA Vegetais de folhas verdes.....B Ovos.....C Leite maternoD Feijão/ervilhaE Alimentos comercialmente fortificadosF OutroX Não sabe.....Z	
8	Que tempero é muitas vezes fortificado com iodo (um nutriente importante para o desenvolvimento do cérebro)?	Sal1 Outra2 Não sabe.....9	
9	Quantas vezes por dia um bebé de 12 a 24 meses de idade que ainda está a amamentar deve comer? (refeições e lanches)	Número __ __ Não sabe.....99	

10	<p>O que deve fazer quando o seu filho com mais de 6 meses de idade tiver diarreia?</p> <p>[NÃO LEIA AS RESPOSTAS; REGISTRE TUDO O QUE FOR MENCIONADO]</p>	<p>Dar Soluções orais para re-hidrataçãoA Dar menos comida que o habitualB Dar a mesma quantidade de comida que o habitual.....C Dar mais comida que o habitual D Dar menos líquidos do que o habitual..... E Dar a mesma quantidade de líquido, como de costume F Dar mais líquido do que o habitual G Manter a amamentação H Aumentar a amamentaçãoI Dar xaropeJ Dar a medicação tradicionalK Dar água tratada L OutraX Não sabe..... Z</p>
----	---	---

SECÇÃO 14: IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

No.	Pergunta	Respostas	Saltar
1	<p>Você conhece o programa de subsídio para criança [nome local] que está operando nesta comunidade?</p> <p>[ENUMERADOR: Se a resposta é "NÃO", explique o que o programa de Subsídio de Criança é para verificar novamente]</p>	<p>Sim1 Não2</p>	<p>Se 2 → Próxima secção</p>
2	<p>Quem você acha que está qualificado para receber a transferência monetária para crianças?</p> <p>[Marque todas as que aplicam]</p>	<p>Mulheres grávidasA Mulheres com filhos pequenos..... B Mulheres com filhos menores de 6 meses..... C Indivíduos cuidando de muitos órfãos/crianças..... D Pessoas doentes..... E Pessoas viúvas..... F Indivíduos que não são capazes de trabalhar.....G Pessoas com deficiência.....H Idosos.....I Indivíduos muito pobres.....J Outro (especifique)..... K Não sei..... L</p>	
3	<p>Você acha que o processo de seleção para o programa é claro?</p>	<p>Sim, muito claro..... 1 Sim, algo claro.....2 Neutro.....3 Não, não tão claro.....4 Não, nada claro.....5</p>	
5	<p>Você ou qualquer outro membro da família já recebeu pagamentos ou outros serviços do programa?</p>	<p>Sim1 Não2</p>	<p>Se 2 → Próxima secção</p>
6	<p>Posso ver seu cartão de identificação do programa?</p> <p>Enumerador: Cópia o ID do indivíduo</p>	<p>XXXXXXXXXXXX [12 dígitos] 999999999999 = ID não disponível ou ilegível</p>	
7	<p>Você ou qualquer outro membro de seu agregado familiar ainda participa do programa e espera receber pagamentos ou outros serviços do programa?</p>	<p>Sim1 Não2</p>	<p>Se 1 → Q9</p>
8	<p>Se não, porque não?</p>	<p>Não é mais elegível..... 1 Beneficiário mudou-se fora do agregado2 Perdeu a coleta de pagamentos consecutivos3 Abandonou o programa voluntariamente: não precisava..... 4 Abandonou o programa voluntariamente: o programa não funcionou corretamente..... 5 Abandonou o programa voluntariamente: muitas Condições..... 6 Inscrito em outro programa de transferência de dinheiro..... 7 Não seguiu regras (condições).....8 Outro, especifique9 Não sei / 10</p>	

9	Quantas pessoas elegíveis existem neste agregado familiar?	Um..... 1 Dois.....2 Tres..... 3 Quatro ou mais..... 4	
10	Quando foi a última vez que você recebeu um pagamento? Liste o mês e o ano.	Mês: __ __ Ano: __ __ __ __	
11	Quanto você recebeu?	Valor recebido em MT Não sei / Não lembro99999	
12	No total, quantos pagamentos você recebeu?	Número	
13	No total, quanto dinheiro você recebeu?	Valor recebido em MT Não sei / Não lembro99999	
14	Quando você espera o próximo pagamento?	Número de meses Não sei98 Nunca99	
15	Por quanto tempo no futuro você espera continuar recebendo esse dinheiro?	Número de meses Não sei98 Mais / resto da minha vida.....99	
16	Para o último pagamento, quanto tempo você precisou viajar até o ponto de pagamento para receber o pagamento e voltar? [Só tempo de viagem] [Sempre registre horas e minutos. Por exemplo. 1.5 horas equivalem a 1 hora e 30 minutos. 40 minutos são 0 horas e 40 minutos. 2 horas são 2 horas e 0 minutos]	Horas: __ __ Minutos: __ __ Não sei / Não lembro99	
17	Para o último pagamento, quanto você gastou com transporte para ir de sua casa até o ponto de pagamento e voltar?	Valor gasto com transporte em MT Não sei / Não lembro9998	
18	Você identificou alguém que pode representá-lo no ponto de pagamento para cobrar seu pagamento se você estiver doente, ferido ou não puder receber o pagamento sozinho?	Sim, esposo1 Sim, outro membro do agregado (não cônjuge)..... 2 Sim, outro familiar que mora fora do agregado3 Sim, amigo.....4 Sim, líder da comunidade.....5 Não.....6	
19	Em algum momento antes ou depois do pagamento, você foi solicitado a dar dinheiro/presentes OU voluntariamente deu dinheiro/presentes a alguém para receber o pagamento?	Você foi solicitado a dar e você deu..... 1 Você foi solicitado a dar e você recusou..... 2 Você voluntariamente ofereceu e a pessoa aceitou.. 3 Você ofereceu voluntariamente, mas a pessoa recusou4 Não dei dinheiro ou presentes a ninguém do programa.....5 Não sei / recusou responder..... 6	
20	Em geral, você se sente seguro para retirar o dinheiro do ponto de pagamento e levá-lo de volta para casa?	Sim, sinto-me seguro..... 1 Não, me sinto inseguro ao voltar para casa..... 2 Não, me sinto inseguro no ponto de pagamento..... 3 Não, me sinto inseguro no ponto de pagamento E ao voltar para casa..... 4	
21	Neste agregado, quem geralmente decide como o pagamento do programa é usado?	ID Membro: __ __ __	
22	Em geral, quem [NOME] consulta ao decidir como usar o pagamento do programa?	Ninguém.....1 Esposo..... .2 Outros membros adultos do agregado..... 3 Crianças..... 4 TODOS os membros do agregado..... 5 Outra pessoa na comunidade6	
23	Você deu algum dinheiro a familiares, amigos ou outras pessoas que moram fora do agregado como presentes ou contribuições para causas sociais?	Sim1 Não2	
24	Em geral, quais são as três coisas principais para as quais o pagamento do programa é usado.	Alimentação e nutrição..... A Educação formal (taxas, livros, uniformes, etc.).... B Outra educação (creche, outra escola religiosa)..... C Saúde..... D Abrigo / Alojamento / Aluguel..... E Roupas/sapatos (não inclui uniformes escolares)... F Investimentos/empresa pequena G Ocasões sociais formais, como casamentos ou funerais..... H	

		Poupança / VSLA..... I Outros gastos, especifiqueJ	
	ACOMPANHAMENTO FAMILIAR		
25	Você ou qualquer outro membro do agregado familiar alguma vez recebeu uma visita ao domicílio ou consulta por telefone de um Permanente ou de um Técnico de SDSMAS como parte do programa?	Sim1 Não2	Se 2 → Próxima secção
26	Por que você acha que foi selecionado para receber essas visitas para serviços adicionais? [Marque todas as que se aplicam]	Mãe Jovem/ Mulher jovem grávida..... A Preocupações sobre proteção infantil..... B Preocupações sobre violência doméstica.....C Saúde mental/necessidade de apoio psicossocial.... D Abuso de substâncias (álcool ou drogas).....E Família / pessoa é muito pobre..... F Nascimento de gêmeos precisam de suporte extra ..G Parto difícil, complicações..... H Criança ou cuidador incapacitado..... I Outro (especifique)..... J Não sei.....K	
27	Quantas vezes algum permanente ou técnico o visitou ou fez uma consulta por telefone (no total, mesmo que sejam pessoas diferentes)?	Número de vezes	
28	Quando foi a última vez que você foi visitado / contactado por um permanente ou técnico? [Listar mês e ano]	Mês: __ __ Ano: __ __ __	
29	Você acha que o responsável pelo caso a tratou com respeito e teve seus melhores interesses em mente?	Foi muito respeitoso..... 1 Foi respeitoso..... 2 Foi desrespeitoso..... 3 Foi muito desrespeitoso.....4	
30	Você ainda está recebendo / planeja receber mais serviços e visitas no futuro?	Sim1 Não2	

For each support / service type		
31	32	33
Pensando em toda a ajuda recebida desde o início do programa, que tipo de suporte / serviços eles forneceram ou indicaram? [Marque todas as que se aplicam]	Foi fornecido o acompanhamento e você conseguiu acessar o suporte / serviço? 1 = Sim 2 = Não	Você acha que o apoio dado ajudou você e sua família a superar obstáculos e alcançar melhores resultados de bem-estar? 1 = Discordo totalmente 2 = Discordo 3 = Concordo 4 = Concordo totalmente
Types of support / services 1 = Serviços de saúde (Hospital, centro de saúde, atendimento médico) 2 = INAS (serviço de atenção para recebimento de apoios) 3 = PGR / Polícia (denúncia ou informação) 4 = Escola (encaminhamento para inscrição na escola) 5 = SDMAS para apoio psicossocial 6 = Apoio da comunidade (grupo de machamba, liderança comunitária) 7 = Notariado para registo de nascimento ou obtenção de cartão de identidade 8 = Outro (especifique) 9 = Não sabe		

SECÇÃO 15: MÓDULO DE CONFLITO INTRA-FAMILIAR

O entrevistado para esta secção deve ser o cuidador principal (mulher) da criança elegida com idade entre 2 e 2.5 anos do agregado familiar.

	Pergunta	Respostas	Saltar
1	VERIFIQUE O LISTA DO AGREGADO FAMILIAR: <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE FORMALMENTE CASADA OU A VIVER COM UM HOMEM → CONTINUAR <input type="checkbox"/> FOI FORMALMENTE CASADA OU A VIVER COM UM HOMEM (nos últimos 12 meses) → CONTINUAR (leia as perguntas no pretérito perfeito) <input type="checkbox"/> FOI FORMALMENTE CASADA OU A VIVER COM UM HOMEM (mas não nos últimos 12 meses) → CONTINUAR (leia as perguntas no pretérito perfeito) <input type="checkbox"/> NUNCA SE CASOU OU VIVEU COM UM HOMEM → PRÓXIMA SECÇÃO		
2	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTROS: NÃO CONTINUE ATÉ QUE A PRIVACIDADE EFICAZ SEJA GARANTIDA - Se a privacidade for interrompida durante a entrevista, salte → P14 <input type="checkbox"/> Privacidade obtida → Continuar <input type="checkbox"/> Privacidade não é possível → P14		
3a	Com que idade você se casou ou começou a viver com seu parceiro / cônjuge?	[Idade em anos]	
3b	Com qual idade você engravidou pela primeira vez (mesmo que não tenha resultado em um nascimento)?	[Idade em anos]	
4a	Nos últimos 12 meses, você teve medo de seu marido/parceiro?	Muitas vezes 1 Às vezes 2 Nunca 3	
4b	Nos últimos 12 meses, com que frequência seu (ex) marido/parceiro bebe (bebeu) álcool?	Todos os dias ou quase todos os dias....1 Uma vez ou duas vezes por semana.....2 1 a 3 vezes em um mês..... 3 Menos de uma vez por mês..... 4 Nunca..... 5 Não sabe / Não lembra..... 8 Recusa / Nunhuma resposta..... 9	Se 5 →P5
4c	Nos últimos 12 meses, quantas vezes você viu seu marido parceiro bêbado? Você diria que a maioria dos dias, semanalmente, uma vez por mês, menos de uma vez por mês, ou nunca?	Todos os dias 1 Uma vez por semana..... 2 Uma vez por mês.....3 Menos de uma vez por mês..... 4 Nunca.....5 Não sabe / Não lembra..... 8 Recusa / Nunhuma resposta..... 9	
5	Algumas vezes o marido se chateia das coisas que a sua esposa faz. Na sua opinião, se justifica que o marido bata na esposa nas seguintes situações?	a. Se ela sai sem lhe despedir? b. Se ela cuida mal os filhos? c. Se ela discute com ele? d. Se ela nega fazer sexo com ele? e. Se ela queima comida?	Sim 1 Não 2 Não sabe/recusa responder 8
6	VERIFIQUE A IDADE <input type="checkbox"/> <18 ANOS → P14 <input type="checkbox"/> ≥18 ANOS → Continuar		

LEIA AO ENTREVISTADO [DHS IMASIDA 2015 (Moçambique)]: Agora gostaria de lhe fazer perguntas sobre alguns outros aspectos importantes da vida duma mulher. Sei que algumas destas perguntas são muito pessoais. No entanto, as suas respostas são cruciais para ajudar a compreender a condição das mulheres em Moçambique. Deixe-me assegurar-lhe que as suas respostas são completamente confidenciais e não serão partilhadas com ninguém, ninguém mais saberá que lhe perguntaram sobre estas questões, e estas perguntas não serão feitas a mais ninguém neste agregado familiar.

7	As próximas perguntas são sobre coisas que acontecem a muitas mulheres e que o seu (último) marido/parceiro pode ter feito consigo. O seu (último) marido/parceiro alguma vez...	A. Alguma vez?	B. Com que frequência isto aconteceu durante os últimos 12 meses:?			
			Frequente-mente	As vezes	Rara-mente	Nunca
	a. Ficou irritado por você falar (ter falado) com outro homem?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	b. Suspeitou que você é (era) infiel?	Sim 1 → Não 2	1	2	3	4

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

		Não sabe/recusa responder 8				
	c. Tentou impedi-la de ver os seus amigos?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	d. Tentou restringir o contacto com a sua família de nascimento?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	e. Insistiu em saber onde está (estava) a toda a hora?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	f. Não confiou em si para gastar dinheiro?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	g. Rebaixou-a ou humilhou-a na frente de outras pessoas?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	h. Ameaçou magoá-la ou a alguém de quem gosta?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	i. Insultou-a ou fê-la sentir-se mal consigo mesmo?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
8	Alguma vez o seu (último) marido/parceiro lhe fez alguma uma das seguintes coisas:	A. Alguma vez?	B. Com que frequência isto aconteceu durante os últimos 12 meses:?			
			Frequente-mente	As vezes	Algumas vezes	Nunca
	a. empurrá-la, sacudi-la ou atirar-lhe algo?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	b. dar-lhe uma chapada?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	c. torcer-lhe o braço ou puxar-lhe o cabelo?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	d. socar-lhe com o punho ou com um objeto que pode te magoar?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	e. dar-lhe um pontapé, arrastá-la ou batê-la?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	f. tentar sufocá-la ou queimá-la de propósito?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
	g. ameaçar ou atacá-la com uma faca, arma de fogo ou qualquer outra arma?	Sim 1 → Não 2 Não sabe/recusa responder 8	1	2	3	4
9	Nos últimos 12 meses, mais alguém no seu agregado familiar lhe bateu, esbofeteou, pontapeou ou fez mais alguma coisa para magoá-la fisicamente? REGISTRE TUDO O QUE FOR MENCIONADO	Mãe/madrasta	A			
		Pai/padrasto	B			
		Irmã/irmão	C			
		Filha/filho	D			
		Outro familiar	E			
		Outros não-familiares	F			
		Ninguém/não magoou	G			
	VERIFICAR: P8a-g ou P9: pelo menos um 'SIM' → P10 P8a-g e P9: todos "NÃO" → P14					

Avaliação do Impacto da Subcomponente Subsídio para Criança de 0 A 2 Anos

10	Pensando sobre o que você experimentou entre as diferentes coisas de que temos falado, nos últimos 12 meses, seus filhos ou crianças que moram na casa assistiram durante qualquer uma das vezes que você estava sendo fisicamente ferida?	Sim 1 Não 2																	
11	Pensando sobre o que vivenciou entre as diferentes coisas sobre as quais estivemos a falar, nos últimos 12 meses, já contou isto a alguém, ou procurou ajuda de algum serviço para impedir que isto acontecesse?	Sim 1 Não 2	→P13																
12a	A quem contou? REGISTRE TUDO O QUE FOR MENCIONADO SONDAGEM: Mais alguém?	Amigos A Pais B Irmão ou irmã C Tio ou tia D Família do marido/parceiro E Filhos F Vizinhos G Polícia H Médico/profissional de saúde I Sacerdote/líder religioso J Conselheiro K ONG/organização de mulheres L Líder local M Outro (especifique) X																	
12b	De quem procurou ajuda? REGISTRE TUDO O QUE FOR MENCIONADO SONDAGEM: Mais alguém?																		
14	Agradeça à entrevistada pela sua cooperação e assegure-a sobre a confidencialidade das suas respostas. Ofereça-lhe um cartão de referência anónimo, independentemente da divulgação de violência. Se as perguntas foram interrompidas, vá para o próximo módulo e entregue o cartão de referência depois de todas as actividades serem concluídas.																		
	Teve que interromper o módulo de entrevista sobre conflito porque algum adulto estava a tentar escutar ou entrar na sala ou interferir de alguma outra forma?		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Uma vez</th> <th>Mais de uma vez</th> <th>Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marido/parceiro</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Outro adulto masculino</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Adulto feminino</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Uma vez	Mais de uma vez	Não	Marido/parceiro	1	2	3	Outro adulto masculino	1	2	3	Adulto feminino	1	2	3
	Uma vez	Mais de uma vez	Não																
Marido/parceiro	1	2	3																
Outro adulto masculino	1	2	3																
Adulto feminino	1	2	3																
15	Comentários/explicação do entrevistador por não concluir o módulo de violência doméstica: _____																		

SECÇÃO 16: ANTROPOMETRIA

MEÇA O CRIANÇA ALVO DE 2-2.5 ANOS (EQUIVALENTE A 24-30 MESES).

Registre o peso e o comprimento com a criança deitada, com o mínimo de roupa, tomando o cuidado de registrar as medidas na linha correta para cada criança. Verifique o nome do indivíduo e o número da linha na listagem de agregados familiares antes de registrar as medições. Observe também e registre se a criança tem edema ou não. CAPI: Se a criança está morta, Seção 0, Q12 == 3 >> Seção 00]

[INSTRUÇÕES: Serão feitas duas medições de altura e peso para cada indivíduo e, se a diferença for > 0,5 cm ou 0,5 kg, uma terceira medição deverá ser feita para verificar as duas primeiras medições.]

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ID DO MEMBRO	[NOME] está disponível para ser medido? 1 = Sim 2 = Não >> Próxima seção (Seção 00)	Qual é o dia, mês e ano de nascimento de [NOME]? (DD/MM/AA)	Qual é a fonte de informações sobre a data de nascimento do indivíduo? 1 = Certidão de nascimento 2 = Registro batismal 3 = Cartão clínico 4 = Registro doméstico 5 = Determinado usando calendário local de eventos 6 = Recordação da mãe/prestador de cuidados 7 = Recordação por outras pessoas 8 = Outro (especifique)	Foi [NOME] medido? 1 = SIM, Deitado (>> P5) 2 = SIM, de Pé (>> P5) 3 = NÃO	Porque não? 1 = Não estava em casa durante o período do inquérito, 2 = Muito doente, 3 = Deficiente ou deformado, 4 = Não quer 5 = Outro (especifique) (>>Próxima seção (Seção 00))	Peso em quilogramas [USE DUAS CASAS DECIMAIS]	Estava [NOME] despido ao mínimo? 1 = Sim 2 = Não, a criança não pode ser completamente despida	Comprimento em centímetros [USE UMA CASA DECIMAL]	Perímetro Braquial Use sempre o braço esquerdo e escreva os valores em centímetros. [USE UMA CASA DECIMAL] NÃO ARREDONDE os valores obtidos	Verifique se há edema (apenas crianças) 1 = Edema presente 2 = Edema não presente 3 = Não tem a certeza 9 = Não verificado (especificar razão)	Voce referiu a crianças alvo ao unidade sanitária? 1=Sim 2 = Não
		_ _ / _ _ / _ _ _ _				_ _ _ . _ _ _ _		_ _ _ _ _ . _ _	_ _ _ . _ _		

