

Éducation en soins de santé primaires : expressions de la pratique avancée en soins infirmiers

Marília Orlandelli Carrer¹  <https://orcid.org/0009-0008-9634-2190>

Alfredo Almeida Pina-Oliveira²  <https://orcid.org/0000-0002-1777-4673>

Pedro Fredemir Palha¹  <https://orcid.org/0000-0002-5220-4529>

Juliana de Lima Brandão³  <https://orcid.org/0000-0003-1463-2829>

Letícia Yamawaka de Almeida⁴  <https://orcid.org/0000-0002-5192-6052>

Betânia Maria Pereira dos Santos⁵  <https://orcid.org/0000-0002-7916-1995>

Silvia Maria de Sá Basilio Lins⁶  <https://orcid.org/0000-0002-6717-9223>

Antônio Francisco Luz-Neto⁷  <https://orcid.org/0009-0004-6276-7650>

Denise de Andrade¹  <https://orcid.org/0000-0002-3336-2695>

Comment citer:

Carrer MO, Pina-Oliveira AA, Palha PF, Brandão JL, Almeida LY, Santos BM, et al. Éducation en soins de santé primaires : expressions de la pratique avancée en soins infirmiers. Acta Paul Enferm. 2025;38nspe1:e-SPE27f.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2025SPE27f>



Descripteurs

Pratique infirmière avancée ; Éducation; Soins de santé primaires

Soumis

25 mars 2025

Accepté

8 septembre 2025

Auteur correspondant

Marília Orlandelli Carrer
E-mail : marilia.carrer@gmail.com

Rédactrice associée invitée

Marcia Barbieri
(<https://orcid.org/0000-0002-4662-1983>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brésil

Disponibilité des données:

Les auteurs n'ont pas mis les données du présent article à disposition dans des référentiels avant leur soumission.

Résumé

Objectif : Décrire les actions éducatives menées par les infirmiers dans le cadre des soins de santé primaires et identifier celles qui convergent vers les pratiques avancées en soins infirmiers (PIA).

Méthodes : Étude qualitative avec analyse de contenu déductive, à partir des transcriptions d'entretiens avec 831 infirmiers de la SSP (soins de santé primaires) de tout le territoire national, avec le soutien du logiciel MAXQDA®, qui a produit un rapport avec des extraits des entretiens, représentatifs des domaines analysés. L'analyse de la compétence « Actions éducatives » a été guidée par des catégories prédéfinies (six domaines) construites sur la base des références du Conseil International des Infirmières et de trois autres instruments validés.

Résultats : Les actions éducatives des six domaines analysés ont été exprimées dans une partie des entretiens analysés, avec une fréquence plus élevée dans le domaine six, relatif à l'éducation des patients et des familles. Des points facilitateurs et des faiblesses ont été soulignés pour le développement des actions éducatives dans le cadre de la pratique infirmière: éducation à la santé, formation continue et préceptorat. Les pratiques traditionnelles prédominaient, avec peu de planification et des faiblesses institutionnelles, en particulier dans les dimensions de la formation continue et du préceptorat. L'absence de temps protégé, de soutien de la direction et d'articulation avec les établissements d'enseignement a rendu difficile le renforcement de ces pratiques, compromettant leur rapprochement des compétences attendues pour la PIA.

Conclusion : Les pratiques éducatives des infirmiers dans les soins de santé primaires restent ponctuelles, fragmentées et peu systématisées, s'éloignant du modèle de PIA. Il est évident qu'il est nécessaire d'investir au niveau institutionnel, de soutenir la formation pédagogique et de consacrer du temps protégé afin de consolider la dimension éducative en tant que composante stratégique des soins avancés.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brésil.

²Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brésil.

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brésil.

⁴Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brésil.

⁵Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brésil.

⁶Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brésil.

⁷Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, Brésil.

Conflits d'intérêts : rien à déclarer.

Introduction

Dans les soins de santé primaires (SSP), l'infirmier agit de manière stratégique en veillant au respect des principes et des directives qui régissent ce niveau de soins. Pour cela, il doit intégrer diverses compétences, se voyant attribuer des activités cliniques, d'assistance, de gestion et d'éducation.⁽¹⁻³⁾ Le rôle éducatif de l'infirmier revêt trois dimensions complémentaires : l'éducation à la santé, la formation continue et le préceptorat pour différents niveaux de formation.

Les actions d'éducation à la santé sont comprises comme des processus éducatifs critiques, participatifs et émancipateurs, qui favorisent la construction et l'appropriation des connaissances par la population, en valorisant les savoirs populaires, le dialogue et le rôle central de la communauté dans la production des soins.⁽⁴⁻⁶⁾ La formation continue en santé (FCS) fait référence à l'apprentissage intégré dans le quotidien des travailleurs, intégrant l'enseignement et la pratique dans le but d'améliorer en permanence la qualité des soins et de renforcer les équipes de santé.^(2,7) Le préceptorat, quant à lui, correspond aux activités pédagogiques axées sur la formation de nouveaux professionnels, favorisant le partenariat entre l'enseignement et le service et le développement de compétences professionnelles critiques, réflexives et collaboratives.⁽⁸⁾

Compte tenu de la complexité du travail des infirmiers dans les soins de santé primaires, des stratégies visant à renforcer la profession ont été discutées à l'échelle nationale et internationale, en mettant l'accent sur les pratiques infirmières avancées (PIA) en tant qu'innovation dans les systèmes de santé, car elles élargissent l'autonomie, le champ d'action et la qualification professionnelle.^(9,10) Une revue des compétences des infirmiers en pratique avancée (IPA) a souligné l'importance des pratiques éducatives, soulignant que ce domaine est encore peu exploré et nécessite d'être approfondi.⁽¹¹⁾

Compte tenu du potentiel de l'IPA pour renforcer les actions éducatives, cette étude propose de répondre à la question suivante : quelles actions éducatives l'infirmier de soins primaires réalise-t-il dans son quotidien qui se rapprochent des compétences

de l'IPA? L'objectif est donc de décrire les pratiques éducatives développées par l'infirmier dans les soins primaires et d'identifier celles qui convergent vers les pratiques avancées.

Méthodes

Étude qualitative avec analyse de données secondaires, utilisant la base de données de recherche « Pratiques infirmières dans le contexte des soins de santé primaires (SSP) : étude nationale de méthodes mixtes », développée en partenariat par le Conseil fédéral des infirmières et infirmiers (COFEN) et l'Université de Brasília (UNB), entre 2019 et 2020.⁽¹²⁾ Cette analyse fait partie des activités de la Commission des pratiques avancées du COFEN au sein du groupe de travail créé à cet effet.⁽¹³⁾ L'étude a suivi les directives établies dans les Critères consolidés pour la communication des recherches qualitatives, relatives au domaine trois (COREQ).⁽¹⁴⁾

Pour cette analyse, les extraits de discours dans lesquels des activités liées à la compétence étudiée ont été identifiées ont été pris en compte : Activités d'éducation des infirmiers dans les soins de santé primaires.

Les données ont été collectées dans les cinq régions brésiliennes, couvrant 26 États et le District fédéral, pour un total de 108 municipalités.⁽¹²⁾ 831 infirmiers travaillant dans les soins de santé primaires ont participé à l'étude,⁽¹²⁾ sélectionnés par le Registre national des établissements de santé (CNES), en tenant compte de ceux liés aux centres de santé, aux unités de santé de la famille et aux unités de base traditionnelles, constituant un échantillon intentionnel. Les critères d'inclusion suivants ont été adoptés : infirmiers exerçant des fonctions de soins ou de gestion dans les soins de santé primaires. Les critères d'exclusion suivants ont été adoptés : infirmiers précepteurs, consultants, entre autres, qui n'ont pas de lien de travail formel avec le service de santé, et ceux absents pour cause de vacances ou de congé de quelque nature que ce soit.

Pour la collecte des données, des entretiens semi-structurés ont été réalisés en ligne (à distance) par un réseau de chercheurs constitué pour mener

cette étude, composé de chercheurs, de boursiers et de bénévoles issus du premier cycle et des cycles supérieurs. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits dans leur intégralité, générant la base de données analysée dans l'étude primaire et dans la présente étude.⁽¹²⁾

Les catégories d'analyse (domaines) ont été prédéfinies à l'aide du référentiel du Conseil International des Infirmières (2020)⁽¹⁰⁾, qui présente les caractéristiques essentielles de l'IPA, ainsi que trois autres instruments disponibles et validés pour le portugais brésilien : Échelle modifiée de description des fonctions des infirmiers de pratique avancée (EMDF/IPA) – Version brésilienne ;⁽⁹⁾ Inventaire pour l'évaluation des compétences des infirmières de pratique avancée (IECIPA) pour la culture brésilienne ;⁽¹⁵⁾ et Compétences pour la formation des infirmières de pratique avancée pour les soins de santé primaires,⁽¹⁶⁾ y compris les domaines présentés ci-dessous (Figure 1).

Domaines : Activités éducatives des infirmiers dans les soins de santé primaires
1. Évalue les programmes de formation continue et recommande des révisions si nécessaire.
2. Agit en tant qu'éducateur et précepteur clinique auprès des étudiants en soins infirmiers et/ou en médecine, du personnel et/ou d'autres personnes.
3. Identifie les besoins d'apprentissage de divers groupes de population et contribue à l'élaboration de programmes et de ressources éducatifs.
4. Agit en tant qu'éducateur auprès du personnel lors de la réalisation des activités de soins directs.
5. Facilite le développement professionnel du personnel infirmier par le biais de la formation continue et permanente.
6. Offre une formation adaptée aux patients et à leurs familles.

Figure 1. Activités d'éducation des infirmiers en soins de santé primaires

Pour le traitement des données, qui a eu lieu entre juillet et décembre 2024, le logiciel MAXQDA[®] 2024 a été utilisé, en suivant les étapes suivantes :

- Structuration d'un arbre de codification avec des catégories principales adaptées à partir des instruments référencés ;
- Codification axiale et définition de sous-catégories spécifiques par région ;
- Intégration des cas dans un système catégoriel unifié.

Le résultat a été un rapport contenant des extraits de discours de chacun des six domaines de compétence analysés. L'analyse de contenu de Bardin a été réalisée⁽¹⁸⁾, à l'aide d'un processus de codage déductif.

Les extraits ont été identifiés sur la base de critères de similitude et de signification par rapport aux catégories établies, et classés comme « réalise » (lorsqu'ils démontraient une conformité avec le domaine PIA), « réalise partiellement » (lorsqu'ils présentaient des éléments partiels) et « ne réalise pas » (lorsqu'il y avait une négation explicite de la pratique). De plus, certaines interviews ne faisaient aucune mention du thème analysé. Pour présenter la fréquence des occurrences relatives aux domaines, les catégories « réalise » et « réalise partiellement » ont été regroupées sous « oui » ; et « ne réalise pas » ou « sans mention », sous « non ».

Par la suite, la généralisation analytique a été appliquée pour identifier les modèles et les perceptions récurrentes qui contribuaient à une compréhension élargie du phénomène. Afin de garantir l'anonymat des participants, les entretiens ont été identifiés à l'aide d'un code commençant par « ENF » pour les infirmiers, suivi de l'abréviation de la région où ils exercent (par exemple : « S » pour Sud et « NE » pour Nord-Est), puis d'un chiffre.

L'étude primaire a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'UNB, sous le numéro d'avis 3.619.308 et le certificat de présentation d'évaluation éthique : 20814619.2.0000.0030.

Résultats

Ci-dessous figure la description de la fréquence des occurrences relatives aux domaines qui composent la compétence analysée (Encadré 1).

Dans l'ensemble, les activités des six domaines ont présenté une faible fréquence, avec des variations régionales. Le domaine un a été le moins cité, tandis que le domaine six s'est distingué comme le plus récurrent, en particulier dans la région Nord, où il a dépassé 50 % des mentions. Les résultats qualitatifs de chaque domaine sont présentés ci-dessous, sous forme de citations représentatives extraites des entretiens :

Évalue les programmes de formation continue et recommande leur révision si nécessaire

L'un des rapports a mis en évidence les facilitateurs de cette pratique : la prévision d'un nombre

Encadré 1. Fréquence des occurrences d’actions éducatives des infirmiers dans les soins de santé primaires

Domaines	Centre-ouest (n=46)		Sud (n=174)		Sud-est (n=247)		Nord (n=62)		Nord-Est (n=302)		Total (n=831)
	Oui n(%)	Non n(%)	Oui n(%)	Non n(%)	Oui n(%)	Non n(%)	Oui n(%)	Non n(%)	Oui n(%)	Non n(%)	
1. Évalue les programmes de formation continue et recommande leur révision si nécessaire.	-	46(100)	-	174(100)	1(1)	246 (99 %)	-	62 (100)	2 (1)	300 (99)	3 (0,3)
2. Agit en tant qu'éducateur et précepteur clinique auprès des étudiants en soins infirmiers et/ou en médecine, du personnel et/ou d'autres personnes.	2(4)	44 (96)	14 (8 %)	160 (92)	3(2)	244 (98)	2 (4)	60 (96)	87 (29)	215 (71)	108 (12,9)
3. Identifie les besoins d'apprentissage de divers groupes de population et contribue à l'élaboration de programmes et de ressources éducatifs.	2 (4)	44 (96)	27 (16 %)	147 (84)	23 (9 %)	224 (91)	20 (32)	42 (68)	46 (15)	256 (85)	118 (14,1)
4. Agit en tant qu'éducateur auprès de l'équipe pendant la réalisation des activités de soins directs.	-	46 (100)	20 (11 %)	154 (89)	5 (2 %)	242 (98)	2 (3)	60 (97)	27 (10)	275 (90)	54 (6,4)
5. Facilite le développement professionnel de l'équipe infirmière grâce à la formation continue/permanente.	-	46 (100)	20 (12 %)	154 (88)	6 (3 %)	241 (97)	4 (6)	58 (94)	63 (21)	239 (78)	93 (11,1 %)
6. Offre une éducation adéquate aux patients et à leurs familles.	15 (33)	31 (67)	70 (40 %)	104 (60)	30 (12 %)	217 (88)	27 (45)	35 (55)	166 (54,9)	136 (45)	308 (37 %)

Seul le nombre de professionnels ayant déclaré exercer cette activité a été pris en compte.

d’heures hebdomadaires pour la qualification professionnelle et l’intégration de la FCS dans la routine de l’équipe, les réunions d’équipe servant d’espace pour aborder des thèmes, guidées par la discussion de cas complexes.

Les autres ont signalé des faiblesses, telles que le manque de temps, l’absence de planification structurée par la direction et une culture curative : « Nous pourrions avoir le temps de faire cela, n’est-ce pas ? Mais malheureusement, nous vivons dans une médecine curative, il semble que le plus important soit de *faire des ordonnances pour le patient* (ENF_NE_784) ».

Agit en tant qu’éducateur et précepteur clinique pour les étudiants en soins infirmiers et/ou en médecine, le personnel et/ou d’autres personnes
Les infirmiers ont déclaré exercer la fonction de précepteur auprès d’étudiants de premier cycle et en résidence en soins infirmiers et dans d’autres cursus de santé, dans le cadre de stages supervisés, comprenant le suivi d’activités pratiques, l’orientation clinique et le soutien dans des actions éducatives collectives : « Je fais du préceptorat [...], qui ne se limite pas seulement à la consultation infirmière, mais à toutes les activités telles que la surveillance de la santé, la recherche active de patients, les soins prénataux, l’hypertension, le diabète, la lèpre, la tuberculose, *la puériculture, la vaccination, toutes les lignes de soins que nous avons* (ENF_SE_351) ».

En outre, les personnes interrogées ont souligné l’opportunité d’apprentissage mutuel et le renforcement de la pratique interprofessionnelle comme aspects positifs du préceptorat : « C’est très bien, car c’est un échange d’informations, d’expériences et d’apprentissage. Ainsi, les étudiants apportent des choses nouvelles, nous avons les connaissances, la pratique, nous apprenons avec eux et ils apprennent aussi avec nous (ENF_NE_679) ».

Cependant, ils ont également mentionné des difficultés, telles que l’absence de formation pour l’exercice du préceptorat et le chevauchement des activités, sans temps protégé ni reconnaissance formelle pour être précepteur : « Je ne reçois pas *de compensation pour cela, non, parce que cela finit par perturber mes soins, j’ai très envie d’aider les étudiants, surtout les techniciens, mais en même temps je ne peux pas parce que j’ai mes consultations à faire* (ENF_NE_583) ».

Identifie les besoins d’apprentissage de divers groupes de population et contribue au développement de programmes et de ressources éducatives
Les participants ont fait état d’actions menées auprès de différents publics (femmes enceintes, enfants, personnes âgées), dont certaines ont été planifiées en réponse aux besoins d’apprentissage des territoires et aux indicateurs de santé. Par exemple, compte tenu de l’augmentation des cas liés à la santé mentale, tels que l’anxiété, la dépression et les

tentatives de suicide, un groupe de santé mentale a été créé : « *Beaucoup de gens prenaient des psychotropes [...] nous avons fait un recensement et créé ce groupe pour essayer de réduire cette consommation (ENF_NE_80)* ».

On a également observé une adaptation des actions aux spécificités territoriales, comme dans les communautés de pêcheurs, les populations rurales et les zones à haut degré de vulnérabilité. Un professionnel a souligné les défis rencontrés dans les communautés rurales où le taux d'accidents du travail est élevé : « Les gens travaillent beaucoup avec des tracteurs [...] il y a beaucoup de coupures, qui nécessitent des sutures, et beaucoup de traumatismes (ENF_S_043) ».

D'autre part, de nombreux passages ne détaillent pas le processus de planification des actions et aucun passage n'indique le développement de ressources éducatives.

Il agit en tant qu'éducateur pour l'équipe pendant la réalisation des activités de soins directs

Des rapports ont identifié que les infirmiers assurent la supervision et le soutien technique et pédagogique de l'équipe infirmière, des agents de santé communautaires (ACS) et d'autres membres de l'équipe, pendant l'exercice de leur profession. Des thèmes tels que la vaccination, la tuberculose, les pansements et autres ont été mentionnés : « *formation de l'équipe infirmière... beaucoup de choses avec les ACS finissent par être faites par moi-même et par les médecins eux-mêmes [...], nous devons leur transmettre beaucoup de choses (ENF_S_92)* ».

Les réunions sont souvent utilisées comme espaces de formation, avec des discussions de cas, des analyses d'indicateurs et des actions de surveillance. Le rôle du personnel infirmier est considéré comme celui d'un soutien matriciel, d'un soutien pour les décisions et, souvent, d'une référence technique pour l'équipe pluridisciplinaire : « *L'équipe me considère aussi, parfois, comme une référence - l'équipe médicale - pour discuter des cas de lésions des patients et définir le traitement (ENF_S_90)* ».

Parmi les points critiques, on peut citer le taux de rotation élevé des professionnels, la surcharge de travail, l'absence de soutien institutionnel et le

manque de temps programmé pour les activités de formation : « Nous discutons de manière informelle, mais pour nous asseoir, détailler, étudier, faire de la formation continue entre nous, malheureusement, ce moment n'existe pas (ENF_NE_621) ».

Facilite le développement professionnel de l'équipe infirmière grâce à la formation continue/permanente

Les actions pour le développement des infirmiers, techniciens et aides-soignants comprennent des thèmes tels que la vaccination, la syphilis, les pansements, la lèpre, la tuberculose et autres. Les réunions, les discussions de cas, la supervision et les formations illustrent la formation continue au travail et pour le travail : « nous supervisons les techniciens infirmiers qui travaillent sur le terrain, toutes les procédures qu'ils effectuent, s'ils ont des difficultés, s'ils ont besoin d'aide (ENF_S_88) ».

Bien que le rôle central des infirmiers dans ces initiatives soit évident, certains ont souligné comme un défi la concentration des actions éducatives autour de l'initiative professionnelle, en plus du manque d'encouragement de la part de la direction : « Oui, je le faisais même chaque semaine, mais j'ai été convoquée par la coordinatrice qui m'a dit que cela représentait un *créneau de service en moins, que je ne devais le faire qu'une fois par mois, [...] chaque semaine, je pouvais aborder plusieurs thèmes, alors que chaque mois, je ne peux en aborder qu'un seul (ENF_NE_549)* ».

Offrir une éducation adaptée aux patients et à leurs familles

Les actions d'éducation à la santé sont principalement développées dans le cadre de groupes éducatifs. Divers thèmes ont été abordés : la santé des femmes, des hommes, des personnes âgées, l'alimentation saine, le tabagisme et la puériculture : « Dans le groupe de femmes enceintes où nous donnons le plus de conseils, *elles viennent avec beaucoup de questions : sur les soins prénataux en eux-mêmes, leur importance, le suivi, l'accouchement, dont elles avaient très peur, les positions d'accouchement, ainsi que l'allaitement (ENF_S_169)* ».

Ces actions étaient également souvent liées au calendrier des campagnes du ministère de la Santé,

telles que Octobre rose, Novembre bleu et autres. La vision de l'éducation à la santé comme synonyme de groupes prédomine, avec peu de rapports associant cette pratique à des soins cliniques élargis, des consultations infirmières ou des approches familiales.

D'autres difficultés ont également été mentionnées : les limites structurelles des services, le manque d'espace physique adéquat et la pénurie de ressources matérielles ; l'absence d'incitation de la part de la direction ; et la faible adhésion des utilisateurs : « *nous improvisons. La structure physique laisse à désirer à cet égard, il est souvent nécessaire de former de petits groupes ou de discuter dans la salle d'attente elle-même (ENF_NE_81)* ». Pour surmonter certaines de ces difficultés, les infirmiers ont fait état d'une articulation intersectorielle avec les écoles, les églises et d'autres institutions du territoire.

Ils ont également souligné l'importance de l'implication de l'équipe pluridisciplinaire et d'autres services - CAPS et CRAS - dans la planification et la mise en œuvre des actions éducatives : « chaque mois, nous établissons un calendrier, nous demandons la participation du NASE, si nous avons besoin du CAPS, nous le demandons (ENF_NE_792) ».

Cependant, peu de rapports ont mentionné la planification systématique d'actions éducatives basées sur le diagnostic des besoins locaux ou l'analyse des indicateurs de santé.

Discussion

Pour cette étude qui visait à décrire les actions éducatives menées par les infirmiers dans les soins de santé primaires dans leur quotidien et à identifier celles qui convergent vers les PIA, les résultats indiquent que, bien que présentes, ces actions restent ponctuelles, peu systématisées, et soulignent la nécessité d'investir pour les renforcer et les aligner sur les compétences des PIA.

On a observé, dans les actions d'éducation en santé, la prédominance de pratiques collectives traditionnelles, telles que des conférences et des groupes, souvent liées au calendrier des campagnes du ministère de la Santé, qui, bien qu'elles ampli-

fient la visibilité de thèmes pertinents, perdent leur puissance éducative lorsqu'elles sont menées de manière épisodique et désarticulée.⁽¹⁹⁾ Le manque de continuité et la logique assistanciale reflètent également les défis historiques de l'éducation en matière de santé au Brésil, marqués par des pratiques verticales héritées des campagnes sanitaires du XXe siècle.^(20,21)

Peu de rapports ont fait état d'une planification systématique fondée sur les besoins du territoire, souvent au détriment de ses spécificités, bien que certaines déclarations indiquent une adaptation des actions aux spécificités des populations vulnérables. En ce sens, l'un des axes prioritaires pour la mise en œuvre de la PIA au Brésil concerne la satisfaction des besoins et l'élargissement de l'accès aux populations vulnérables, en renforçant les principes d'équité et d'intégralité.⁽²²⁾

Pour surmonter ces défis, il faut intégrer l'éducation à la santé comme axe structurant de la pratique des soins, dans la perspective des principes des politiques nationales de promotion de la santé et d'éducation populaire en matière de santé.^(1,4,5,23) Il convient de réaffirmer la nécessité de renforcer les liens communautaires, de favoriser les articulations intersectorielles et de reconnaître institutionnellement les actions éducatives comme faisant partie intégrante des soins, au-delà de la réalisation des objectifs et des actions programmatiques.⁽²⁴⁾ L'absence de mentions concernant la production et l'utilisation de ressources éducatives par les infirmiers indique une lacune, car cela représente une compétence des infirmiers à l'interface entre les soins et l'éducation.

De plus, en ce qui concerne le rôle de l'infirmier en tant qu'éducateur, les entretiens ont révélé que ceux-ci développent des actions de FCS destinées au personnel infirmier et multiprofessionnel. Cependant, ces pratiques ne sont pas standardisées et résultent généralement d'initiatives individuelles, sans planification institutionnelle ni intégration systématique dans le processus de travail. Parmi les défis soulevés, on peut citer la surcharge de travail, le manque de soutien de la direction et le manque de temps protégé, ce qui corrobore les indications de la littérature sur la fragilité de l'institutionnalisation

de la FCS dans les SSP en ce qui concerne la gestion du travail et la dissociation entre la planification, l'éducation et la santé.⁽²⁵⁻³⁰⁾

La persistance d'une culture assistancialiste au détriment d'une formation critique et continue est également apparue comme un obstacle à la consolidation de la FCS en tant que stratégie de transformation des soins, conformément à la Politique nationale d'éducation permanente en santé⁽⁷⁾ et aux études sur l'apprentissage significatif sur le lieu de travail.^(27,30) Dans le contexte de la PIA, diriger des processus de la FCS est une compétence essentielle pour qualifier les soins, renforcer le travail d'équipe et améliorer la pratique collaborative.⁽¹⁰⁾ Pour consolider la FCS dans les soins de santé primaires, il est indispensable de l'intégrer à la planification locale, en garantissant des espaces qui dépassent les actions ponctuelles et produisent une réflexion critique, avec des méthodologies participatives, telles que le soutien matriciel, les consultations partagées et la construction de projets thérapeutiques individualisés.⁽²⁵⁾

Dans ce contexte, l'infirmier apparaît comme le coordinateur des pratiques interprofessionnelles, bien que seulement 2,8 % du temps des équipes soit consacré aux réunions.⁽²⁹⁾ Les résultats renforcent ce contexte en mettant en évidence la reconnaissance de l'infirmier comme référence parmi les professionnels et le potentiel des réunions d'équipe comme espaces stratégiques pour la FCS. Il est donc indispensable que la direction apporte son soutien pour garantir et protéger ces espaces.⁽³¹⁾

Les actions de préceptorat placent l'infirmier comme directement responsable de la formation des nouvelles générations de professionnels, renforçant l'intégration entre l'enseignement, le service et la communauté. Elles sont perçues positivement par les personnes interrogées, qui ont souligné l'échange de connaissances, l'innovation et la croissance mutuelle comme des aspects enrichissants, en accord avec d'autres études scientifiques.⁽⁸⁾

Cependant, des défis persistent, tels que : l'absence de formation pédagogique pour agir en tant que précepteur, le chevauchement avec les activités de soins et le manque de reconnaissance formelle par l'institution, faits également démontrés dans

des études précédentes.^(8,33) Le manque de structure/matériel dans les services peut entraîner des improvisations qui nuisent aux soins et à l'apprentissage des stagiaires et mettent en évidence le manque de coordination entre les précepteurs et les établissements d'enseignement.⁽⁸⁾ Une étude récente renforce la nécessité d'élargir le dialogue entre les services et les établissements d'enseignement, avec des espaces de planification conjointe et des investissements dans la formation didactique et pédagogique des précepteurs, comme stratégie pour consolider la formation en santé dans le SUS.⁽³²⁾ Les discussions désignent la résidence comme l'étalon-or en matière de formation pour l'IPA au Brésil, renforçant ainsi la nécessité de cette discussion.

Une revue de portée qui a cartographié les compétences essentielles de l'IPA dans les soins de santé primaires a identifié trois compétences interdépendantes, y compris les compétences académiques et éducatives.⁽³³⁾ Par conséquent, l'absence de politiques institutionnelles garantissant du temps protégé pour l'enseignement et un soutien éducatif qualifié compromet à la fois la qualité de la formation des étudiants et le développement de ces compétences par les infirmiers eux-mêmes.

Bien que des activités éducatives soient menées dans les soins de santé primaires, leur faible fréquence et l'absence de planification structurée empêchent de les qualifier de pratiques avancées, selon les critères internationaux et les discussions les plus récentes dans le contexte brésilien. Pour qu'une action éducative soit reconnue comme PIA, elle doit être systématique, basée sur un diagnostic local et guidée par des preuves, ce qui n'est pas encore largement observé au Brésil. Ainsi, le renforcement de la dimension éducative, englobant les soins de santé, la formation continue et le préceptorat, devient fondamental pour que les infirmiers aient l'impact souhaité sur le terrain et progressent dans la reconnaissance en tant qu'IPA.

Conclusion

L'étude a démontré que les actions éducatives en santé développées par les infirmiers de la SSP

manquent encore de puissance pour se rapprocher des pratiques avancées en soins infirmiers. La prédominance de pratiques ponctuelles, fragmentées et traditionnelles a été mise en évidence, ainsi que l'absence de planification structurée. Les initiatives de formation continue et de préceptorat se sont également révélées embryonnaires et limitées, en particulier en raison du manque de soutien institutionnel et de temps protégé dans le processus de travail. Ces résultats indiquent la nécessité de renforcer la dimension éducative dans la pratique infirmière, en mettant l'accent sur : la réponse aux besoins locaux en matière de santé ; la promotion de l'utilisation de méthodologies innovantes et participatives ; l'intégration des actions dans le processus de travail de manière organisée ; et la priorisation des actions avec le soutien de la direction. Ainsi, la consolidation des pratiques éducatives doit être articulée avec les établissements d'enseignement supérieur, responsables des cours lato et stricto sensu. Ce sont là les conditions essentielles à la reconnaissance des infirmiers en tant que professionnels des pratiques avancées dans les soins de santé primaires, élargissant ainsi leur autonomie, leur leadership et leur capacité à transformer les territoires et la santé de la population.

Remerciements

Au Conseil fédéral des soins infirmiers (COFEN), pour son soutien institutionnel à l'analyse qualitative secondaire de la base de données de l'étude « Pratiques infirmières dans le contexte des soins de santé primaires (SSP) : étude nationale utilisant des méthodes mixtes ». À l'Université de Brasília (UnB), pour avoir mis à disposition la base de données qualitative, dont l'UnB et le COFEN détiennent la propriété intellectuelle.

Collaborations

Carrer MO, Pina-Oliveira AA, Palha PF, Brandão JL, Almeida LY, Santos BMP, Lins SMSB, Luz-Neto AF et Andrade D ont contribué à la conception du projet,

à l'analyse et à l'interprétation des données, à la rédaction de l'article, à la révision critique du contenu intellectuel et à l'approbation de la version finale à publier.

Références

1. Lopes OC, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery. 2020;24(2):e20190145.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Presidência da República; 1986 [citado 2025 Jun 17]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para a operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS - PNEPS-SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
6. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).
8. Ferreira FD, Dantas FC, Valente GS. Nurses' knowledge and competencies for preceptorship in the basic health unit. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 4):1564–71.
9. Minosso KC, Toso BR. Transcultural validation of an instrument to evaluate Advanced Nursing Practice competences in Brazil. Rev Bras Enferm. 2021;74:e20210165.
10. International Council of Nurses (ICN). Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva: ICN; 2020 [cited 2025 June 17]. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
11. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7:CD001271.
12. Sousa MF. Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (Relatório final). Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Brasília (DF): Editora ECoS; 2022.
13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Portaria Cofen nº 1075 de 10 de junho de 2024. Institui Grupo de Trabalho - GT para análise de dados da etapa qualitativa da pesquisa "Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos". Brasília (DF): COFEN; 2024.
14. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631.
15. Dias FC, Baitelo TC, Toso BR, Sastre-Fullana P, Oliveira-Kumakura AR, Gasparino RC, et al. Adaptation and validation of the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument. Rev Bras Enferm. 2022;75(5):e20210582.

16. Cassiani SH, Silva FA, Ferreira MA, Peduzzi M, Haddad MC, Pires DE, et al. Competencies for training advanced practice nurses in primary health care. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(6):572–84.
17. Peres EM, Toso BR, Freire NP, Palha PF, Miranda Neto MV, Siqueira EF, et al. Glossário: Competências Centrais da EPA. Brasília (DF): Cofen; 2024 [citado 2025 Abr 17]. Disponível em: <https://conteudos.cofenplay.com.br/itens/133948/glossario-competencias-centrais-da-epa>
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2000.
19. Costa DA, Cabral KB, Teicheira CC, Rosa RR, Mendes JL, Cabral FD. Enfermagem e a educação em saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás.* 2020;6(3):e6000012.
20. Falkenberg MB, Mendes TP, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cienc Saude Colet.* 2014;19(3):847–52.
21. Costa JS, Carneiro-Leão AM. Campanhas sanitárias como instrumentos da educação em saúde no Brasil: algumas reflexões para uma educação popular em saúde. *Sustinere.* 2021;9(1):333–51.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde; Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório do Grupo de Trabalho de Práticas em Enfermagem no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024.
23. Pedrosa JL. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu).* 2021;25:e200190.
24. Ferreira DS, Ramos FR, Teixeira E. Nurses' educational practices in family health strategy. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):e20200045.
25. Silva CL, Jorge TM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: percepções de trabalhadores sobre conceito e prática. *Med (Ribeirão Preto).* 2023;56(2):e196780.
26. Oliveira NM, Alencar CD, Batista Neto JB, Souza AC, Silva Filho JA, Ferreira HS, et al. Educação permanente em saúde no processo de trabalho do enfermeiro da atenção primária à saúde. *Rev Enferm. UFPI.* 2024;13:e4235.
27. Ferreira L, Barbosa JS, Esposti CD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate.* 2019;43(120):223–39.
28. Vendruscolo C, Silva KJ, Araújo JA, Weber ML. Educação permanente e sua interface com melhores práticas em enfermagem na atenção primária à saúde. *Cogitare Enferm.* 2021;26:e72725.
29. Roecker S, Budó ML, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(3):641–9.
30. Leonello VM, Vieira MP, Duarte TC. Competencies for educational actions of Family Health Strategy nurses. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):1072–8.
31. Rewa T, Souza Gonçalves GC, Varela AL, Leonello VM, Peduzzi M, Almeida LY, et al. Shared practices among primary health care workers: a time-motion study. *BMC Health Serv Res.* 2025;25:317.
32. Araújo JA, Vendruscolo C, Adamy EK, Zanatta L, Trindade LL, Khalaf DK. Strategies for changing the nursing preceptorship activity in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm.* 2021;74:e20210046.
33. Søndergaard SF, Andersen AB, Frederiksen K. APN nurses' core competencies for general clinical health assessment in primary health care: a scoping review. *Scand J Caring Sci.* 2024;38(2):258–72.