

Os desafios na harmonização dos principais programas de transferência social de Moçambique

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

Moçambique é um país de baixa renda localizado no sudeste da África, com incidência de pobreza em torno de 40 por cento. Suas três principais iniciativas de transferências sociais são:

- Programa Básico de Subsídio Social (*Basic Social Subsidy Programme* — PSSB): Uma transferência de renda direcionada a domicílios extremamente pobres sem adultos aptos a trabalhar: chefiados por idosos ou com pessoas com deficiências, com doenças crônicas ou incapacitados de trabalhar;
- Programa de Ação Social Produtiva (*Productive Social Action Programme* — PASP): Uma iniciativa para promover projetos de obras públicas que visa construir ou atualizar infraestrutura em comunidades pobres e vulneráveis, fornecendo treinamento e outras oportunidades educacionais aos beneficiários. Esses projetos são operacionalizados por meio de mecanismos de autoseleção, apesar de haver ênfase em se priorizar domicílios vulneráveis com um ou mais membros aptos a trabalhar.
- Programa de Ação Social Direta (*Direct Social Action Programme* — PASD): Uma iniciativa intersectorial entre o Ministério do Gênero, Criança e Ação Social (MGCAS) e o Ministério da Saúde (MISAU) para fornecer vales-alimentação a domicílios encabeçados por crianças e a domicílios com pessoas doentes, em pobreza alimentar e sofrendo com malnutrição. Também tem uma vertente para beneficiar domicílios afetados por choques idiossincráticos. Diferentes vertentes do programa operam benefícios em cronogramas distintos, variando desde pagamentos pontuais até apoio de médio e longo prazo.

O PSSB limita grande parte de sua capacidade por focalizar domicílios com membros com deficiências ou doenças crônicas, uma vez que apenas beneficia domicílios sem membros aptos a trabalhar. Uma análise de sua cobertura também revela que há um viés contra domicílios elegíveis com muitos dependentes, visto que cerca de 50.000 beneficiários secundários não foram reportados em 2014. Esse viés não é consequência do desenho do programa, mas advém do fato de autoridades locais preferirem concentrar seus orçamentos limitados no maior número de domicílios possível, ao invés de abranger menos domicílios com mais membros que, portanto, teriam direito a subsídios maiores.

Por essas iniciativas operarem sem o apoio de um sistema robusto de gestão e informação e sem um mecanismo forte de monitoramento e avaliação, o acesso público a estatísticas de cobertura é bastante escasso, especialmente no que diz respeito a estatísticas desagregadas por vertente de programa e critério de seleção. Essa limitação é especialmente evidente no PASD, uma vez que os parceiros implementadores (Programa Mundial de Alimentos — PMA) e o governo elaboram relatórios de cobertura distintos, limitados às unidades gerenciadas por cada um.

Dados a respeito da cobertura do PASD durante o primeiro semestre de 2014 (excluindo os componentes custeados pelo PMA) indicam que vários grupos sofrem de cobertura reduzida, incluindo pessoas com HIV, pessoas temporariamente incapacitadas de trabalhar e domicílios com crianças de 0 a 24 meses que necessitam de substitutos do leite materno.

Em razão desses desafios, parece razoável que tais programas passem por algum tipo de simplificação em seus critérios de elegibilidade e uma redução na sobreposição de focalização entre várias categorias que definem elegibilidade para os programas. Uma ideia prudente seria alterar os critérios de elegibilidade



para incluir a cobertura de domicílios com altas taxas de dependência. Esse fato provavelmente manteria a elegibilidade de muitos domicílios que atualmente se beneficiam do PSSB, ao mesmo tempo em que facilitaria um entendimento sobre o programa. Também poderia levar ao registro de outros domicílios vulneráveis, que atualmente não são elegíveis em decorrência do desenho do programa.

Entretanto, é possível que essa situação leve a impactos orçamentários significativos no programa, na medida em que mais pessoas seriam consideradas elegíveis. Isso é provavelmente a razão pela qual a atual Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (ENSSB II) não seguiu esse caminho. Não obstante, até mesmo a questão orçamentária poderia ser resolvida se, por exemplo, a alteração nos critérios de elegibilidade também incluísse a redução do limite de elegibilidade para o teste de meios (*proxy means test*), para compensar os novos domicílios que cairiam na categoria de “alta taxa de dependência”. Ao invés disso, o ENSSB II optou por criar ainda outra categoria de focalização para domicílios com crianças entre 0 e 2 anos, que pode levar a uma complexidade ainda maior.

Muitos critérios de elegibilidade do PSSB, do PASP e especialmente do PASD dependem de verificações de condições de saúde, mas o sistema de encaminhamento entre profissionais de saúde e assistentes sociais ainda é muito ineficiente. Isso é verdade mesmo apesar de o país possuir estruturas descentralizadas relacionadas tanto ao MISAU quanto ao MGCAS, que teoricamente poderiam cooperar entre si, mas que, na verdade, trabalham de forma muito isolada.

No contexto do PASD, os profissionais de saúde são responsáveis pela identificação de beneficiários em potencial e seu encaminhamento ao INAS. Embora o potencial desse *modus operandi* para fortalecer iniciativas intersectoriais entre saúde e assistência social, na realidade o excesso de critérios de elegibilidade, a falta de diretrizes claras e a falta de atividades conjuntas e de coordenação entre partes interessadas resultam em um serviço de encaminhamento ineficiente e meramente passivo. Portanto, poderíamos até mesmo questionar a equidade de uma estratégia de registro que depende nas avaliações das pessoas sobre suas condições de saúde para depois serem encaminhadas a serviços de assistência social, visto que, de início, os mais pobres tendem frequentemente a ter menos acesso a serviços de saúde.

Enquanto o PASD espera que os profissionais de saúde tenham papel vital como portas de entrada para o registro, o programa não fornece qualquer treinamento, incentivo ou pagamento a esses profissionais. Nos distritos em que o PASD opera em parceria com o PMA, há geralmente um serviço melhor de encaminhamento dos centros de saúde ao INAS, mas que se limita ao processo de registro e não inclui iniciativas para fornecer apoio regular a domicílios elegíveis cujos membros enfrentam doenças crônicas e/ou deficiências.

Referência:

ARRUDA, P. L. “Mozambique’s Social Protection System: an overview of its three core social transfers.” *IPC-IG Working Paper No. 173*. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth, 2018.