

# Quão harmonizado é o Programa Social de Transferência de Renda do Zimbábue?

Pedro Lara de Arruda, Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG)

**Desde 2010, o Zimbábue vem construindo** um Sistema Nacional de Gestão de Casos (*National Case Management System* — NCMS), com o intuito de integrar os registros das várias iniciativas de proteção social e cuidado infantil do país. Espera-se que esse sistema automatize a correspondência dos serviços para beneficiários em potencial. Tal situação traria grandes benefícios para a gestão de casos em âmbito local, visto que há muitas iniciativas de pequena escala e fragmentadas. Entretanto, a automação de registros ainda não se encontra desenvolvida a esse nível, não obstante um projeto-piloto que teve início em fevereiro de 2017 e que pretende trazer grandes avanços nessa área. De qualquer forma, até 2016, o NCMS permitiu o treinamento e o fortalecimento institucional de assistentes sociais e trabalhadores da área da saúde em âmbito local, possibilitando-lhes o aprimoramento da gestão de casos mesmo sem o respaldo de um sistema de monitoramento e informação (SMI) plenamente funcional.

Uma das desvantagens do NCMS é que ele não é especialmente integrado com o outro pilar do sistema de proteção social no país: o Programa Harmonizado de Transferência Social de Renda (*Harmonized Social Cash Transfer* — HSCT). Portanto, cada um conta com o próprio SMI (o NCMS só possui um SMI piloto, com cobertura limitada a seis distritos), e há baixa convergência de cobertura entre o HSCT e as iniciativas sob o âmbito do NCMS.

O HSCT deriva de experiências prévias de pilotos de transferência de renda, remontando a 2009. Porém, diferentemente de seus antecessores, o HSCT (lançado em 2011 e distribuindo pagamentos desde 2012) definiu seus critérios de elegibilidade com o objetivo de cobrir domicílios com altas taxas de dependência, ao invés de definir uma miríade de características domiciliares tidas como vulneráveis. Por exemplo, se um domicílio é chefiado por uma criança, uma viúva, um idoso, se possui órfãos e crianças vulneráveis, pessoas com deficiências e/ou com doenças crônicas, etc. Esse fato não apenas simplificou o programa e aumentou sua legitimidade, mas também permitiu o trabalho de maneira igualmente eficiente na cobertura dessas categorias e, especialmente, na cobertura de domicílios com membros infectados, afetados e vulneráveis ao HIV, incluindo órfãos e crianças vulneráveis.

O HSCT está definido de modo a cobrir domicílios que sofrem tanto como pobreza alimentar como com restrição de mão de obra (com uma taxa de dependência de 3:1, ou 2:1 se o domicílio possui ao menos um membro com deficiência grave ou doença crônica, que necessite de cuidados intensivos). A pobreza alimentar é estimada por um teste de meios (*proxy means test* — PMT). O processo de seleção de beneficiários consiste em um censo aplicado em distritos cobertos pelo HSCT, para identificar um primeiro conjunto de domicílios potencialmente elegíveis, que são então submetidos a um PMT. Os resultados possibilitam que o SMI do programa sinalize uma lista de domicílios a serem matriculados. Essa lista é enviada a autoridades distritais, que então fazem uma verificação de uma amostragem randômica de formulários para validar a consistência do PMT. Ademais, desde 2013, a lista que é automaticamente gerada pelo PMT é submetida a uma análise comunitária. A comunidade não pode alterar a lista em si, mas pode apontar informações incorretas ou incompletas a respeito de certos domicílios, para que seus PMT possam ser recalculados.

O HSCT é composto por um benefício variável, com subsídios *per capita* crescentes — até quatro pessoas por domicílio. Os benefícios começam em US\$ 10 mensais e aumentam em US\$ 5 por pessoa até um máximo de quatro por domicílio. Os pagamentos, realizados de forma bimestral, são preferencialmente entregues a mulheres. Além do benefício em dinheiro, o HSCT também promove a prestação de serviços de assistência social e de proteção infantil, fazendo jus à denominação "harmonizado". Todavia, a estratégia de se promover tal integração por meio de um sistema automatizado, que assinala beneficiários do HSCT como aptos a se beneficiar de outras iniciativas e vice-versa, não está ainda funcional, uma vez que os SMIs do HSCT e do NCMS não estão integrados.



Uma medida imediata possível para aliviar essas limitações seria conectar o HSCT ao principal programa de assistência do país: o Módulo de Assistência à Educação Básica (*Basic Education Assistance Module* — BEAM), ao qual os beneficiários do HSCT têm menos acesso que seus pares contrafactuais.

O HSCT também deveria considerar um aumento no valor de seu benefício, visto que a maioria dos domicílios possui mais que cinco membros, o que torna o atual benefício per capita pequeno demais para alcançar o objetivo do programa.

*Referência:*

ARRUDA, P. L. "Zimbabwe's Social Protection System and its Harmonized Social Cash Transfer (HSCT) Programme". *IPC-IG Working Paper* No. 175. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth, 2018.