



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Soziale Aspekte der HIV/AIDS-Maßnahmen gegen Mutter-Kind-Übertragung in Brasilien

Diplomarbeit

vorgelegt am 14. August 2009 von
Adriana Garcia de Carvalho

Erstbetreuerin: Frau Prof. Dr. Christine Färber
Zweitbetreuerin: Frau Prof. Dr. Ulrike Arens-Azevêdo

Inhaltsverzeichnis

Resumo.....	4
Zusammenfassung.....	5
1 Einleitung.....	6
2 Allgemeine Grundlagen	9
2.1 Die aktuelle Situation und die epidemiologischen Trends in Brasilien	9
2.1.1. Geschlechterverhältnisse.....	9
2.1.2. Schulbildung	10
2.1.3. Hautfarbe und Rasse.....	10
2.2 Die HIV-Epidemie in Rio de Janeiro	11
2.3 HIV und Schwangerschaft.....	13
2.4 Das brasilianische Gesundheitssystem	14
2.4.1. Die integrale Versorgung	14
2.4.2. Der ambulante Sektor.....	15
2.4.3. Familiengesundheitsprogramme – PSF	15
2.4.3.1. Das Angebot des Posto de Saúde da Família (PSF).....	16
2.4.3.2. Das pränatale Angebot der Familienplanungszentren (PSF)	16
2.5 Zentren für Untersuchung und Beratung übertragbarer Erkrankungen- CTA	17
2.6 Integrierter Plan zur Bekämpfung der Feminisierung der HIV-Epidemie.....	18
3 Fragenstellungen und Erhebungsmethoden.....	21
3.1 Methode und Forschungsfragen	21
3.2 Fragestellungen	21
3.3 Methodenauswahl	22
3.4 Methodenwendungen und Auswahl der Interviewpersonen.....	23
3.5 Entwicklungen des Leitfadens	24
3.6 Durchführung der Leitfadeninterviews.....	25
3.7 Ambiente-Protokoll.....	25
3.8 Materialauswertung	27
3.9 Interviewpersonen	28
4 Darstellung der Ergebnisse	29
4.1 Darstellung der Interviewergebnisse.....	29
4.2 Soziale Lage und die Folge für die Therapie.....	29
4.3 Die Beeinträchtigung der Arbeit durch Diskriminierung und Gewalt.....	30
4.3.1. Diskriminierung.....	30
4.3.2. Gewalt	33
4.4 Lebenseinstellungen der Brasilianerinnen	33
4.4.1. Der Umgang der Frauen mit der aktuellen Lebenssituation	35
4.5 Verbesserung der Lebensqualität und des Verantwortungsbewusstseins.....	36
4.5.1. Appell an die Verantwortung der Mutter	37
4.5.2. Druck im Hinblick auf die Kontinuität der Behandlung	37
4.5.2.1. Eine Mahlzeit als Vorteil der HIV-Therapie	38
4.5.3. Bessere Qualität in der Arzt-Patient-Beziehung.....	38
4.5.4. Gesundheitlicher Vorteil durch gewonnene Zeit.....	38
4.6 Verbesserung der Lebensqualität durch Aufklärungen und Erhaltung.....	39
4.7.1 Der Umgang mit dem HIV-Test	40
4.7.1.1. Der fehlende HIV-Test	41
4.8 Die Einstellung der Mediziner gegenüber der Schwangerschaftsvorsorge	42
4.8.1. Personalknappheit und die folgenden Schwierigkeiten.....	44
4.9 Kooperationen mit anderen Institutionen.....	45
4.9.1. Die Institution Kirche in der HIV/AIDS- Arbeit	45
4.10 Prävention.....	46
4.10.1. Die Präventionsprogramme der CTAs	46
4.10.2. Die nationale Präventionskampagne und ihre Wirkung.....	47
4.10.3. Verbesserungsvorschläge bezüglich der nationalen Präventions	48
4.11 Allgemeine Lösungsvorschläge.....	50
5 Diskussion und Handlungsempfehlungen	53
6 Schlussbetrachtung	57
7 Literaturverzeichnis.....	59

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<i>Abbildung 1: Registrierte Fälle von mindestens einer infizierten Frau.....</i>	9
<i>Abbildung 2: Die fünf Regionen Brasiliens</i>	12
<i>Abbildung 3: Rio de Janeiro</i>	12
<i>Abbildung 4: Allgemeine Disposition eines CTA.....</i>	26
<i>Tabelle 1: Fälle der HIV-infizierten Schwangeren nach Bildungsniveau und Hautfarbe....</i>	11
<i>Tabelle 2: Fälle der HIV-infizierten Schwangeren pro Altersklasse.....</i>	13
<i>Tabelle 3: Daten zu allen Interviewpersonen</i>	28

Resumo

A presente monografia tem como objetivo mostrar a situação atual da epidemia de HIV/SIDA no Brasil, tendo como foco principal a situação social da mulher. Contempla, também, as medidas de apoio que o governo Brasileiro vem tomando com o intuito de reduzir a incidência de casos da doença na população. Apesar do sucesso das medidas existem ainda muitos desafios para serem superados, como por exemplo, a melhoria da qualidade de vida das mulheres, independente do seu estado de saúde. O objetivo da análise é contemplar questões relativas à situação social destas famílias e os problemas que afetam diretamente o trabalho destes profissionais, visando assim à reflexão para uma possível recomendação para a melhoria do serviço. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi abertas, realizadas com dez profissionais, da área da saúde e da assistência social que trabalham diretamente com mulheres grávidas contaminadas que são atendidas nos Centros de testagem e aconselhamento de uma região do Brasil. A análise aponta à importância de se mudar a noção básica do Pré-natal como um serviço puramente médico e ainda a necessidade de abordar questões emocionais e sociais das gestantes principalmente das classes mais pobres, independente do status sorológico das mulheres. Para isso é necessário uma maior cooperação entre o trabalho médico e o trabalho da assistência social. Visando à troca de informação e a unificação da postura em relação à orientação oferecida às gestantes. Na área de prevenção, verificou-se a necessidade de trabalhar, mais intensamente, a participação responsável dos homens, principalmente o das classes sociais mais baixas, no que diz respeito ao sexo seguro, ao planejamento familiar e a paternidade. Através desta divisão de responsabilidades sociais, acredita-se em uma amenização das exigências que a sociedade brasileira impõe principalmente às mulheres de renda baixa.

Zusammenfassung

Diese Arbeit stellt den aktuellen Stand der HIV / AIDS Therapie in Brasilien dar und zeigt die von der brasilianischen Regierung unternommenen Maßnahmen, um die Inzidenz bei der Mutter-Kind-Übertragung zu reduzieren. Trotz großer Erfolge mit der kostenlosen anti-retroviralen Therapie in Brasilien gibt es noch viele Herausforderungen zu überwinden, wo mehrere Schwachstellen sich zeigen, wie zum Beispiel gezielte Maßnahmen in Richtung Verbesserung der Lebensqualität, unabhängig von dem Gesundheitszustand der Betroffenen, zu ergreifen. Das Ziel dieser Diplomarbeit ist, die Wirkung des sozialen Hintergrunds der Patientinnen im beruflichen Alltag der Mediziner und Sozialpädagoginnen unter verschiedenen Aspekten zu untersuchen und daraus mögliche Empfehlungen zu geben.

Die Daten wurden in Form von Experten-Interviews gewonnen, die Befragung wurde mit zehn Mitarbeitern von zwei CTAs durchgeführt. Das Befragungsinstrument wurde in sechs Hauptthemen geteilt, nämlich Berufserfahrung im Bereich der HIV / Aids, die alltägliche Erfahrung der therapeutischen Arbeit in der CTA, die Motivation und die Erwartungen bezüglich der Ergebnisse der Arbeit in der CTA, sodann das Thema Prävention und schließlich mögliche Lösungen, Ideen und Vorschläge.

Aus der Analyse ergab ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der sozialen Situation der Familien und den dargestellten alltäglichen Hindernissen für die Arbeit der Experten. Die Analyse unterstreicht damit die Wichtigkeit der Empfehlung einer Änderung des grundlegenden Konzepts, vorgeburtlichen Betreuung als rein medizinischen Dienst zu betrachten und betont den Bedarf, emotionale und soziale Probleme der Schwangeren, vor allem aus den ärmeren Klassen, mit einzubeziehen und zwar unabhängig von der serologischen Status der Frauen.

Bei der Empfehlung im Präventionsbereich wurde die Notwendigkeit einer intensiveren an Männer gerichteten Arbeit im Hinblick auf mehr Verantwortung im Bereich "Safe Sex", Familieplanung und Vaterschaft dargestellt.

Erforderlich dafür ist die ständige Aktualisierung der Präventionsprogramme durch die Anpassung der Strategien und Maßnahmen, zu erreichen möglicherweise durch mehr Aufklärung, Information, Bildung, Orientierung und soziale Beratung, zielgerichtet auf eine bessere Versorgung der Bevölkerung.

1 Einleitung

Der globale AIDS-Epidemie-Bericht des Jahres 2008 der Vereinten Nationen (UNAIDS) zählt 630 000 Menschen, die mit HIV in Brasilien leben, das bedeutet 0,5 Prozent Prävalenz). Das Land registriert 30 000 neue HIV-Fälle pro Jahr. Ein Drittel von ihnen ist zwischen 15 und 24 Jahre alt, mit steigender Zahl sind Frauen und Menschen über 50 Jahre betroffen. Jährlich sterben 11 000 Menschen in dem Land an dieser Krankheit. Von 1983 bis 2007 gab es 200.000 Todesfälle durch HIV / AIDS (Boletim epidemiológico 2007).

In Brasilien ist nicht nur die Zahl der HIV/AIDS-Betroffenen ein wichtiges Gesundheitsproblem. Die Haupt-Todesursachen der Bevölkerung sind Erkrankungen des Kreislauf-Systems in Verbindung mit schlechter Ernährung, übermäßigem Alkoholkonsum und Rauchen (Ministerio da Saúde 2007). Die Epidemie konfrontiert Brasilien deswegen mit verschiedenen existenziellen Fragen, die nicht mit der Krankheit selbst zu tun haben, sondern mit sozioökonomischen Aspekten und Lebensbedingungen. Im Gegensatz zu HIV sind Hunger und Elend sofortige Lebensbedrohungen. Es wird offenbar, dass gesellschaftliche Denkweisen die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Weil das Land bei der Bekämpfung der Epidemie weiter erfolgreich sein will, ist eine Verminderung der extremen sozialen Differenz, besonders in Hinblick auf die Ungleichheit zwischen Mann und Frau und zwischen Reich und Arm, erforderlich. Kulturelle, moralische und sogar die sozioökonomischen Strukturen müssen daher in manchen Aspekten umgestellt werden, denn darüber hinaus fordert die Krankheit jeden, seine Intimität zu reflektieren und gegebenenfalls mit weniger Tabus und Vorurteilen offen zu legen.

Brasilien gilt als erfolgreiches Land in der Bekämpfung von HIV/AIDS. Im Kampf um Arzneipatente setzte sich Brasilien 1996 durch und ermöglichte kostenlose Therapien und Medikamente für alle Menschen im Land, die mit dem Virus infiziert wurden, was entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität der HIV-Infizierten beitrug. Das Land entwickelte eine offensive HIV- Präventionspolitik, die auf drei Säulen basiert: Prävention, Schnelltest und Medikamente. Heutzutage heißt es in Brasilien: „Je früher ein Individuum seinen serologischen Status kennt, desto frühzeitiger kann es mit einer kostenlosen HIV-Therapie anfangen, um sich selbst und die anderen zu schützen“. Aufgrund der kostenlosen Schnelltests, die

in den Posten des Sistema Único de Saúde durchgeführt werden, kennt jeder Dritte in Brasilien seinen serologischen Status. Außerdem wird die konsequente Benutzung von Kondomen gefördert. Das Verantwortungsbewusstsein wird dadurch weiterhin verstärkt. Die Zahl der Todesfälle und der Krankenhausaufenthalte im Zusammenhang mit AIDS ist dadurch rückläufig geworden. Es gibt jedoch bei den soziokulturellen Dimensionen und der Achtung der Menschenrechte in dem jeweiligen sozialen Kontext noch viele Herausforderungen zu überwinden. Eine davon ist die steigende Prävalenz bei Frauen, was dazu auffordert, die Frauen mit HIV / AIDS und ihre Bedürfnisse zu betrachten.

In den letzten Jahren wurde in Brasilien festgestellt, dass sich die Anzahl der infizierten Frauen, die in einer festen Beziehung leben, erhöht hat (Boletim epidemiológico 2006). Etwa jede fünfte HIV-Infektion wird bei einer Frau festgestellt. Von 2001 bis 2007 hat sich die Zahl der Infizierten generell um 90.000 erhöht, trotz der oben genannten Maßnahmen. Nach Schätzungen von UNAIDS und der World Health Organization waren im Jahr 2007 in Brasilien 730.000 Menschen mit HIV infiziert, darunter 240.000 Frauen. „Die Anzahl der Kinder, die mit dem Virus infiziert sind, konnte nicht geschätzt werden.“ (UNAIDS 2008)

Die Anmeldung von neuen HIV Fällen erfolgt anonym und ist Pflicht. Die Behandlung ist allerdings nicht von der Anmeldung abhängig. Die aktuelle Empfehlung des Gesundheitsministeriums ist dass Frauen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sich dreimal auf HIV testen lassen. Der erste Test findet am Anfang der Schwangerschaft statt. In der zweiten Schwangerschaftsperiode und am Ende der Schwangerschaft, also vor der Geburt, wird noch ein Test gemacht. Das Ziel dieser Maßnahmen ist es, die vertikale Übertragung zu stoppen. Denn in der Schwangerschaft besteht eine Wahrscheinlichkeit von 30%, dass der Nachwuchs sich im Mutterleib infiziert, falls einer der Eltern HIV- positiv ist. Infolgedessen führte die brasilianische Regierung in Zusammenarbeit mit den regionalen Regierungen viele unterstützende Maßnahmen in der Bevölkerung durch das SUS¹ ein. Diese Maßnahmen sind vielfältig und breitgefächert, von gebührenfreien Medikamenten

¹ SUS Sistema único de saúde - einheitliches Gesundheitssystem

bis zu kostenlosen Transportmitteln, mit dem Ziel, den HIV-infizierten Schwangeren und Müttern den Alltag und die Lebensführung zu erleichtern.

Diese Erleichterungen, die nur in Verbindung mit einer unheilbaren Krankheit zu bekommen sind, verändern die Lebensqualität der Betroffenen nicht nur medizinisch, sondern auch sozioökonomisch. Plötzlich bekommen viele Frauen Unterstützung aus verschiedenen Richtungen durch multidisziplinäre Teams, die bis jetzt für sie oft fremd waren, zum Beispiel: psychologische Betreuung, Beratung in dem Bereich bürgerlichen der Rechte; und eventuell werden sie in spezielle Programme für sehr arme Leute aufgenommen, im Gegensatz zu der Beratung in den Gesundheitsposten, die nur rein medizinisch ist. Dies bedeutet eine Reihe von Unterstützungen, die sie, wenn sie nicht infiziert wären, nicht wahrnehmen würden, nicht weil es die Unterstützung nicht gibt, sondern weil die entsprechende Beratung und Orientierung fehlen. Gibt es andere Möglichkeiten, armen Leute zu helfen, die nicht unbedingt mit einer Krankheit zu tun haben? Wie erlebt das medizinische Personal diese Unterstützungsmöglichkeiten des Gesundheitsförderungsprogramms der brasilianischen Regierung für HIV-infizierte Schwangere? Wo sehen sie noch bestehende Schwierigkeiten? Welches sind die denkbaren Möglichkeiten, um diese Frauen zu unterstützen? Welche Verbesserung schlagen sie vor?

Um diesen Fragen näher zu kommen, wurden zwei CTAs in der südostbrasilianischen Region Rio de Janeiro mit qualitativen Interviews empirisch untersucht.

Die folgende Arbeit wird in vier Abschnitte geteilt. Im ersten Abschnitt werden die epidemiologischen Daten zu HIV/AIDS in Brasilien präsentiert, gefolgt von der soziokulturellen Lage der Frauen in Brasilien und deren Vulnerabilität. Die Ziele und Maßnahmen des Gesundheitssystems in Brasilien und das AIDS - Präventions- Programm werden auch kurz dargestellt.

Im zweiten Abschnitt wird die Befragung und der Umgang mit den Erhebungsmethoden vorgestellt.

Der dritte Abschnitt befasst sich hauptsächlich mit den Ergebnissen der Erhebung. Zum Schluss werden die Ergebnisse und Diskussionspunkte dargestellt.

2 Allgemeine Grundlagen

2.1 Die aktuelle Situation und die epidemiologischen Trends in Brasilien

In Brasilien leben heutzutage 192.709.598 Menschen, davon sind ca. 620.000 [370.000–1 Million] mit HIV infiziert. Das sind ein Drittel aller Personen in Lateinamerika, die mit dem Virus infiziert sind (UNAIDS 2007). Die ärmeren Bevölkerungsschichten sind besonders stark von AIDS betroffen. Unter den Menschen mit niedrigem Bildungsstand und in den unteren sozioökonomischen Schichten werden immer höhere HIV-Prävalenzen festgestellt. Mit der Ausbreitung der HIV- Epidemie hat sich der Anteil der Frauen an den Infizierten erhöht. Von 1980 bis Juni 2007 wurden insgesamt 474.273 Fälle identifiziert, davon 289.074 in der Südost-Region. Die höchsten Inzidenzraten liegen in der Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren (UnaidS 2006).

2.1.1. Geschlechterverhältnisse

Es ist festzustellen, dass sich das Zahlenverhältnis der Infizierten zwischen den Geschlechtern (M: W) in Brasilien im Laufe der Zeit veränderte. Im Jahr 1986 betrug das Verhältnis Männer zu Frauen 15: 1. Im Jahr 2005 hat sich dieses Verhältnis deutlich verschlechtert: Heutzutage beträgt das Verhältnis 15:10. Die am meisten betroffenen Frauen sind zwischen 25 und 39 Jahren, damit erhöht sich das Risiko der HIV-Vertikalübertragung (Boletim epidemiológico 2007).

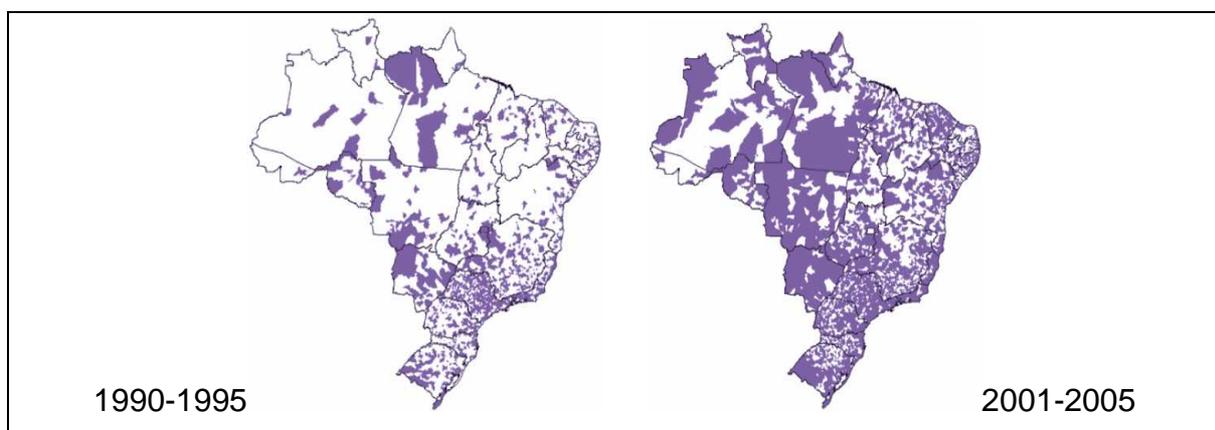


Abbildung 1: Registrierte Fälle von mindestens einer infizierten Frau (Sinan 2006)

2.1.2. Schulbildung

Obwohl das Niveau der Schulbildung allein nicht ausreicht, um die sozioökonomischen Bedingungen der Bevölkerung zu bestimmen, ist es der wichtigste Indikator für Armut. Dementsprechend zeigen die Daten, dass 51% aller Infizierten zwischen einem und sieben Jahren Schulbildung abgeschlossen haben, 23,8% acht Jahre oder mehr und 3,4% keine Schulbildung. In 22 % der Fälle wurden diese Informationen nicht erhoben aufgrund der noch nicht erkannten Wichtigkeit dieser Indikatoren (Boletim epidemiológico 2007).

2.1.3. Hautfarbe und Rasse

In Bezug auf Rasse / Hautfarbe wurde festgestellt, dass 39,5% schwarz und Mulatten sind, 46,1% sind weiß, 0,2% Indianer und 0,8% gelb (asiatischer Herkunft). Das Zahlenverhältnis zwischen den Rassen/Hautfarben in Brasilien hat sich im Laufe der Zeit auch verändert. Der Anteil zwischen den Weißen und Schwarzen bzw. Mulatten, ist bei den Frauen stärker ausgeprägt; die Zahlverhältnisse waren 1,6 Weiße zu einer Schwarzen im Jahr 2001, jetzt reduziert es sich auf 1,1 Weiße zu einer schwarzen infizierten Frau. Es ist wichtig, auf einige Einschränkungen dieser Informationen, wie z. B. die Schwierigkeiten bei der Einstufung der Rasse oder der Farbe und das hohe Maß an unbekanntem Informationen, hinzuweisen (Boletim epidemiológico 2007).

Tabela XVII - Casos de gestantes infectadas pelo HIV segundo características dos casos por ano do parto. Brasil, 2000-2007⁽¹⁾.

Brasil	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%												
Escolaridade da gestante																		
nenhuma	75	4,4	114	3,5	162	3,4	206	3,5	194	3,1	205	3,4	167	3,1	. ⁽²⁾	-	1143	3,4
1 a 3 anos	228	13,3	508	15,5	691	14,3	821	13,8	770	12,5	759	12,6	622	10,5	. ⁽²⁾	-	4399	13,0
4 a 7 anos	588	34,3	1238	37,8	1828	37,9	2249	37,9	2412	39,2	2290	37,9	2235	37,6	. ⁽²⁾	-	12640	37,9
8 a 11 anos	285	16,6	540	16,5	860	17,9	1174	19,8	1367	22,2	1424	23,6	1323	22,3	. ⁽²⁾	-	6973	20,6
12 e mais anos	35	2,0	67	2,0	119	2,5	184	3,1	209	3,4	242	4,0	239	4,0	. ⁽²⁾	-	1095	3,2
Ignorado	501	29,3	812	24,8	1157	24,0	1306	22,0	1208	19,6	1118	18,5	1336	22,5	. ⁽²⁾	-	7438	21,9
Raça/cor da gestante																		
branca	723	42,2	1584	48,3	2289	47,5	2673	45,0	2836	46,0	2745	45,5	2615	44,0	1280	52,5	16745	46,1
preta	179	10,5	385	11,7	678	14,1	886	14,9	923	15,0	890	14,7	891	15,0	326	13,4	5158	14,2
amarela	12	0,7	15	0,5	40	0,8	49	0,8	56	0,9	54	0,9	41	0,7	22	0,9	289	0,8
parda	326	19,0	600	18,3	969	20,1	1473	24,8	1591	25,8	1662	27,5	1852	31,2	700	28,7	9173	25,3
indígena	0	0,0	4	0,1	7	0,1	7	0,1	10	0,2	22	0,4	26	0,4	9	0,4	85	0,2
Ignorado	472	27,6	691	21,1	834	17,3	852	14,3	744	12,1	665	11,0	517	8,7	101	4,1	4676	13,4
Total	1712	-	3279	-	4817	-	5940	-	6160	-	6038	-	5942	-	2438	-	36326	-

FONTES: MS/SIS/PHIST/AIDS

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2007.

Dados preliminares.

(2) Informações não contempladas na nova ficha de notificação.

Tabelle 1 – Fälle der HIV-infizierten Schwangeren nach Bildungsniveau und Hautfarbe in Brasilien (Boletim Epidemiológico 2007)

2.2 Die HIV-Epidemie in Rio de Janeiro

Brasilien ist in fünf Bundesregionen eingeteilt. Die Stadt Rio de Janeiro liegt in der so genannten „Südostregion“ des Landes. Die Bevölkerungsdichte in dieser Region beträgt im Stadtkern 5155 Einwohner/km² und in der gesamten Region 1761 Einwohner /km² (IBGE 2007).

In allen Regionen Brasiliens wurden zwischen 1980 und 2007 289.074 HIV- Fälle festgestellt. Allein in der Region Südosten sind 89.250 Fälle registriert worden. Dies ist ein 12%-Anteil in Bezug auf alle Fälle von HIV / AIDS in Brasilien (Sinan 2007).



Abbildung 2: Die 5 Regionen Brasiliens

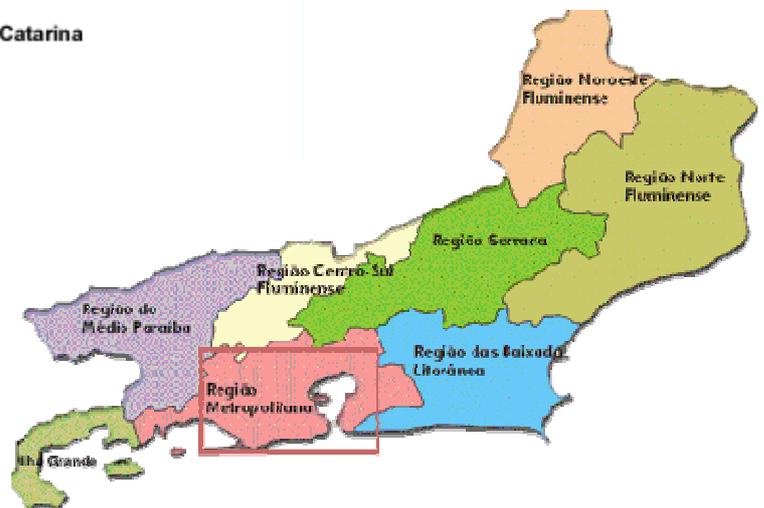


Abbildung 3: Rio de Janeiro

Quelle: (Brasilianische Botschaft 2008)

Die Proportion der Infizierten im Jahr 1984 in der Region belief sich auf 13 Männer zu einer infizierten Frau, heutzutage ist das Verhältnis 1,8 Männer zu einer Frau. Im Jahr 2007 wurden in Rio de Janeiro 1.484 neu infizierte Frauen registriert. Alle Fälle konzentrieren sich im produktiven und reproduktiven Alter zwischen 20 und 49 Jahren. Wie auch in anderen brasilianischen Städten, hat ebenso in Rio de Janeiro die "Feminisierung" der Epidemie stattgefunden. Infolge dieser Feminisierung hat die vertikale Übertragung von Mutter zu Kind zugenommen.

2.3 HIV und Schwangerschaft

Im Jahr 2005 hatten die Süd- und die Südost-Region des Landes einen hohen Nachweis von HIV-positiven Schwangeren mit 4,8 und 2,3 pro 1.000 Lebendgeburten. Die Prävalenz der Infektion bei Schwangeren betrug 0,41% (12.644 Schwangere HIV-positiv/Jahr) im Jahr 2005, die vertikale Infektion 3,7/ 1.000 Lebendgeburten. Allein in der Südost-Region waren es 2,3/ 1000 Lebendgeburten.

Im Durchschnitt sind 55% der gemeldeten Fälle bzw. 6158 infizierte Frauen zwischen 20 bis 29 Jahren.

Brasil	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	n°	%	n°	%														
Faixa etária da gestante																		
10 a 14 anos	5	0,3	12	0,4	16	0,3	16	0,3	21	0,3	11	0,2	16	0,3	8	0,3	105	0,3
15 a 19 anos	176	10,3	339	10,3	478	9,9	608	10,2	608	9,9	624	10,3	601	10,1	232	9,5	3666	10,1
20 a 29 anos	948	55,4	1824	55,6	2746	57,0	3283	55,3	3376	54,8	3227	53,4	3153	53,1	1379	56,6	19936	54,9
30 a 39 anos	440	25,7	853	26,0	1194	24,8	1584	26,7	1649	26,8	1746	28,9	1726	29,0	710	29,1	9902	27,3
40 ou mais	15	0,9	58	1,8	81	1,7	108	1,8	162	2,6	138	2,3	172	2,9	77	3,2	811	2,2
Ignorado	128	7,5	193	5,9	302	6,3	341	5,7	344	5,6	292	4,8	274	4,6	32	1,3	1906	5,2
Total	1712	-	3279	-	4817	-	5940	-	6160	-	6038	-	5942	-	2438	-	36326	-

FONTE: MS/SVS/PN-OST/AIDS

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2007.

Tabelle 2: Fälle der HIV-infizierten Schwangeren pro Altersklasse in Brasilien (Boletim Epidemiológico 2007)

Fast 50% der HIV-vertikalen Übertragung wurde verringert, dank des von der Regierung kostenlosen Antiretroviralen -Therapieangebots. In den letzten zwei Jahren sind 581 Fälle registriert worden, im Jahr 2005 waren es 507 und im Jahr 2006 320 Fälle (Boletim epidemiológico 2007).

Die Überwachung der Ausbreitung der Infektion erfolgt durch das nationale Meldesystem Sinan² und das SUS- Sistema único de Saúde zusammen.

² **SINAN**, die epidemiologische Überwachung von HIV -Infizierten, die Organisation wurde vom Ministerium für Gesundheit im Jahr 2000 gegründet.

2.4 Das brasilianische Gesundheitssystem

Ende der 80er Jahre fand in Brasilien die Umwandlung eines Sozialversicherungsmodells Bismarckscher Prägung in ein steuerfinanziertes Versorgungssystem mit uneingeschränktem Zugang für alle Bürger zu einem einheitlichen Gesundheitssystem (Sistema único de saúde – SUS) statt.

SUS ist heute die wichtigste Sozialpolitik in Brasilien, die auf Grundsätzen sozialer Gerechtigkeit basiert, mit folgenden Hauptmerkmalen: öffentlich, universell, egalitär und partizipativ.

Das Grundprinzip ist die soziale Gleichbehandlung aller Bürger in Anbetracht der weitreichenden Arbeitsbeziehungen, in denen ein Großteil der Bevölkerung kein formales Anrecht auf Versorgung über an Lohn gekoppelte Beiträge erwerben kann. Damit sollten die großen Versorgungsungleichheiten zwischen den Mitgliedern der ehemaligen gesetzlichen Krankenversicherung und den nicht versicherten Bürgern überwunden werden. Ebenso bedeutend sind die Ungleichheiten zwischen städtischen und ländlichen Arbeitern, da auf dem Land geringere gesetzliche Ansprüche bestehen. Dahinter steckt der Grundgedanke sozialer Gleichberechtigung in einem Land, in dem ein Großteil der Bevölkerung von jedem formalen Anspruch auf Lohn im formalen Sektor ausgeschlossen ist. Dies sollte zur Überwindung der großen Versorgungsungerechtigkeiten zwischen den gesetzlich Krankenversicherten und der armen Bevölkerung beitragen. Die organisatorischen Grundmerkmale des SUS- Systems sind die integrale Versorgung, die soziale Partizipation und die Dezentralisierung, d.h. die Verlagerung der gesundheitspolitischen Verantwortlichkeiten von der Bundesebene auf die regionale bzw. lokale Ebene (Painel de indicadores do SUS).

2.4.1. Die integrale Versorgung

Die integrale Versorgung bedeutet, die Patienten in ihrer biopsychosozialen Gesamtheit zu betrachten und einen Leistungskatalog mit Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen anzubieten. Das Angebot umfasst präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie die Komplexitätsebenen der ambulanten und stationären Versorgung von Impfungen

bis zu chirurgischen Eingriffen. Die öffentlichen Versorgungseinrichtungen geben Arzneimittel nur im begrenzten Umfang kostenlos ab, stehen aber für bestimmte Public Health Programme wie zum Beispiel für AIDS- Patienten zur Verfügung. Das entsprechende Programm garantiert allen Betroffenen den Zugang zu den antiretroviralen Medikamenten (Giovanella, L; Porto, M; 2004, S.18).

2.4.2. Der ambulante Sektor

Das SUS-Angebot wird durch Gesundheitszentren und Polikliniken bestimmt. Die ambulante Versorgung zeichnet sich durch eine heterogene Angebotsstruktur aus. In diesen Einrichtungen sind Ärzte/innen und Beschäftigte anderer Gesundheitsberufe Angestellte des öffentlichen Dienstes.

Laboruntersuchungen und andere Diagnoseleistungen wie Röntgen und Ultraschall bieten in Brasilien überwiegend Spezialeinrichtungen und Labore an. Dem SUS stehen Labore in Krankenhäusern und Gesundheitszentren sowie in privaten Einrichtungen zur Verfügung, die von der kommunalen Gesundheitsbehörde unter Vertrag genommen werden. Bei der Diagnostik ist das SUS-Angebot ungenügend und stellt seine Nutzer vor zunehmende Zugangsbarrieren. Im Unterschied zu den übrigen ambulanten Einrichtungen sind die Labore überwiegend privat (94%) und nur ein Teil von ihnen (ca. 38%) hat einen Vertrag mit dem SUS.

Die Einrichtungen der Grundversorgung (Gesundheitsposten und –zentren) sind die Eingangstore zum Gesundheitssystem. Einige Städte organisieren ihre Gesundheitseinrichtungen in einem integrierten Netz: Für Facharztbesuche in einer Poliklinik ist die Überweisung eines Arztes der Grundversorgung erforderlich (Giovanella, L; Porto, M; 2004, S. 26 – 28).

2.4.3. Familiengesundheitsprogramme – PSF

Im Rahmen der Grundversorgung bestehen so genannte Familiengesundheitsprogramme, die auf den Konzepten *primary care* und *Public Health* beruhen, was eine grundsätzlich andere Denkweise im Gesundheitswesen bedeutet. Das Programa de Saúde da Família (PSF) sieht ein neues Versorgungsmodell mit besserer Organisation der Nachfrage vor, das so genannte

strukturierte Nachfrageverhalten. Es soll bestimmten Bevölkerungs- und Patientengruppen in der Versorgung Vorrang einräumen sowie die Prävention stärken.

Das Ziel des Familiengesundheitsprogramms ist, das Gesundheitssystem auch für die ärmsten Bevölkerungsteile zu öffnen. Dazu wurden sog. PSF-Teams eingerichtet, die für jeweils rund 900 Familien in einem Stadtteil verantwortlich sein sollen. Die Gesundheitsteams setzen sich zusammen aus einer Allgemeinmedizinerin oder einem Allgemeinmediziner, einer Krankenschwester/Pfleger, einer Zahnärztin, zwei Krankenpflegehelfern/innen und fünf Gesundheitsarbeitern/innen aus der Gemeinde. Dieses Gesundheitsteam soll als *Gatekeeper* oder Lotse den Zugang zum Gesundheitssystem lenken und den/die Nutzer/Nutzerinnen hindurchleiten (Giovanella, L; Porto, M; 2004, S. 29).

2.4.3.1. Das Angebot des Posto de Saúde da Família (PSF)

Die Aufgaben der Familien-Gesundheitsteams sind hauptsächlich, Einsicht in die sozioökonomische, psychologische, kulturelle, demographische und epidemiologische Realität von Familien zu gewinnen. Um eine bessere Identifizierung von gesundheitlichen Problemen und Risikosituationen leisten zu können, geht das PSF nach folgenden Strategien vor:

Einführung von Aktionen und lokalen Gesundheitsplänen für eine bessere epidemiologische Überwachung und Kontrollmaßnahmen gegen Lepra, Tuberkulose, STD / AIDS und chronische Krankheiten im Zusammenhang mit Arbeit und Umwelt.

Es werden Fortbildungsangebote und Aufklärungsarbeit geleistet, die auf die Unterstützung und Förderung der Gesundheit abzielen. Es wurden sektorübergreifende Maßnahmen durch Organisationspartnerschaften zur Verbesserung der Lebensqualität und der Umwelt entwickelt (MS 2000).

2.4.3.2. Das pränatale Angebot der Familienplanungszentren (PSF)

Mit den Programmen der PSF-Familienplanungszentren in den Bereichen Gesundheit wurde eine vorgeburtliche Vorsorge eingeführt, eine der ersten Gesundheitsversorgungen der Bevölkerung. Das Programm der pränatalen Pflege

zeichnet sich durch die Entwicklung von Bildungs- und vorbeugenden Maßnahmen ebenso wie durch häufigen Kontakt der schwangeren Frauen mit Gesundheitsdienstleistungen aus und hat das Ziel, die Morbidität und Mortalität von Müttern und Kindern zu verringern.

Die weiter gefasste Gesundheitsversorgung für Frauen in Brasilien heißt PAISM. Diese wurde am Ende der 80er Jahren implementiert. Seitdem hat sich der Deckungsgrad und die durchschnittliche Zahl der Untersuchungen deutlich erhöht ebenso der Beginn der frühen pränatalen Betreuung. Eine leichte Reduzierung der mütterlichen und der perinatalen Mortalität wurde erreicht. 1988 gab es 68,9 Todesfälle auf 100.000 Lebendgeburten, im Jahr 2005 53,36 Todesfälle auf 100.000 Lebendgeburten (Datusus 2008). Von der WHO werden bis zu 20 Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten als akzeptable Raten bezeichnet (WHO 2007).

Das PSF arbeitet in direkter Partnerschaft mit dem Zentrum für Untersuchung und Beratung für übertragbare Erkrankungen (CTA) zusammen (Carvalho,D; Novaes, H; 2004).

2.5 Zentren für Untersuchung und Beratung übertragbarer Erkrankungen- CTA

Die Zentren für Untersuchung und Beratung (CTA) sind Einrichtungen des Gesundheitssystems und wurden in Brasilien 1988 eingeführt. Die CTAs bestehen aus einem interdisziplinären Team von Fachkräften und verfügen über einen erheblichen Anteil an medizinischem Fachpersonal mit dem höchsten Anteil von Ärzten in den Teams im Vergleich zu den Gesundheitsposten. Sie sind verantwortlich für die Aktivitäten der Prävention und Hilfe für Menschen mit STD / HIV / AIDS. Das Basis-Profil ist, in erster Linie zu unterstützen durch Diagnose und Prophylaxe von HIV. In den CTA werden Menschen über Vorbeugung und Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen beraten.

Durch die frühzeitige Feststellung des epidemiologischen Profils von infizierten Personen durch einen HIV-Test werden die Behandlungen zeitig angefangen.

Die Klientel besteht aus gefährdeten Bevölkerungsgruppen und Patienten, die durch andere Dienstleistungszentren des Gesundheitswesens wegen Verdacht auf HIV-Infektionen überwiesen werden. Schwangere mit Verdacht auf HIV

werden zu einem der CTAs weitergeleitet. Die CTAs fordern eine Verpflichtung durch eine Anmeldung, damit die Kontinuität der Therapie gewährleistet wird. Daten über HIV/AIDS werden dort gesammelt und sind wichtige epidemiologische Informationen für die Entwicklung von Forschungsaktivitäten.

Im Jahr 2007 wurde in Brasilien vom Gesundheitsministerium ein integrierter Plan eingerichtet, um die Feminisierung der HIV-Epidemie zu bekämpfen. Als wichtiger Partner wurden die CTAs mit einbezogen (Bassichetto, K.C; Mesquita, F; et.al. 2004).

2.6 Integrierter Plan zur Bekämpfung der Feminisierung der HIV-Epidemie und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten

Die ungleiche Behandlung der Geschlechter ist im politischen, kulturellen und sozioökonomischen Bereich festzustellen und hat enormen sozialen Einfluss. Die so genannte Feminisierung der Epidemie lässt sich erklären durch die größere biologische Vulnerabilität des weiblichen Geschlechts für eine Infektion mit HIV, aber auch aus der offensichtlichen Ungleichheit der Geschlechter in Bezug auf Bildung, Einkommen und sexuelle Selbstbestimmung.

Aufgrund der oben erwähnten ungleichen Beziehungen von Macht und des differenzierten Zugangs zu materiellen und symbolischen Werten werden in manchen Fällen sogar die Grundrechte nicht eingehalten. Dies wird in Familien, Partnerschaften wie auch in der Gesellschaft als normal betrachtet und deswegen wird es selten in Frage gestellt (Parker & Camargo Jr. 2000).

Infolge dessen stellte das Gesundheitsministerium zusammen mit dem Amt für Frauenpolitik einen integrierten Plan zur Bewältigung der Feminisierung der HIV-Epidemie und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten auf. Das nationale Programm hat die Institutionen, die im Bereich der Menschenrechte, der Rechte der sexuellen und reproduktiven Rechte der brasilianischen Frauenarbeiten, mit einbezogen.

Die Umsetzung des Plans wird unterstützt durch den Bevölkerungsfond der Vereinten Nationen (UNFPA), den Fond der Vereinten Nationen für Kinder (UNICEF) und dem UN-Fonds für Frauen (UNIFEM).

Das Hauptziel des Planes ist es, die Verwundbarkeit der Frauen zu reduzieren, indem die verschiedenen Vulnerabilitäten erkannt werden, die sie besonders anfällig für HIV- Infektionen und andere sexuell übertragbare Krankheiten machen. Die Strategie basiert auf Maßnahmen, die zusammen mit Frauen aus der Bevölkerung getroffen wurden, um ihre soziale und individuelle Verwundbarkeit zu reduzieren, z.B. die gesellschaftliche Ungleichbehandlung von Männern und Frauen sowie Maßnahmen, die das Wachstum der vertikalen Übertragung von HIV/AIDS verhindern.

Die folgende Liste zeigt die wichtigsten Themen, die im Vordergrund stehen und wegen der noch bestehenden Defizite der Dienstleistungen verändert werden sollen:

- Die immer noch bestehende Ansicht, dass der Schwerpunkt der Gesundheit von Frauen nur der reinen Reproduktion dient;
- Ausgleich des mangelnden Zugangs zu Gesundheitsdiensten, die der Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Rechte von Mädchen und Frauen dienen;
- Ermöglichung des Zugangs zur Bildung für eine große Anzahl von Mädchen und Frauen;
- Die Persistenz der religiösen und kulturellen Muster, die präventive Maßnahmen wie die Verwendung von Kondomen sowohl bei Männern als auch bei Frauen verhindern;
- Verbesserung der Arbeitsmarktsituation von Frauen: Die am niedrigsten entlohnten Beschäftigungen werden von Frauen ausgeführt und die Stellen im informellen Sektor der Wirtschaft sind auch meist von Frauen besetzt;
- Reduzierung häuslicher und sexueller Gewalt;
- Die Berücksichtigung der besonderen ökologischen und psychosozialen Bedingungen von Frauen und Mädchen in Bezug auf die Methoden der Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung von Infektionen / Krankheiten.

Gleichermaßen wurden auch Beschränkungen im organisatorischen Bereich wie Zugang zu Informationen und Prävention sowie bei der Diagnose und Behandlung mit einbezogen. Alltagsinitiativen wurden berücksichtigt, um die sexuellen und

reproduktiven Rechte zu verbessern, die Lebensqualität der Frauen zu erhöhen sowie die nationale Politik für Frauen zu sichern (Plano de Enfrentamento 2007).

Die in diesem Kapitel dargestellte Situation zeigt, dass der wichtigste Lerneffekt der letzten Jahre bei der Bekämpfung der HIV- Epidemie liegt, dass die sozioökonomischen und kulturellen Komponenten, die Struktur der Ungleichheit zwischen Männern und Frauen bei der Bekämpfung der Epidemie eine entscheidende Rolle spielen und nicht außer Acht gelassen werden dürfen.

Engagement und Mobilisierung zeigen, wie die brasilianische Gesellschaft sich umstellt und geht der Situation hinterher. Um Präventionsarbeit, Therapie und Behandlung erfolgreich zu machen, ist es dennoch wichtig, die Probleme als Ganzes zu betrachten und sich in die Welt des anderen hineinversetzen zu können. Der brasilianische Alltag ist geprägt von einer großen Menge von Dienstleistungen, die meistens von armen Leuten an den Reichen ausgeübt werden. Bezüglich dieses Aspekts sind die CTAs perfekte Orte, wo das Gegenteil die Regel ist, nämlich nur sehr gute gebildete Leute bzw. Gesundheitsexperten arbeiten im Dienst der Armen. Die Diskrepanzen der Weltanschauung und die Erkenntnis der Gebildeten von den Lebensbedingungen der armen, ungebildeten Patientinnen ist ein alltäglicher Begleiter in den CTAs. Wie erschweren diese bekannten Unterschiede die Arbeit der Experten? Welche Überlegungen entstehen daraus? Wo bieten sich Veränderungsmöglichkeiten an? Der Blickwinkel der professionellen Mitarbeiter dieses Arbeitsfeldes als Dienstleister für diese bestimmte Zielgruppe ermöglicht eine Sicht, die den tatsächlichen Bedarf der Schwangeren und deren Familien erfasst. In Rahmen der Experteninterviews werden diese Erfahrungen dargestellt, im Detail analysiert und Empfehlungen formuliert.

3 Fragenstellungen und Erhebungsmethoden

3.1 Methode und Forschungsfragen

In der vorliegenden Studie werden die brasilianischen HIV-Therapieangebote gegen vertikale Übertragung qualitativ untersucht mit dem Fokus auf die subjektive Seite des Angebots.

Dieser Ansatz wird gewählt, weil im Sinne gesellschaftlicher Konstruktionsmechanismen Gesundheit neben biologischen Funktionalismen ebenso durch soziale Normen, Verhalten und Werte bestimmt wird. (Wagner, F. & Dieplinger, AM. 2004).

Die Untersuchung zielt deshalb nicht nur auf das medizinische Verfahren und dessen Erfolg ab, sondern bezieht die psycho- und ökosozialen Rahmenbedingungen mit ein, die ein medizinisches Verfahren erheblich mit beeinflussen können. Gesundheit wird in aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Theorienansätzen, wie Antonovsky beschreibt, mehrdimensional konstruiert und definiert. Neben der unmittelbaren individuellen Befindlichkeit, der Fähigkeit des Organismus zur Aufrechterhaltung der die Gesundheit stabilisierenden Regulationsmechanismen gehören Psyche, psycho- und ökosoziale Rahmenbedingungen genauso wie Verhaltens- und Interaktionsmuster zu den wesentlichen Dimensionen einer begrifflichen Annäherung an das wissenschaftliche Gesundheitsverständnis (Antonovsky 1987).

3.2 Fragestellungen

In dem Sinne eines solchen wissenschaftlichen Gesundheitsverständnisses, das mehrdimensional definiert und konstruiert ist, wird in dieser Arbeit die folgende Frage gestellt: Wie werden die Maßnahmen zur Prävention gegen die vertikale Übertragung von HIV bei der Schwangerschaftsvorsorge von den „CTA-Gesundheitsteams“ im Alltag erlebt?

Die forschungsleitenden Fragen der Untersuchung lauten:

- a. Wie wird der Therapieerfolg von den psychosozialen Dynamiken der Lebenswelt der Patientinnen beeinflusst?

- b. Welche Faktoren sind wichtig für die Gesundheit der HIV- infizierten Schwangeren?
- c. Welches sind die sozialen Infrastrukturen, die vorhanden sein sollten, um Patientinnen adäquat medizinisch zu behandeln?
- d. Wie wird mit den Frauen umgegangen? Wo werden sie unterstützt? Wie ist die Entscheidungsfreiheit der Schwangeren bei der Vorsorgeuntersuchung?
- e. Wo sieht das medizinische Personal Verbesserungsmöglichkeiten bei den Gesundheitsförderungsmaßnahmen für HIV-infizierte Schwangere?

Die CTA-Gesundheitsteams sind Mitarbeiter einer Organisation in einer spezifischen Funktion und mit einem bestimmten Erfahrungswissen. Sie werden als Experten in dieser Arbeit als „Repräsentant einer Gruppe“, wie Flick es nennt, befragt. Das Wissen der Experten und ihre Handlungsorientierungen zeigen zudem die Chancen, in der Praxis in einem bestimmten organisatorischen Funktionskontext zumindest partiell ihre Orientierungen durchzusetzen (Flick 2007, S. 215).

3.3 Methodenauswahl

Um die subjektiven Aspekte der HIV –Therapie im Alltag und die Wirkungen auf das Leben der Betroffenen oder umgekehrt zu untersuchen, eignet sich besonders, wie Flick empfiehlt, die qualitative Erhebung. Ihre Stärke liegt bei der Untersuchung sozialer Zusammenhänge, die in modernen Gesellschaften durch zunehmende „Individualisierung von Lebenslagen“ oder die Auflösung alter sozialer Ungleichheiten in einer neuen Vielfalt der Milieus, Subkulturen, Lebensstile und Lebenswelten verankert sind (Hradil 1992). Qualitative Erhebungen untersuchen Phänomene bzw. Geschehen von innen heraus (Hopf 1985) oder stellen aus der Sicht eines Subjektes oder mehrerer Subjekte den Ablauf der sozialen Situationen dar (Flick 2007, S.95). Auf diese Weise kommt für den Leitfaden eine deduktive und für den Auswertungsprozess eine induktive Kategorienbildung zum Tragen (Diekmann 2006, S.151). Die Entscheidung für die HIV-Therapie während der Schwangerschaft kam dadurch, dass die Schwangerschaft eine klar abgegrenzte Interventionszeit ist. Daher eignet sie sich für eine überschaubare Darstellung der Beobachtung und Arbeitserfahrungen der

Experten mit dem Thema. Dabei werden Leitfäden als Instrument zur Strukturierung von Interviews und Beobachtungen gebraucht (M. Meuser, in LzS 1995, S.399). An die Durchführung der Interviews ist die Erwartung geknüpft, dass in der relativ offenen Gestaltung der Interviewsituationen die Sichtweisen der befragten Personen differenziert abgebildet werden.

3.4 Methodenwendungen und Auswahl der Interviewpersonen

Die Entscheidung über die Auswahl der Interviewpersonen erfolgte zusammen mit der Bereitschaft der Institution, sich für diese Arbeit zu öffnen. Heutzutage gibt es in Rio de Janeiro drei CTAs, die zuständig sind für die HIV-positiven Schwangerschaftsvorsorgen der ganzen Region. Zwei von denen haben sich bereit erklärt, mit mir zu reden. Zunächst musste festgestellt werden, welche Berufsgruppen vertreten waren und welche dieser Berufsgruppen in direktem Kontakt mit den Frauen im Laufe der Schwangerschaft arbeiten. Diese ausgewählten Personen sind die Repräsentanten für die entsprechende Berufsgruppe, die bei den CTAs tätig sind. Nach kurzer Recherche wurden folgende Berufsgruppen ausgesucht: ein/e Gynäkologe/in, ein/e Infektiologe/in, eine Krankenschwester, eine Sozialarbeiterin und eine Psychologin. Wichtig zu bemerken ist, dass überwiegend Frauen in den auf Schwangerschaftspezialisierten CTA's arbeiten. Zu bemerken ist auch die zu erwartende Bereitschaft des/r Interviewten, über den Alltag offen zu reden, und die Authentizität der Informationen (Flick 2007,S.108 –110). Die betroffenen Frauen bzw. die HIV-Infizierten wurden nicht interviewt, weil dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Die Untersuchung wurde zwischen August und September 2008 in Rio de Janeiro/ Brasilien durchgeführt. In einem Zeitraum von acht Wochen fand die Datenerhebung in zwei CTAs statt. Insgesamt wurden zehn Interviews geführt.

Während der einzelnen Erhebungsphasen und zwischen ihnen wurden die erhobenen Daten kontinuierlich analysiert und der Leitfaden optimiert.

3.5 Entwicklungen des Leitfadens

Der Fragebogen wurde zunächst in Hamburg entwickelt, im Verlauf des Forschungsprozesses musste er mehrfach überprüft und modifiziert werden (vgl. Anhang). Die inhaltlich relevanten Veränderungen fanden nach den Pretests in Rio de Janeiro und während der Erhebungsphase statt. Das Leitfadeninterview wurde als offene Frage gestellt und in folgende fünf Punkte geteilt (vgl. Anlage):

a. Berufserfahrung/Tätigkeit

Es wird in den Interviews nach der Berufserfahrung gefragt, um die Rolle der Betreffenden im Experten-Team auszuloten.

b. Die Behandlung

Das Ziel dieses Themas ist, detaillierte Informationen über die Behandlung und Abläufe, die Gestaltung der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen zu erheben.

c. Motivationen und Erwartungen in Bezug auf die Arbeit

Es sollen die persönlichen Erfahrungen mit dem Thema ebenso wie die Veränderungen und Beobachtungen, die sich im Laufe der Zeit entwickelt haben, erfasst werden. Dadurch wird beabsichtigt, den eigenen Standpunkt der Interviewten zum Thema HIV als Empfehlung zu formulieren.

d. Mögliche Lösungsvorschläge

Dieser Punkt soll aus unterschiedlichen Perspektiven geklärt werden und ergibt sich aus den oben gestellten Fragen mit dem Ziel zu klären, was generell noch gemacht und verändert werden muss für die Frauen im Gesundheitssystem oder in der Gesellschaft.

e. Prävention

Das Thema ist gerichtet auf HIV-präventive Maßnahmen. Was soll noch gemacht werden für ein möglichst besseres Ergebnis der HIV/AIDS-Prävention?

Die Interviews wurden mit Erlaubnis des Interviewten auf Tonband aufgenommen, um auch Detailaussagen zu erfassen.

3.6 Durchführung der Leitfadeninterviews

Mit jedem ausgewählten Experten wurde ein teilstandardisiertes Interview durchgeführt. Die Anonymität wurde zugesichert. Die Interviews mussten während der Sprechstundenzeit durchgeführt werden wegen der Dienstzeit der Experten.

Um alle Teilnehmer zu interviewen, mussten die Interviews an einem festen Wochentag und während der Sprechstunden stattfinden, da die Gesundheitsprofis in Brasilien verschiedene Arbeitsstellen besetzen. Infolgedessen sind sie nur an einem bestimmten Wochentag in den CTAs zu finden. Das heißt, wenn die HIV-Schwangerschaftssprechstunde am Montag ist, bleibt nur dieser Tag, um die Infektiologin zu interviewen. Daher sind die Interviews während der Sprechstundenzeit durchgeführt worden und deswegen kam es zu erheblichen Unterbrechungen. Zum Teil waren die Unterbrechungen verursacht durch Kolleginnen, die Fragen an den Interviewten hatten, aber auch wegen des Klinik-Aufbaus, der sehr ungünstig für private Gespräche ist (vgl. Ambiente-Protokoll und Abbild.6). Hieraus ergibt sich die relativ lange Interviewdauer von durchschnittlich 1,1 Stunden (siehe Anlage).

Die Teilnehmer-Beobachtung wurde mir nicht erlaubt, da, sie zu sehr in die Privatsphäre der Frauen eingreifen würde. Zu Beginn der Interviews wurden das Ziel der Untersuchung, die Aufklärung über die Experteninterviews, die Gründe der Auswahl für diese Art von Interview und die Wichtigkeit seiner/ihrer Berufserfahrung erklärt. Danach folgte die Anfrage, ob er/sie mit der Gesprächsaufnahme auf einem Diktiergerät einverstanden wäre. Dazu wurde die Garantie der Anonymität zugesichert, d.h. keine Angabe zum Ort, Namen der Institutionen und der Interviewten.

Insgesamt wurden zehn Experten interviewt.

3.7 Ambiente-Protokoll

Ein detailliertes Ambiente-Protokoll mit strukturierter Beobachtung konnte nicht erstellt werden, da mir die Durchführung, wie sie geplant war, nicht ermöglicht wurde. Daher wurde nur der Tagesablauf der Patientinnen beobachtet während der Zeit, die ich auf die Experten gewartet habe.

Die CTAs werden in öffentlichen Krankenhäusern eingesetzt. Die Architektur beider ist ähnlich (siehe Abbild.4). Es gibt einen großen Warteraum mit einer Anmeldestelle. Die Patientinnen müssen früh ankommen und nüchtern sein. Da es keine Terminvergabe gibt, entstehen lange Wartezeiten. Zunächst einmal muss eine Patientin zur Sprechstunde der Infektiologin gehen, um einen Laborschein zu bekommen. Danach muss sie ins Labor, um sich einer Blutabnahme zu unterziehen. Hierbei erhält sie einen Frühstücksgutschein. Das Labor hat nur bis 10 Uhr morgens geöffnet. Wenn sie mit der Blutabnahme fertig ist, muss sie zu einer weiteren Sprechstunde, diesmal mit der Gynäkologin. Während sie auf die Gynäkologin wartet, führen die Krankenschwestern die Blutdruck- und Gewichtsmessungen durch.

Die Beratung der Sozialpädagogin findet ebenfalls in dem Warteraum statt.

Die Untersuchungsräume sind wie auf einem langen Flur getrennt durch Türen. Jeder der Räume hat eine weitere Tür, die zu dem Warteraum führt und der Arzt ruft die Patientinnen direkt auf. Intern sind die Untersuchungsräume durch Türen getrennt. Die Wände reichen nicht bis zur Decke, dadurch ist es infolge vieler Untersuchungen und Gespräche sehr laut. Privatsphäre bezieht sich nur auf das Visuelle, weil durch die Architektur alles, was gesagt wird, zu hören ist. In den anderen CTAs ist es ähnlich, nur dass die Untersuchungsräume nicht durch Türen, sondern durch Vorhänge getrennt sind. Alles, was gesagt wird, bekommen alle Anwesenden mit. Aufgrund dessen wurde mir nicht erlaubt, ein Ambiente-Protokoll während der Sprechstunde durchzuführen.

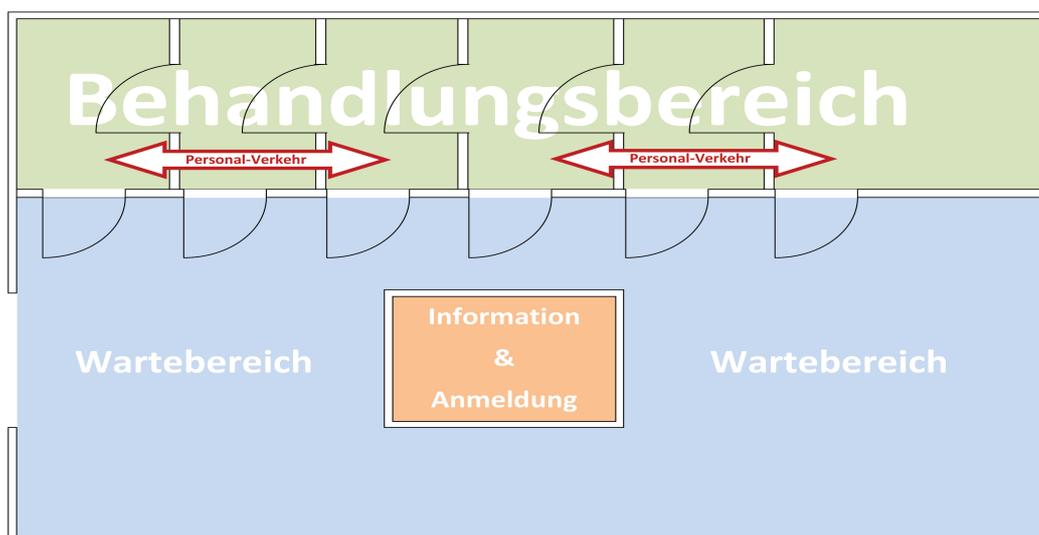


Abbildung 4: Allgemeine Disposition eines CTA

3.8 Materialauswertung

Die Interviews wurden auf Portugiesisch durchgeführt und zunächst wörtlich auf Portugiesisch transkribiert (siehe Anlage). Danach erfolgte eine detaillierte Gliederung nach inhaltlichen Abschnitten, die später zusammengefasst wurden. Diese inhaltsanalytische Zusammenfassung hat zum Ziel, ein Abbild des Grundmaterials zu geben. Diese Auswahl entspricht der ersten Interpretation der Daten und Auswertung der Experteninterviews. Die wichtigen Aussagen wurden aufgelistet und in Punkten angezeigt; aufgrund des Arbeitsaufwands wurden nur die relevanten zitierten Passagen von mir ins Deutsche übersetzt.

Aus dem Interviewleitfaden wurden die Kategorien gebildet. Die Zuordnung der Textteile zu den Kategorien ermöglicht ein systematisches Durcharbeiten und eine Aufbereitung für die Interpretation der Ergebnisse.

Folgende Kategorien wurden festgelegt und in ihrer Häufigkeit und Wichtigkeit als relevant vorgestellt:

1. Soziale Lage und die Folge für die Therapie
 - a. Beeinträchtigung der Arbeit wegen Diskriminierung und Gewalt
 - b. niedrigeres Bildungsniveau
- 2 . Lebenseinstellung der Brasilianerinnen
 - a. Umgang der Frauen mit der aktuellen Situation
 - b. Compliance³ durch Verbesserung der Lebensqualität und Verantwortungsbewusstsein
 - c. Verbesserung der Lebensqualität durch Aufklärung über die eigenen bürgerlichen Rechte
3. Strukturelle Probleme
 - a. der Umgang mit dem HIV-Test
 - b. die fehlende Beratung
 - c. der fehlende HIV-Test selbst während der Schwangerschaft
 - d. Personalknappheit
 - e. Kooperation mit anderen Institutionen
 - f. die Kirche
4. Das Präventionsprogramm der CTAs

³ Compliance: Bereitschaft des Patienten zur aktiven Mitwirkung an den vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahmen. Duden – Das große Fremdwörterbuch 3. Auflage, S.274.

- a. Die nationale Kampagne und ihre Wirkungen
 - b. Verbesserungsvorschläge bezüglich der nationalen Kampagne
5. Lösungsvorschläge

3.9 Interviewpersonen

Die Interviewpersonen gehören alle zu den CTA-Teams, ihr Bildungsniveau ist Hochschulbildung. Es wurden zwei CTAs in Rio de Janeiro untersucht und deren Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen interviewt. Zu den Berufsgruppen gehören Ärzte, Krankenschwestern, Sozialpädagoginnen und eine Psychologin. Das Interview mit der Psychologin wurde nicht berücksichtigt, da die Berufsgruppe aus Krankheitsgründen nur mit einer Person vertreten war ohne Vergleichsmöglichkeiten. Die nächste Tabelle zeigt eine Übersicht über Beruf, Alter und Tätigkeit im CTA und Berufserfahrung in Jahren.

Tabelle der durchgeführten Interviews

Interview Nr.	Beruf	Alter	Berufserfahrung	im CTA
Interview 1	Ärztin, Gynäkologin	52	23 Jahre	15 Jahre
Interview 2	Arzt, Gynäkologe	50	19 Jahre	15 Jahre
Interview 3	Ärztin, Infektiologin	57	32 Jahre	16 Jahre
Interview 4	Arzt, Infektiologe	38	08 Jahre	05 Jahre
Interview 5	Krankenschwester	47	22 Jahre	17 Jahre
Interview 6	Krankenschwester	31	08 Jahre	06 Jahre
Interview 7	Krankenschwester	38	15 Jahre	08 Jahre
Interview 8	Sozialpädagogin	30	05 Jahre	02 Jahre
Interview 9	Sozialpädagogin	55	20 Jahre	12 Jahre
Interview 10	Psychologin	45	15 Jahre	08 Jahre

Tabelle 3: Daten zu allen Interviewpersonen

4 Darstellung der Ergebnisse

4.1 Darstellung der Interviewergebnisse

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Aussagen der Experten über deren allgemeine Erfahrung in der Geburtsvorsorge mit HIV-positiven Patientinnen beschrieben.

Die Zuordnung wird in den relevanten Kategorien zu dem Thema vorgenommen. Anschließend folgt ein Lösungsvorschlag der Experten in Bezug auf die sozialen Schwierigkeiten der Patientinnen und Vorschläge für deren Behandlung.

4.2 Soziale Lage und die Folge für die Therapie

Die soziale Situation der Frauen aus Sicht der Ärzte fördert die ständige Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen. Vor allem die Arbeit der Sozialpädagoginnen wurde als sehr wichtig eingeschätzt. Da die Behandlung langfristig ist, werden die Patientinnen und ihre Lebenswelt als Gesamtes betrachtet, um das Behandlungsziel zu erreichen, nämlich dass die Kinder HIV-negativ bleiben. So stellt einer der Experten die Arbeit dar:

„... Diese Frau muss als ein Ganzes gesehen werden, ...die ganze Situation muss betrachtet werden. Dafür brauchen wir die Arbeit der Sozialarbeiterin. (Zum Beispiel) ... Sie haben nichts zu essen? Wie wird das Medikament eingenommen? Sie haben kein Geld, um zur Beratung zu kommen, und wenn die Medizin verbraucht ist? Alle diese Dinge müssen mit dieser Frau geklärt werden, weil sie wirklich viele Fragen hat, die ich allerdings allein nicht beantworten kann. Deswegen müssen wir mit einem multidisziplinären Team arbeiten, um diese Situation zu meistern... Oft müssen wir zu der Schwangeren sagen: Das Milchpulver ist für das Baby! Da die Frauen oft noch andere kleine Kinder zu Hause haben, wird das von uns verteilte Milchpulver mit den anderen Kindern zu Hause geteilt. Ich muss immer erklären, dass die anderen Kinder andere Lebensmittel zu sich nehmen dürfen und dass diese Milch nur für das Baby ist, weil es nicht die Brust nehmen darf... Es gibt obdachlose Frauen, die uns fragen, wo sie die Milch lagern könnten. In diesen Fällen müssen wir sie an die Behörde weitergeben, damit sie einen angegebenen Ort für Auskünfte und solche Sachen haben.“ Infektiologin (Interview 3).

Außerdem erschwert das niedrige Bildungsniveau der Patientinnen deutlich den Alltag der Experten. Trotz einer einheitlichen Sprache (Portugiesisch) passieren durch ein sehr unterschiedliches Bildungsniveau viele Missverständnisse über die Krankheit selbst, über die Medikamente oder über die Wichtigkeit der Vorsorgeuntersuchung. Viel Zeit und Geschick wird ständig von allen Berufsgruppen gefordert.

„Das Bewusstsein, dass durch eine Schwangerschaft ein hohes Risiko besteht, sich an HIV zu infizieren, ist bei der Bevölkerung noch nicht vorhanden. Die meisten Patientinnen sagen: Ich habe nichts, ich bin doch schwanger geworden, ich bin gesund! Beim Geburtstermin erschrecken sie, wenn sie erfahren, dass sie HIV-infiziert sind.“ Infektiologin (Interview 3).

“Das Verständnis ist ein bisschen kompliziert, dank der sehr guten Arbeit des Pflegepersonals und der Psychologin schaffen wir es, dass die Schwangeren die Vorsorgeuntersuchung und die Sprechstunden als Routine sehen. In der Regel ist es für die Schwangere eine große Herausforderung, die Sprechstunde während der Schwangerschaft zur Gewohnheit zu machen, vor allem bei den Medikamenten und bei der Sprechstunde vor der Geburt, was nicht einfach ist. Dies ist eine der größten Schwierigkeiten.” Infektiologe (Interview 4).

„Die Anpassung der Sprache während der Untersuchungen kann sehr aufwendig sein, da für die Behandlung wichtig ist, die Geschichte der Patientin zu wissen. Es kann aber passieren, dass sie nicht immer erzählt. Entweder versteht sie nicht immer, was der Arzt meint, oder wegen des Schamgefühls, z.B: Oralsex. Manchmal muss beschrieben werden, was genau damit gemeint ist, damit die Patientinnen verstehen, was das ist.“ Sozialpädagogin (Interview 8).

4.3 Die Beeinträchtigung der Arbeit durch Diskriminierung und Gewalt

4.3.1. Diskriminierung

Das Thema Gewalt wurde von allen Berufsgruppen erwähnt als etwas fast Gewöhnliches, mit dem sie häufig konfrontiert werden. In den Interviews wurden allerdings verschiedene Arten von Gewalt erwähnt. Eine davon ist die Diskriminierung. Sie fordert von den Berufsgruppen viel Geschick. Es wird sehr darauf geachtet, dass durch die HIV-Therapie nicht noch mehr Schaden für diese Frau verursacht wird, aufgrund der Diskriminierung. Wie weit darf das Team

gehen und in das Leben dieser Frau eingreifen? Das Thema spaltet in beiden CTAs jeweils das ganze Team. Die Situationen, in denen Gewalt eine Rolle spielt, wird innerhalb des Teams von den Berufsgruppen unterschiedlich erlebt und auch unterschiedlich behandelt. Eines der größten Probleme überhaupt ist die Mitteilung an den Partner. Aus der Sicht der Medizin (Ärzte) wird die Mitteilung an den Partner mit drei Hauptargumenten begründet: Erstens die Meldepflicht, die von dem System von den Ärzten gefordert wird. Zweitens die neue Kontaminierung zu verhindern, da die bekannte höhere Promiskuität begrenzt werden muss, um den Therapieerfolg zu sichern. Drittens muss eine frühzeitige Therapiemöglichkeit für den Partner angeboten werden. Der von den Ärzten ausgeübte Druck auf die Frauen ist groß. Sie behaupten, die Fälle zu kennen und zu berücksichtigen, wo akute Gefahren wegen Gewalt gegen die Frau bestehen. Trotzdem lässt sich eine einheitliche Richtlinie, um die Diskriminierung zu verringern, schwierig gestalten; vor allem wie die Patientinnen betrachtet werden, ist von Experte zu Experte anders. Hier aus der Sicht der Ärzte:

„Die Arbeit mit dem HI-Virus ist sehr schwierig, da die meisten Patientinnen hier sehr jung sind. Entweder sind sie ...15 bis 16 Jahre alt und dieses ist ihre erste Schwangerschaft oder sie sind 25 bis 26 Jahre und sind in der vierten bis fünften Schwangerschaft. Die Familien sind sehr arm, die Vaterschaft ist in der Regel ungeklärt. Entweder sind sie Alleinerziehende oder sie sind vom Partner finanziell stark abhängig. Manchmal ist der Partner, der zu Beginn der Schwangerschaft da ist, nicht der gleiche am Ende dieser Schwangerschaft, weil ein Neuer schon da ist. Dies geschieht sehr häufig mit den Frauen hier.“
Infektiologe (Interview 4).

„Wir untersuchen hier junge und schöne Frauen, die nicht immer eine schlechte finanzielle Situation haben, aber ständig den Partner wechseln... Ich habe eine untersucht, die beim zweiten Termin einen anderen Partner hatte. Der erste Partner weiß von dem anderen Partner nichts. Es war unmöglich, sie in die Richtung „Mitteilung“ zu bewegen; ...für mich müsste es einen sozialen Dienst geben, wenn die Frau noch nicht mit ihrem Partner gesprochen hätte, würde dieser Dienst mit ihr reden. Was hier angeboten wird, ist ein Gespräch und eine Empfehlung in der Therapie: ‚Sie sollen ... es wäre besser... ‚ Aber nie ein richtiges Wort! Sie müssen!!!“
Gynäkologin (Interview 1).

Aus der Sicht der sozialen Arbeit kann die Mitteilung dagegen zusätzliche soziale Schwierigkeiten verursachen. Die Situationen lassen sich nicht immer einfach lösen.

Dazu die Meinungen der Sozialpädagoginnen und Krankenschwestern:

„Die HIV-positiven Menschen werden immer noch sehr diskriminiert, sogar von der eigenen Familie, denn was heutzutage das Leben mit HIV schlimmer macht, ist die Diskriminierung. Früher mussten sie 20 Pillen schlucken, jetzt sind sie auf zwei reduziert, aber die Liebe, die sie immer noch brauchen, die ist gleich geblieben. Was für diese Patientinnen immer noch schwer zu verarbeiten ist, ist das Gefühl, ausgegrenzt zu sein. Deswegen empfehle ich in manchen Fällen, überhaupt nichts zu erzählen, niemandem, weil sie dadurch sehr leiden und für ihre Gesundheit kann das sehr nachteilig sein. Die Unterstützung ist lebenswichtig! Daher müssen sie sich vor Diskriminierung und Vorurteilen eher schützen!“ Sozialpädagogin (Interview 9).

„HIV wird hier bei uns auf Wunsch geheim gehalten. Obwohl uns bewusst ist, dass dadurch die Diskriminierung sehr unterstützt wird. Trotzdem respektieren wir doch diese Entscheidung, weil uns auch sehr bewusst ist, dass es in der Bevölkerung noch viele Vorurteile gibt. Das Fehlen von Informationen und die Ignoranz sind nach wie vor groß. Manchmal sagen wir, dass der Partner das Recht hat, sich selbst zu verteidigen. Aber... was wir nicht wissen, ist, wie wird sich dieser Partner ihr gegenüber verhalten? Ob er die Opferrolle spielen wird und das Ergebnis in der gesamten Nachbarschaft verbreitet und sie dadurch sehr stark stigmatisiert. Das ist ein Problem ... Und das ist Brasilien! Das Öffentliche ist privat und das Private ist öffentlich... Hier hat unsere Würde ein anderes Gewicht. Die Schwäche der anderen Seite wird deutlich instrumentalisiert. Wir müssen deswegen aufpassen!“ Krankenschwester (Interview 7).

Trotz Austausch in Form von Teambesprechung und Fallbeispielen (wie in Interview 8 erwähnt wurde) sind die Experten nicht einer Meinung, wenn es um die Beurteilung der sozialen Lage der Frauen geht und darum, entsprechend zu handeln. So wird einerseits insistiert, die Frauen sollen ihren Partner informieren, damit er sich schützen kann, andererseits wird empfohlen, dies nicht zu tun, um seine Unterstützung und die der Familie nicht aufs Spiel zu setzen.

4.3.2. Gewalt

Gewalt wurde von allen Experten genannt. Sie wird allerdings in verschiedenen Arten beobachtet. Die Experten erleben nicht nur Gewalt, die von Männern gegen Frauen ausgeübt wird, sondern auch in umgekehrter Form (Frauen gegen Männer). Wie mit der gewaltgeplagten Frau umgegangen wird, stellt sich als sehr individuell und genauso wenig einheitlich wie bei dem Diskriminierungsproblem dar:

„Bei Verdacht auf Gewalt wird eher durch die Körpersprache der Frauen etwas beobachtet. Ich habe schon Frauen hier erlebt, die sehr angespannt waren, wenn der Partner dabei war. So bekommen wir nebenbei mit, wie die Beziehung läuft... für eine richtige Beratung muss sie sich äußern. Ich selber frage nicht nach! Höchstens gehe ich auf ihre aktuellen Lebensbedingungen und Themen ein, die mit meinem Beruf zu tun haben. Dann habe ich die Chance, dass diese Frau sich mir anvertraut und mir etwas freiwillig sagt. Es ist selten, dass eine Frau die erlebte Gewalt einfach äußert. Sie muss dafür schon am Ende sein und für sich selbst beschlossen haben, daraus (aus der Beziehung, A.C) auszusteigen. Wenn sie es sich anders überlegt, muss sie wieder zurück zu ihm und wenn sie ihn anzeigt, laut Gesetz, muss sie konsequent sein. Die Anzeige bei der Polizei darf sie nicht mehr zurückziehen. Einerseits ist es sehr gut, aber Frauen, die finanziell komplett anhängig sind, müssen eine andere Bleibe finden! So wird es für sie noch gefährlicher. Wenn sie entschlossen sind, schaffen wir es, ihn (den Mann, A.C) da raus (von Zuhause, A.C) zu holen, aber wenn nicht, lassen wir es lieber.“ Sozialpädagogin (Interview 8).

„Wir hören hier von Patientinnen: ‚Ich konnte nicht kommen, weil er mich geschlagen hat‘, ...auch die emotionale Gewalt ist hier zu beobachten... Diese Form wird meistens von den Frauen selbst ausgeübt. Und zwar so: Sie bleibt bei diesem Mann (wenn er krank ist) und pflegt ihn bis zum Schluss, um ihm zu beweisen, dass er schuldig ist! Es gibt dagegen auch Frauen, die nehmen die Situation als Schicksal an. Sie sagen so: ‚Es musste geschehen und keiner konnte es verhindern‘. ...So finden sie sich mit der Situation ab.“ Krankenschwester (Interview 5).

4.4 Lebenseinstellungen der Brasilianerinnen

Nicht nur die soziale Lage, wie oben geschildert, muss in Erwägung gezogen werden, sondern auch die gesamte Lebensbetrachtung und die Lebenseinstellung

der Patientinnen werden mit einbezogen. Wie sie momentan im Leben stehen, ihre Lebensziele, ihr Selbstvertrauen und ihre Fähigkeit der Krisenbewältigung werden schon beachtet. Eine effektive Unterstützung zielt auf das Wohlbefinden der Patientinnen, aber auch auf den Erfolg der Therapie.

In den Interviews wird immer die Bereitschaft der Brasilianerinnen, Mutter zu sein, angesprochen und die Orientierung an der Großfamilie ist immer noch aktuell. Durch die sehr prägende Religiosität und das gesetzliche Abtreibungsverbot wird Schwangerschaft als Schicksal gesehen, das hingenommen werden muss, wie es kommt, zumal für Frauen, die nichts im Leben haben oder keine Perspektive für sich selbst sehen, das Muttersein als ein Sozialstatus empfunden wird. Es gibt immer noch die Haltung, dass Kinder eine Art Altersvorsorge sind.

„Die meisten Brasilianerinnen wollen Kinder haben. Wenn sie zu uns kommen und schon drei Kinder haben, bieten wir dieser Frau bei dem Geburtstermin die kostenlose Sterilisation an. Sie hat das Recht darauf, deswegen ist sie kostenlos. Aber dies wird von den meisten nicht akzeptiert. Sie möchten weiterhin Kinder bekommen. Die Abtreibung ist hier in Brasilien sowieso verboten! Sogar die, die nichts im Leben haben, wollen Mutter sein! Das ist hier unsere Kultur!“ Gynäkologin (Interview 1).

„Wir sehen, dass viele eine Schwangerschaft wollen, da sie schon lange aus der Schule sind (ohne Abschluss) und keine Aussicht auf eine richtige Arbeit haben. Abgesehen von dem allgemeinen Reinigungsdienst, den sie sowieso schon machen. Wenn sie schwanger werden, sehen die meisten darin eine neue Perspektive und einen neuen Ansatz, etwas Besseres. Ein Kind zu haben, ist ein Erfolg für sie.“ Krankenschwester (Interview 7).

Eine mögliche Erklärung für den immer noch bestehenden Großfamilienwunsch erklärt die Krankenschwester aus ihrer Berufserfahrung: Für Frauen sind Kinder Instanzen der Krankenpflege und Versorgung:

„Ein sehr interessantes Phänomen ist zu beobachten, wenn der Mann krank wird, bleibt die Frau bei ihm bis zum Ende. Wenn die Frau jedoch erkrankt, begleitet er sie nicht. Entweder ist er schon gestorben, oder er hat eine andere Beziehung. In diesen Fällen, wenn sie Kinder hat, die in der Pubertät sind, unterstützen sie ihre Kinder. Aber wenn die Kinder noch sehr klein sind, werden

sie meistens von der Großmutter behütet und in diesen Fällen, um sie im Krankenhaus zu besuchen, ist dafür häufig kein Geld da. Also wenn Frauen krank werden, bleiben sie meistens einsam.“ Krankenschwester (Interview 5).

4.4.1. Der Umgang der Frauen mit der aktuellen Lebenssituation

Die Lebenseinstellung der Patientinnen entscheidet vieles über ihre Zukunft und den Krankheitsverlauf. Eine gewisse Haltung der Frauen wird in den CTAs erwartet.

„Das Selbstvertrauen der werdenden Mutter in der Phase der Krise ist ein sehr wichtiger Faktor für den Erfolg der Arbeit.“ Krankenschwester (Interview 7).

„Wir versuchen, die Stimmung der Frauen zu heben, denn unsere erste Empfehlung lautet: ...'wenn Sie traurig werden, folgt Ihrem Körper Ihr Geist und Sie werden schnell krank'.“ Sozialpädagogin (Interview 8).

Daraus wurden durch den alltäglichen Umgang mit dem Thema von einer der Sozialpädagoginnen vier unterschiedliche Verhaltensmuster der Betroffenen, wie sie mit der gesamten Situation umgehen, erfasst. Diese informelle Klassifikation, erklärte sie, diene als Orientierung für die Experten zu erkennen, was zuerst gemacht werden soll, um die Situation für die Frauen etwas zu verbessern. Je nach Bedarf wird entsprechend gehandelt.

- a. (Die Selbstbewussten)...sind Frauen, die bereits ihre Rechte kennen. Entweder sind sie schon in Behandlung und sie wissen, dass es egal ist, ob sie HIV-positiv sind, sie sind ein Mensch wie jeder andere und in der Lage, glücklich zu sein.*
- b. (Die Verleugnerin) ...Es gibt die, die ihren HIV-Status während der Geburt erfahren und trotz allem euphorisch sind! Ich weiß nicht, wie es sich später entwickelt. Wie sie es verarbeitet. Aber sie sind glücklich.*
- c. (Die Unterwürfige und Rebellische)... Es gibt auch Frauen, die die Behandlung ablehnen und eine Reihe von Dingen, die sie auch ablehnen oder einfach nicht mitmachen. Sie wird zum Beispiel in*

Familienprogramme eingeführt und trotzdem geht sie überhaupt nicht dahin.

- d. *(Die Depressiven) ...Oft ist sie sehr traurig. Wir versuchen für sie, eine gewisse Autonomie zu fördern. Natürlich bekommt sie psychologische Unterstützung. Wir versuchen, alle Möglichkeiten der sozialen Rechte für sie zu gewinnen wie z. B. Programme, die ihr ein Einkommen sichern, dass sie eine minimale finanzielle Versorgung für das Kind unabhängig von einem Mann bekommt usw. Aber leider wird dieses Kindergeld nur gezahlt, wenn sie auf dem aktuellen Stand der Impfungen für das Baby und der Behandlung steht. Dafür muss sie konsequent sein und mitmachen. Dieses sind die Möglichkeiten, die ich heute habe, die Mütter selbständiger zu machen. Mein Motto hier ist: ‚Der Weg ist steinig, aber nicht unmöglich!‘ Denn unabhängig davon, ob sie HIV-positiv sind oder nicht, viele Mütter sagen, dass sie nicht wissen, was sie aus ihrem Leben machen sollen.“*
Sozialpädagogin (Interview 8).

4.5 Verbesserung der Lebensqualität und des Verantwortungsbewusstseins sichern die Patientin- Compliance

Für einen großen Teil der SUS-Patientinnen stehen ihre alltäglichen finanziellen Schwierigkeiten mehr im Vordergrund als HIV/AIDS selbst, das nicht sofort einen Gesundheitsschaden verursacht. Auch die Schwangerschaftsvorsorge, so haben die Experten erkannt, wird von der Schwangeren nicht immer als wichtig wahrgenommen (siehe Interview 5). Krankheiten ohne Beschwerden werden als zu abstrakt empfunden. Im Gegensatz zu den vielen kleinen Kindern, die zu Hause geblieben sind, die sofort versorgt werden müssen, und dem fehlenden Geld für die Transportmittel ist das Angebot nicht attraktiv. Deswegen bekommen die Patientinnen in der HIV/AIDS-Therapie in CTAs, wenn sie zu Untersuchungen kommen, kostenlose Transportmittel, Essen, Medikamente und Beachtung.

Die Compliance der Schwangeren wird entweder durch die sozialen Vorteile oder auch durch Druck, der auf die Frau ausgeübt wird, erzeugt indem ihr vermittelt wird, dass sie verantwortlich für das Leben des Ungeborenen ist. Im Folgenden werden diese von den Experten erwähnten Beispiele für die erhaltene Compliance der Frauen dargelegt.

4.5.1. Appell an die Verantwortung der Mutter

Das wichtigste Argument ist der Appell an die Verantwortung der Mutter für die Kontinuität der Therapie des Säuglings, die von den Müttern nicht immer als selbstverständlich gesehen wird.

„Es gibt eine ganz bestimmte Arbeitsweise, um die Frau in das Programm einzufügen. In der Tat geben wir dieser Frau eine soziale Hilfe, da das Projekt ihr und dem Kind Hilfe sicherstellt. Ebenso werden ihre anderen Kinder und ihr Mann untersucht und behandelt, falls nötig. Sie bleibt eine Zeit hier bei uns, danach suchen wir nach einer Möglichkeit, ihre Behandlung ganz in der Nähe von ihrem Zuhause fortzuführen... Natürlich muss sie sich nicht behandeln lassen, wenn sie nicht behandelt werden will. Aber eine Schwangere ist nicht mehr nur ‚eine Person!‘ ... Laut dem Kinder- und Jugendlichen-Gesetz haben wir in Brasilien einen Status, der gewährleistet, dass sie (die Mutter) zuständig für die Hilfe der Kleinen ist. Ich sage zu der Frauen: ‚Sie müssen nicht behandelt werden, aber Ihr Kind kann nicht allein zum Krankenhaus kommen, es braucht jemanden. Wenn Sie jemanden finden, der das Kind hierher bringt, dann es ist in Ordnung. Aber wenn nicht, müssen Sie selbst kommen‘. So sensibilisieren wir die Mütter. Wir appellieren an ihre Verantwortung.“ Krankenschwester (Interview 5).

4.5.2. Druck im Hinblick auf die Kontinuität der Behandlung

Auch wird die Schwangere zu Hause aufgesucht, wenn nötig, um ihre Teilnahme an der Therapie sicherzustellen.

„Während der Schwangerschaft muss sie zur Sprechstunde kommen, um die Medizin zu bekommen Wenn sie nicht kommt, wird sie von der Sozialarbeiterin aufgesucht. Der soziale Dienst geht davon aus, dass die Verantwortung und die Kontinuität der Behandlung von der Schwangeren selbst auch mitgetragen wird.“ Gynäkologin (Interview 1).

Dabei stehen dem Dienst folgenden Instrumente zur Verfügung, die spezifische Vorteile der Therapie bieten:

4.5.2.1. Eine Mahlzeit als Vorteil der HIV-Therapie

Einen großen Vorteil für die Patientinnen, die in den CTAs behandelt werden, sind die zwei Mahlzeiten, die sie an dem Sprechstundentag bekommen. Es wird als sehr wichtige Therapieunterstützung von den Experten bewertet.

„Diese Frauen kommen am Mittwoch hierher, denn dies ist der Tag der Schwangerschaftssprechstunde; nüchtern, wegen der Blutuntersuchung. Sie wissen, dass sie danach ein Frühstück und einen Imbiss für die Mittagspause erhalten. Sie sind also nicht gestresst wegen der stundenlangen Wartezeit, da sie durch mehrere Ärzte untersucht werden sollen. Aber sie wissen, es gibt Frühstück und zu Mittag einen Snack. Dies ist ein typisches Merkmal der HIV-Behandlung. Viel Forschungsarbeit bringt für die Patientinnen viele Vorteile ...“. Infektiologe (Interview 4).

4.5.3. Bessere Qualität in der Arzt-Patient-Beziehung durch mehr Aufmerksamkeit für die Mütter als Vorteil der HIV-Therapie

Eine wichtige und positive Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung ist durch die HIV/AIDS-Therapie wieder entstanden nämlich Aufmerksamkeit und bessere Orientierung durch die verschiedenen Berufsgruppen.

„Durch die HIV-Behandlung wurde die Arzt-Patienten-Beziehung verbessert... mit der Zeit aufgrund der Technisierung der Medizin ging die Patient-Arztbeziehung verloren...“. Infektiologin (Interview 3).

4.5.4. Gesundheitlicher Vorteil durch gewonnene Zeit; das Virus entdecken, bevor die Krankheit ausbricht

Der frühzeitig durchgeführte Test wird als der wichtiger AIDS -Präventionsfaktor eingestuft zusammen mit dem geschützten Geschlechtsverkehr und wenn nötig die Medikamenteneinnahme.

“...der HIV-Test während der Schwangerschaft ist ein Glück, das Virus noch so früh zu entdecken, bevor sie krank wird.“ Infektiologin (Interview 3).

4.6 Verbesserung der Lebensqualität durch Aufklärungen und Erhaltung der eigenen bürgerlichen Rechte

Ein besonders wichtiger und für Brasilien spezifischer Therapievorteil sind die ganzen Informationen und Aufklärungen, die die Frauen von der Sozialpädagogin bekommen. Ihre Haupttätigkeit ist, die werdenden Mütter über ihre eigenen bürgerlichen Rechte zu informieren und aufzuklären. Viele der Frauen, die in das Programm aufgenommen werden, wissen wenig bis nichts über ihre bürgerlichen Rechte und die Möglichkeiten, die es für sie gibt. Durch den Schicksalsschlag fühlen sich viele der Patientinnen noch mehr desorientiert und können nicht immer allein handeln. Das HIV/AIDS-Programm öffnet für viele der Frauen paradoxerweise Möglichkeiten, die ihnen bis dahin unbekannt waren. Die Sozialpädagogin versucht, etwas Konkretes für diese Frauen zu unternehmen, wie zum Beispiel das Kind in den Programmen für spezifische Fälle anzumelden, die von der Regierung angeboten werden. Es gibt aber Einschränkungen:

„Wenn das Kind nur arm ist, reicht es nicht, um in einem Programm angemeldet zu werden, es muss schon krank sein, um etwas zu bekommen..., das sind keine HIV- spezifischen Merkmale, das gilt für andere Krankheiten genauso.“ Krankenschwester (Interview 7).

Die Ursache für die sozialen Schwierigkeiten der Frauen sehen die Experten im Informationsmangel der Bevölkerung:

„Es gibt viele soziale Programme, aber der Zugang zu Informationen für die armen Leute und ihre Rechte ist nicht verbreitet. Es gibt auch eine Reihe von Rechten, die bereits vorhanden sind, und sie können in Anspruch genommen werden. Mangelnde Information ist eine Tatsache. Sowohl für sexuelle Themen als auch für bürgerliche Rechte, ...hier werden diese Mütter viel gefördert. Unsere Belohnung ist, wenn sie (die Mutter) glücklich sagt: 'Ah! Ich habe es gemacht, was Sie gesagt haben!' ...man kann sehen, dass diese Frau sich anders fühlt durch die erlangte Autonomie.“ Sozialpädagogin (Interview 8).

Es gibt auch Selbsthilfegruppen als Unterstützungsangebote der CTAs.

„Wir unterstützen diese Frauen hier auch durch das Treffen der ‚Aufnahmegruppe‘. Diese Gruppen sind für die Förderung der Gesundheit. Dort treffen wir uns mit allen werdenden Müttern und feiern ‚das Leben‘. Das ist ein Geburtskurs, in dem wir auch andere Themen mit einbeziehen, wie zum Beispiel: Rechte der Frauen als Individuum, die Wichtigkeit der Vaterschaft, Gesundheit und Lebensqualität. Wir versuchen auch, dass sie eine Lebensperspektive für sich finden. Vor allem wegen der Teenager, da viele von denen nicht mehr zur Schule gehen.“ Sozialpädagogin (Interview 9).

4.7 Strukturelle Probleme

Zu den erwähnten strukturellen Problemen wurden die fehlenden Beratungen bei dem HIV-Test genannt. Die Unzuverlässigkeit der Labore und die Vernachlässigung der Schwangerschaftsvorsorge verringern die Chancen der Ungeborenen, HIV-negativ zu sein.

In der brasilianischen Gesellschaft existiert ein unterschiedliches Ansehen zwischen Medizin und Sozialarbeit in der Form, dass Sozialmedizin „eine Medizin zweiter Klasse“ ist. Dies hat im Praxisalltag große Auswirkungen. Unter anderem zeigen sich große Schwierigkeiten durch das geringe Bildungsniveau und die unwürdige soziale Lage der Patientinnen.

4.7.1 Der Umgang mit dem HIV-Test

Trotz der oben erwähnten Wichtigkeit der frühzeitigen HIV- Tests in der Schwangerschaft wird immer noch die Infektion während der Geburt entdeckt, mit verheerenden Folgen. Die fehlende Beratung beim HIV-Test ist eine Sorge in den CTAs wegen der Konsequenzen für die werdenden Mütter, denn nicht selten erfahren die Frauen erst anlässlich der Geburt ihren HIV-Status. Ein anderer Grundgedanke ist die verpasste individuelle Aufklärungsarbeit bezüglich der Ansteckungsmöglichkeit. Während der Blutuntersuchung, aufgrund der Banalisierung der HIV-Tests, wird selten über dieses Thema gesprochen, sondern nur untersucht.

„Der Arzt muss die Einwilligung der Patientin für den HIV-Test bekommen. Was man hier (in Brasilien) nicht sieht, ist die Wichtigkeit der Beratung vor der Untersuchung. Sie wird als Routine-Untersuchung bei der Geburtsvorsorge

gesehen. Aber Sie wissen nicht, welche Konsequenzen solche Untersuchungen ohne eine Beratung für die Frauen haben können. Wenn es während der Geburt gemacht wird, wird die Situation noch dramatischer, da die Hormone sich verändern und das Kind da ist. Oft ist es das erste Kind, und nicht selten ist diese Mutter ist noch ein Teenager. Abgesehen von anderen Probleme, die die Schwangerschaft selbst betrifft...“ Sozialpädagogin (Interview 8).

Der Gynäkologe sieht die fehlende Beratung als Ressourcenverschwendung und Verharmlosung der Erkrankung. Seiner Meinung nach würde durch die persönliche Aufklärung vor dem Test eine möglichst effektive Sensibilisierung der Betroffenen für das Thema erreichen werden.

„... Meine große Sorge ist die Banalisierung der Erkrankung, wie es bei Syphilis der Fall ist! Banalisierung bedeutet in diesem Kontext, die Untersuchung als Routine durchzuführen, ohne vorher über die Erkrankung und deren Prävention mit der Betroffenen zu sprechen. Die Patientinnen bleiben nach wie vor ohne Wissen, wie man sich davor schützt. ... Ich befürchte..., dass mit HIV das Gleiche passieren wird. Die kostenlosen Routineuntersuchungen während der Schwangerschaft ohne eine vorherige Erkundigung oder ohne darüber Bescheid zu sagen, was es bedeutet, führt zu einer Lebenskrise ohne Vorwarnung. Wenn eine Aufklärung vor dem Test konsequent stattgefunden hätte, würde dadurch viel unnötiger Stress vermieden und zu einer effizienten Aufklärung über Prävention, Verhütung usw. führen. Das ist eine verlorene Chance für die Aufklärungsarbeit aufgrund mangelnder Organisation.“ Gynäkologe (Interview 2).

4.7.1.1. Der fehlende HIV-Test

Ein anderes wichtiges Problem ist, während der Geburt festzustellen, dass der HIV-Test fehlt. Dafür wurden zwei Hauptgründe genannt. Einer der erwähnten Gründe ist die Nachlässigkeit der Labore, die nicht konsequent arbeiten.

„Das größte Problem ist immer noch das Ergebnis der Blutuntersuchungen. Manchmal müssen wir bis zu drei Monate auf das Ergebnis warten. Weniger als 30 Tage war nie der Fall. Manchmal bekommen wir das Ergebnis nicht rechtzeitig vor dem Geburtstermin, das Kind kommt auf die Welt und wir haben das Ergebnis nicht. In Bezug auf die Tests der breiten Bevölkerung funktioniert es sehr gut. Die Bundespolitik ist gut, die regionale ist von Stadt zu Stadt unterschiedlich.“ Gynäkologe (Interview 2).

Für den anderen Grund werden die Frauen selbst verantwortlich gemacht, denn wegen des sehr niedrigen Bildungsniveaus der werdenden Mutter sieht sie die Wichtigkeit der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung manchmal nicht.

„Das Fehlen des HIV-Tests während der Schwangerschaft passiert, und ich glaube nicht, weil der Arzt ihn nicht bestellt hat, sondern weil diese Mutter Angst vor dem Ergebnis hat... Ich habe aber auch Mütter auf der Station erlebt, die nach der Frage: ‚Warum haben Sie die Vorsorgeuntersuchung nicht gemacht?‘ antworten: ‚Ich habe bereits andere Kinder, und ich weiß, dass es mir gut geht und wie alles läuft... also brauche ich das nicht!‘.“ Sozialpädagogin (Interview 8).

Die Konsequenzen für den fehlenden Test erleben die Experten als sehr dramatisch für die Mutter und sehr anstrengend für das Team.

„Wenn sie sich während dieser Schwangerschaft infiziert hatte, wird sie das Ergebnis vor Ort bekommen und das medizinische Personal hat zu entscheiden je nach Ergebnis, wie es weiter geht... Dies ist immer ein Stress mehr.“ Sozialpädagogin (Interview 8).

„...wenn die Vorsorgeuntersuchungen fehlen und das positive Ergebnis während der Geburt bekannt wird, soll innerhalb von drei Tagen, bevor diese Frau mit dem Neugeborenen entlassen wird, alles passieren. Sie muss informiert, überzeugt und unterstützt werden. Das Abstillen zählt auch dazu und danach noch, in dem Programm angemeldet zu werden. Wenn sie nur mit einem Überweisungsschein entlassen wird, kommt sie nie wieder! Der einzige Weg ist, eine Bindung mit dieser Mutter zu knüpfen und sie zu überzeugen von der Wichtigkeit der Behandlung für sie und für das Kind. Sonst denkt sie, es stimmt alles nicht und kommt, wie gesagt, nie wieder!“ Krankenschwester (Interview 5).

4.8 Die Einstellung der Mediziner gegenüber der Schwangerschaftsvorsorge

Die Experten empfehlen, über die gesamte Schwangerschaftsvorsorge das Angebot und die Zustände zu verbessern. Unter anderem sei ein Umdenken der Medizin über die Aufgabe der Schwangerschaftsvorsorge für die Bevölkerung

notwendig. Die Unvollständigkeit der aktuellen Struktur lässt sich deutlich im Alltag spüren. Eine davon ist die Haltung gegenüber der Schwangerschaftsvorsorge. Diese wird immer noch als reine medizinische Leistung betrachtet, obwohl die Bedürfnisse der Schwangeren andere Leistungen fordern, wie zum Beispiel soziale Aufklärung, psychologische Unterstützung und Pflege.

„...obwohl die Arbeit multidisziplinär ist, liegt die ganze Verantwortung bei den Ärzten. Die anderen Fachleute sind nur zur Unterstützung. Ärzte hier leisten alle Dienstleistungen, wie zum Beispiel Beratung usw.. Was uns noch sehr fehlt, ist die Umstellung der Arbeitsweise. Hier wird nie an das Pflegepersonal delegiert. Das sollte besser genutzt werden, aber es passiert gar nichts. Die Ärzte werden in alle Sachen mit einbezogen und sie werden von den anderen Berufsgruppen nur unterstützt.“ Gynäkologin (Interview 1).

Außerdem wurde die Rolle der Ärzte in der Schwangerschaftsvorsorge erwähnt. Auch die Haltung der gesamten Bevölkerung über Medizin und Gesundheit wurde von den Experten kritisiert.

„Ein großes Problem ist die Logik, dass das soziale Wohlbefinden nicht Gesundheit ist. Es ist ein ernstes Problem, Gesundheit nur als fehlende Krankheit zu sehen. Hier in Brasilien begann man erst vor kurzer Zeit, Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu sehen. Die Vorstellung ist sehr zentral, medizinisch ist es noch nicht verinnerlicht worden. Die Leute gehen zum Arzt, um hauptsächlich Medikamente zu holen. Aus der Bevölkerungssicht zum Arzt zu gehen und ohne Medikamente zurückzukommen, heißt: ‚Ich wurde nicht behandelt‘. Durch die starke Hierarchisierung in den Institutionen wird die Bevölkerungsmeinung über Gesundheitsvorstellungen stark beeinflusst. Zum Beispiel wird eine Selbsthilfegruppe nicht als Gesundheitsunterstützende Maßnahme gesehen. Aber dagegen die Ultraschografie! Für ein Gerät wird ‚Himmel und Erde bewegt‘, um das Gerät zu bekommen, weil das ein wichtiger Teil der Therapie ist. Selbsthilfegruppen sind dagegen nicht so wichtig, sie sind keine Medizin! So denkt auch die Bevölkerung.“ Sozialpädagogin (Interview 7).

Die Einstellung, dass Schwangerschaftsvorsorge eine rein medizinische Leistung sei, anstatt sie als Unterstützung (Care)⁴ bzw. pflegerische Leistung zu sehen, wurde sehr in die Kritik gezogen.

„Die Schwangerschaftsvorsorge wird als Behandlung anstatt als Unterstützung (Care) gesehen. Daher fühlt sich keiner für die anderen Aspekte, wie psychologische, emotionale und soziale Unterstützung verantwortlich. Die Schwangerschaftsvorsorge in Brasilien ist für soziale und emotionale Aspekte nicht organisiert. Deutlich zu sehen ist dies bei dem Ärzte-Krankenschwester-Verhältnis. Wir sind 25 Ärzte für eine Krankenschwester. Das Ergebnis wäre viel besser, wenn es umgekehrt wäre! Das Problem fängt bei der Struktur an, sie wurde aufgestellt für das Bedürfnis der Ärzte und nicht der Patientinnen. Bei uns wird eine Institution, in der die Anzahl des Pflegepersonals groß ist, automatisch als Medizin zweiter Klasse gesehen bzw. als Medizin für arme Leute und auch weil es ein öffentliches Angebot ist. Infolgedessen gelten Pflege, Krankengymnastik, Psychotherapie usw. nicht als medizinische Verfahren in Brasilien. Die Lobby der Ärzte in Brasilien ist mächtig! Dementsprechend wird damit viel Geld verdient. Für die Marktsättigung des Arztberufs, die wir heutzutage haben, sind unsere Ergebnisse sehr schlecht. Wir investieren viel Geld und bekommen zu wenig. Wenn andere Berufsgruppen mit einbezogen wären, würden wir besser sein.

Über HIV ist es sehr angenehm für uns Ärzte, damit zu arbeiten, wir haben Zugang zu allen Medikamenten und mir ist es immer noch ein Rätsel, wie wir in Brasilien solche Leistungen schaffen!“ Gynäkologe (Interview 2).

4.8.1. Personalknappheit und die folgenden Schwierigkeiten

Die Knappheit der Sozialpädagoginnen wurde von beiden CTAs mit Sorge betont. Die Anzahl der Anmeldungen und die Schwierigkeiten werden immer größer, vor allem weil die Frauen wegen der Neugeborenen für mindestens noch weitere zwei Jahre von dem CTA betreut werden müssen.

„Obwohl alle Entscheidungen auf Teamebene getroffen werden sollen, weil der Austausch von Informationen hier Pflicht ist, sind die Fallsbesprechungen nie mit allen Berufsgruppen vollständig. Die Tatsache ist, dass das Team zu klein ist und wenn sich alle zusammen treffen wollen, bleiben die Patienten ohne

⁴Care: (eng.)Sorge

Versorgung. Im Moment gibt es mehr als 1000 Anmeldungen, ohne die Kinder und Teenager zu zählen. Es gibt nur eine Sozialpädagogin.“ Krankenschwester (Interview 5).

„Die Kapazität ist am ‚Limit‘. Die Qualität der Arbeit wird dadurch beeinträchtigt. Jede individuell zu beraten, ist unmöglich wegen der Personalknappheit. Die Kontakte zu anderen Institutionen sind fast unmöglich.“ Sozialpädagogin (Interview 9).

4.9 Kooperationen mit anderen Institutionen

Die Institutionen, die sich mit HIV/AIDS in Brasilien beschäftigen, sind hauptsächlich die NGOs⁵ und die staatlichen Schulen. Die Schulen wurden von der Mehrheit der Experten als sehr geeignete Kooperationspartner für das Thema Prävention und Sexualkunde genannt. Die Präventionsarbeit in den Schulen wird als sinnvoll eingeschätzt. Im Jahr 2007 wurden von der Bundesregierung in den staatlichen Schulen 400 Kondomspender eingebaut (Ministério da Saúde).

4.9.1. Die Institution Kirche in der HIV/AIDS- Arbeit

Der positive Effekt durch Glauben und Hoffnung wird selbst von den Experten als hoch eingeschätzt.

Eine Zusammenarbeit der CTAs mit der Kirche hingegen, egal aus welchen Glaubensrichtungen sie sind, erklärten alle Interviewten als nicht erwünscht, angesichts der verbreiteten Tabus bezüglich HIV/AIDS, sexuell übertragbarer Erkrankungen, Verhütung, Kondome und anderer Themen. Darüber hinaus wurde auch die Haltung der Kirche als problematisch eingestuft wegen der fragwürdigen Einstellung zum Thema Heilung von HIV/AIDS. Die Verbreitung von falschen Glaubenssätzen, die nichts mit der Realität zu tun hätten, beispielsweise zu behaupten, dass nur durch die Hoffnung und eigene Haltung jeder von HIV geheilt werde, sei unverantwortlich.

Die Meinung der Experten über die Kooperationsarbeit mit der Institution Kirche ist einheitlich. Alle äußern sich dagegen.

⁵ NGO: (Eng. Non-Governmental Organization): Nichtregierungsorganisation

„...die Religion hilft, das Selbstbewusstsein und die Selbstachtung der Patientinnen zu steigern, sie sagen häufig: ‚Wenn du glaubst, wirst du doch geheilt!‘ ... Vor allem mit der gläubigen, der »Freilich- Universellen- Kirche«, haben wir am meisten Probleme. Diese Kirche verursacht am meisten Probleme in der Therapie, weil sie die ‚Heilung‘ durch Hoffnung und Glauben allein versprechen. Egal was die Testergebnisse zeigen. Die Patientinnen brechen die Therapie ab und kommen dann später zurück als AIDS- Patientinnen.“ Sozialpädagogin (Interview 8).

„Ich versuche, diese »Wunder« und die Folge dieser Handlung in die Verantwortung des Einzelnen zu stellen. Für diese Leute ist alles Gott! Egal, was sie tun oder nicht tun, deswegen sage ich: Aber genau wie Gott dir nie persönlich das Geld am Ende des Monats abgegeben hat, wird er dir auch nie persönlich das Medikament geben. Das musst du selber tun, dann kannst du auf eine Heilung warten.“ Krankenschwester (Interview 5).

„Die Katholische Kirche in Brasilien ist immer noch gegen die Familienplanung, gegen die Verhütung, es wird viel Falsches vermittelt. Sie stört noch sehr!“ Krankenschwester (Interview 6).

4.10 Prävention

Über Prävention wurde von allen Experten viel gesprochen und es wurden viele Vorschläge gemacht, die in drei Kategorien eingeordnet werden können: Zuerst wie die Institutionen selbst alltäglich bezüglich HIV/AIDS- Prävention arbeitet, dann wird die erwähnte Meinung der Experten über die Nationalkampagne der Regierung dargestellt, gefolgt von den persönlichen Verbesserungsvorschlägen der Experten über die aktuelle Nationalkampagne gegen HIV/AIDS.

4.10.1. Die Präventionsprogramme der CTAs

In den CTAs wird das Präventionsprogramm als Empfehlung bzw. Aufklärung gegen die Neukontaminierung betrachtet, zusammen mit der Kondomverteilung. Auch die intensive Auseinandersetzung mit dem falschen Eindruck über Infizierte bzw. Nicht- Infizierte wird in den CTAs angesprochen.

„Bei uns ist das offizielle Präventionsprogramm die Verteilung von Kondomen. Es wird hier in der CTA gemacht. Es sind drei Tage Präventionsprogramm.“

Zuerst bekommen sie eine Anmeldekarte und monatlich erhält jeder... 21 Kondome. Die, die hierher kommen, um sich testen zu lassen, wenn das Ergebnis negativ ist, bekommen jeweils ein Aufklärungsgespräch und sie werden in das Kondomprogramm eingefügt. Anders ist es wenn die Person schon infiziert ist, dann behandeln wir es, als Empfehlung, um die Neukontaminierung zu verhindern.“ Sozialpädagogin (Interview 8).

„Prävention hier bei uns im Krankenhaus ist nur die Verteilung von Kondomen, die Aufklärung wird viel in den Gesundheitsposten gemacht. Ich habe an vielen Präventionsaktionen teilgenommen, in denen wir Kondome verteilt haben und dazu eine kurze Erklärung über sexuell übertragbare Erkrankungen gegeben haben. Ich finde, wir haben eher die Frauen als die Männer erreicht, weil die Frauen bezüglich des Themas Gesundheit zu einer anderen Haltung als die Männer neigen. Leider konnten wir keine Verhaltensänderung nachweisen,... deswegen ist uns nicht mehr möglich, Geld für andere Aktionen zu bekommen.“ Krankenschwester (Interview 5).

„Im Hinblick auf die Veränderung des Verhaltens ist unsere Leitlinie anders als die der Regierung. Unsere Hauptfrage lautet: Glauben Sie, Sie können sich mit dem HI-Virus infizieren? Die meisten glauben es nicht und fragen: ‚Warum sagen Sie, wie kann eine verheiratete Frau sich kontaminieren?‘ Sie müssen das Bewusstsein für die Verwundbarkeit haben! Die Bevölkerung heute weiß etwas über HIV, aber viele wissen nicht, was das genau ist. In der individuellen Beratung wird klar, wie sie denken, dass eine HIV- Infizierte eine hässliche seltsame Person ist. Die Illusion: ‚Nein, es passiert mir nicht‘, ist immer noch da. Dann sage ich: ‚Ich kann HIV-infiziert sein und Sie wissen es nicht‘. Sie lachen dabei!“ Krankenschwester (Interview 6).

4.10.2. Die nationale Präventionskampagne und ihre Wirkung

Das Ergebnis des nationalen Präventionsprogramms und seiner Nebenwirkungen im Praxisalltag wird als positiv erlebt und bewertet. Die Banalisierung wird als Problem empfunden und die Einseitigkeit der Präventionskampagne, die nur auf den Gebrauch von Kondomen zielt, ohne auf die anderen Aspekte, wie zum Beispiel Tabus, einzugehen.

“...In Brasilien wissen alle Menschen - egal ob gebildet oder ungebildet-, was ein Kondom ist und dass alle kostenlosen Zugang zu Kondomen haben! Was ich allerdings auch glaube ist, dass eine gewisse Banalisierung der Erkrankung da ist. Die Leute heutzutage sehen, dass das Leben eines HIV-Infizierten ein

normales Leben sein kann und dazu, dass es eine wirksame Therapie gibt. Infolgedessen benutzen viele Leute kein Kondom mehr. Es ist immer noch so, dass die meisten Partner sich weigern, ein Kondom zu benutzen. Die Prävention ist da! Alle haben Kondome in der Tasche, aber es wird nicht gebraucht! Es gibt viele Partner, die negativ eingestellt sind, die sich verweigern, Kondome zu benutzen.“ Infektiologe (Interview 4).

... "Heute weiß jeder, was HIV ist. Und wir wissen, dass es für viele Leute egal ist. Die Kampagne hat das Sexualverhalten der Leute eingedämmt, aber es gibt auch viele Leute, die jedes Jahr einen HIV-Test machen lassen, anstatt Kondome zu benutzen, ... das ist ein Problem, aber eigentlich wissen alle, was HIV ist. Ich denke, alle Kampagnen sind sehr nützlich. Und ich halte es für wichtig, dass jeder Mensch seinen HIV-Status kennt, wie man sich infizieren kann, die Kenntnis über die Risiken (ohne Kondom A.C.) und dass jede sexuelle Beziehung ohne Kondom eine Risikobeziehung für eine HIV-Ansteckung sein kann.“ Infektiologin (Interview 3).

„Die Kampagnen sind nur ausgerichtet auf die Verwendung von Kondomen, nicht gegen die Tabus. Das Bewusstsein für HIV als chronische Erkrankung gibt es nicht. Es sollte gezielter erfasst werden. Die Sensibilisierung gegen die Tabus ist in keiner Arbeit der nationalen Kampagne vorhanden.

Diese machen wir täglich für die Frauen hier, aber es muss im Bewusstsein der Bevölkerung sein. In Brasilien heißt Prävention nur ‚Kondomverwendung‘, den Rest kann man vergessen. In der Bevölkerung existiert kein Bewusstsein über den Zusammenhang zwischen Empfängnis und HIV-Infizierung.“ Gynäkologin (Interview 1).

4.10.3. Verbesserungsvorschläge bezüglich der nationalen Präventionskampagne

Es gibt die Anforderung einer Kampagne, in der mehrere differenzierte Situationen dargestellt sind, gezielt auf spezifische alltägliche Situationen bezogen, die immer noch nicht von der Bevölkerung wahrgenommen werden; mit deutlicher Betonung auf der Verantwortung für die Gesundheit der anderen, für eine differenzierte und detaillierte Aufklärung und gegen die Tabus. Auch in den Privatkliniken werden die Tabus nicht gebrochen, wegen der Angst, diese Patientinnen zu verlieren.

„Die Präventionskampagne muss konstanter sein. Nicht nur in der Karnevalszeit..., auch in den Schulen, am Arbeitsplatz wäre sie sinnvoll. Die Behandlung, die Medikamente und die Kondome sind schon vorhanden, was uns fehlt, ist die Frage der Vorbeugung. Die Kampagne soll alle erreichen und aufklären. Es wird nur gesagt: ‚Verwenden Sie Kondome!‘ Aber es wird nicht erklärt wie. Es muss mehr als Warnung gemacht werden. Das Wichtigste ist die Vermittlung der Handhabung und wie man sie benutzen kann. Die Kampagnen bringen nichts, wenn die Leute nicht wissen, wie man Kondome richtig benutzt. Es reicht nicht nur die Aufforderung.“ Krankenschwester (Interview 6).

„...was fehlt, ist eine größere Offenheit in Bezug auf das Thema Sex. Sex soll in der Gesellschaft als etwas ganz Natürliches gesehen werden, ohne Tabus und Vorurteile. Das Gespräch muss offen und langsam sein, da die Tendenz der Patientinnen ist, zu Beginn zu lügen, weil es ihnen sehr peinlich ist, darüber zu reden.“ Sozialpädagogin (Interview 9).

„Die Leute müssen ihren HIV-serologischen Status wissen, sehr wichtig ist es auch, die Angst einfach abzubauen! Die Situationen, in denen sie sich mit dem HI-Virus anstecken können, müssen detailliert erläutert werden.“ Sozialpädagogin (Interview 8).

„Das Bewusstsein der Bevölkerung für HIV/AIDS wird in den Schulen und Frauenarztpraxen während der jährlichen Vorsorgeuntersuchungen geschaffen. Was noch fehlt, ist die Sensibilisierung der privaten Kliniken zu mehr Offenheit in Bezug auf Aufklärung und noch mehr HIV-Tests. Es ist dort immer noch ein Tabu, wegen der falschen Vorstellung, wenn sie (private Kliniken) das HIV-Thema in der Schwangerschaft nicht mit Vorsicht ansprechen, fühlen sich die Patientinnen beleidigt und die Klinik verliert ihre Patientinnen. Die Pflicht zur HIV/AIDS- Untersuchung während der Schwangerschaft gilt nur für das öffentliche Gesundheitswesen. In den Privatkliniken ist das freiwillig. Als Vorbeugung gilt immer noch die Verwendung von Kondomen, was noch fehlt, ist, die Tabus zu brechen und das Bewusstsein für die wichtigen Übertragungswege zu verstehen.“ Gynäkologin (Interview 1).

4.11 Allgemeine Lösungsvorschläge

Als Veränderungen bzw. Verbesserungen wurden die Wichtigkeit der Prävention und Aufklärung über Sexualität schon in der Kinder- und Jugendzeit gefordert. Die Mehrheit der Experten weist darauf hin, dass das Bewusstsein für sexuelle Verantwortung und für das Leben der anderen im Vordergrund der Kampagne stehen sollte. Die Sensibilisierung müsste vor allem auf die Zielgruppe „Männer mit wenig Bildung“ gerichtet werden. Außerdem wurde kritisiert, dass das Gesundheitssystem auf diese Gruppe gar nicht ausgerichtet sei. In diesem Sinne wurde auch über die Effektivität der Beratung angesprochen, da sie einseitig bzw. nur an Frauen gerichtet ist, daher bewirkt und bewegt die Beratung weniger als erwartet. Um ein effektives Ergebnis zu erreichen, müsste die Orientierung gezielt auch an die Männer gerichtet werden.

In Bezug auf das Thema Frauen wurde für die Zielgruppe mehr Aufklärung gefordert bezüglich deren Risiko, sich an HIV zu infizieren, aber auch die Autonomie der Frauen, über ihren Körper und ihre Zukunft selbständig zu entscheiden, wurde benannt.

Angesprochen wurde auch die Kampagne, mit Aufklärungsarbeit gezielt auf Paare, die in einer festen Partnerschaft leben, oder für Paare, die Kinder möchten, über das Thema Familienplanung und die Wichtigkeit der Untersuchungsvorbereitung vor der Schwangerschaft zu sprechen.

„...Das Wichtigste ist, dass man bei den Jugendlichen anfängt, damit sie eine bessere Zukunft haben. Hier in der CTA gelingt es uns nicht trotz aller Bemühungen, befriedigende Ergebnisse zu erreichen, wenn immer wieder eine Menge von Jugendlichen hierher kommen muss. Das Bewusstsein für die Übertragungswege muss rechtzeitig geweckt werden, nämlich in der Kindheit und Jugendzeit, falls sie hierher kommen müssen, dann ist es schon zu spät. Das Ergebnis unserer Bemühung ist zu sehen, dass die Säuglinge HIV-negativ auf die Welt kommen ... Aber wir werden immer auf dem gleichen Stand bleiben, wenn wir mit diesen Kindern nicht rechtzeitig etwas dagegen unternehmen, spätestens in der Pubertät infizieren sie sich. Insofern wurde das Ziel immer noch nicht erreicht! ... Eine gezielte Prävention für diese Gruppe (junge Frauen in der festen Beziehung) finde ich schwierig wegen der kulturellen Probleme. Diese Frauen schaffen es nicht, von den Ehemännern zu verlangen, dass sie ein Kondom benutzen; wenn sie noch unverheiratet sind, geht es noch. Aber wenn

sie in einer festen Partnerschaft leben, gehen seine Argumente in die Richtung: Untreue, dadurch wird eher ein Donnerwetter zu Hause verursacht!“ Gynäkologin (Interview 1).

„Hier orientieren wir die Frauen meistens auf die Verwendung von Kondomen, aber leider bleibt es nur bei der Frau. Der Mann ist überhaupt nicht vorbereitet auf eine konstante und konsequente Kondomnutzung. Es hängt zum Teil an dem Gesundheitssystem, das noch nicht vorbereitet ist - sogar weniger als bei den Frauen - um diese Männer zu orientieren. Die Gesundheitsberatungen bleiben meistens bei der Frau. Wenn sie allein angesprochen wird, macht es die Einseitigkeit noch schwieriger, alles in die Praxis umzusetzen. Der Mann muss aufgenommen und gefordert werden. Bei der Frau wäre es sinnvoller, ihre Bürgerrechte zu stärken, weil genau das grundsätzlich in dieser Gesellschaft fehlt. Die Rechte der Frauen werden nicht eingehalten.“ Krankenschwester (Interview 6).

„Wir haben hier eine Vätergruppe und allerdings ist es die einzige Gruppe, in der es meistens freie Plätze gibt. Eine Antwort dafür ist, dass sie nicht daran interessiert sind. Aber wir geben nicht auf in der Hoffnung, dieses Verhalten zu ändern. Die Präventionskampagnen sind sehr an der Mittelschicht orientiert, aber die Mehrheit der Bevölkerung besteht eher aus armen Leuten. Daher müssen die Kampagnen für Eltern und Kinder sich an Maurern, Hausmeistern, usw. im wirklichen Leben orientieren.“ Krankenschwester (Interview 7).

Der Vorschlag geht auch in die Richtung Arbeitsstrukturen mit mehr Einfluss auf andere Berufsgruppen, die nicht mit Medizin zu tun haben, um eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen, die nicht unbedingt mit einer Krankheit in Verbindung gebracht wird. Auch die Verantwortung für die eigene Sexualität wurde mehrmals genannt.

„Diese Arbeit ist nur möglich mit einem multidisziplinären Team, weil wir getrennt nicht die erzielten Ergebnisse erreichen würden. Dafür brauchten wir andere Fachleute wie die Psychologin und die Sozialpädagogin, weil es allein unmöglich wäre. Die Sozialpädagogin arbeitet viel in der Richtung Gesundheitsaufklärung in Richtung Verantwortungsbewusstsein in der Sexualität usw..

Eine weitere Aufklärungsarbeit ist notwendig, da die Struktur der Familien in Sache Hygiene, Lebensbedingungen, Promiskuität, Umwelt, Familienleben in Slums sehr problematisch ist. Bildung, Gewalt und alles, was wir nicht ändern können, die Lebensbedingungen dieser Menschen. Wenn wir damit anfangen,

sie zu verbessern, erreichen wir nichts. Ich glaube, leider müssen wir bestimmte Dinge ignorieren, sonst tun wir gar nichts Richtiges mehr, sondern alles auf einmal und nichts wird richtig. Wenn also das Ziel der Behandlung ist, die Viruslast der Mütter niedrig zu halten, damit die Kinder sich nicht infizieren. Super! Machen wir! Denn wenn wir versuchen, mehr Dinge zu machen, als wir bevollmächtigt sind, zum Beispiel eine einfache Sache: Kleidung für die Kinder zu sammeln. Das ist schon eine sehr komplizierte Sache! Milchpulver für die ersten sechs Monate ist da und Milch ist sehr teuer und sie nutzen es auch! Dann haben wir schon was erreicht!“ Infektiologe (Interview 4).

5 Diskussion und Handlungsempfehlungen

Das Beispiel der Arbeit des Gesundheitssystems in Brasilien gegen die HIV/AIDS vertikale Übertragung beweist, wie die nationale Politik und internationale Unterstützung gut zusammenwirken können und dass die grundlegenden Bedingungen von Gesundheit und jede Verbesserung des Gesundheitszustandes zwangsläufig an Bildung, Ernährung, Einkommen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit gebunden sind (WHO).

Allerdings ist das Gleichgewicht zwischen den vier Säulen der Gesundheitsförderung im Land immer noch nicht vollständig hergestellt. Wenn die Hindernisse und die Schwierigkeiten in der Lebenswelt der Menschen liegen, reicht es nicht, nur die Mittel zur Verfügung zu stellen. Die Bürger müssen wirklich erreicht werden und die Unterstützungen müssen dahin gebracht werden, wo die Menschen physische, emotionale und ökonomische Hilfe benötigen. Dafür ist die partnerschaftliche Mitwirkung der Medizin und Sozialarbeit im Land durch gegenseitige Kooperation unverzichtbar, um bessere Ergebnisse zu erreichen und die Kontinuität der Wirkungen zu erhalten. Ein deutliches Beispiel dafür liefern die CTAs, wo die Kooperation zwischen den Berufsgruppen zum Alltag gehört (Siehe S.16). Allerdings, um die Arbeit noch besser gestalten zu können, sind noch anderen Kooperationen und Einstellungen nötig wie zum Beispiel die aktuelle Grundeinstellung der Schwangerschaftsvorsorge, die nicht nur als rein medizinische Dienstleistung betrachtet werden soll, sondern auch als soziale und emotionale Unterstützung.

5.1. Attraktivität der Schwangerschaftsvorsorge

Das immer noch fehlende Interesse vieler Frauen an den regulären Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen verursacht viele Probleme. Vor allem wenn die HIV- Infektion zum Geburtstermin entdeckt wird. Es wurde als große Belastung für die Frauen und für das gesamte Team eingestuft. Auch die fehlenden sozialen Unterstützungen und die wenigen Kenntnisse über ihr bürgerliches Recht wurden als alltägliche Schwierigkeiten für die Therapie genannt.

Offensichtlich deckt nur medizinische Leistungen manche Bedürfnisse nicht und daher wirkt für viele Frauen das Angebot der regulären Schwangerschaftsvorsorge

manchmal unattraktiv (Vgl. 5.8). Beispielsweise fühlt sich eine sechsfache Mutter meistens in dem Schwangerschaftsverlauf relativ sicher und sieht daher die Notwendigkeit der Vorsorge, wie sie im Moment ist, nicht mehr. Angeblich weil sie, was sie als Bedürfnis wahrnimmt, in der Schwangerschaftsvorsorge nicht finden würden (vgl. 5.6 Interview 2). Außerdem gibt es sehr viele Teenager, die als werdenden Müttern die speziellen Unterstützungen brauchen, die wieder nichts mit nur rein medizinischer Leistung zu tun haben.

Die Dienstleistung könnte attraktiver werden, wenn die Gemeinde mit einbezogen würde, dabei ist wichtig, die Gemeinschaft zu bündeln und die Familienunterstützung in den Mittelpunkt zu stellen durch Organisation von Selbsthilfe-Gruppen, Mutter-Kind-Gruppen, Mutter-Gruppe, Vater-Gruppe, Seminare usw. wie einen offenen Treffpunkt für junge Familien zu gestalten.

Die Grundvoraussetzung dafür ist die Anerkennung der sozialen Wirkung und die Förderung der Maßnahmen, unterstützt durch mehr Personal und mögliche Räumlichkeiten.

5.2. Bessere Kommunikation und optimierter Informationsaustausch

Eine andere Schwierigkeit für die HIV-Therapie hängt mit der unbekanntenen sozialen Lage der Patientinnen zusammen. Die Kommunikation und der Informationsaustausch zwischen den Gesundheitsdienststellen wäre für die Frauen zum Vorteil, da die familiäre Situation schon in den Gesundheitsposten zu erkennen wäre und im Sinne der Gesundheitsprävention frühzeitig gehandelt werden könnte. Dafür würde eine Art Checkliste als Orientierungsinstrument dabei helfen, um schnell die wichtigen Defizite in der sozialen Lage der entsprechenden Familien erfassen zu können, um eine bessere und effektivere Orientierung zu gewährleisten, indem zum Beispiel die Zahl der Kinder, Familienzustand, Unterkunft, Einkommen, Bildung usw. erfasst würden. Auf diese Art würde das Wohlbefinden der Frauen unabhängig von einer HIV-Infektion erkannt werden.

Dieser Aspekt sollte auch zusammen mit dem medizinischen Grund an die CTAs mitgeteilt werden, da die Schwangerschaft eine begrenzte Zeit ist und die Frauen aus verschiedenen Regionen zu den CTAs kommen, so bleibt nicht viel Zeit, um die völlig unbekanntene soziale Situation der Frauen zu erfassen und mit ihr über Zukunftsperspektiven, Mitteilung an den Partner usw. in Ruhe zu sprechen. Die

Mehrheit der Patientinnen ist sehr jung und verfügt über ein sehr niedriges Bildungsniveau (S.11). Deswegen muss viel mehr Zeit für die Unterstützung dieser Patientinnen investiert werden. Für diese Frauen würde das gezielte Handeln eine Entlastung bedeuten, indem weniger Druck auf sie ausgeübt würde, da ihre Situation geklärt ist.

5.3. Einheitliche Richtlinien bezüglich Beratung, Information und Aufklärungsarbeit

Die Individualisierung der Fälle nach entsprechender sozialer Lage und Gesundheitszustand ist wichtig, um eine effektivere Dienstleistung anbieten zu können. Eine Richtlinie bezüglich Beratung, Information und Aufklärungsarbeit ist auch nicht vorhanden. Außerdem können die CTAs diese Leistungen allein nicht bewältigen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den CTAs und den Familien-Gesundheitsposten, mit einheitlichen Zielen und Orientierung bezüglich Informationen und Familienberatung, würde die Arbeit effektiver machen. Dafür muss schon vorher in den Posten die familiäre Situation der Frauen erfasst werden und die Unterstützung von diesen Instanzen aus gewährleistet werden, da die Posten wesentlich kleiner sind, 900 Familien je Posten, (siehe 3.4.3.2) und es viel mehr von ihnen als CTAs gibt.

5.4. Förderung der Enttabuisierung und Eigenverantwortung des Einzelnen

Die Behandlung der Themen Enttabuisierung und Eigenverantwortung des Einzelnen sind Grundvoraussetzungen für den Erfolg der Nationalkampagne. Bei den Interviews ist deutlich zu erkennen, dass es bei der Mehrheit der Bevölkerung ein Paradox im Umgang mit der Gefahr von HIV/AIDS gibt. Es existiert eine weit verbreitete Annahme, dass es heutzutage gute Medikamente gibt, die ein ganz normales Leben ermöglichen, sodass man als Präventionsmaßnahme lediglich seinen serologischen Status früh genug erkennen muss. Die Konsequenz für die Bevölkerung ist eine Vernachlässigung des eigenen Schutzes. Das angeblich normale Leben der Infizierten wird auf der anderen Seite von Diskriminierung und Tabus stark beeinflusst. In den Privatkliniken wird das Thema überhaupt nicht angesprochen, um die Kundinnen nicht zu verlieren. Auf der anderen Seite wird

von den Frauen der untersten Schicht ein Verhalten verlangt, das mit deren aktuellen gesellschaftlichen Einflüssen und Lebensbedingungen als unrealistisch zu werten ist. Trotzdem werden die meisten Beratungen an die Frauen gerichtet. Infolgedessen wird von ihr erwartet, dass sie den geschützten Geschlechtsverkehr in der Partnerschaft durchsetzt und dass sie ihre HIV/AIDS-Infektion ihrem Partner, ohne Rücksicht auf Verlust, mitteilt. Sie trägt auch in der Therapie, meistens allein, die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und die des Kindes. Was in den Interviews kaum erwähnt wurde, ist die Vaterschaftsrolle der Brasilianer mit aller Verantwortung, die dazu gehört. Diese alltäglichen Tabus müssen erkannt und offen gelegt werden.

5.5. Effektivität der Aufklärungsarbeit und der Präventionskampagne

Das Verteilen von Kondomen allein wurde von den Experten als unzureichend beurteilt. Eine sehr wichtige Maßnahme parallel zu der Kondom-Verteilung ist die individuelle Aufklärung zu dem Gebrauch von Kondomen, zum Beispiel die richtige Handhabung, Benutzung und Grenzen des Kondoms in bestimmten Situationen, Lagerung, Verfalldatum, Entfernung, Entsorgung usw. und dazu den HIV-Test. Die Einzelheiten dieser Informationen können nur durch viel Aufklärungsarbeit stattfinden. Außerdem sollte die Kampagne über das ganze Jahr durchgeführt und generell an die einfachen Männer gerichtet werden, anstatt sie nur an die Mittelschicht zu richten.

Auch nötig ist die Kultur der Solidarität durch die Gründung von Selbsthilfegruppen in der Nachbarschaft, mit dem Ziel, die Verwundbarkeit den Frauen bewusster zu machen sowie die verschiedenen Vulnerabilitäten und Tabus zu reduzieren. Mehr Verantwortung in der Vaterschaftsrolle und Familienplanung bzw. Verhütung als gemeinsame Aufgabe von Mann und Frau als wichtiges Ziel.

6 Schlussbetrachtung

Offensichtlich zeigt sich, dass der soziale Aspekt in Brasilien immer noch als zweitklassige Medizin bewertet wird. Allerdings ist es auch wichtig zu erkennen, dass genau die so genannte zweitklassige Medizin die Basis für eine gut gelungene erstklassige Medizin liefert. Dieser Gedanke scheint jetzt allmählich in das Bewusstsein der Bevölkerung zu gelangen. Um die armen Leute in die Klinik zu bringen, werden unter anderem Essen und Fahrkarten gesponsert (vgl. 5.4 Interview 4), da das Geld für die lange Reise meistens nicht ausreicht.

Dafür ist es notwendig zu akzeptieren, dass Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens ist und nicht nur ein vorrangiges Lebensziel. Die soziale Lage der Frauen ist immer noch kritisch. Das deutliche Beispiel liefert die Milchpulververteilung der HIV/AIDS- Therapie. Sie sollte für die Prophylaxe der betroffenen Säuglinge sein, aber wenn die HIV- positive sechsfache Mutter andere hungernde Kinder zu Hause hat, wird dieses Milchpulver sicherlich verdünnt und „brüderlich“ verteilt, wie die Nächstenliebe der christlichen Werte des Landes es von diesen Müttern verlangt, aber sicherlich auch wie es ihre eigene Liebe zu ihren älteren Kindern erfordert. Deswegen ist es notwendig, die Schwangerschaftsvorsorge attraktiver zu machen, um sie auf die Bedürfnisse der Mütter generell auszurichten, anstatt sie nur auf den Gesundheitszustand zu begrenzen. Erforderlich dafür ist eine bessere Aufklärung und soziale Unterstützung für die breite Bevölkerung bezüglich der Aufgabe, Möglichkeiten und Angebote der Gesundheitsvorsorge. Entscheidend dafür ist die Überzeugung und Anerkennung der Wichtigkeit der Sozialarbeit, beginnend mit der Struktur. Die momentane Infrastruktur zeigt vor allem durch die fehlende Privatsphäre und mangelnden Privaträume für die Beratungen, dass nicht nur der Bedarf an mehr Sozialpädagogen besteht, sondern dass die Kultur selbst dafür fehlt (vgl. 4.6 Ambiente- Protokoll und 5.6 Die Einstellung der Mediziner zur Schwangerschaftsvorsorge).

Bildungsdefizite verlangsamten deutlich das Ergebnis der Präventionsarbeit. Die Verbreitung von Informationen für die Bevölkerung über Bürgerrechte und Gesundheitsverhalten nur durch die Verteilung von gedrucktem Material reicht für die breite Masse nicht, da in Brasilien ein größerer Anteil der Bevölkerung über ein geringes Bildungsniveau verfügt (vgl. Schulbildung - Boletim epidemiológico

2007). Es bleiben dann als Alternative die Medien und die persönliche Aufklärungsarbeit. Dafür ist eine größere Zahl von Sozialpädagogen als heutzutage vorhanden erforderlich (vgl. 5.6.1 Personalknappheit und folgende Schwierigkeiten).

Trotz großer Erfolge mit der kostenlosen anti-retroviralen Therapie in Brasilien gibt es noch viele Herausforderungen zu überwinden, wo mehrere Schwachstellen sich zeigen, sind gezielte Maßnahmen in Richtung Verbesserung der Lebensqualität, unabhängig von dem Gesundheitszustand der Betroffenen, zu ergreifen, Reduzierung von Tabus und vor allem müssen die Männer erreicht werden. Die größten Defizite zeigen sich in den Bereichen Aufklärung, Information und Orientierungsarbeit. In Brasilien gibt es ein Sprichwort, das sagt: „Wenn Gott eine Tür schließt, öffnet er immer ein Fenster“. Um ein Missverständnis bei der Bevölkerung zu vermeiden (sozialer Gewinn durch Krankheiten), soll Unterstützung generell auf die Verbesserung der Lebensqualität, unabhängig von dem Gesundheitszustand des Menschen, gerichtet werden. Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur im Gesundheitssektor, sondern in allen politischen Bereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.

Auf die gesundheitliche Beeinträchtigung zu warten, um zu handeln, ist Verschwendung von finanziellen Ressourcen. Sozialer Gewinn durch eine Krankheit ist keine Lösung und zumal kein gutes Beispiel für die vor der HIV/AIDS- Infektion geretteten Neugeborenen. Die ganze Anstrengung, um diese Kinder vor einer vertikalen Infektion zu bewahren, wird mittelfristig gesehen verloren gehen, wenn die Orientierung über sexuelle Verantwortung und Menschenrechte nicht schon zu Hause durch die Mütter und Väter früh genug gegeben wird.

7 Literaturverzeichnis

Abel, T.; Bruhin, E.: Health Literacy/ Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo. 2004 S. 128 - 132

Bassichettol, K.C.; Mesquita, F.; et.al.: Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV. In Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 7, Nº 3, 2004

Carvalho, D.; Novaes, H.: Avaliação da Implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. in. Cadernos de Saúde Pública vol.20 suppl.2 - Rio de Janeiro 2004

Cechim, PL.; Perdomini, FRI.; Quaresma, LM.: Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia pré-natal. In: Rev. bras. enferm. vol.60 no.5 Brasília Sept./Oct. 2007 S.519-23.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672007000500007&script=sci_arttext&tIng=es (29.06.2008)

Costa, A.; Guilhem, D.; Silver, L.: Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão/Family planning: a matter of women's choice. In: Revista de saúde pública - Brasil 2006

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a09v6n1.pdf> (22.06.2008)

Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 15. Auflage; Burghard König(Hg.): Rowohlt Enzyklopädie Verlag 2006 S. 151-155

Faltermaier, T.: Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2 Auflage: (Hrsg) Hurrelmann, K., Klotz, T.: Haisch, J.: Verlag Hans Huber. S. 71 – 79

Flick, U.: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe. 3. Auflage Oktober 2007. Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbek bei Hamburg. S. 214-219

Galastro, E.; Fonseca, R.: A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde/ Participation of men in reproductive health: What health professionals think. Rev. Esc. Enferm. USP 2005; 41(3):454-9.
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/16.pdf> (02.07.2008)

Galvão, T.; Cerqueira, A.; Marcondes, M.: Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/AIDS/ Contraceptive measures and HIV transmission protection among women with HIV/AIDS. In: Revista de saúde pública- Brasil 2004
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19778.pdf> (16.06.2008)

Giovanella, L.; Porto, M.: Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien. Arbeitspapiere aus dem Institut für Medizinische Soziologie, Nr. 25 2004
<http://www.scielo.br/> (05.07.2008)

Greifeld, K.: Methodologische Schwierigkeiten bei der Wirkungsanalyse von Programmen zur HIV/AIDS- Prävention in Entwicklungsländern. In: Evaluationen im Gesundheitswesen. Konzepte, Beispiele, Erfahrungen (Hrsg: Loidl-Keil, R & Laskowski; München und Mering) Heiner Hampp Verlag 2006 S.209 – 219

Hebling, E.; Guimarães, I.: Mulheres e AIDS: relações de gênero e uso do condom com parceiro estável/ Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. In: Revista de saúde pública - Brasil 2004
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/14.pdf> (16.06.2008)

Hradil, S.; Berger, A.: Lebenslagen, Lebensstile, Lebensläufe. Zum Wandel von Sozialstruktur und sozialer Integration. Göttingen Schwartz 1992 S.310

Hurrelmann, K.; Laaser, U.: Handbuch Gesundheitswissenschaft. Weinheim und München: Juventa Verlag. 1998

Kowiak, F.: Salutogenetische Perspektive in : Leitbegriffe Gesundheitsförderung). BZgA (Hg.) : Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Fachverlag Peter Sabo. 2003 S.198- 199

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz. 10. Auflage. Deutscher Studienverlag, Weinheim. 2008

Menezes, T.; Amorim, M.; Santos, L.: Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério/ Domestic Physical Violence and Pregnancy: Results of a Survey in the Postpartum Period. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., São Paulo - v. 25, nº 5, 2003
https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/biblioteca_consulta_ficha.cfm?cd_item=28330 (22.06.2008)

Merbach, M.; Brähler, E.: Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2 Auflage: (Hrsg) Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. : Verlag Hans Huber. S. 319- 329

Ose, D.; Hurrelmann, K.: Mediale Kommunikationsstrategien der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2 Auflage: (Hrsg) Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J.:Verlag Hans Huber. S. 397 - 405

Parada, C.: Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005/An evaluation of the prenatal and puerperal care provided in an upstate region of the State of São Paulo in 2005 In: Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 8 (1): 113-124, jan. / mar., 2008
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292008000100013&script=sci_abstract&tlng=pt (04.07.2008)

Parker, R. G.; Camargo, Jr.: Pobreza e HIV/. AIDS: Aspectos antropologicos e sociologicos. In Cadernos de. Saude Publica, 16 (Supplementos de saúde) 2000

Pereira, N.; Gomes, D.; et.al.: Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração/Understanding domestic violence from the categories gender and generation. In: *Revista de saúde pública - Brasil* 2007
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/19.pdf> (22.06.2008)

Piccini, R.; Facchini, L.; et.al.: Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil/ Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. In: *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 7 (1): 75-82, jan. / mar., 2007 <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a09v07n1.pdf> (04.07.2008)

Sabo, P.; Lehmann, M.: Gesundheitliche Aufklärung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo. S. 55- 57

Sabo, P.: Primäre Gesundheitsversorgung/ Primary Health Care. In: Leitbegriffe Gesundheitsförderung). BZgA (Hg.): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Fachverlag Peter Sabo. 2003 S.183-184

Seibt, A.: Soziale Lerntheorie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Fachverlag Peter Sabo 2003 S. 206 – 208.

Silveira, M.; Béria, J.: Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres -Self-assessment of STD/AIDS vulnerability among women. In: *Revista de saúde pública - Brazil* 2002
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13520.pdf> (26.06.2008)

Soares, J.; Carvalho, A.: Mulher e mãe, “novos papéis”, velhas exigências: experiência de psicoterapia breve grupal. In.: *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, num. esp., p. 39-44, 2003 <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa06.pdf> (22.06.2008)

Souza, K.; Tyrrell, M.: Os fatos e atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares/ Facts and related acts to the (difficult) exercise of sexual and reproductive rights: the living processo f a poor women group, in parts. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2007
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a06v16n1.pdf> (26.06.2008)

Wagner, F.; Dieplinger, AM.: Frauenspezifische Gesundheitsförderung – Evaluierung des Leistungsangebotes des Linzer Frauengesundheitszentrums: Kurse, Seminare, Beratung und Psychotherapie. In: Evaluationen im Gesundheitswesen. Konzepte, Beispiele, Erfahrungen (Hrsg): Loidl-Keil, R & Laskowski : München und Mering :Heiner Hampp Verlag 2004 S.119 - 134.

Internetquellen

Boletim epidemiológico 2006

<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/11/21/materia.2006-1121.4964149800/view> (02.07.2008)

Boletim epidemiológico 2007

http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaidv_vigilancia_ms_boletim_2007.pdf
(02.07.2008)

Datasus

www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm (25.08.2008)

IBGE, Contagem da População 2007 und Estimativas da População 2007

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>
(01.07.2008)

Painel de indicadores do SUS.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_%20indicadores_do_SUS.pdf
(28.10.2008)

Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST 2007

<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9DAF1EC6PTBRIE.htm> (02.06.2008)

PSF - Saúde da Família. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. In.: Cadernos de Atenção Básica. Brasília 2000

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php> (21.08.2008)

SINAN 2007

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudebrasil_novembro2006.pdf
(06. 08.2008)

SUS- Boletim epidemiológico – AIDS Município do Rio de Janeiro Dezembro 2006 - Vigilância Epidemiológica dos casos de AIDS

www.saude.rj.gov.br/Docs/Dstaid/Boletim_Epid_2006.pdf (16.07.2008)

UNAIDS, 2007 Die AIDS-Epidemie Statusbericht: Dezember 2006

http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_de.pdf (14.09.2008)

UNAIDS 2008 UNAIDS (2006b): 2006 Report on The Global AIDS Epidemic. A UNAIDS 10th anniversary special edition. UNAIDS, Genf.

http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-ExecutiveSummary_en.pdf (14.09.2008)

WHO Regional Office for Europe (2008) Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation, Copenhagen

http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58_gdoc10.pdf (18.09.2008)

WHO World Health Organization, Brazil, Summary Country Profile for HIV/AIDS - Treatment Scale-Up, December 2008.

<http://www.who.int/countries/bra/en> (26.09.2008)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die hier vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder Sinn nach anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Adriana Garcia de Carvalho

Hamburg, im August 2009