

# Uma breve história do Programa Social de Transferência de Renda da Zâmbia

Pedro Arruda e Laura Dubois<sup>1</sup>

## 1 Introdução

A Zâmbia é um país de rendimento médio-inferior no sul da África, com uma população estimada de 15,5 milhões de pessoas em 2015. Mais da metade (58,2 por cento) está localizada em áreas rurais, disposta em baixa densidade e de acordo com padrões dispersos de ocupação territorial, o que evidencia os desafios relacionados ao acesso a serviços e mercados públicos. Em termos de consumo alimentar, 54,4 por cento do país vive abaixo da linha de pobreza e 13,6 por cento abaixo da linha de pobreza extrema (CSO, 2015). O principal programa de proteção social do país, administrado pelo governo, foi estabelecido para lidar com esse problema: a Transferência Social de Renda (*Social Cash Transfer* — SCT), um programa de transferência não condicionada de renda.

O SCT passou por várias mudanças em seu desenho desde sua inauguração em 2003. Este *Policy Research Brief* fornece um panorama dessas mudanças em termos de focalização, estrutura de benefícios e governança do programa, bem como resultados de avaliações de impacto conduzidas entre 2003 e 2016.

Desde sua criação, o programa teve três formatos bem diferentes. Inicialmente, entre 2003 e 2010, era composto por cinco pilotos que tinham pouca ligação entre si. Esse desenho seguia a “**abordagem dos ultrapobres**” (também conhecida como “modelo inclusivo 10 por cento” — IM, *10 per cent inclusive model*), uma vez que o objetivo era atender aos 10 por cento mais pobre da população nos distritos cobertos.

Posteriormente, entre 2010 e 2014, o programa teve duas vertentes, cada uma com características distintas. Uma delas, chamada *Child Grant* (CG), tinha como objetivo beneficiar domicílios com crianças, enquanto a **Multiple Category Transfer Grant** (Benefício de Transferência de Múltiplas Categorias — MCTG) focalizava outras formas de vulnerabilidade.

Finalmente, desde 2014, o programa tem operado sob um terceiro formato, conhecido como “**focalização harmonizada**” (*harmonised targeting*), com um único critério de seleção (agregados familiares com taxas de dependência elevadas), objetivando alcançar diferentes tipos de agregados familiares vulneráveis.

Este trabalho inicia-se com uma discussão das diferenças entre os mecanismos de focalização e os dados de cobertura dos três formatos do programa. A seguinte seção discute como as estruturas do benefício se transformaram ao longo da evolução do SCT, e a essa segue-se uma discussão das diferentes estruturas de governança em cada etapa. Posteriormente, faz-se uma análise dos resultados de avaliações de impactos para os estágios do SCT que foram submetidos à avaliação: o modelo “ultrapobre” entre 2003 e 2010 e os modelos CG e MCTG, entre 2010 e 2014. Finalmente, concluímos com um resumo das diferenças principais resultantes das modificações no desenho do programa, que caracterizaram as suas três etapas, e com uma análise de até que ponto as avaliações (de impacto e outras) contribuíram para essas mudanças ao longo dos anos.

## 2 Focalização e cobertura

O primeiro formato do SCT, utilizado entre 2003 e 2010, teve por objetivo a cobertura dos 10 por cento mais pobre da população nos distritos onde operava. À época, os agregados familiares beneficiários eram selecionados, exclusivamente, por meio de mecanismos com base na comunidade, pelos quais organizações comunitárias elencavam os agregados de acordo com seu nível de pobreza, porém sem critérios objetivos ou padronizados para a aferição de níveis de pobreza (HABASONDA, 2009; CHIWELE, 2010). A única exceção a essa metodologia foi piloto em Katete, que foi direcionado a idosos e funcionou, de certa forma, como um regime de pensão universal (HABASONDA, 2009).

Nos pilotos em Kalomo, Kazungula, Chipata e Monze, o único marco que guiava os assistentes sociais na seleção dos agregados familiares mais pobres era a determinação de priorizar o registro de agregados “destituídos”, “incapacitados” ou de “trabalho limitado”. Apesar de vários documentos de programa ilustrarem essas condições, listando várias situações que cumpririam esses critérios,<sup>1</sup> essas listas não eram minuciosas nem elencavam as situações de gravidade ou as que deveriam ter preferência em termos de elegibilidade para o programa (GARCIA; MOORE, 2012; HAMONGA, 2006; MISSÃO PERMANENTE DA REPÚBLICA DA ZÂMBIA EM GENEVRA, 2009).

Como mencionado, entre 2003 e 2010, o SCT não era um programa consistente e homogêneo com cobertura nacional. Era composto por cinco pilotos diferentes. Em certo sentido, essa fase pode até mesmo ser vista como uma espécie de pré-história do programa, marcada por pilotos-chave que levaram à institucionalização do SCT em uma fase posterior.

Os distritos nos quais os pilotos foram implementados foram selecionados com base em considerações políticas, no interesse de doadores e no imperativo de se fazer experiências em contextos diferentes — desde áreas rurais de acesso muito difícil, como o distrito de Kazungula, até contextos urbanos, como Chipata, passando por áreas predominantemente rurais como em Kalomo, Monze e Katete (GARCIA; MOORE, 2012). O primeiro distrito a receber a intervenção, em 2003, foi Kalomo. Entre 2005 e 2007, o SCT foi ampliado para quatro outros distritos: Kazungula (2005), Chipata (2006), Monze (2007) e Katete (2007) (GARCIA; MOORE, 2012; MICHELO, 2015; VAN UFFORD et al., 2016; MONTEIRO COSTA; GYOERI; SOARES, 2016; HABASONDA, 2009; CHIWELE, 2010; TEMBO et al., 2014; CHIMAI; MULENGA, 2014).

Um relatório de 2009 elaborado pela Missão Permanente da República da Zâmbia em Genebra, ao Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas, fornece dados oficiais sobre a cobertura desses pilotos logo antes do SCT iniciar a sua segunda fase, com mecanismos de focalização e seleção diferentes, de 2010 a 2014. De acordo com essa fonte, a cobertura dos cinco pilotos foi de, aproximadamente, 7.337 agregados familiares e mais 4.580 indivíduos. Em razão do fato de os pilotos de Kalomo, Kazungula, Chipata e Monze voltarem-se a domicílios e não indivíduos, os dados de sua cobertura apresentam-se em termos de domicílios. O piloto de Katete, entretanto, voltou-se a indivíduos, portanto os dados de sua cobertura são apresentados em termos individuais. O piloto em Kalomo cobriu 3.573 domicílios; em Monze, 1.900; em Chipata, 1.190; e em Kazungula, 674.

De 2010 a 2014, entretanto, o SCT cresceu em termos de escala e força institucional. Sua distribuição nos distritos do país tinha o objetivo de padronizar seus procedimentos — ao contrário dos pilotos, que foram idealizados para operarem com certas diferenças entre si, propositadamente, para se encontrar qual arranjo funcionaria melhor. Durante esse período, a focalização do programa subdividiu-se em duas vertentes: a CG e a MCTG.

A CG tinha por objetivo registrar todos os domicílios com crianças menores de cinco anos, começando pelos distritos com as maiores taxas de mortalidade infantil (Shagbom'bo, Kalabo, Kaputa, Zambezi e Milenge). O MCTG, por sua vez, pretendia registrar todos os domicílios extremamente pobres, que possuíam idosos e órfãos ou viúvas e órfãos, bem como aqueles com pessoas com deficiências, começando pelos distritos mais pobres (Zambezi, Serenje e Luwingo). Todavia, não seria até a próxima fase do programa, a partir de 2014, que ele poderia contar com um método objetivo de estimação de pobreza. Entre 2010 e 2014, esse aspecto foi determinado unicamente pela impressão de assistentes sociais e membros da comunidade envolvidos com o processo de seleção, mesmo apesar de sua adequação com critérios categóricos ser submetido a uma validação mais objetiva (VAN UFFORD et al., 2016).

Em 2014, a vertente CG do SCT havia alcançado 28.000 domicílios, 94 por cento dos quais se encontravam abaixo da linha de pobreza

extrema antes de ingressarem no programa (à época, a taxa de pobreza extrema rural era de 74 por cento). Quanto à MCTG, em 2014 chegou a 17.700 domicílios, dos quais 95 por cento viviam abaixo da linha de pobreza extrema antes de receber o programa (MCDSW; AIR 2016a; AIR 2016a; MCDSW; AIR 2016b; AIR 2016b).

A terceira e atual etapa do SCT, que começou em 2014, foi marcada pela decisão de se manter os beneficiários previamente registrados pelos critérios de seleção do CG e do MCTG. Novos beneficiários precisariam ser selecionados por meio de um novo método de focalização. Conhecido como focalização harmonizada, esse método consistia em selecionar domicílios extremamente pobres com taxa de dependência maior ou igual a três. Essa solução foi vista como uma forma de se alcançar a população mais pobre, omitida por métodos de focalização anteriores, enquanto se garantia o registro no programa para muitos beneficiários que anteriormente seriam selecionados pelo CG ou pelo MCTG. Com o novo método de focalização, pretendia-se não apenas aumentar a progressividade do programa, mas também se buscava facilitar sua administração, visto que não haveria mais a necessidade de se operar um programa com dois processos diferentes de focalização e seleção (VAN UFFORD et al., 2016).

Dessa forma, desde 2014, o SCT expandiu sua cobertura por meio da focalização de domicílios extremamente pobres e considerados restritos em termos de mão de obra por não possuírem membros aptos ao trabalho ou por terem taxas de dependência maiores ou iguais a três (os dependentes incluem jovens com menos de 19 anos, pessoas mais velhas que 64 anos e com idade entre 19 e 64 anos, possuidores de uma doença crônica ou deficiência). O modelo atual pretende dar cobertura gradual a todos os distritos da Zâmbia, começando com os mais pobres de acordo com a Pesquisa de Monitoramento de Condições de Vida de 2010 (ibid.).

Outra inovação é que desde 2014 o SCT incorpora um teste de meios por aproximação (*proxy means test* – PMT) no seu processo de seleção. Portanto, o nível de pobreza de um domicílio não é decidido unicamente com base em impressões de assistentes sociais e trabalhadores comunitários. Ao invés disso, as famílias foram elencadas de acordo com escores de pobreza, com base em um formulário que coleta informações a respeito de suas características sociodemográficas e suas condições de vida. Esse fato não significa que as impressões e as considerações de trabalhadores comunitários e assistentes sociais não fazem mais parte do processo de seleção, uma vez que ainda têm papel fundamental na triagem dos domicílios a serem elencados pelo PMT e até mesmo na requisição de revisões de casos que considerem incorretamente avaliados. De acordo com o Ministério de Desenvolvimento Comunitário e Bem-Estar Social (*Ministry of Community Development and Social Welfare* — MCDSW, 2015), o processo de seleção a partir de 2014 pode ser descrito da seguinte forma:

- a. Trabalhadores voluntários na comunidade (membros de Comitê Assistencial do Bem-Estar Comunitário/*Community Welfare Assistance Committee* — CWAC), com o apoio de líderes locais, identificam domicílios que cumprem os dois primeiros critérios de elegibilidade: i) residência e ii) incapacidade/restrição ao trabalho.
- b. Entrevistadores designados, em sua maioria professores — conhecidos como enumeradores – visitam os domicílios

- identificados na primeira etapa, para coletar mais informações a seu respeito.
- c. A informação sobre domicílios coletada durante a enumeração (etapa 2) é inserida no Sistema de Gerenciamento e Informação (*Management and Information System – MIS*) do SCT, para produzir uma lista de domicílios elegíveis, limitada aos 15 por cento com os maiores escores de vulnerabilidade de acordo com o PMT.
- d. A lista de domicílios elegíveis gerada pelo MIS é compartilhada com a comunidade, permitindo a seus membros propor a remoção de domicílios mais afluentes da lista (resultando em uma lista final de beneficiários que cubra 10 por cento da população da área).
- e. Domicílios selecionados são notificados e informados sobre a operação do programa e seus direitos.

## TABELA 1

Processos de focalização e seleção do SCT ao longo de suas três fases, desagregados por piloto específico (para a primeira fase) ou vertente de programa (para a segunda fase)

<b>Fase 1 (2003-2010)</b>			
<b>Piloto ou vertente (ano de início)</b>	<b>Focalização por distrito</b>	<b>Focalização por domicílios/indivíduos</b>	<b>Processo de seleção</b>
Kalomo (2003)	Distrito selecionado politicamente, por influência de doadores, e com o objetivo de se experimentar em diferentes contextos	Destituídos e incapacitados/domicílios com mão de obra restrita	Assistentes sociais e voluntários comunitários deliberam sobre aqueles que consideram ser os mais pobres e incapacitados
Kazungula (2005)	Distrito selecionado politicamente, por influência de doadores, e com o objetivo de se experimentar em diferentes contextos	Destituídos e incapacitados/domicílios com mão de obra restrita	Assistentes sociais e voluntários comunitários deliberam sobre aqueles que consideram ser os mais pobres e incapacitados
Chipata (2006)	Distrito selecionado politicamente, por influência de doadores, e com o objetivo de se experimentar em diferentes contextos	Destituídos e incapacitados/domicílios com mão de obra restrita	Assistentes sociais e voluntários comunitários deliberam sobre aqueles que consideram ser os mais pobres e incapacitados
Monze (2006)	Distrito selecionado politicamente, por influência de doadores, e com o objetivo de se experimentar em diferentes contextos	Destituídos e incapacitados/domicílios com mão de obra restrita	Assistentes sociais e voluntários comunitários deliberam sobre aqueles que consideram ser os mais pobres e incapacitados
Katete (2007)	Distrito selecionado politicamente, por influência de doadores, e com o objetivo de se experimentar em diferentes contextos	Idosos pobres	Assistentes sociais e voluntários comunitários realizam a busca ativa por idosos pobres
<b>Fase 2 (2010-2014)</b>			
CG	Começando pelos distritos com a maior taxa de mortalidade infantil	Todos os domicílios do distrito com crianças com menos de cinco anos de idade	Localização por assistentes sociais e voluntários comunitários e registro daqueles que cumpram com os critérios categóricos facilmente observáveis (ex.: ter crianças menores que cinco anos)
MCTG	Começando pelos distritos escolhidos entre os mais pobres	Domicílios extremamente pobres com idosos e órfãos, ou viúvas e órfãos, bem como aqueles com pessoas com deficiência	Percepção por parte de assistentes sociais e trabalhadores comunitários sobre o nível de pobreza dos domicílios define uma primeira lista de domicílios potencialmente elegíveis. A elegibilidade final depende da verificação de satisfação pelos domicílios de critérios objetivos definidos pelo programa
<b>Fase 3 (a partir de 2014)</b>			
Focalização harmonizada	Começando pelos distritos mais pobres	Domicílios extremamente pobres considerados restritos em mão de obra por não terem membros aptos para trabalhar ou por terem taxas de dependência maiores ou iguais a três (membros dependentes incluem aqueles mais jovens que 19 anos, mais velhos que 64 e com idade entre 19 e 64, com doença crônicas ou deficiência)	Percepção por parte de assistentes sociais e trabalhadores comunitários sobre a elegibilidade em potencial dos domicílios define uma lista de domicílios, cujos critérios categóricos objetivos são verificados e elencados em termos dos respectivos níveis de pobreza, estimados por meio de um PMT

Fonte: Elaboração dos autores, com base em Garcia e Moore (2012); MCDSW e AIR (2016a); AIR (2016a); MCDSW e AIR (2016b); AIR (2016b); e Van Ufford et al. (2016).

Durante a segunda etapa, os enumeradores preenchem o formulário conhecido como “Formulário 1” para domicílios beneficiários em potencial, que abrange dois conjuntos de informações. O primeiro conjunto, com informações sobre condições demográficas, de saúde e de vida, é validado por meio de visitas domiciliares e é usado para gerar um índice de vulnerabilidade para o domicílio. O segundo conjunto, com informações sobre segurança alimentar, orfandade, educação e qualquer ajuda monetária pública recebida pelo domicílio, não é incluso no cálculo do escore e serve apenas para auxiliar no monitoramento geral do programa. Uma cópia física desse formulário é enviada à autoridade distrital, que é encarregado de digitalizá-lo e alimentar as informações ali contidas no MIS (MCDSW, 2015).

De acordo com estimativas oficiais, espera-se que, aproximadamente, 25 por cento da população da Zâmbia será elegível levando-se em conta apenas os critérios categóricos do formato de focalização categórica do SCT, enquanto se espera que 20 por cento será elegível sob os critérios categóricos e por serem considerados pobres, de acordo com o PMT e análise pela comunidade (VAN UFFORD et al., 2016). Tabulações preparadas para este estudo revelaram que, até dezembro de 2016, a vertente de focalização harmonizada do SCT alcançou mais que 239.000 domicílios (7-8 por cento da população e, se assumirmos a inexistência de erros de inclusão, 20 por cento da população extremamente pobre do país). Um diálogo com partes interessadas do programa indicou que era a intenção de o governo dobrar essa cobertura em 2017.

## TABELA 2

Cobertura do SCT ao longo de suas três fases, desagregada por piloto específico (para a primeira fase) ou vertente do programa (para a segunda fase)

Fase 1 (2003-2010)		
Piloto	Cobertura	Ano de referência
Katete	4.580 pessoas	2009
Kalomo	3.573 domicílios	2009
Monze	1.900 domicílios	2009
Chipata	1.190 domicílios	2009
Kazungula	674 domicílios	2009
Fase 2 (2010-2014)		
Vertente	Cobertura	Ano de referência
CG	28.000 domicílios	2014
MCTG	17.700 domicílios	2014
Fase 3 (a partir de 2014)		
Formato atual	Cobertura	Ano de referência
Focalização harmonizada	239.000 domicílios	2016

Fonte: Elaboração dos autores, com base em *Missão Permanente da República da Zâmbia em Genebra (2009)*; *MCDSW e AIR (2016a)*; *AIR (2016a)*; *MCDSW e AIR (2016b)*; *AIR (2016b)*; e tabulações recebidas do MCDSW no fim de 2016.

## Benefício e estrutura de pagamentos

Os pilotos que compreenderam a primeira fase do SCT foram lançados com o propósito principal de se experimentar com desenhos diferentes, para se encontrar o modelo mais eficiente que poderia ser considerado para um estágio posterior de ampliação da iniciativa. Dessa forma, os cinco pilotos realizados entre 2003 e 2010 eram distintos entre si em termos de valores do benefício, fórmula do benefício, frequência de pagamentos e até mesmo a estratégia de distribuição do benefício. Antes de apresentar essas características, é importante ressaltar que, de 2012 em diante, a moeda do Zimbábue, o Kwacha (ZMW), passou por uma reformulação que dividiu todos os valores por 1.000. Portanto, valores após 2012 de, por exemplo, ZMW 50.000 se tornam simplesmente ZMW 50. Esse fato explica as variações extremas em termos de valores nominais, antes e depois dessa data. De qualquer forma, todos os valores apresentados neste texto também têm seu valor em termos de USD PPC 2011.<sup>2</sup>

O primeiro piloto do SCT, que foi inaugurado no distrito de Kalomo, pagou a beneficiários um benefício básico de ZMW 40.000<sup>3</sup> e um bônus de ZMW 10.000 para domicílios com crianças. Entretanto, em razão das limitações logísticas, a

distribuição de benefícios não ocorria todos os meses – o valor acumulado de dois meses era pago bimestralmente. Em um primeiro momento, o programa pretendia pagar os benefícios via bancos, para beneficiários que morassem a 15 km ou menos de distância do banco, e organizar pontos de pagamentos para aqueles que moravam mais longe. Todavia, logo se percebeu que mesmo os beneficiários que moravam próximos ao banco tinham dificuldade em acessar os benefícios. Assim, começou a se organizar pontos de pagamento mesmo para aquelas pessoas que moravam próximas aos bancos (GARCIA; MOORE 2012; SCHURING; MICHELO; BOONSTOPPEL, 2007).

O piloto no distrito de Kazungula pagava um benefício básico maior, de ZMW 50.000, e um bônus adicional de ZMW 20.000 por criança no domicílio. O valor acumulado para dois meses era pago bimestralmente por meio de pontos de pagamento (ibid.)

No distrito de Chipata, o piloto pagava um benefício básico de ZMW 50.000, com um bônus adicional de ZMW 10.000 para domicílios com dois ou mais indivíduos, um bônus adicional para domicílios com crianças matriculadas em escola primária e um bônus adicional de ZMW 20.000 para domicílios com

crianças matriculadas em escola secundária (ibid.). Ao contrário dos outros pilotos, a intenção era de que os pagamentos ocorressem todos os meses, mas na prática a iniciativa foi marcada por atrasos endêmicos (HABASONDA, 2009). No início, havia uma rotina mista de pagamento, por meio de bancos e pontos de pagamento, mas isso se alterou mais tarde para o uso mais predominante de pontos de pagamento (GARCIA; MOORE 2012; SCHURING; MICHELO; BOONSTOPPEL, 2007).

O piloto no distrito de Monze pagava o mesmo benefício do piloto do distrito de Kalomo, também com frequência bimestral e distribuindo os pagamentos para os beneficiários via pontos de pagamento. Uma pequena diferença entre os pilotos é que os beneficiários em Monze tinham que se comprometer, de forma oral ou por escrito, a manter suas crianças na escola e seguir uma

agenda de consultas médicas. Entretanto, os domicílios não estariam sujeitos a quaisquer sanções se não fossem capazes de cumprir com esses compromettimentos e, na prática, nem mesmo essa forma de condicionalidade “branda” acabou acontecendo (GARCIA; MOORE, 2012; SCHURING; MICHELO; BOONSTOPPEL, 2007; SEINDENFELD, HANDA, 2011; HANDA; SEINDENFELD; TEMBO, 2012).

Para os pilotos de Kalomo, Kazungula, Chipata e Monze, é interessante observar que o valor da transferência básica (originalmente ZMW 30.000 por mês, mas que posteriormente aumentou para ZMW 40.000 ou ZMW 50.000, dependendo do piloto) tinha o propósito de cobrir o preço de um saco de 50 kg de milho, o que permitiria um domicílio com seis indivíduos a consumir uma refeição adicional por dia, que se presumia ser a sua segunda (GARCIA; MOORE, 2012; SCHURING, 2010).

### TABELA 3

Resumo da estrutura de benefícios e pagamento pelas fases do SCT, desagregados por tipo de piloto (para a primeira fase) e vertente do programa (para a segunda fase)

Piloto (ano de lançamento)	Fórmula/estrutura dos benefícios (valores nominais de 2009)	Focalização individual/ por domicílios	Processo de seleção
<b>Fase 1 (2003–2010)</b>			
Kalomo (2003)	<b>ZMW40.000/USD19,42 PPC 2011</b> (benefício básico) + <b>ZMW10.000/USD4,85 PPC 2011</b> (bônus para domicílios com crianças)	Bimestral	Bancos e pontos de pagamentos para aqueles mais distantes do que 15 km de um banco; mas rapidamente, mesmo aqueles próximos a banco começaram a receber o benefício por meio de pontos de pagamento
Kazungula (2005)	<b>ZMW 50.000/USD 24,28 PPC 2011</b> (benefício básico) + <b>ZMW 20.000/USD 9,71 PPC 2011</b> (para cada criança)	Bimestral	Predominantemente pontos de pagamento
Chipata (2006)	<b>ZMW 50.000/USD 24,28 PPC 2011</b> (benefício básico) + <b>ZMW 10.000/USD 4,85 PPC 2011</b> (bônus para domicílios com dois ou mais indivíduos) + <b>ZMW 10.000/USD 4,85 PPC 2011</b> (bônus para domicílios com crianças matriculadas em escola primária) + <b>ZMW 20.000/USD 9,71 PPC 2011</b> (bônus para domicílios com crianças matriculadas em escola secundária)	Mensal (mas marcado por atrasos endêmicos)	Mudou para pontos de pagamento posteriormente (quando começou a ser alvo de avaliação)
Monze (2006)	<b>ZMW40.000/USD19,42 PPC 2011</b> (benefício básico) + <b>ZMW 10.000/USD 4,85 PPP 2011</b> (bônus para domicílios com crianças); condicionalidades “suaves” nunca foram inauguradas	Bimestral	Principalmente pontos de pagamento
Katete (2007)	<b>ZMW 60.000/USD 29,13 PPC 2011</b> por pessoa idosa	Bimestral	Principalmente pontos de pagamento
<b>Fase 2 (2010–2014)</b>			
CG	<b>ZMW 70.000/USD 23.94 PPP 2011</b> (fixo)	Bimestral	Principalmente pontos de pagamento
MCTG	<b>ZMW 70.000/USD 23.94 PPP 2011</b> (fixo)	Bimestral	Principalmente pontos de pagamento
<b>Fase 3 (a partir de 2014) (valores nominais de 2015)</b>			
Focalização harmonizada	<b>ZMW 70.000/USD 23.94 PPP 2011</b> (fixo)	Bimestral	Principalmente pontos de pagamento

Fonte: Elaboração dos autores com base em Garcia e Moore (2012); MCDSW e AIR (2016a); AIR (2016a); MCDSW e AIR (2016b); AIR (2016b) e Van Ufford (2016).

Os quatro pilotos deveriam reavaliar a elegibilidade dos domicílios a cada três anos. Para domicílios que não fossem mais elegíveis para o programa, um montante fixo de ZMW 500.000 seria concedido na “graduação” (GARCIA; MOORE, 2012). Esse pagamento de montante único não se aplicaria ao piloto de Katete, visto que era uma pensão por velhice universal. Portanto, não se esperava que os beneficiários se “graduassem”. Esse benefício consistia em um valor mensal fixo de ZMW

60.000, com o valor acumulado de dois meses sendo transferido bimestralmente, principalmente por meio de pontos de pagamento (GARCIA; MOORE, 2012; SCHURING, 2010; MICHELO; BOONSTOPPEL, 2007).

De 2010 a 2014, durante a evolução do SCT a partir de vários pilotos em um programa unificado operando por duas vertentes (a CG e a MCTG), a fórmula do benefício passou a ser um

subsídio fixo mensal de ZMW 60.000 (USD 22,74 PPC 2011) por domicílio, aumentando para ZMW 70.000 (USD 23,00 PPC 2011), pago bimestralmente por meio de pontos de pagamento. Mesmo com grandes mudanças no desenho do SCT a partir de 2014 e com a introdução da focalização harmonizada, o valor do benefício continuou o mesmo: ZMW 70.000 por mês (VAN UFFORD et al., 2016).

### Governança

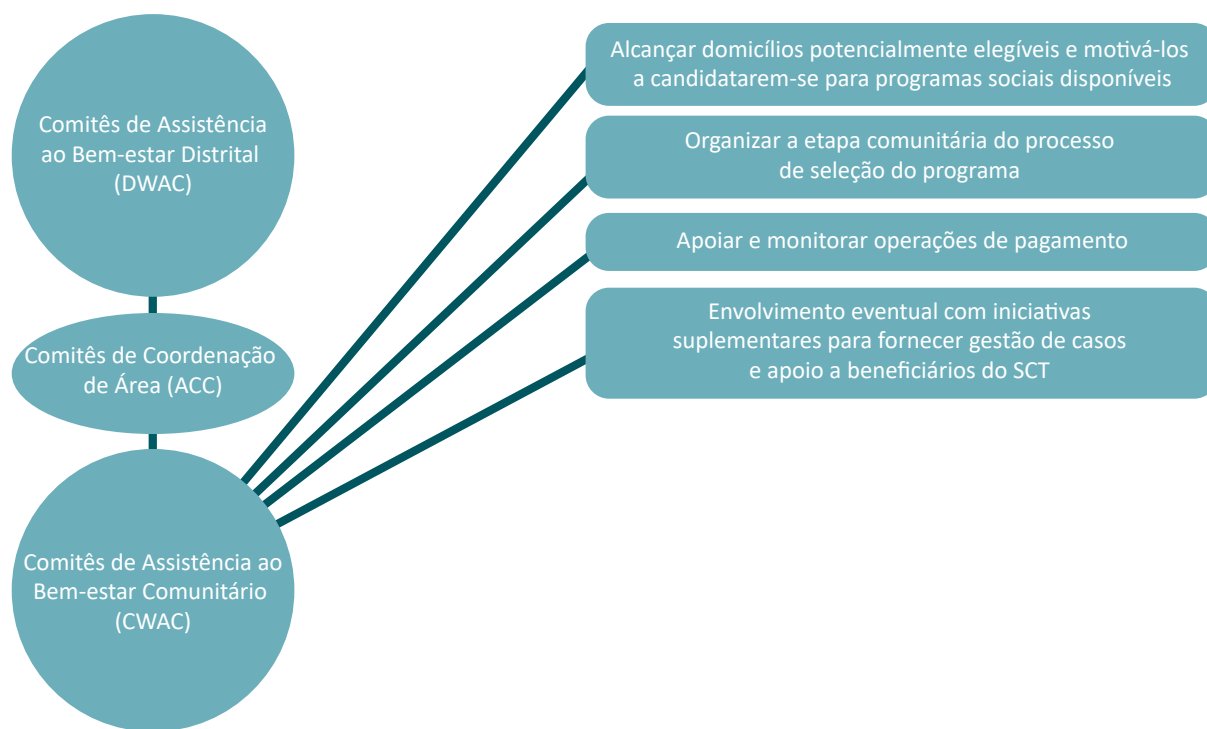
O SCT sempre foi um programa de transferência não condicionada de renda, gerenciado pelo MCDSW. Entretanto, as instituições responsáveis por cada aspecto de matrícula, seleção e pagamento mudaram e evoluíram ao longo das três fases do programa. Até 2007-2008, esses papéis eram desempenhados principalmente por parceiros locais contratados por doadores, tais como o Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (DFID), a Agência de Cooperação Alemã (GTZ) e a CARE. A partir de 2007-2008, e especialmente de 2010, essas responsabilidades foram transferidas ao governo local, mais especificamente

para os Comitês de Assistência ao Bem-estar Comunitário (*Community Welfare Assistance Committees — CWAC*). Em âmbito subnacional, o Esquema de Assistência ao Bem-estar Comunitário (*Publica Welfare Assistance Scheme — PWAS*) designa Comitês de Assistência ao Bem-estar Distrital (*District Welfare Assistance Committees — DWAC*), responsáveis por estabelecer, apoiar e monitorar Comitês de Coordenação de Área (*Area Coordinating Committees — ACC*), que supervisionam os CWAC (CHIWELE, 2010).

Os CWAC realizam gestão de casos, não apenas para os subsídios e auxílios em espécie que eles mesmos entregam (que, na verdade, têm alcance e orçamento muito limitados), mas também para o SCT. Entretanto, dado que todo pessoal de terra do Comitê de Assistência ao Bem-estar Público (*Public Welfare Assistance Committee — PWAC*) são voluntários, há graves limitações à sua operação, especialmente uma vez que os voluntários dos PWAS, CWAC e ACC são frequentemente tão vulneráveis quanto as pessoas que se beneficiam do programa.

### FIGURA 1

A estrutura do PWAS



Fonte: Elaboração dos autores, com base em Chiwele (2010).

Relatórios de base de avaliações de impacto dos programas CG e MCTG indicam que a focalização dessas iniciativas é adequada (AIR, 2016a; 2016b). Entretanto, outra avaliação sugere que os CWAC tendem a priorizar a identificação de seus parentes e vizinhos em um contexto em que um orçamento limitado previne a cobertura de todos os domicílios elegíveis em um distrito (BEAZLEY; CARRARO, 2013). Desde 2014, a tarefa de coleta e validação de dados cabe aos enumeradores, que são professores designados para registrar e validar as informações declaradas pelos domicílios identificados pelos CWAC como potencialmente elegíveis para o SCT (Van UFFORD et al., 2016).

Em termos de financiamento, há uma expansão significativa, bem como um aumento no domínio financeiro por parte do governo. Os pilotos originais foram financiados principalmente por doadores (DFID, GTZ e CARE), mas, desde 2010, o governo tem aumentado sua participação. Entrevistas com partes interessadas do MCDSW revelaram que, em 2016, o governo contribuiu com 85 por cento do orçamento do programa. Para 2017, o governo planejou dobrar seu orçamento de proteção social (um aumento de 108 por cento) e ampliar ainda mais o SCT (UNICEF; ZIPAR, 2016).

## Avaliações de impacto

Dos cinco pilotos que constituíram o SCT de 2003 a 2010, apenas os de Kalomo e Monze foram sujeitos a avaliações de impacto, e a avaliação de Kalomo foi, de fato, uma comparação das condições dos beneficiários antes e depois de receber o subsídio, uma vez que o estudo não possuía grupo controle. Quando o SCT mudou de formato, de 2010 a 2014, passou por outro exercício de avaliação de impacto. Porém, desde a sua última mudança de formato, em 2014, não passou por nenhuma outra avaliação de impacto.

Os principais resultados da avaliação de impacto de Kalomo (uma comparação das condições dos beneficiários antes e depois da intervenção) incluíram melhorias desejáveis em termos de inscrições escolares, acesso a mais de uma refeição por dia, maior satisfação com as refeições consumidas, acesso a uma dieta mais variada, menos doenças reportadas, redução no número de domicílios dependentes de fontes externas de renda (como parentes e vizinhos), nas dívidas dos domicílios e um aumento na posse de bens, investimento e consumo. Houve uma queda na prática de mendicância nas comunidades cobertas, e não houve evidência significativa de uso indevido do dinheiro do benefício SCT. O único aspecto que não causou os impactos esperados foi o absentismo escolar, que aumentou no curto prazo, apesar da existência de sinais de melhora no longo prazo (SCHURING, MICHELO; BOONSTOPPEL, 2007).

A respeito do piloto no distrito de Monze, os principais resultados de sua avaliação de impacto incluem melhorias em termos de propriedade pecuária, acesso a fertilizantes e uma maior quantidade de cultivos comerciais. Também houve impactos positivos, tais como maiores taxas de matrícula e ingresso à escola na hora correta. Os beneficiários também experimentaram impactos positivos em suas expectativas de qualidade de vida e disposição para adiar sua satisfação. De maneira preocupante, não houve impactos em gastos com alimentação ou composição dos alimentos, ou em quaisquer resultados relacionados à saúde. Além das limitações da amostragem, os autores do estudo de avaliação de impacto também frisaram que a falta de impactos negativos em saúde e nutrição pode ser um resultado dos atrasos sistemáticos na entrega dos pagamentos, de tal forma que os beneficiários frequentemente recebiam uma grande quantidade de dinheiro cobrindo os vários meses em que não foram pagos, o que os estimularia a investir o dinheiro (ou pagar suas dívidas com ele), ao invés de usá-lo para despesas de rotina relacionadas com saúde e nutrição. Outra falha importante identificada pela avaliação de impacto é relacionada com os graves atrasos nos benefícios dados aos membros do CWAC, que lhes permitem conduzir suas tarefas (SEIDENFELD; HANDA, 2011).

Os principais resultados da avaliação de impacto das vertentes CG e MCTG do SCT incluem efeitos positivos na renda, severidade da pobreza, segurança alimentar, habitação e condições de vida. Ademais, encontraram-se impactos positivos no acesso de crianças a roupas e outras necessidades materiais básicas, produtividade e propriedade de ativos e na probabilidade de crianças estarem matriculadas na escola, bem como uma redução em sua probabilidade de abandonar a escola. A vertente CG também revelou impactos positivos na redução da incidência de diarreia em crianças abaixo dos cinco anos de idade e na melhora da alimentação de crianças e lactantes em domicílios beneficiários.

A avaliação da MCTG incluiu um módulo sobre adolescentes, com o objetivo de avaliar impactos em conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas ao HIV. Esse fato mediou impactos relacionados com a idade de iniciação sexual, parcerias sexuais com diferenças de idade, uso de preservativos e saúde mental. Entretanto, nenhum revelou qualquer benefício advindo do SCT (MCDSW; AIR, 2016a; AIR 2016a; MCDSW; AIR, 2016b; AIR, 2016b).

Talvez mais importantes que estudos de avaliação de impacto foram algumas pesquisas de cobertura e avaliação de processos que levaram a alterações nas operações do programa e em seu desenho geral (principalmente em seu processo de focalização e seleção). A avaliação de focalização do CG e do MCTG por Beazley e Carraro (2013), por exemplo, revelou que as categorias utilizadas não possuíam a maior correlação com a pobreza extrema. De acordo com Van Ufford et al. (2016), esse estudo foi fundamental para motivar a mudança em direção a uma abordagem de focalização harmonizada, incluindo a introdução de um PMT para elencar as pessoas em termos de seu nível de pobreza, e a introdução de enumeradores para coletar dados para o PMT nos domicílios identificados por membros do CWAC.

## Considerações finais

A trajetória do SCT de Zâmbia, de uma série de pilotos até seu desenho atual e uniforme, revela melhorias seguindo um processo de experimentação quanto aos melhores critérios de seleção e processos *vis-à-vis* a capacidade do Estado para gerenciar as operações fundamentais do SCT. Em 2003, os pilotos que eventualmente se tornariam o SCT delegavam muitos papéis essenciais a associações e entidades não estatais. Além disso, os critérios de seleção eram fundamentados em mecanismos comunitários, sem ter ao menos um critério claro e objetivo. Com o passar do tempo, o Estado parece ter ganhado a capacidade de assumir o controle das principais funções operacionais do SCT, além de ser capaz de gradualmente padronizá-lo e tornar o processo de seleção mais transparente e progressivo.

Desde a sua segunda fase até terceira e atual, os vários critérios categóricos que mediam a elegibilidade foram simplificados pela adoção de um único critério categórico de seleção, capaz de abranger muitos dos grupos vulneráveis previamente listados como elegíveis de acordo com o CG e, especialmente, o MCTG. Em muitos aspectos, pode-se considerar o critério de seleção atual do SCT como uma versão atualizada e mais fácil de gerenciar do MCTG, que, ao invés de listar todos os tipos de famílias elegíveis, utiliza uma categoria mais ampla (a taxa de dependência), que é mais capaz de alcançar as famílias previamente contempladas e ainda muitas outras que se encontram em situação de vulnerabilidade. A progressividade dessa nova abordagem também se beneficia de um PMT complementar que tem sido usado desde 2014.

O SCT da Zâmbia também se diferencia por ter implementado essas melhorias institucionais e de desenho sem, contudo, comprometer a expansão de sua cobertura enquanto aumentava o domínio financeiro do governo sobre a iniciativa. Atualmente, o SCT é uma das transferências de renda na sub-região com a maior cobertura e a maior participação do governo.

Ainda que relativamente pouco tempo tenha se passado desde que o SCT foi sujeito a um estudo de avaliação de impacto,

parece ser estratégico realizar outro estudo do tipo, uma vez que o desenho do programa se alterou significativamente desde 2014. A avaliação de impacto poderia tirar proveito do plano do programa de expandir sua cobertura em um futuro próximo, incluindo ampliação rumo a distritos que não estão sendo cobertos ainda. Esse fato tornaria mais fácil a construção de um grupo contrafactual.

Alguns estudos e avaliações foram cruciais para várias das mudanças de desenho do SCT, especialmente a que vem ocorrendo desde 2014. Em larga medida, isso foi influenciado por avaliações de focalização do CG e do MTCG. A focalização do programa foi alterada como resultado do estudo, mas, além disso, até mesmo o processo de seleção foi alterado, na medida em que as avaliações de pobreza mudaram de impressões comunitárias para um elenco com base em um PMT. A própria coleta de dados por enumeradores para realizar esse PMT emergiu como uma maneira de se evitar vieses de seleção, que o estudo avaliou serem introduzidos por membros do CWAC.

Mais relações desse tipo — entre avaliações de programa e suas características operacionais — deveriam ser fomentadas, para se evitar a armadilha de se conduzir estudos cujos resultados são apenas considerados pelos gestores de programas se confirmarem a boa qualidade da iniciativa.

Análises e avaliações de impacto não são meramente frutos de propaganda, e suas conclusões deveriam ter relevância política e mesmo quando (e especialmente) evidenciam a necessidade de se fazer ajustes ao programa. No passado, estudos de avaliação de impacto nos pilotos dos distritos de Kalomo e Monze, por exemplo, não levou a qualquer ajuste no programa, mesmo apesar dos estudos terem sugerido que o programa não foi capaz de fomentar resultados positivos na área de saúde. De maneira similar, a avaliação de impacto do MCTG que revelou a inexistência de impactos sobre o conhecimento, atitude e práticas relacionadas ao HIV não levou a qualquer reestruturação significativa do programa para torná-lo mais eficaz na promoção de tais resultados.<sup>4</sup>

A necessidade de planos institucionais de incorporar críticas com base em evidências ao desenho do programa pode ser ilustrada pelos pilotos do SCT que aconteceram entre 2003 e 2010. Apesar de terem sido realizados com o propósito explícito de experimentação e aprendizado, para se chegar a uma decisão a respeito de qual o melhor desenho a se seguir para um programa nacional, ocorre que apenas dois deles

foram sujeitos a avaliações de impacto. E nenhum contribuiu de forma significativa para decisões a respeito de como se ampliar a iniciativa a partir de 2010. O piloto de Chipata, que adotou uma das estruturas de pagamento mais criativas, não foi avaliado ou considerado de maneira apropriada nesse processo. Seria plausível que, se todos os pilotos tivessem sido sujeitos a avaliações e os respectivos resultados tivessem sido efetivamente considerados, o SCT provavelmente poderia ter começado a operar, já em 2010, no formato que adotou em 2014, ao invés de ter funcionado durante quatro anos em formatos que se demonstraram indesejáveis posteriormente.

---

1 Essas condições ilustrativas frequentemente incluíam, entre outras: domicílios chefiados por idosos, domicílios com pessoas com deficiência, domicílios que forneciam cuidados a pessoas com doenças crônicas, domicílios com alta taxa de dependência, domicílios que vivem com fome persistente (GARCIA; MOORE, 2012; HAMONGA, 2006), domicílios sem abrigo adequado, domicílios cujos membros não possuem roupas, domicílios sem uma fonte regular de renda significativa e domicílios sem bens que lhes permitam lidar com crises (MISSÃO PERMANENTE DA REPÚBLICA DA ZÂMBIA EM GENEVRA, 2009).

2 Todos os valores apresentados como USD PPC 2011 seguem a seguinte metodologia. O valor dos benefícios em USD PPC 2011 é o dos benefícios convertido para dólares internacionais, utilizando o fator de conversão de Paridade de Poder de Compra (PPC). Calculado pelo Banco Mundial e disponível na base de dados de Indicadores do Desenvolvimento Mundial (World Development Indicators — WDI), o PPC para consumo privado é o “número de unidades de moeda de um país necessário para se comprar a mesma quantidade de bens e serviços no mercado local que um dólar americano compraria nos Estados Unidos”, assim medido em Unidades de Moeda Local (UML), de acordo com o dólar internacional. O último PPC tem data referência de 2011. Portanto, a série de Índices de Preços ao Consumidor (IPC) da base de dados da WDI foi usada para deflacionar os valores nominais dos benefícios para seus valores reais, nos níveis de preços do fim de 2011, antes da conversão ao dólar internacional.

Benefício em \$ Internacional = Benefício\_UML \* IPC\_2011 / (IPC\_ANO\_REF \* PPP)

Todos os valores em USD PPC 2011 foram calculados utilizando o último ano para o qual dados em UML estiveram disponíveis. Esse fato significa que todos os pilotos tiveram seus valores convertidos para USD PPC 2011, com base nos valores do benefício em UML em 2009, apesar de os valores de o benefício terem sido determinados anteriormente, em 2007.

A segunda fase do SCT foi convertida com base em valores em UML de 2014, que aumentaram em termos nominais, comparado com o que se pagava anteriormente. E a terceira fase do programa (atual) foi convertida com base em valores em UML de 2015, apesar de o valor do benefício ter sido determinado em 2014. Para essa terceira fase do SCT, tomamos 2016 como o ano de referência para valores em UML, visto que o valor nominal não mudou. Mas preferimos fazer a conversão para USD PPC 2011, com base no calor UML de 2015, porque houve inflação atipicamente alta em 2016.

3 Esse valor era originalmente ZMW 30.000, mas aumentou para ZMW 40.000, a partir de 2007 (GARCIA; MOORE 2012).

4 A resposta aos fracassos em ter os impactos desejados tem se manifestado como pilotos de gestão de caso com cobertura muito limitada.

---

## Referências

AMERICAN INSTITUTES FOR RESEARCH (AIR). *Zambia's Child Grant Program: 48-Month Impact Report*. Washington, D. C.: American Institutes for Research, 2016a. Disponível em: <[http://www.air.org/system/files/downloads/report/CGP\\_48month\\_Final\\_Jan2016.pdf](http://www.air.org/system/files/downloads/report/CGP_48month_Final_Jan2016.pdf)>. Acesso em: 8 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. *Zambia's Multiple Category Targeting Grant: 36-Month Impact Report*. Washington, D. C.: American Institutes for Research, 2016b. Disponível em: <[http://www.air.org/system/files/downloads/report/MCTG\\_36Month\\_Final\\_Feb2016.pdf](http://www.air.org/system/files/downloads/report/MCTG_36Month_Final_Feb2016.pdf)>. Acesso em: 8 dez. 2017.

BEAZLEY, R.; CARRARO, L. *Assessment of the Zambia Social Protection Expansion Programme Targeting Mechanisms*. Oxford: Oxford Policy Management and Rural Net Associates, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2JobSKS>>. Acesso em: 8 dez. 2017.

CENTRAL STATISTICAL OFFICE (CSO). *Living Conditions Monitoring Survey Key Findings*. Lusaka: Republic of Zambia Central Statistical Office, 2015. Disponível em: <<http://www.zamstats.gov.zm/index.php/publications/category/27-living-conditions>>. Acesso em: 8 dez. 2017.



- CHIMAI, B.; MULENGA, B. P. "Welfare Effects of Social Cash Transfers in Chipata and Kazungula Districts of Zambia." *Business and Economic Research* 4(1), 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/6D2z92>>. Acesso em: 5 mar. 2018.
- CHIWELE, D. K. "Assessing administrative capacity and costs of cash transfer schemes in Zambia: Implications for rollout." *IPC-IG Country Study*, n. 20. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/KFct9c>>. Acesso em: 5 mar. 2018.
- GARCIA, M.; MOORE C. M. T. *The Cash Dividend: The rise of cash transfer programs in Sub-Saharan Africa*. Washington, D. C.: World Bank, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/kJzaU>>. Acesso em: 5 mar. 2018.
- HABASONDA, L. M. *Political Economy of Cash Transfer in Zambia: A report prepared for the Overseas Development Institute*. London: Overseas Development Institute, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/NoYWqm>>. Acesso em: 5 mar. 2018.
- HAMONGA, J. "Community-Based Targeting Case Study: Zambia". 2006. Apresentado na Terceira Conferência Internacional sobre Transferências Condicionadas de Renda, Istambul, 29 de jun.
- HANDA, S.; SEIDENFELD, D.; TEMBO, G. *The Impact of a Large Scale National Cash Transfer Program on Household Time Preference*. Chapel Hill, NC: Carolina Population Center, University of North Carolina, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/jWu3WS>>. Acesso em: 5 mar. 2018.
- MICHELO, S. "Social Cash Transfer Scale-Up For Zambia." *One Pager*, n. 287. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth, 2015. Disponível em: <[http://www.ipc-undp.org/pub/eng/OP287\\_Social\\_Cash\\_Transfer\\_Scale\\_Up\\_for\\_Zambia.pdf](http://www.ipc-undp.org/pub/eng/OP287_Social_Cash_Transfer_Scale_Up_for_Zambia.pdf)>. Acesso em: 8 dez. 2017.
- MINISTRY OF COMMUNITY DEVELOPMENT AND SOCIAL WELFARE (MCDSW). *Social Cash Transfer (SCT) Overview*. Lusaka: Ministry of Community Development and Social Welfare, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2Lf5jHU>>. Acesso em: 8 dez. 2017.
- MINISTRY OF COMMUNITY DEVELOPMENT AND SOCIAL WELFARE (MCDSW); AMERICAN INSTITUTES FOR RESEARCH (AIR). *The Child Grant Programme: A Comprehensive Summary of Impacts (2010–2014)*. Lusaka: Ministry of Community Development and Social Welfare, 2016a. Disponível em: <[https://www.unicef.org/zambia/Policy\\_Brief\\_CG\\_final.pdf](https://www.unicef.org/zambia/Policy_Brief_CG_final.pdf)>. Acesso em: 8 dez. 2017.
- \_\_\_\_\_. *The Multiple Categorical Targeting Grant: A Comprehensive Summary of Impacts (2011–2014)*. Lusaka: Ministry of Community Development and Social Welfare, 2016b. Disponível em: <[https://www.unicef.org/zambia/Policy\\_Brief\\_MCTG\\_final\\_May\\_2016.pdf](https://www.unicef.org/zambia/Policy_Brief_MCTG_final_May_2016.pdf)>. Acesso em: 8 dez. 2017.
- MONTEIRO COSTA, A. B.; GYOERI, M.; VERAS SOARES, F. "Scaling Up Cash Transfer Programmes: Good Practices and Lessons Learned from Kenya, Tanzania and Zambia." *Community of Practice on Cash Transfers in Africa, Policy Brief*, n. 1. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2INtLzi>>. Acesso em: 8 dez. 2017.
- MISSÃO PERMANENTE DA REPÚBLICA DA ZÂMBIA EM GENEBRA. Note n. 16/09. Response to the questionnaire on cash transfers addressed to governments by the independent expert on the question of human rights and extreme poverty. Geneva: Permanent Mission of the Republic of Zambia in Geneva. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/Documents/Issues/EPoverty/casher/Zambia.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2017.
- SCHURING, E. Strings Attached or Loose Ends? The Role of Conditionality in Zambia's Social Cash Transfer Scheme. Maastricht, Netherlands: Maastricht Graduate School of Governance, 2010.
- SCHURING, E.; MICHELO, S.; BOONSTOPPEL, E. E. Final Evaluation Report: Kalomo Social Cash Transfer Scheme. Lusaka: Ministry of Community Development and Social Services, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2J5c1Uk>>. Acesso em: 8 dez. 2017.
- SEIDENFELD, D.; HANDA, S. Results of the Three Year Impact Evaluation of Zambia's Cash Transfer Program in Monze District. Final Report. Lusaka and Washington, D. C.: American Institutes for Research, 2011. Disponível em: <<https://unc.live/2srKT7B>>. Acesso em: 8 dez. 2017.
- TEMBO, G.; FREELAND, N.; CHIMAI, B.; SCHURING, E. "Social Cash Transfers and Household Welfare: Evidence from Zambia's Oldest Scheme." *Applied Economics and Finance* 1(1), May, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2spVKyP>>. Acesso em: 8 dez. 2017.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF); INSTITUTO DA ZÂMBIA PARA ANÁLISE E ESTUDOS DE POLÍTICAS (ZIPAR). Analytical Brief of the Social Sector Budget 2017: "Leaving No One Behind". New York: United Nations Children's Fund and Lusaka: Zambia Institute for Policy Analysis and Research, 2016. Disponível em: <<https://uni.cf/2HcjfjB>>. Acesso em: 8 dez. 2017.
- VAN UFFORD, P. Q.; HARLAND, C.; MICHELO, S.; TEMBO, G.; TOOL, K.; WOOD, D. "The Role of Impact Evaluation in the Evolution of Zambia's Cash Transfer Programme." In: From Evidence to Action: The Story of Cash Transfers and Impact Evaluation in Sub-Saharan Africa, 1st edition, edited by DAVIS, B.; HANDA, S.; HYPHER, N.; WINDER ROSSI, N.; WINTERS, P.; YABLONSKI, J. Oxford: Oxford University Press, 2016. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/a-i5157e.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2017.

As opiniões expressas neste resumo são dos autores e não necessariamente do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento ou do Governo do Brasil.

## Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo

SBS, Quadra 1, Bloco J, Ed. BNDES, 13º andar  
70076-900 Brasília, DF - Brasil  
Telefone: +55 61 2105 5000

[ipc@ipc-undp.org](mailto:ipc@ipc-undp.org) ■ [www.ipcig.org](http://www.ipcig.org)

