

- WHO – World Health Organization (2008): The World Health Report 2008: Primary Health Care. Now more than ever. Genf: WHO
- WHO – World Health Organization (2014): Noncommunicable diseases country profiles 2014. Genf: WHO
- WR – Wissenschaftsrat (2006): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitäten im Wissenschaftssystem. Berlin: WR
- WR – Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: WR Eigenverlag

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
Postfach 100131, 33501 Bielefeld, doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Kerstin Hämel, Dirce Stein Backes, Ligia Giovanella,
Andreas Büscher

Familiengesundheitsstrategie in Brasilien – Profilierung der Pflege in der Primärversorgung

Family Health Strategy in Brazil – Shaping the profile of nursing in Primary Health Care

The Brazilian Primary Health Care System has been widely discussed internationally in recent years. This paper provides an outline of its development and the influence of the overall process of democratization in Brazil. The main focus of the paper is on the Family Health Strategy and its guiding principles of universal access, intersectoral approach and participation of the population. The important role of nursing in Primary Health Care is described as well as requirements for nursing education. The conclusions address lessons to be learned from the Brazilian experience for discussing the role of nursing in Primary Health Care in Germany.

Keywords

Brazil, Family Health Strategy, Primary Health Care, Community Nursing, Professionalization

Die Primärversorgung in Brasilien ist in den letzten Jahren international viel diskutiert worden. Dieser Beitrag skizziert die Entwicklung des Gesundheitssystems und ihren Bezug zum Demokratisierungsprozess in Brasilien. Der Schwerpunkt liegt auf der Darstellung der Familiengesundheitsstrategie, die mit ihren Prinzipien des universellen Zugangs, der sektorübergreifenden Herangehensweise und Partizipation der Bevölkerung

prägend für die Primärversorgung ist. Der Pflege kommt in diesem System eine zentrale Bedeutung zu, die in dem Beitrag ebenso ausgeführt wird wie Fragen der Qualifizierung. Den Abschluss bilden Überlegungen, welche Lehren sich aus den brasilianischen Erfahrungen für anstehende Diskussionen zur Rolle der Pflege in der Primärversorgung in Deutschland ziehen lassen.

Schlüsselwörter

Brasilien, Familiengesundheitsstrategie, Primärversorgung, Gemeindeorientierung, Professionalisierung

1. Einleitung

Die brasilianische Gesundheitspolitik hat in den letzten Jahren international große Anerkennung für ihre Leistungen auf dem Gebiet der Primärversorgung erhalten (z. B. Lancet 2011: Serie ‚Health in Brazil‘). Auf Grundlage der Familiengesundheitsstrategie (Estratégia Saúde da Família, ESF) hat sie ein Primärversorgungskonzept auf den Weg gebracht, das den internationalen Best Practice Empfehlungen folgend (WHO 2008) eine umfassende, präventiv orientierte und gesundheitsförderliche Primärversorgung ermöglichen soll. Diese Entwicklung kann in Brasilien nicht losgelöst von dem Demokratisierungsprozess gesehen werden, den das Land Mitte der 1980er-Jahre durchlaufen hat. Die Ideen einer zivilgesellschaftlich geprägten Gesundheitsbewegung haben den Aufbau des einheitlichen Gesundheitssystems SUS (Sistema Único de Saúde) maßgeblich beeinflusst (Fleury 2011; Paim et al. 2011). Leitmaximen sind ein universaler Zugang zur Gesundheitsversorgung, ein weit gefasstes Gesundheitsverständnis, eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit, dezentralisierte Verantwortungs- und Leistungsstrukturen, soziale Partizipation und die Professionalisierung der Gesundheitsberufe, insbesondere der Pflege.

In der Primärversorgung wird eine familien- und gemeindeorientierte Perspektive verfolgt. In multiprofessionellen Familiengesundheitsteams arbeiten Ärzte, Pflegendе, Pflegehilfskräfte sowie Community Health Workers (Agentes Comunitários de Saúde)¹ zusammen.² Die Familiengesundheitsstrategie startete Mitte der 1990er-Jahre und wurde sukzessive qualitativ und quantitativ erweitert. Im Jahr 1998 praktizierten ca. 2.000 Familiengesundheitsteams in Brasilien (Macinko/Harris 2015). Heute (Juli 2016) sind ca. 41.000 Teams tätig, die geschätzte 64% der Bevölkerung erreichen (MS/DAB 2016). Diese Entwicklung lässt den enormen Umfang der öffentlichen Investitionen für die Primärversorgung erahnen. In allen Landesteilen wurden lokale Gesundheitszentren mit multiprofessionellen Teams aufgebaut. Flankierend wurde auch die hochschulische Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen für die Pri-

1 Bei den Community Health Workers handelt es sich um Einwohner aus dem jeweiligen Zuständigkeitsbereich der Familiengesundheitsteams, die eine basale gesundheitliche Qualifizierung erhalten haben. Ihre Funktion besteht darin, die lokale Verankerung der Primärversorgung zu verstärken und eine Brücke zwischen der lokalen Bevölkerung und den professionellen Akteuren zu bilden.

2 Die Ausweisung allein männlicher Bezeichnungen erfolgt ausschließlich, um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern. Geschlechterneutrale Bezeichnungen haben den Vorrang erhalten. In allen Fällen sind beide Geschlechter gemeint.

märversorgung auf ein neues Fundament gestellt (MS/ME 2007). Besonders die Akademisierung der Pflege wurde zügig vorangetrieben, um dem gestiegenen Bedarf an hochqualifizierten Pflegenden in der Primärversorgung nachkommen zu können (Bacques et al. 2012).

Ziel dieses Beitrags ist es, einen Überblick über die brasilianische Familiengesundheitsstrategie und die Rolle der Pflege in der brasilianischen Primärversorgung zu geben. Dazu werden zunächst die Hintergründe und Grundprinzipien des brasilianischen Gesundheitssystems und der Familiengesundheitsstrategie vorgestellt. Anschließend werden Leistungsspektrum, Aufgaben und Arbeitsweisen der Familiengesundheitsteams betrachtet und aufgezeigt, wie die Qualifizierung der Pflege verändert wurde. Abschließend wird diskutiert, welche Impulse aus den brasilianischen Erfahrungen für die Weiterentwicklung der Primärversorgung und die Spezialisierung der Pflege auf diesem Gebiet gewonnen werden können.

Der Beitrag basiert auf der zum Thema vorliegenden englisch- und deutschsprachigen Literatur und auf einer zehntägigen Exkursion³, in deren Verlauf Gesundheitszentren in zwei Regionen Brasiliens besucht wurden (Rio de Janeiro und Santa Maria im südlichen Bundesstaat Rio Grande do Sul). Die Besichtigungen der verschiedenen Zentren, leitfadengestützte Interviews und Gruppendiskussionen mit Expert/-innen der Familiengesundheitsstrategie (Gesundheitsprofessionen, Kommunalbeamte, Wissenschaftler/-innen) wurden aufgezeichnet und (teil-)transkribiert. Das reichhaltige empirische Material fließt in den Artikel zur Illustrierung der konkreten Umsetzung der Familiengesundheitsstrategie ein (Abschnitte 5 und 6).

2. Vision einer zivilgesellschaftlich getragenen sozialen Gesundheitsversorgung

Um die Zielsetzung und Ausrichtung der Primärversorgung in Brasilien verstehen zu können, ist es wichtig, den gesellschaftlichen Entstehungshintergrund zu berücksichtigen. Die Familiengesundheitsstrategie ist integraler Bestandteil der brasilianischen Sozial-, Bildungs- und Gesundheitspolitik, die seit den 1990er-Jahren darauf zielt, das starke soziale Gefälle zu durchbrechen und die persistierende gesundheitliche Ungleichheit zu bekämpfen.⁴ Brasilien ist weltweit gesehen ein Land mit den höchsten Einkommensunterschieden (Ugá/Santos 2007; Victora et al. 2011a). Niedriglöhne

3 Die Exkursion fand im Rahmen des Projekts „Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis“ statt, das von der Robert Bosch Stiftung gefördert und an der Universität Bielefeld in Kooperation mit verschiedenen Wissenschaftlern durchgeführt wird (Leitung: Kerstin Hämel, Doris Schaeffer; Laufzeit 04/2015-05/2017). Das Projekt zielt darauf ab, Best Practice Ansätze von multiprofessionellen Primärversorgungszentren in vier Ländern – Brasilien, Slowenien, Spanien und Schweden – zu identifizieren und vergleichend zu analysieren. Die Ergebnisse werden in wissenschaftlichen Publikationen sowie Handreichungen für Akteure der Gesundheitsversorgung aufbereitet.

4 Neben der Familiengesundheitsstrategie zählen dazu u. a. auch das Programm Bolsa Familia (2003), das viele Familien aus der Armut geführt hat, indem es ihnen ein Grundeinkommen zusichert, wenn diese im Gegenzug den Schulbesuch, aber auch Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ihrer Kinder sicherstellen (Soares 2012) sowie öffentliche Investitionen für verbesserte und gesündere Wohnbedingungen (sozialer Wohnungsbau, Wasser- und Elektrizitätsversorgung, Müllentsorgung) (Barretto 2011 et al.).

und Armut sowie deutlich schlechtere Gesundheitschancen für die unteren sozialen Schichten sind weit verbreitet. Dies galt in den 1970er- und 1980er-Jahren stärker als heute, denn die Absicherung sozialer und gesundheitlicher Risiken war in Brasilien zur Zeit der Militärregierung (1964-1985) wenig entwickelt, und weite Teile der Bevölkerung waren unterversorgt. Soziale und gesundheitliche Risiken sollten über lohnbezogene Sozialversicherungsbeiträge abgedeckt sein, aber mehr als die Hälfte der Bevölkerung war nur informell beschäftigt und daher nicht krankenversichert (Giovanella/Porto 2004: 17). Hinzu kam in ländlichen Regionen, besonders dem dünn besiedelten und von Armut betroffenen Norden und Nordosten Brasiliens, dass Gesundheitseinrichtungen fehlten (Paim et al. 2011: 1779f.; Giovanella/Mendonça 2014: 59). Der fehlende Zugang zu Versorgungsleistungen führte zur Zementierung gesundheitlicher Ungleichheit (Almeida et al. 2013).

Das ohnehin nur lückenhaft entwickelte Netz an Gesundheitseinrichtungen, erwies sich zudem als unzureichend, weil es auf medizinische Kuration und stationäre Versorgung ausgerichtet war (Lobato/Giovanella 2008; Paim et al. 2011). Komplexen gesundheitlichen Problemen vermochte es nicht gerecht zu werden. Doch eben diese prägen auch in Brasilien den Bedarf der Bevölkerung und sind regional höchst unterschiedlich ausgeprägt. Gerade die Verbindung sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung ist vielschichtig und erfordert mehrdimensionale Antworten und präventive Versorgungsstrategien. Zudem war und ist auch Brasilien vom demografischen und epidemiologischen Wandel erfasst: Chronische Krankheiten haben seit den 1970er-Jahren in allen Bevölkerungsschichten rasant zugenommen und sind durch die auf Kuration einzelner Krankheiten ausgerichtete Medizin nicht zu bewältigen: erforderlich waren neue, tragfähige Konzepte für die dominanten Gesundheitsprobleme der brasilianischen Bevölkerung.

Die Demokratiebewegung der 1980er-Jahre machte die Unzulänglichkeiten des Versorgungssystems zu einem öffentlichen Thema. Rückblickend besehen wuchs sie zu einer ‚Bürgergesundheitsbewegung‘ an (Giovanella/Mendonça 2014), in der Gesundheitsprofessionen, Universitäten und Institute, Graswurzelorganisationen und Gewerkschaften gemeinsam für die Anerkennung von Gesundheit *„not as an exclusively biological issue to be resolved by medical services, but as a social and political issue to be addressed in public“* (Paim et al. 2011: 1784) einsetzten. Der weithin sichtbare Erfolg dieser Bewegung ist die verfassungsrechtliche Verankerung (1988) des universellen Zugangs zur öffentlichen Gesundheitsversorgung. Um ihn zu realisieren, wurde 1988 das Sozialversicherungssystem durch ein steuerfinanziertes, einheitliches Gesundheitssystem – das Sistema Único de Saúde – kurz SUS – abgelöst (Paim et al. 2011). Die Ideen eines demokratisch und zivilgesellschaftlich getragenen Gesundheitssystems prägen die Grundprinzipien von SUS und auch die Familiengesundheitsstrategie maßgeblich.

Neben dem universellen Zugang sind sektorenübergreifende Herangehensweisen für die öffentliche Gesundheitsversorgung leitend: Die Gesundheit der Nutzer ist in ihrer biopsychosozialen Verfasstheit zu betrachten (Herrmann/Giovanella 2013) und kann nur durch ein Ineinandergreifen von Leistungen der Gesundheitsförderung, Prä-

vention, Kuration und Rehabilitation erhalten und wiederhergestellt werden. Dies erfordert eine umfassende, integrierte Primärversorgung, in der Gesundheitsförderung und Prävention den Vorrang haben sollen (Schaeffer/Hämel i.E.). Dem Prinzip der Gleichheit folgend soll die Gesundheitsversorgung zur Minderung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen. Daher wurden Strukturinvestitionen (zunächst) verstärkt in Regionen gelenkt, in denen soziale und gesundheitliche Probleme kumulieren (dos Reis Moreira/O’Dwyer 2013: 3; Malta et al. 2016). Demokratische Strukturen und zivilgesellschaftliche Einbettung des Gesundheitswesens sollen schließlich durch dezentrale Verantwortungs- und Leistungsstrukturen und die Partizipation der Bevölkerung im Gesundheitswesen gestärkt werden: Die Versorgung soll ausgerichtet auf lokale Bedarfslagen und unter Beteiligung der örtlichen Bevölkerung erfolgen. Daher wurde die Verantwortung für die Primärversorgung in die Hände der Kommunen gelegt.

Die Partizipation der Bevölkerung ist u. a. durch lokale Gesundheitsräte institutionalisiert, an denen Vertreter der Nutzer (50%), der Arbeitnehmer im Gesundheitswesen (25%) und des Managements in SUS (25%) beteiligt sind (Fleury 2011; Victora et al. 2011a). Die Beiräte nehmen Kontrollfunktionen wahr und stimmen über Weichenstellungen, beispielsweise Investitionen in Gesundheitseinrichtungen, ab. Alle vier Jahre finden zudem Gesundheitskonferenzen statt, in denen Vertreter von Verbänden, Schulen, Hochschulen, sozialen Organisationen, Kirchengemeinden und andere Akteure zusammenfinden, um handlungsleitende Ziele und Strategien der Gesundheitsversorgung zu formulieren.

Auf Grundlage der genannten Prinzipien hat sich SUS zum Aufbau einer umfassenden, qualitativ hochwertigen Primärversorgung bekannt – und dies in geradezu „revolutionärer Weise“ (dos Reis Moreira/O’Dwyer 2013: 2). Brasilien durchlief in den 1980er-Jahren eine seiner größten Wirtschaftskrisen. Andere Länder hatten angesichts ähnlich schwieriger Ausgangsbedingungen auf eine selektive Primärversorgung gesetzt, mit der die eklatantesten Lücken im Gesundheitswesen geschlossen werden sollten, die jedoch den Charakter der Armenfürsorge behalten hat (vgl. Giovanella et al. 2009, weiterführend: Cueto 2004). Die brasilianische Primärversorgung ist dagegen von der Idee getragen, umfassenden Problemen der gesamten Bevölkerung gerecht zu werden und dabei qualitativ so hochwertig zu sein, dass sie als Anlaufstelle Akzeptanz findet.⁵

3. Entwicklung der Familiengesundheitsstrategie

Die Familiengesundheitsstrategie basiert auf den genannten Grundprinzipien und wurde schrittweise entwickelt. Wichtiger Vorläufer war das Community Health Workers Programm (PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde), dass ab 1991

⁵ Allerdings ist auch anzumerken, dass rund 25% der Bevölkerung eine private Zusatzversicherung besitzen (Giovanella/Mendonça 2014: 61) sowie out-of-pocket Zahlungen für private Gesundheitsleistungen immer noch weit verbreitet sind und der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben bei lediglich 46% (Stand 2012) liegt (OECD 2014).

in ländlichen Gemeinden eingeführt wurde, in denen keine Primärversorgungsstrukturen entwickelt waren. Personen dieser Gemeinden wurden aktiviert, als Community Health Workers je 100-250 Familien der Gemeinde im Rahmen regelmäßiger Hausbesuche durch Gesundheitsinformation, -bildung und -förderung unterstützen. Sie wurden von Pflegenden koordiniert (dos Reis Moreira/O'Dwyer 2013). Daran anknüpfend startete SUS im Jahr 1994 das Familiengesundheitsprogramm, aus dem die heutige Zusammensetzung der Familiengesundheitsteams resultiert: Je ein Arzt, eine Pflegende und zwei Pflegehilfskräfte sowie 5-6 Community Health Worker bilden ein Team. Auch das Familiengesundheitsprogramm war noch primär auf die Armenbevölkerung und hier insbesondere die Mutter-Kind-Gesundheit und Eindämmung der hohen Mütter-, Säuglings- und Kindersterblichkeit in Brasilien fokussiert – dies mit großem Erfolg, wie die deutliche Abnahme der Sterbefälle in den von den Teams begleiteten Familien zeigt (Aquino et al. 2009; Macinko/Harris 2015; Victora et al. 2011b). Die Teams realisier(t)en eine mehrdimensionale Primärversorgung ‚aus einer Hand‘ durch kontinuierliche Begleitung der Familien von der Schwangerschaft über die Geburt bis in die ersten Lebensjahre der Kinder hinein. Die Vermeidung und Früherkennung potenzieller Gesundheitsrisiken hat dabei zentralen Stellenwert. Um präventiv handeln zu können, wurden Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Kinder mit Maßnahmen der Gesundheitsbildung und -förderung verbunden, beispielsweise die Beratung zur Förderung des Stillens mit der Aufklärung über Infektionskrankheiten in den Familien und Gemeinden (Aquino et al. 2009).

Die bewährten Ansätze flossen schließlich in die Familiengesundheitsstrategie ein. Die Familiengesundheitsstrategie leitet die (Neu-)Ordnung und den bedarfsgerechten Ausbau der Primärversorgung (Paim et al. 2011: 1788). Die Familiengesundheitsteams sollen allen Bürgern unbesehen von Alter, Geschlecht, Einkommen, ethnischer Herkunft und sozialer Schicht erste Anlaufstelle und persönliche Begleiter im Gesundheitswesen sein. Sie bieten ein umfassendes Leistungsspektrum der Primärversorgung an. Sie sollen überdies Zugang und Nachsorge der fachärztlichen und stationären Behandlung koordinieren und damit Garanten für eine kontinuierliche, gemeindenahere Versorgung sein. Um ihrer Aufgabe gerecht zu werden, sind die Teams einem familien- und gemeindeorientierten Ansatz verpflichtet, der eine Lebenslaufperspektive einnimmt und von der Einsicht getragen ist, dass ein Großteil der Gesundheitsprobleme in Familien und ihrem sozialräumlichen Umfeld vermieden und behandelt werden kann. Diese Orientierung erweist sich besonders für die Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit und die Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten als gewinnbringend.

Der Aufbau von (Familien)Gesundheitszentren stand zunächst neben einem konventionellen Modell der Leistungserbringung in den brasilianischen Gesundheitszentren älterer Generation, in denen Ärzte, lediglich assistiert durch Pflegenden/Pflegehilfskräfte, die Grundversorgung sicherstellten, aber keinen familien- und gemeindeorientierten Ansatz realisierten. Die älteren Gesundheitszentren werden nach und nach ebenfalls gemäß der Familiengesundheitsstrategie weiterentwickelt. Den aktuellen Statistiken zufolge sind 71% der ländlichen und 51% der städtischen Haushalte bei ei-

nem Familiengesundheitsteam registriert (Malta et al. 2016: 330; Stand 2014). Einige Metropolen des Landes verfolgen die Strategie mittlerweile mit größerem Nachdruck. So plant die Stadt Rio de Janeiro bis Ende 2017 eine 70%-ige Deckung der Bevölkerung erreicht zu haben (Stand Frühjahr 2016: ca. 50%). Dazu werden ‚Clínicas da Família‘ neu erbaut. Die modernen Gebäude und ihre technische Ausstattung sind auf die Aufgabenbereiche und Arbeitsabläufe der interdisziplinären Familiengesundheitsteams ausgerichtet. Zugleich wird mit ihnen gezeigt, dass die öffentliche Primärversorgung nicht mehr nur Anlaufstelle der Armen ist.

4. Gesundheitsversorgung in den Gesundheitszentren: Definition des Leistungsspektrums

Mit der Umsetzung der Familiengesundheitsstrategie wird ein weitgehend identisches Leistungsspektrum der Primärversorgung in allen Gesundheitszentren Brasiliens angestrebt. Dennoch kann es zu Unterschieden kommen, denn für die praktische Umsetzung sind die einzelnen Kommunen zuständig. Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf die Primärversorgung in der Stadt Rio de Janeiro (Rio Prefeitura 2011). Das Leistungsspektrum sieht eine gesundheitliche Versorgung in den folgenden Bereichen vor:

- Versorgung für erwachsene und alte Menschen: Dazu gehören Maßnahmen zur Familienplanung, die Behandlung chronischer Krankheiten, Identifikation und Behandlung von Infektionskrankheiten, Verbesserung der gesundheitlichen Situation älterer Menschen, Prävention und Begleitung bei Ernährungsproblemen, Gesundheit und Erwerbstätigkeit, Versorgung behinderter Menschen.
- Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Dazu zählen sämtliche Maßnahmen zur Mutter-Kind-Gesundheit, Impfung und Prävention in den ersten Lebensjahren sowie die Begleitung von Kindern, deren Familien Sozialleistungen aus dem staatlichen Familienunterstützungsprogramm „Bolsa Família“ erhalten. Die Leistungen für Jugendliche beziehen sich auf Präventionsmaßnahmen im Hinblick auf Drogen, Sexualität, Bewegung, Unfälle und Gewalt sowie die Bearbeitung und Begleitung gesundheitlicher Probleme bei Jugendlichen in der Schule.
- Förderung der mentalen Gesundheit: In den Zentren werden vielfältige Leistungen zur psycho-sozialen Versorgung erbracht, u. a. bei Suchtproblemen, häuslicher Gewalt sowie die Weiterleitung zu entsprechenden spezialisierten Stellen bei längerfristigen oder schwerwiegenden psychischen Problemen.
- Mundgesundheit: Leistungen in diesem Bereich umfassen das gesamte Spektrum von der Prävention und Mundhygiene bis hin zur Diagnostik und Behandlung von Zahn- und Mundgesundheitsproblemen.
- Gesundheitsmonitoring: Aufgabe der primären Gesundheitszentren ist es, ein Monitoring der Gesundheit der Bevölkerung in ihrem Zuständigkeitsbereich zu gewährleisten, entsprechende Daten zu sammeln und aufzubereiten sowie die gesundheitliche Situation fortlaufend zu analysieren. Ihnen obliegt zudem die Meldung bestehender

Gesundheitsprobleme und dazu arbeiten sie mit den relevanten lokalen Behörden zusammen. In den Clínicas da Família im Bundesstaat Rio de Janeiro finden sich die wesentlichen Daten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung im jeweiligen Zuständigkeitsbereich auf großen, öffentlich einsehbaren Tafeln im Wartebereich der Zentren.

- Gesundheitsförderung: neben der Prävention bildet Gesundheitsförderung eine wichtige Aufgabe. Sie umfasst drei große Bereiche: gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und Kontrolle des Tabakkonsums. Darüber hinaus erfolgen Aktivitäten zur Förderung der sozialen Partizipation in der Kommune, zur Information und Beratung der Bevölkerung, zum friedlichen Zusammenleben und zum Aufbau von Respekt angesichts unterschiedlicher religiöser und sexueller Orientierung.
- Behandlungen: in den Gesundheitszentren werden eine Vielzahl von Verfahren bei unterschiedlichen Gesundheitsproblemen durchgeführt, z. B. Laboruntersuchungen, Wundversorgung und Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen. In allen Zentren Rio de Janeiro erfolgt zudem die Ausgabe verschriebener Medikamente und eine Beratung zu deren Einnahme und Nebenwirkungen.
- Notfallversorgung: nicht zuletzt sind die Zentren auf die Behandlung akut auftretender Notfälle mit einer Grundausstattung vorbereitet.

5. Aufgaben der Gesundheitsprofessionen und Ausbildung neuer Arbeitsweisen⁶

Organisation der Gesundheitszentren und Etablierung Interprofessioneller Arbeitsweisen

Jedes Familiengesundheitsteam ist für die Versorgung der Bevölkerung in einem sozial-räumlich definierten Versorgungsgebiet verantwortlich. In Rio versorgt ein Team durchschnittlich 3.000 Einwohner (mit größeren Unterschieden zwischen den Teams). Angestrebt wird eine durchschnittliche Relation von 2.500 Einwohnern pro Team, wobei die Morbiditätsstruktur berücksichtigt werden soll. Da die Teams noch nicht flächendeckend in ausreichender Zahl etabliert sind, versorgen einzelne Teams auch 5.000 oder mehr Einwohner. Anders als in kleinen, ländlichen Gesundheitszentren, in denen manchmal nur ein Team angesiedelt ist, finden sich in hochverdichteten Stadtteilen Rio de Janeiro größere Gesundheitszentren, in denen bis zu 11 und mehr Teams praktizieren. Der Durchschnitt liegt in Rio bei 5-6 Teams. Die Teams nutzen gemeinsame Einrichtungen im Gesundheitszentrum wie beispielsweise speziell ausgestattete Untersuchungszimmer, Räume für Gruppenkurse und Teambesprechungen und einen gemeinsamen Anmeldebereich. Zudem können sie in den Zentren auf die Expertise weiterer Gesundheitsprofessionen, z. B. Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, zurückgreifen.

⁶ Die in Abschnitt 5 und 6 getroffenen Aussagen basieren, soweit nicht explizit auf Literatur verwiesen wird, auf den geführten Interviews und Gruppendiskussionen sowie Beobachtungen im Rahmen der Exkursion in Brasilien.

Pflegende haben mit der Einführung der Familiengesundheitsteams neue und eigenständige Aufgabenbereiche in der Primärversorgung hinzugewonnen. Während ihre Tätigkeit in den Gesundheitszentren älterer Generation auf Verwaltungstätigkeit und Zuarbeit für die Ärzte begrenzt war, führen sie in den Familiengesundheitsteams eigene Sprechstunden durch und sind so zu einem wichtigen Ansprechpartner für die Nutzer geworden. Ihre Aufgaben sind je nach Zielgruppe und Versorgungsbereich unterschiedlich. Charakteristisch ist jedoch, dass ihnen Aufgaben der Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit obliegen, die sie im Rahmen von individuellen Konsultationen, Gruppenangeboten (z. B. für Menschen mit Diabetes oder mit Bluthochdruck) und Interventionen in verschiedenen Gemeindeformen, z. B. Schulen und teils gemeinsam mit den anderen Teammitgliedern durchführen. Mit dem Anstieg des Stellenwerts präventiver und gesundheitsförderlicher Aufgaben ist auch der Stellenwert der Pflege gewachsen. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass die regulären Schwangerschaftsuntersuchungen abwechselnd von Ärzten und Pflegenden vorgenommen werden. Im Unterschied zu anderen Ländern (für Kanada siehe Schaeffer in diesem Heft; Hämel/Schaeffer 2014; Schaeffer et al. 2015) ist die medizinische Behandlung Aufgabe der Ärzte geblieben. Doch auch für sie geht die Arbeit im Familiengesundheitsteam mit neuen Aufgaben einher. Sie sind gefordert, als Mitglied eines interprofessionellen Teams zu agieren, Verantwortung zu teilen und Vorgehensweisen abzustimmen; der Informationsfluss wird über eine gemeinsame elektronische Patientenakte und ausführliche Teambesprechungen sichergestellt (wöchentlich sind dafür 4 Stunden reserviert). Die Teambesprechungen bieten Raum für den Austausch über organisatorische Fragen und Fallbesprechungen, aber auch die Weiterbildung im Team und die Diskussion neuer Arbeitsweisen. Den Pflegenden kommt hier eine wichtige Rolle zu, denn sie koordinieren und supervidieren nicht nur die Community Health Workers, sondern meist auch das gesamte Familiengesundheitsteam (80% der Teams werden von Pflegenden geleitet, Giovanella/Mendonça 2014). Auch das Management der Gesundheitszentren liegt meist in den Händen der Pflege.

Mit der Anbindung von so genannten Unterstützerteams (NASF-Teams, Núcleos de Apoio à Saúde da Família) an die Gesundheitszentren wird die multiprofessionelle Expertise seit 2008 deutlich erweitert (vgl. Giovanella/Mendonça 2014). In den NASF-Teams sind u. a. Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Psychiater, Ernährungsberater und Ergotherapeuten tätig. Ein NASF-Team steht jeweils etwa 3-9 Familiengesundheitsteams konsultativ zur Seite; es bringt spezielle Expertise in der mentalen Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Mundgesundheit, pharmazeutischen Versorgung und anderen Bereichen ein. Deuten sich beispielsweise psychische Probleme bei einem Nutzer an, kontaktiert die Pflegende oder der Arzt den Psychologen des NASF-Teams, um die Situation zu besprechen und gegebenenfalls eine gemeinsame Konsultation durchzuführen. Die Mitglieder der NASF-Teams halten zudem vielgestaltige eigene Angebote in der Gemeinde vor, beispielsweise Gesprächsrunden für junge Eltern, Gesundheitskurse für Menschen mit chronischen Krankheiten, Meditationsgruppen, Bewegungskurse u. a. Unter dem Dach der Gesundheitszentren sollen zudem Apotheken eingerichtet sein. Die Pharmazeuten

übernehmen nicht nur die Medikamentenabgabe, sondern überprüfen auch die Medikation und stimmen diese im Bedarfsfall mit den Familiengesundheitsteams ab. Auch Information der Nutzer über die Medikamente und die Einnahmemodi gehören zu ihren Aufgaben.

Aufsuchende Gesundheitsarbeit

Aufsuchende Gesundheitsarbeit wird in hohem Maß durch die Community Health Workers getragen, die durch die Pflege koordiniert, angeleitet und supervidiert werden. Die Community Health Workers haben einen Überblick über die Anzahl der Haushalte im Einzugsgebiet der Familiengesundheitsteams und deren gesundheitliche Problemlagen, da sie für ihre Registrierung verantwortlich sind. Die gesammelten Gesundheitsdaten, aber auch Informationen z. B. über Analphabetismus, Trinkwasserversorgung oder Müllentsorgung werden von ihnen dokumentiert und elektronisch aufbereitet. Sie bieten eine Informationsgrundlage für die Planung von Interventionen im Team und darüber hinaus in der Kommune. Da die Community Health Workers im Einzugsgebiet der Familiengesundheitsteams wohnen, bilden sie eine Brücke zwischen professioneller Versorgung und Gemeinde. Sie besuchen die Haushalte regelmäßig, um einen engen Kontakt zu halten und Maßnahmen der Gesundheitsinformation und -beratung zugeschnitten auf die Situation in der Familie und Gemeinde durchzuführen. Gesundheitsarbeit bedeutet hier auch die Organisation und Begleitung sozialer und kultureller Aktivitäten, beispielsweise Museumsbesuche für sozial- und bildungsbenachteiligte Gruppen, sowie die Stärkung der Selbstorganisation der Bürger für Verbesserungen in ihrem Wohnumfeld einzutreten (weiterführend: Fausto et al. 2011).

Doch auch die Pflegenden (und teils die Ärzte) sind in den Gemeinden präsent. Sie führen Hausbesuche (auch im Team) durch. Dabei ist wichtig zu betonen, dass Hausbesuche nicht allein auf immobile Personen beschränkt sind, sondern als wichtiger Zugang zur Lebenswelt der Familien und Gemeinden gelten. Sie eröffnen einen einmaligen Einblick in die häusliche (Versorgungs-)Situation der Familien und damit ein besseres Verständnis für ihre Risiken und Potentiale sowie geeignete Ansatzpunkte der professionellen Versorgung.

Soziale Partizipation und sektorenübergreifendes Vorgehen: Neue Anforderungen an das Management von Versorgungseinrichtungen

Gesundheit als kollektives Gut zu stärken steht im Fokus der Förderung der sozialen Partizipation der Bevölkerung und erfordert auch den Aufbau von sektorenübergreifenden Partnerschaften, die über das Gesundheitswesen hinausgehen. Die Gesundheitszentren sollen eng mit Verbänden, Sozial-, Kultur-, Bildungs- u. a. Einrichtungen in ihrer Gemeinde zusammenarbeiten. Viele führen daher über die vorgegebene Beteiligung von Gesundheitsräten hinaus monatliche Treffen mit Vertretern wichtiger Einrichtungen und Institutionen in ihrer Gemeinde durch, stellen Konzepte vor, nehmen Beschwerden auf und suchen gemeinsam mit den Gemeindeakteuren nach neuen Lö-

sungswegen. Diese Aufgabe, wie generell das Management und der Aufbau von Partnerschaften in der Gemeinde ist Aufgabe der Leitung des Gesundheitszentrums – oftmals der Pflege. Dies erfordert Kompetenz in Demokratie und Partizipation und auch Kooperation. Die Pflegenden arbeiten mit zahlreichen Partnern in der Gemeinde zusammen.

6. Die Rolle der Pflege

Abschließend soll die Rolle der Pflege in der Primärversorgung in Brasilien genauer betrachtet werden. Wie bereits ausgeführt, sind Pflegende fester Bestandteil der interdisziplinären Teams und haben eine zentrale Position in der Primärversorgung. Sie übernehmen Leitungsfunktion in den Teams und Gesundheitszentren, pflegen Partnerschaften in der Gemeinde zur Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, leisten individuelle Konsultationen im Zentrum und im häuslichen Umfeld, bieten Gruppenkurse an und koordinieren die Arbeit der Community Health Workers. Sie sind nicht nur in der Pflege und Behandlung manifestierter Gesundheitsprobleme tätig, sondern verantworten gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen. Einen wichtigen Baustein der Neuausrichtung stellt die Qualifikation dar. Mit dem zügigen Aufbau der Familiengesundheitsteams und der Veränderung des Aufgabenprofils der Pflege in der Primärversorgung ist der Bedarf an hochqualifizierten Pflegenden rasant gestiegen. Trotz der langen hochschulischen Ausbildungstradition wurde dadurch ein umfassender Auf- und Ausbau an Studienplätzen notwendig. Er hat erheblich zur Festigung der Position der Pflege in der Primärversorgung beigetragen. Doch nach wie vor existiert ein ungebrochen hoher Bedarf an Hochschulabsolventen aus der Pflege für den Ausbau der Primärversorgung in Brasilien (Backes et al. 2012).

Die Tätigkeit in der Primärversorgung geht für die Pflege mit der Übernahme neuer und im Vergleich zur Krankenhauspflege deutlich erweiterter Aufgaben und Rollen einher. Den Fokus auf die Gesundheit und Gesunderhaltung der Bevölkerung zu legen und dabei einen familienorientierten Ansatz zu wählen, erfordert ein Umdenken der professionellen Akteure, die vorrangig qualifiziert wurden, sich auf die Bekämpfung von Krankheiten zu fokussieren. Die Pflegenden haben diese politisch initiierte Systemveränderung am deutlichsten erfahren und sie sich zu eigen gemacht. Durch den direkten Kontakt, den die Pflegenden zu den Menschen haben, genießen sie heute eine deutlich größere Wertschätzung der Bevölkerung. Der Ausbau der Primärversorgung hat auch zur Folge, dass das Gesundheitssystem für die Bevölkerung besser fassbar ist und näher an ihre Probleme und ihre Lebensrealität gerückt ist.

Durch die Hausbesuche und den kommunalen bzw. gemeindenahen Bezug verfügen die professionellen Akteure über ein breiteres Wissen über die Situation und Lebenswirklichkeit der Menschen und genießen entsprechend ein hohes Vertrauen. Die professionelle Pflege steht am stärksten für diese Systemveränderung. Sie investiert sehr viel, z. B. durch offene und direkte Kommunikation über soziale und gesundheitliche Themen oder den Aufbau lokaler Gruppen (u. a. zur Förderung der Mobilität

oder zur Betreuung während Schwangerschaft und Geburt), gewinnt dadurch aber auch an Ansehen und Einfluss.

Trotz dieser positiven Tendenzen verlief und verläuft die Entwicklung nicht konfliktfrei. Einen Konfliktpunkt stellt das Verhältnis von Medizin und Pflege dar. Die gestiegene Bedeutung der Pflege in den Familiengesundheitsteams stellt bestehende Hierarchien in Frage und führt in der interdisziplinären Zusammenarbeit nicht eben selten zu Konflikten und Reibungen. Sie haben ihre Ursache u. a. darin, dass die Pflege den Gesundheits- und Entwicklungsaspekt des Gesundheitssystems am stärksten aufgegriffen hat. In der Ärzteschaft wird dies durchaus ambivalent gesehen. Doch war das Interesse der Ärzte, die führende Rolle in der primären Gesundheitsversorgung zu erhalten, nicht übermäßig ausgeprägt. Die Pflege hat die dadurch entstandene Lücke als Chance verstanden und gefüllt⁷. Vielerorts wird die Zusammenarbeit auch als gut und konstruktiv wahrgenommen, was sich unter anderem daran zeigt, dass die professionellen Akteure sich nicht in erster Linie als Pflegenden oder Arzt wahrnehmen, sondern als Teil eines interdisziplinären Teams. Gemeinsam ist allen, dass sie den Fokus nicht nur auf die individuelle Ebene legen, sondern aus einer populationsbezogenen Perspektive heraus agieren. Dadurch werden die individuellen Gesundheitsprobleme im sozialen Kontext und – sofern angemessen – als Teil dessen betrachtet.

Nicht nur für die Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen bringt der Rollenwandel der Pflege viele Veränderungen mit sich, sondern auch für die Bevölkerung, die ebenfalls den Übergang vom alten zum neuen System vollziehen muss. Viele tun sich unter Umständen zunächst schwer mit der Gatekeeper-Rolle der Pflegenden, weil sie es gewohnt waren, dass sich zunächst ein Arzt ihres Gesundheitsproblems annimmt.

Die Veränderungen der Aufgaben und Rollen der Pflegenden werfen Herausforderungen auf der Ebene der Qualifizierung auf. Der Bedeutungsgewinn der Primärversorgung im brasilianischen Gesundheitssystem hat zu einer Vielzahl an curricularen Veränderungen des Pflegestudiums beigetragen (Backes/Büscher 2014). Hoher Wert wird im Studium auf Praxisbezug gelegt. Er wird durch übergreifende Semesterthemen hergestellt, mit denen für die Studierenden Berührungspunkte mit der Primärversorgung geschaffen werden. Dazu gehören das Kennenlernen der Gesundheitszentren, die Arbeit in der Kommune und der direkte Kontakt mit Familien. Eine hohe Bedeutung im Studium haben die Lehrenden, die ein neues Pflegeverständnis vorzuleben und zu vermitteln haben.

Bis an allen Fakultäten eine ausreichende Zahl entsprechender Lehrender verfügbar ist, vergeht noch eine lange Zeit. In der Übergangsphase sind die Hochschullehrer gefordert, umzudenken und sich auf die neue Philosophie der Familiengesundheitsstrategie einzulassen. Das gilt nebenbei bemerkt auch für die Praxis, in der die vielfältigen Veränderungsprozesse nicht immer auf Zustimmung stoßen, sondern auch auf Desinteresse oder Ablehnung. Das betrifft nicht die Pflege allein. Almeida-Filho (2011)

⁷ Zu betonen ist jedoch, dass sich das grundsätzliche Hierarchiegefüge zwischen Medizin und Pflege in Brasilien nur im Bereich der Primärversorgung gewandelt hat. Im Krankenhausbereich sind entsprechende Entwicklungen weitgehend ausgeblieben.

führt dazu aus, dass die erwünschten SUS-Mitarbeiter kompetent, evidenzorientiert, gut ausgebildet und sich der Gleichheit im Gesundheitswesen verpflichtet fühlen sollen. Diesen Eigenschaften wurde im alten System kein besonderer Wert zugeschrieben, so dass sie bei den Gesundheitsprofessionen nur unzureichend ausgeprägt sind. Viele verfolgen weiterhin eine individualistische und nicht bevölkerungsbezogene Perspektive – insbesondere im besser bezahlten privaten Gesundheitssektor. Die Veränderung der Qualifizierung und lebenslanges Lernen sind daher Schlüsselement für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Brasilien.

7. Fazit und Ausblick

Die Profilierung und Aufwertung der Pflege im brasilianischen Gesundheitswesen bietet auch für Deutschland interessante Ansatzpunkte. Anders als in anderen Ländern war die treibende Kraft hinter dieser Entwicklung nicht der Fachkräftemangel, sondern die fehlende Primärversorgung und die daraus erwachsenen Versorgungsdefizite für weite Teile der Bevölkerung, die einen fundamentalen Wandel der Gesundheitspolitik erforderten. Nach wie vor sind die Herausforderungen im Aufbau, der Konsolidierung und Weiterentwicklung des brasilianischen Gesundheitswesens sehr groß. Daher ist das Verhältnis zwischen Medizin und Pflege nicht wie in Deutschland durch Machtkämpfe und Fragen von Delegation und Substitution einzelner Leistungen geprägt, sondern orientiert sich an der gemeinsamen Herausforderung, eine Gesundheitsversorgung sicherzustellen, die die regionalen Bedarfslagen und Lebensbedingungen berücksichtigt und soziale Probleme nicht ignoriert. Beide Professionen leisten dazu ihren Beitrag und arbeiten in interdisziplinären Teams zusammen.

Zu den besonders hervorzuhebenden Merkmalen der Primärversorgung in Brasilien gehört die überall präsente Populationsorientierung wie auch die Verantwortung für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung einer Gemeinde. Ein Bild der lokalen Situation hinsichtlich wichtiger Gesundheits- und Sozialfragen zu haben, gilt als wesentliche Voraussetzung für die Arbeit in der Primärversorgung. Dieser Ansatz bietet interessante Perspektiven für die weitere Diskussion in Deutschland, denn auch hierzulande ist die gesundheitliche und soziale Situation der Bevölkerung durch regionale Unterschiede geprägt. Ansätze zur Quartiersentwicklung oder regionalisierten integrierten Versorgung setzen ebenfalls auf sozialräumliche Aspekte und sind an Fragen der kommunalen und lokalen Bevölkerung interessiert. Das Beispiel der Familiengesundheitsteams kann verdeutlichen, dass populationsorientierte Arbeitsweisen Antworten auf diese Herausforderung geben können und zahlreiche Chancen bieten, darauf zu reagieren.

Die Idee einer populations- und gemeindeorientierten, multiprofessionellen Primärversorgung ist nicht neu, sie wurde international viel diskutiert und ist nach der Konferenz von Alma-Ata (WHO 1978) in vielen Ländern in entsprechende Konzepte gegossen worden. Bei der Umsetzung haben sich vielerorts Hürden gezeigt. Dazu gehört vor allem der hohe Aufwand, den die Realisierung einer populations- und gemein-

deorientierten Versorgung erfordert. Er wird durch den Anspruch der Partizipation der Bevölkerung nochmals erhöht. Nicht selten sind entsprechende Ansätze daher der Arbeitsverdichtung und dem Spardruck im Gesundheitswesen zum Opfer gefallen (für Spanien: López 2011). Doch gerade zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention – besonders bei chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit (Büscher/Schaeffer 2009) ist eine populations- und gemeindeorientierte Versorgung unentbehrlich. Deutschland ist den internationalen Diskussionen der Primärversorgung wenig gefolgt, doch wird in den letzten Jahren auch hierzulande immer deutlicher, dass die komplexen Bedarfslagen der älteren Bevölkerung und auch die Probleme der Versorgung im ländlichen Raum neuer, integrierter, multiprofessioneller Konzepte in der Primär (und Langzeit-)versorgung bedürfen (Hämel 2016; SVR 2014), bei deren Verwirklichung die Pflege auch hierzulande eine gewichtigere Position und neue, erweiterte Aufgaben und Rollen übernehmen muss (Schaeffer et al. 2015).

Die veränderte Rolle der Pflege in Brasilien ist jedoch nicht allein unter Professionalisierungsgesichtspunkten zu betrachten. Sie kann nicht losgelöst gesehen werden von den politischen Veränderungen und ihren Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung. Zugang zur Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, sind zentrale Ziele der eingeleiteten Entwicklungen. Sie gehen über die medizinisch beeinflussbaren Aspekte individueller und kollektiver Gesundheit hinaus, und es verwundert daher nicht, dass die Wege zu ihrer Erreichung mit Veränderungen beruflicher Rollen einhergehen. Sicherlich sind die Herausforderungen der Primärversorgung in Brasilien nur bedingt mit denen in Deutschland zu vergleichen. Fragen der Sicherstellung des Zugangs zur Versorgung – insbesondere im ländlichen Raum – spielen jedoch auch hierzulande eine Rolle und harren nach wie vor einer Antwort. Fragen der Auswirkungen sozialer Ungleichheit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wurden in Deutschland bislang nur zögerlich thematisiert (Bauer/Büscher 2008). Dies ist umso verwunderlicher, da das Vorhandensein sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in der Bevölkerung nicht mehr geleugnet werden kann.

Vor diesem Hintergrund bietet die Familiengesundheitsstrategie in Brasilien zahlreiche inhaltlich-konzeptionelle Anregungen – auch mit Blick auf die erforderlichen strukturellen Voraussetzungen, so beispielsweise die Bedeutung der Qualifizierung für eine gelingende Umsetzung. Erinnerung sei nochmals daran, dass die Pflegenden befähigt werden sollen, Verantwortung in der kommunalen Versorgung zu übernehmen und die Hochschulen in Reaktion darauf entsprechende Studiengangcurricula entwickelt haben, die auch für Deutschland und die hier nötige Weiterentwicklung der Pflegestudiengänge interessante Anregungen bieten. Die entsprechende Diskussion dazu steht noch am Anfang (DGP 2016). Das Beispiel Brasilien zeigt, dass zur Übernahme einer tragenden Rolle der Pflege in der Primärversorgung nicht nur eine tätigkeitsbezogene, klinische Kompetenzerweiterung erforderlich ist, sondern auch die Fähigkeit dazu ausgebildet werden muss, Gesundheitsprobleme vor ihrem sozialen Entstehungs- und Bedingungsgefüge einschätzen und eine populationsbezogene Pflege realisieren zu können.

Literatur

- Almeida, G./Sarti, F.M./Ferreira, F.F./Diaz, M.D.M./Campino, A.C.C. (2013): Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. *Rev Pan-am Salud Publica* 33, Nr. 2, 90-97
- Almeida Filho, N. (2011): Higher education and health care in Brazil. *The Lancet* 377, Nr. 9781, 1898-1900
- Aquino, R./Oliveira, N.F./Barreto, M.L. (2009): Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health* 99, Nr. 1, 87-93
- Backes, D.S./Backes, M.S./Erdmann, A.L./Büscher, A. (2012): O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde?: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. [The role of the nurse in the Brazilian Unified Health System: from community health to the family health strategy]. *Ciência & Saúde Coletiva* 17, Nr. 1, 223-230
- Backes, D.S./Büscher, A. (2014): Autonomie und Anerkennung. Pflegeausbildung in Brasilien: Perspektiven und Herausforderungen. *Pflegezeitschrift* 65, Nr. 5, 278-281
- Barreto, M.L./Teixeira, M.G./Bastos, F./Ximenes, R.A.A./Barata, R.B./Rodrigues, L.C. (2011): Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet* 377, Nr. 9780, 1877-1889
- Bauer, U./Büscher, A. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Büscher, A./Schaeffer, D. (2009): Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langzeitversorgung – der Aufbau von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. *Pflege & Gesellschaft* 14, Nr. 3, 197-215
- Cueto, M. (2004): The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health* 94, Nr. 11, 1864-1874
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2016): Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – der Beitrag akademischer Pflegenden. Tagungsdokumentation zur Fachtagung am 5. November 2015. Berlin: DGP
- dos Reis Moreira, E.C./O'Dwyer, G. (2013): An analysis of actions to promote health in underprivileged urban areas: a case in Brazil. *BMC Family Practice* 14, Nr. 80, 1-11
- Fausto, M.C.R./Giovannella, L./Mendonça, M.H.M./Almeida, P.F./Andrade C.L.T./Martins, M.I.C. (2011): The Work of Community Health Workers in Major Cities in Brazil: Mediation, Community Action, and Health Care. *Journal of Ambulatory Care Management* 34, Nr. 4, 339-353
- Fleury, S. (2011): Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *The Lancet* 377, Nr. 9779, 1724-1725
- Giovannella L./Mendonça, M.H.M./Almeida, P.F./Escorel, S./Senna, M.C.M./Fausto, M.C.R./Delgado, M.M./Andrade, C.L.T./Cunha, M.S./Martins, M.I.C./Teixeira, C.P. (2009): Family health: limits and possibilities for an integral primary healthcare approach in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* 14, Nr. 3, 783-794
- Giovannella, L./Mendonça, M.H.M. (2014): Primary Health Care in Brasilien: multiprofessionelle Teamarbeit und Gemeindeorientierung. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaft* 50, 53-81
- Giovannella, L./Porto, M.F.S. (2004): Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien: Arbeitspapier Nr. 25, Institut für Medizinische Soziologie. Frankfurt/Main
- Hämel, K. (2016): Plädoyer für eine regional differenzierte, sektorenübergreifende Versorgung. *Public Health Forum* 24, Nr. 1, 15-16
- Hämel, K./Schaeffer, D. (2014): Kommunale Gesundheitszentren in Finnland – Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in der ländlichen Primärversorgung. *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 50, 11-29
- Hermann, M./Giovannella, L. (2013): Interdisziplinarität und Gemeindeorientierung im Familiengesundheitsprogramm Brasiliens. In: Kalitzkus, V./Wilm, S. (Hg.): Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft. Düsseldorf: düsseldorf university press, 329-343

- Lobato, L.V.C.L./Giovannella, L. (2008): Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovannella, L./Escorel, S./Lobato, L.V.C.L./Noronha, J.C./Carvalho A.I. (Hg.): Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 107-140
- López, C.C. (2011): Primary health care in Spain and Catalonia: a nursing model perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 45, Nr. Spe 2, 1721-1729
- Macinko, J./Harris, MJ (2015): Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Journal of Medicine* 372, Nr. 23, 2177-2181
- Malta D.C./Santos, M.A.S./Stopa, S.R./Vieira, J.E.B./Melo, E.A./dos Reis, A.A.C. (2016): Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* 21, Nr.2, 327-338
- MS/DAB – Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (2016): Histórico de cobertura da Saúde da família - atualizado em julho de 2016. Online verfügbar unter: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php [Stand 2016-08-09]
- MS/ME – Ministério da Saúde/Ministério da Educação (2007): Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implantação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2014): OECD Health Statistics 2014. How does Brazil compare? Online verfügbar unter: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-BRAZIL-2014.pdf> [Stand 2016-08-09]
- Paim, J./Travassos, C./Almeida, C./Bahia, L./Macinko, J. (2011): The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* 377, Nr. 9779, 1778-1797
- Schaeffer, D./Hämel, K. (i. E.): Kooperative Versorgungsmodelle ? eine internationale vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, M./Kriwy, P. (Hg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Berlin: Springer
- Schaeffer, D./Hämel, K./Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim/München: BeltzJuventa
- Soares, S. (2012): Bolsa Família, it's design, it's impacts and possibilities for the future. Working Paper, Nr. 89. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth
- Rio Prefeitura, Saude e Defesa Civil (2011): Carteira de Serviços. Guia de Referência Rápida. Relação de serviços prestados na Atanção Primária à Saúde. Versão Profissional. Rio de Janeiro: PCRJ
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsge-rechte Versorgung – Perspektiven fu?r ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gut-achten 2014. Bonn: SVR
- Ugá, M.A.D./Santos, I.S. (2007): An Analysis Of Equity In Brazilian Health System Financing. *Health Affaires* 26, Nr. 4, 1012-1028
- Victoria, C.G./Barreto, M.L./Leal, M.C./Monteiro, C.A./Schmidt, M.I./Paim, J./Bastos, F.I./Almeida, C./Bahia, L./Travassos, C./Reichenheim, M./Barros, F.C./Lancet Brazil Series Working Group (2011a): Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet* 377, Nr. 9782, 11-17
- Victoria, C.G./Aquino, E.M.L./Leal, M.C./Monteiro, C.A./Barros, F.C./Szwacwald, C.L. (2011b): Ma-ternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet* 377, Nr. 9780, S.1863-1876
- WHO – World Health Organisation (2008): Primary health care now more than ever. The world health report 2008. Geneva: WHO
- WHO – World Health Organization (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Pri-mary Health Care, Alma Ata, USSR, 6–12 September

Prof. Dr. Kerstin Hämel¹

Prof. Dr. Dirce Stein Backes²

Prof. Dr. Ligia Giovanella³

Prof. Dr. Andreas Büscher⁴

- 1 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
- 2 Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasilien
- 3 National School of Public Health, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasilien
- 4 Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Kerstin Hämel, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, E-mail: kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

Maria do Céu Barbieri-Figueiredo, Ana Isabel Vilar, Luísa Andrade, Cláudia Araújo, Maria João Rocha da Silva

Familiengesundheitspflege – Entwicklung und Implementation in der Primärversorgung in Portugal

Family health nursing – development and implementation in primary health care in portugal

This paper aims at presenting an overview of the development of Primary Health Care in Portugal and the evolutionary role of nurses in primary care, particularly towards caring for the family. Primary Health Care organization started in 1971 and a long way has been journeyed till nowadays, with changes improving the proximity, accessibility, quality and continuity of care, responding to major changes in demography, family composition and health indicators. Nurses, working in community care, played an important role since its inception but new responses were developed to respond to health needs of individuals, families and groups, namely with the creation and regulation of the title of the Family Health Nurse specialist.

Keywords

Family Health Nursing, Primary Health Care, Health Policy, Portugal

Ziel des Beitrags ist es, einen Überblick über die Entwicklung der Primärversorgung in Portugal zu geben und dabei die Rolle der Pflege, speziell mit Blick auf die Etablierung familienorientierter Versorgung, herauszuarbeiten. Aufgrund der Veränderung der demografischen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen wurde das portugiesische Konzept der Primärversorgung seit der Einführung 1971 mehrfach reformiert, u. a. um ein wohnortnäheres Versorgungsangebot zu schaffen, Zugangsbarrieren abzubauen und eine hohe Qualität und Kontinuität zu gewährleisten. Von Beginn an hat dabei die Pflege