

Implementação internacional do Modelo *Buurtzorg* para cuidados de enfermagem a idosos: revisão exploratória

Iohana Cristina Salla de Andrade¹  <https://orcid.org/0000-0003-2271-2108>

Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro²  <https://orcid.org/0000-0002-5258-4752>

Laura Dayane Gois Bispo³  <https://orcid.org/0000-0003-1628-520X>

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira⁴  <https://orcid.org/0000-0001-7494-7457>

Como citar:

Andrade IC, Pinheiro FG, Bispo LD, Oliveira BG. Implementação internacional do Modelo Buurtzorg para cuidados de enfermagem a idosos: revisão exploratória. Acta Paul Enferm. 2025;38nspe1:e-SPE10p.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2025SPE10p>



Descritores

Modelos de assistência à saúde; Enfermagem em saúde comunitária; Serviços de saúde para idosos; Enfermagem holística; Assistência centrada no paciente

enviado

25 de março de 2025

Aceito

8 de setembro de 2025

Autor correspondente

Iohana Cristina Salla de Andrade
E-mail: iohanasalla@gmail.com

Editora convidada associada

Rosimere Ferreira Santana
(<https://orcid.org/0000-0002-4593-3715>)
Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil

Resumo

Objetivo: Mapear as evidências internacionais sobre a implementação do modelo Buurtzorg de prática de enfermagem comunitária para o cuidado de idosos no cenário global.

Métodos: Revisão exploratória baseada no protocolo publicado no JBI em outubro de 2022, com base na questão: *como ocorreu o processo de implementação do modelo Buurtzorg nos países que o implementaram?* Foram incluídos estudos primários, teses, dissertações e relatórios de texto e opinião, e foram excluídos protocolos de estudo. A coleta de informações e es ocorreu nas bases de dados: MEDLINE, LILACS, COCHRANE, CINAHL, Web of Science, Google Scholar, Embase e Scopus, ProQuest e site oficial da *Buurtzorg*. Os resultados quantitativos foram apresentados em tabelas e/ou gráficos, com análise estatística descritiva, e os resultados qualitativos foram categorizados e analisados com base em seu conteúdo, por meio de análise descritiva de conteúdo.

Resultados: Dezoito (18) artigos foram incluídos, 90% dos estudos foram realizados na Europa, principalmente na Holanda, país de origem do modelo, e todas as publicações foram feitas em inglês. Era comum que a implementação começasse como um piloto em pequenas regiões e as principais dificuldades apresentadas pelos estudos estavam relacionadas a: autogestão das equipes, questionamentos sobre a aplicabilidade do modelo em diferentes cenários, construção de redes de apoio formais e informais, caracterização do papel dos enfermeiros dentro do modelo, demonstração de eficácia em relação aos custos dos cuidados e retenção de pessoal.

Conclusão: A implementação do Buurtzorg requer mudanças e adaptações na autogestão das equipes, construção de redes formais e informais e suporte tecnológico.

Disponibilidade dos dados:

Os autores não disponibilizaram os dados do presente artigo, em repositórios, antes da submissão.

¹Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Conflito de interesses: nenhum a declarar.

Introdução

O *Buurtzorg* (“cuidados de bairro” em holandês) é um modelo de cuidados concebido na Holanda em 2006, com o objetivo de oferecer cuidados de alta qualidade a baixo custo para idosos, de uma forma inovadora e única, que se concentra em relações significativas e sem hierarquia.⁽¹⁾ O modelo foi projetado para melhorar a experiência da equipe e do paciente, ao mesmo tempo em que promove a autonomia profissional por meio de uma organização de equipes autogerenciadas, lideradas por enfermeiros, que prestam cuidados domiciliares aos pacientes.⁽²⁾

Os princípios orientadores deste modelo são apoiados por uma abordagem baseada na confiança, através da promoção de um ambiente de relações pessoais positivas, no qual pacientes, enfermeiros e outros membros da equipe prosperam, com autonomia, através do apoio de cuidados de enfermagem integrais e holísticos, com equipes autogerenciadas, com a proposta e o raciocínio dos enfermeiros para encontrar novas soluções de baixo custo e alto impacto, com foco na prevenção e promoção da saúde do idoso. Nesse processo, o envolvimento e a participação dos pacientes e de sua rede de apoio são importantes, além dos recursos locais, com simplicidade, autogestão da equipe, rede de apoio e uso da tecnologia.

O sucesso do modelo *Buurtzorg* deve-se em grande parte ao fortalecimento das relações de confiança que os enfermeiros têm promovido na comunidade. As equipes trabalham em conjunto para agendar e planejar o atendimento ao cliente, bem como implementar o plano de cuidados, ao mesmo tempo em que fortalecem o vínculo com a prestação de serviços por apenas três ou quatro enfermeiros para otimizar as relações e reduzir a fragmentação dos cuidados. Os clientes *da Buurtzorg* apreciam o atendimento consistente e compassivo, o que reflete o mais alto nível de satisfação.

O crescimento do número de equipes de enfermagem *da Buurtzorg* ao longo dos anos em todo o mundo tem sido exponencial, um fato associado à grande insatisfação vivida pela comunidade de enfermagem, com desvalorização do trabalho, jornadas exaustivas em instituições hospitalares, burocracia excessiva e atendimento muito verticalizado.

Além dos resultados de satisfação dos clientes, familiares e enfermeiros, vale destacar os rendimentos econômicos, já que os custos administrativos *da Buurtzorg* representam apenas 8% do orçamento, em comparação com até 25% de outras organizações de atendimento domiciliar. É digno de nota que esse modelo teve um faturamento de 400 milhões de euros (US\$ 455 milhões) em 2017 e atendeu 100.000 pacientes. Além disso, os pacientes precisaram de cuidados por menos tempo, recuperaram a autonomia mais rapidamente e tiveram menos internações de emergência e períodos de internação mais curtos após a admissão.

Pouco foi publicado *sobre a Buurtzorg* e o modelo exponencial na prestação e gestão de cuidados de saúde, apesar de ter sido implementado no Japão, Suécia, Reino Unido, Escócia, Estados Unidos, Austrália, Alemanha, Índia, China, Taiwan, Rússia, Áustria, Bélgica, Eslovênia, Finlândia, Dinamarca, França, Aruba, São Martinho, Curaçao, bem como no Brasil e na Holanda.⁽⁸⁾ Nos cenários desses diferentes países, continentes e contextos, cada local teve que fazer adaptações ao *Buurtzorg*, principalmente em vista de aspectos da prática de enfermagem, políticas, orçamentos e cuidados de saúde comunitários.⁽⁸⁻¹²⁾

Essas práticas de enfermagem, por sua vez, podem ser relacionadas às competências que a Organização Mundial da Saúde inclui na Prática Avançada de Enfermagem (PAE) na América Latina, ao propor a necessidade de fortalecer essa prática por meio do desenvolvimento de mestrados profissionais, envolvimento de líderes, mobilização de serviços de saúde e criação de redes pan-americanas para apoiar a implementação.

Assim, com base na premissa conceitual de Olimpio et al., 2018, de que a Prática Avançada de Enfermagem é o conhecimento especializado utilizado por enfermeiros qualificados na tomada de decisões que integra competências como a prática de habilidades clínicas, liderança e gestão, acredita-se que, no modelo *Buurtzorg*, os enfermeiros atuam com a Prática Avançada de Enfermagem.⁽¹⁴⁾

Considerando que há limitações nas descrições internacionais da implementação comunitária e que não há relatórios bem documentados sobre o pró-

prio processo de implementação, o potencial, os desafios e as estratégias utilizadas pelas equipes locais de enfermagem na operacionalização desse modelo, esta pesquisa se baseia nas seguintes questões: como ocorreu o processo de implementação do modelo *Buurtzorg* nos países que o implementaram? Como o modelo *Buurtzorg* de prática de enfermagem comunitária para cuidados a idosos tem sido utilizado nos países participantes e quais são os desafios e facilitadores da implementação desse modelo de cuidados?

O objetivo desta pesquisa é mapear as evidências internacionais sobre a implementação do modelo *Buurtzorg* de prática de enfermagem comunitária para o cuidado de idosos no cenário global.

Métodos

Revisão exploratória, realizada após o protocolo publicado em outubro de 2022 (DOI: 10.11124/JBIES-21-00388), no JBI13.

Seleção de artigos

Esta revisão incluiu publicações internacionais que abordaram o uso do *Buurtzorg* em idosos (65 anos ou mais), seus cuidadores e os profissionais de saúde que prestavam cuidados. Publicações que incluíam dados de pacientes em outras faixas etárias foram selecionadas apenas se os dados específicos para idosos pudessem ser extraídos separadamente. Estudos que descreviam como o *Buurtzorg* era usado nos países participantes foram considerados para inclusão, bem como os desafios e potencialidades que as equipes de enfermagem locais enfrentam ao implementar este modelo.

Foram selecionados estudos primários publicados, teses, dissertações, textos, relatórios de opinião, desenhos de estudos experimentais e quase experimentais (ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos não randomizados, estudos pré/pós, estudos de série temporal interrompida e estudos de série temporal interrompida). Além disso, os desenhos de estudos observacionais e relatórios não revisados por pares, bem como literatura cinzenta, foram considerados para inclusão.

Os critérios de exclusão foram protocolos de estudos e estudos secundários. Além disso, estudos não disponíveis em inglês, holandês, espanhol ou português foram excluídos da análise do texto completo.

A estratégia de pesquisa foi operacionalizada em três etapas. A primeira pesquisa inicial limitada no MEDLINE (PubMed) para identificar publicações sobre o assunto foi operacionalizada da seguinte forma (Quadro 1).

Quadro 1. Estratégias de pesquisa

Estratégia de pesquisa MEDLINE
<pre>(((((("idoso"[Termos MeSH]) OU ("idoso, 80 anos ou mais"[Termos MeSH]) OU ("idoso"[Título/Resumo]) OU ("adulto mais velho"[Título/Resumo]) OU ("pessoas mais velhas"[Título/Resumo]) OU ("assunto mais velho"[Título/Resumo]) OU ("população mais velha"[Título/Resumo]) OU ("idoso"[Título/Resumo]) E (MedLine[Filtro]) E ((((((((("buurtzorg"[Título/Resumo]) OU ("abordagem buurtzorg"[Título/Resumo]) OU ("modelo buurtzorg"[Título/Resumo]) OU ("buurtzorg Nederland"[Título/Resumo]) OU ("cuidados de saúde domiciliares holandeses"[Título/Resumo]) OU ("enfermeiros de cuidados domiciliares holandeses"[Título/Resumo]) OU ("enfermagem distrital"[Título/ Resumo]) OU ("cuidados de enfermagem distritais"[Título/Resumo]) OU ("prática de enfermagem distrital"[Título/Resumo]) OU ("serviço de enfermagem distrital"[Título/ Resumo]) OU ("cuidados comunitários"[Título/Resumo]) OU ("cuidados de vizinhos"[Título/ Resumo]) OU ("Cuidados de vizinhos"[Título/Resumo]) OU ("Cuidados comunitários"[Título/ Resumo]) E (Medline [Filtro]) Filtros: MEDLINE.</pre>

Na etapa II, a estratégia de busca foi ampliada com a inclusão de todas as palavras-chave e termos indexados encontrados na etapa I, que foram adaptados para cada base de dados: LILACS (Portal VHL), COCHRANE (Cochrane Library), CINAHL (EBSCO), Web of Science (Clarivate Analytics), Google Scholar (Google), Embase e Scopus (Elsevier), ProQuest Dissertations and Theses Global (ProQuest) e o site oficial da *Buurtzorg*.

Na etapa III, as listas de referências de todas as publicações incluídas foram revisadas a fim de identificar possíveis estudos adicionais.

As publicações identificadas foram reunidas no *Rayyan* (Qatar Computing Research Institute, Doha, Catar) para triagem inicial de resumos e títulos e remoção de citações duplicadas. Além disso, os títulos e resumos foram avaliados por dois revisores independentes (IS e MHST) para a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os estudos potencialmente relevantes na íntegra foram importados para o gerenciador de referências *Mendeley* V.1.19.4. Os revisores independentes avaliaram as citações selecionadas na íntegra e aplicaram os cri-

térios de inclusão. Um terceiro revisor (BGRBO) foi selecionado para resolver possíveis divergências na amostra final. Os resultados da pesquisa, seleção de estudos e processo de inclusão na íntegra foram apresentados em um diagrama de fluxo PRISMA. Após a leitura completa, os dados foram extraídos e registrados em diferentes conjuntos de planilhas do Excel, desenvolvidas pelos revisores. Detalhes específicos sobre as populações, o método e os resultados significativos para a questão da revisão foram incluídos, tais como o título do estudo, autores, localização do estudo, tamanho da amostra, idade e comorbidades. Em caso de dados ausentes ou adicionais, os revisores entraram em contato com os autores correspondentes.

Os resultados quantitativos foram apresentados em tabelas e/ou gráficos, por meio de análise estatística descritiva. Os resultados qualitativos foram categorizados e analisados com base no conteúdo, por meio de análise de conteúdo.

A análise quantitativa descritiva foi usada para apresentar dados relacionados às características dos ambientes comunitários, enfermeiros e modelo de

cuidados de enfermagem, e a análise qualitativa de dados foi usada para descrever como o modelo *Buurtzorg* foi implementado.

Os desafios e potencialidades foram analisados qualitativamente, resumindo os dados.

Resultados

Dezoito artigos foram selecionados, conforme mostrado na Figura 1.

Os artigos eram provenientes do Reino Unido (44%), dos Países Baixos (39%) e dos Estados Unidos (17%). Houve uma predominância de seleção de artigos (94%), mas uma tese (6%) atendeu aos critérios de inclusão. Foram selecionados artigos produzidos entre 2013 e 2020, com predominância de 2019 (28%), seguido por 2017 (22%), 2015 (17%), 2013 (11%), 2014 e 2018 (6%).

Quanto ao método de pesquisa, predominaram os estudos qualitativos e relatos de caso (28%), seguidos por estudos descritivos (17%), relatos de experiência (11%), relatórios e artigos (6%).

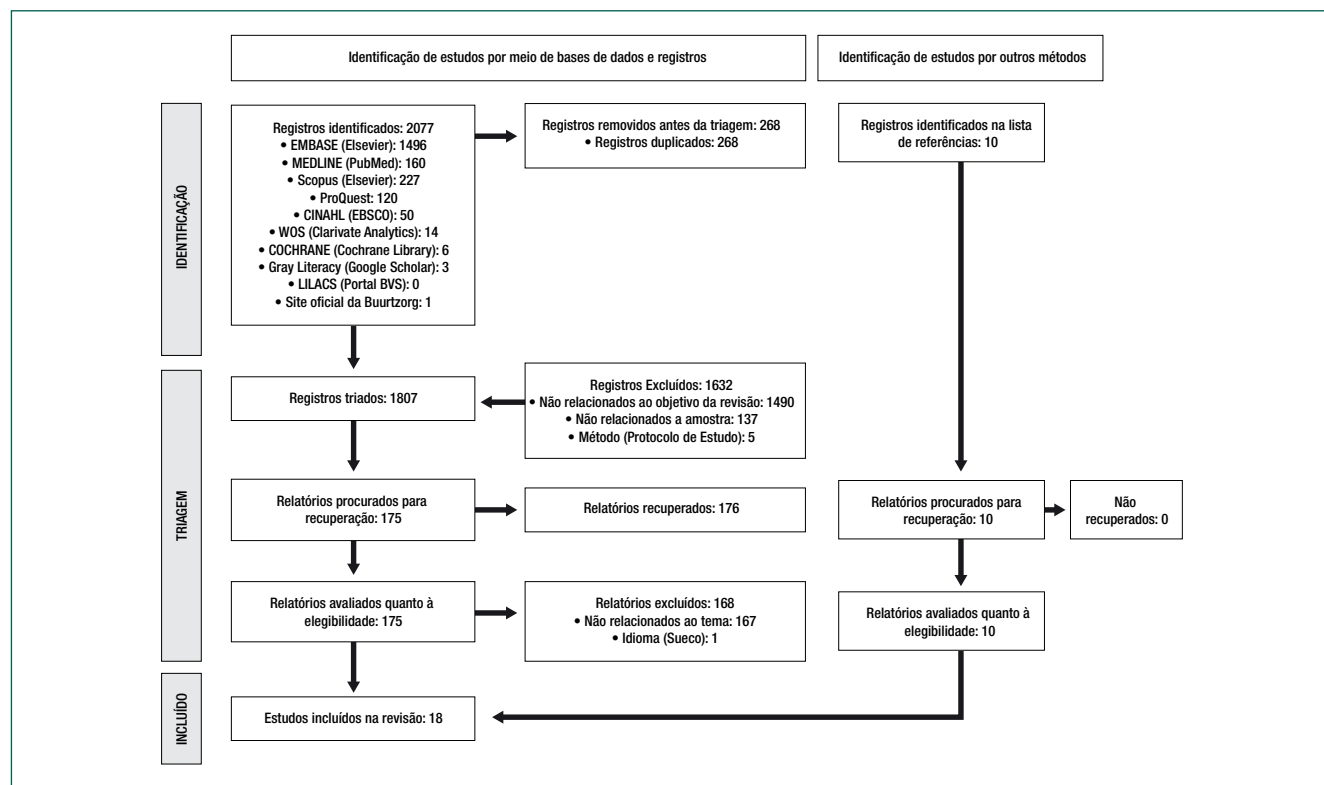


Figura 1. Fluxograma de seleção do estudo

Entre os participantes dos estudos incluídos, havia enfermeiros comunitários (especialidade presente na Holanda - 33%), enfermeiros (22%), gestores (17%), médicos (11%), políticos (06%), cuidadores (06%) e outros, como os empreendedores e fundadores do modelo deste estudo (06%).

Os resultados da implementação do modelo *Buurtzorg* em todo o mundo são apresentados no Quadro 2, com dados sobre os desafios e facilidades dessa implementação.

O panorama de implementação do *Buurtzorg* é predominante no continente europeu, principalmente na Holanda (local de origem).

Quadro 2. Caracterização dos estudos incluídos

Autor	Desafios	Facilidades	Conclusões
Alders, P. 2015 ⁽¹⁵⁾	País de implementação: Estados Unidos O modelo de organização de equipes autogerenciadas e o modelo de remuneração das enfermeiras por hora trabalhada têm um impacto local, pois dependem das regras contábeis locais, uma vez que são remuneradas por horas e não por episódio de atendimento (procedimento). Isso gera conflitos quando os procedimentos de atendimento têm taxas diferentes, que variam de acordo com o nível de qualificação da enfermeira, tornando mais difícil para a <i>Buurtzorg</i> utilizar sua abordagem com as enfermeiras mais qualificadas e mais caras.	A necessidade local de novas abordagens para o atendimento aos idosos e a situação econômica do país possibilitaram a discussão da implementação de novas estratégias e modelos.	Com equipes focadas no bairro e um número limitado de enfermeiros cuidando de um paciente, a comunicação com outros cuidadores é mais fácil. Além disso, discute-se como transformar uma organização para trabalhar com equipes autogerenciadas.
Alscher, P. 2017 ⁽¹⁶⁾	País de implementação: China Falta de autonomia para a tomada de decisões locais devido ao sistema político chinês que controla os riscos potenciais de um setor sem fins lucrativos, o que dificultaria o processo de implementação. O governo de Xangai impõe altos níveis de formalização à <i>Buurtzorg</i> . Os enfermeiros terão menos autonomia, o que exigiria um ajuste do modelo <i>Buurtzorg</i> .	n/a	As entrevistas revelaram que a direção burocrática do governo de Xangai realmente exigiu um ajuste do modelo <i>Buurtzorg</i> . Além disso, esta pesquisa contribui para o debate sobre como a influência externa do governo pode ajudar ou dificultar as organizações na resolução de problemas complexos.
Van den Bosch, S. et al. 2017 ⁽¹⁷⁾	País de implementação: Países Baixos Nível de conhecimento e treinamento de enfermeiros generalistas em relação aos enfermeiros comunitários que trabalham na <i>Buurtzorg</i> . Enfermeiros despreparados e falta de compreensão de seu papel dentro do modelo. Dificuldade de mudanças drásticas em instituições burocráticas, rígidas e hierárquicas.	Treinamento e apoio de dois coaches para monitorar o processo. Além do uso de um quadro teórico para orientar a mudança.	Desde o início da criação do modelo, seu fundador, um visionário, já havia projetado como ele poderia ser expandido em todo o mundo, mesmo com inúmeras diferenças de culturas, crenças, costumes e modelos de saúde. Para uma implantação bem-sucedida, é necessário não apenas copiar os conceitos da <i>Buurtzorg</i> , mas traduzi-los para uma condição local para implantação.
Gray BH, et al. 2015 ⁽¹⁸⁾	País de implementação: Estados Unidos A <i>Buurtzorg</i> USA enfrenta vários desafios, incluindo a necessidade de desenvolver uma rede de referência, uma vez que não possui uma fonte de referência interna, como uma subsidiária de um sistema hospitalar. O grande desafio enfrentado pela organização é a necessidade de lidar com vários pagadores, cada um com suas próprias regras e procedimentos de pagamento. Isso dificultará a adoção da abordagem das enfermeiras holandesas da <i>Buurtzorg</i> , que fazem seu próprio faturamento.	n/a	A <i>Buurtzorg</i> Holanda teve sucesso em um ambiente político e mercado específicos. Certamente enfrentará novos desafios competitivos à medida que outros prestadores adotarem elementos de seu modelo.
Drennan VM. et al. 2018 ⁽¹⁹⁾	País de implementação: Inglaterra Os desafios foram relatados por enfermeiros e gestores em relação ao reconhecimento e apoio do conceito de equipes autogerenciadas dentro de uma grande organização burocrática de saúde. A falta de um <i>back office</i> para atividades administrativas e a ausência de um sistema de informação para apoiar o trabalho também surgiram como um ponto crítico contrário ao sucesso da implantação. Os enfermeiros relatam que o trabalho se tornou cansativo em comparação com a experiência na Holanda.	Para os enfermeiros, a capacidade de tomar decisões operacionais e clínicas em equipe significava adotar práticas que tornassem o serviço mais ágil, acessível e eficiente, o que se traduzia em um ambiente de trabalho atraente.	O modelo adaptado da <i>Buurtzorg</i> demonstrou viabilidade e aceitabilidade para pacientes, cuidadores, médicos de família e outros profissionais de saúde. Os destaques foram questões relacionadas à continuidade do atendimento, apoio a múltiplas necessidades de pacientes de longo prazo e atendimento proativo.
Dobie L. et al. 2019 ⁽²⁰⁾	País de implementação: Escócia Organizar 7 projetos-piloto para implantação em diferentes regiões geográficas, com diferentes necessidades de adaptação local, com o objetivo de: colocar a pessoa no centro dos cuidados; apoiar as pessoas a fazerem escolhas informadas sobre seus próprios cuidados; apoiar a autogestão, por meio de treinamento constante; e fazer uso de redes formais e informais nas comunidades locais para apoiar as pessoas a viverem bem na comunidade.	Reconhecimento pela comunidade de Coldstream de que os cuidados que as pessoas estão recebendo estão realmente mudando suas vidas.	O foco da política na Escócia (Governo Escocês, 2011) e na Inglaterra (NHS Inglaterra, 2019) destaca a necessidade de uma forte ênfase em cuidados mais personalizados em casa ou o mais próximo possível de casa. Embora a primeira fase do projeto tenha chegado ao fim, profissionais de saúde, assistentes sociais, participantes e as principais organizações envolvidas aprenderam com todas as sete organizações de saúde e assistência social, para informar o trabalho futuro.
Hamm C. et al. 2019 ⁽²¹⁾	País de implementação: Escócia Este estudo destaca o papel fundamental do <i>coach</i> nas atividades de gestão e condução do processo de implementação. O desempenho desse profissional surge como um desafio, pois os <i>coaches</i> não estão totalmente preparados. O aprendizado ocorre à medida que o modelo é ampliado, de modo que seu papel mudará com o tempo. Isso traz insegurança e dúvidas sobre seu escopo de ação. É praticamente fazer enquanto se planeja.	As enfermeiras distritais tiveram a oportunidade de visitar a sede holandesa e vivenciar o dia a dia das enfermeiras da <i>Buurtzorg</i> . Isso facilitou o olhar sobre as diferenças na prática realizada por elas e a análise da possibilidade de implementação no contexto escocês.	Os autores estão cientes de que essa mudança estrutural significativa pode trazer um profundo sentimento de perda pessoal, devido a muitos fatores, incluindo uma mudança na função, nos cargos e na própria estrutura organizacional. Além disso, eles destacam o desenvolvimento profissional contínuo e o aprendizado sobre o modelo de autogestão como fundamentais para todos os níveis da organização.

Continua...

Continuação.

Autor	Desafios	Facilidades	Conclusões
Jantunen S. et al. 2020 ⁽²²⁾	País de implementação: Finlândia Como desafio, este estudo aponta a necessidade de todos na organização se envolverem para que a mudança ocorra de forma eficaz. A carga de trabalho influencia a velocidade de adaptação do modelo, o que é um ponto de atenção nos processos de implementação. Ao analisar os resultados focados na redução de custos, observa-se que eles são inconclusivos.	As conclusões reforçaram a convicção de que a auto-organização tem o potencial de enfrentar os desafios atuais dos serviços de cuidados domiciliares para idosos na Finlândia, o que ajudou na implementação.	Até o momento, o estudo indica a necessidade de um período significativo de tempo para alcançar melhorias na eficiência de custos. O estudo também mostra a necessidade de aprendizagem administrativa para que as organizações de saúde pública criem e gerenciem ferramentas de acompanhamento da eficiência de custos.
Kögel LM 2017 ⁽²³⁾	País de implementação: China Ao transferir a ideia inovadora da Buurtzorg para a China, os empreendedores políticos enfrentam alguns problemas fundamentalmente diferentes, em termos de contextos políticos, econômicos e culturais. 1- Estabelecer um modelo não burocrático e autônomo em um país governado por uma política comunista. 2- Falta de políticas públicas para a saúde dos idosos. 3- Enfermagem comunitária desconhecida no país, ausência de enfermeiros comunitários, falta de infraestrutura na comunidade para cuidados, perda de responsabilidade dos enfermeiros, procedimentos e protocolos rígidos.	Envolvimento dos empreendedores políticos na compreensão da necessidade de novas metodologias para mudar as políticas públicas do país. Além de incentivar a implementação da filosofia da Buurtzorg, mesmo com a necessidade de adaptações.	Os resultados mostram que os empreendedores envolvidos na transferência de políticas disseminam as crenças profundas (centrais) do modelo Buurtzorg para Xangai. Além disso, foram encontradas disparidades contextuais entre a Holanda e a China que desafiam as crenças centrais e os aspectos secundários dos empreendedores políticos locais.
Lalani M. et al. 2019 ⁽²⁴⁾	País de implementação: Inglaterra A equipe destacou a autonomia conferida na tomada de decisões clínicas como um aspecto positivo do modelo. Eles também mencionaram desafios, como o reconhecimento e o apoio limitado à autogestão dentro de uma organização de saúde burocrática, mostrando a grande dificuldade de mudar o modelo organizacional e mental dos gerentes e líderes para apoiar as sugestões da equipe. Além disso, eles citam o treinamento como algo fundamental nesse processo.	Em contraste com os altos níveis de privação financeira e um dos níveis mais baixos de expectativa de vida saudável de Londres, o modelo Buurtzorg deu ao bairro de Tower Hamlets a oportunidade de atender às necessidades dos usuários locais de serviços com problemas complexos de saúde e sociais.	Algumas das características do modelo Buurtzorg têm sido difíceis de colocar em prática no Serviço Nacional de Saúde (NHS) devido às diferenças culturais e regulatórias entre a Holanda e o Reino Unido, especialmente no que diz respeito à capacidade dos enfermeiros de exercer autonomia profissional.
Leask C. et al. 2020 ⁽²⁵⁾	País de implementação: Inglaterra Neste estudo, foi apontado que houve momentos de tensão entre a equipe multidisciplinar, especialmente no que diz respeito às funções e responsabilidades dos enfermeiros e assistentes sociais. Às vezes, essas funções eram confundidas, uma vez que a metodologia trata os enfermeiros como o foco da organização dos cuidados e amplia sua visão sobre a avaliação dos pacientes, permeando outras disciplinas. O grande desafio foi implementar a autogestão e a comunicação eficaz dentro da equipe.	O serviço preencheu uma lacuna no acesso rápido aos cuidados. A equipe tinha autonomia para variar a frequência e a duração dos cuidados prestados para responder às necessidades dos pacientes.	O autor reconhece que o modelo atual não é sustentável. Dar autonomia aos profissionais da linha de frente para decidir quando e como os cuidados serão prestados pode ser uma estratégia eficaz para a prestação eficiente de serviços sustentáveis. Apesar dos desafios relatados, os participantes sentiram que estavam prestando um serviço de alta qualidade aos pacientes.
Leask CF, et al. 2019 ⁽²⁶⁾	País de implementação: Inglaterra Um componente crítico para testar novos modelos é a aceitabilidade do paciente. Neste estudo, de acordo com os pacientes, havia dificuldade em usar os recursos da comunidade devido a desafios logísticos e sentimentos de desconforto como barreiras à participação em novas atividades. Outro ponto desafiador é a necessidade de pesquisas futuras para determinar a eficácia do modelo nos resultados clínicos.	Envolvimento de toda a equipe em aceitar o desafio de tentar algo novo e colocá-lo em prática.	Uma possível razão para a alta satisfação dos pacientes é a independência da equipe em fornecer cuidados de acordo com a demanda. A autonomia de seguir ou não a frequência e a duração das consultas faz com que os clientes sejam melhor atendidos.
Monsen K, et al. 2013 ⁽²⁷⁾	País de implementação: Países Baixos Neste estudo, foi analisada a avaliação do impacto do modelo. Por se tratar de um modelo social e com grandes diferenças do ponto de vista da avaliação do impacto no coletivo, os resultados são emergentes e não predeterminados. O resgate profissional da enfermagem, a formação de enfermeiros para a autogestão e a gestão de recursos na implementação foram os principais desafios apontados neste estudo.	O envolvimento de profissionais para compreender os conceitos e a implementação do modelo e o momento que a saúde e os profissionais viveram na Holanda facilitaram a implementação de conceitos inovadores e a adesão dos profissionais ao desafio de mudar a situação profissional, econômica e de cuidados na Holanda.	À medida que a Buurtzorg começa a apoiar entidades em vários continentes, a organização enfrenta questões de escalabilidade e sustentabilidade. Surgem questões sobre a aplicabilidade e relevância do modelo em diferentes contextos culturais e seu potencial para produzir impacto local e global.
Nandran S, et al. 2014 ⁽²⁸⁾	País de implementação: Países Baixos Mude a maneira como você vê a organização. Substituir o modelo hierárquico pelo modelo de cooperação e confiança é o foco deste estudo.	Clareza na missão geral da organização e contar com uma equipe qualificada de enfermeiros, tanto para o atendimento quanto para a compreensão da autogestão.	Em contraste com outros modelos, a Buurtzorg presta cuidados por meio de uma iniciativa inovadora que coloca o cliente no centro da organização e reduz a burocracia para que os profissionais dediquem seu tempo ao atendimento dos pacientes.
Sheldon T. 2017 ⁽²⁹⁾	País de implementação: Países Baixos Aumentar o número de enfermeiros no país que trabalham com o modelo Buurtzorg para expansão.	A situação atual do sistema de saúde na Holanda facilitou a implementação do modelo.	A Holanda estava passando por um período de reorganização e fusões na assistência social e na enfermagem distrital. O trabalho dos enfermeiros distritais estava se concentrando nos casos mais complexos, fragmentando os cuidados e causando insatisfação profissional. Os vínculos com os bairros locais, suas redes de voluntários e a promoção da saúde haviam desaparecido. A Buurtzorg foi vista como uma possibilidade de mudar todo esse cenário.

Continua...

Continuação.

Autor	Desafios	Facilidades	Conclusões
Drennan MV, et al. 2017 ⁽³⁰⁾	Pais de implementação: Países Baixos A desistência de enfermeiros durante o projeto piloto foi um dos desafios e estava relacionada ao aumento de cargos e salários. Outro desafio foi a ausência da estrutura de <i>BackOffice</i>, o que sobrecarregava o tempo dos enfermeiros com atividades burocráticas. Alguns médicos descreveram um processo inicial de aprendizagem e o desafio era como trabalhar em conjunto para atender às necessidades dos pacientes. A falta de uma interface de registros de pacientes também foi um ponto crítico. Outro desafio apontado pelos enfermeiros que estavam aprendendo a trabalhar na comunidade era praticar a enfermagem comunitária sem limites, por exemplo, incluindo a preparação de refeições. Destaca-se a necessidade de treinamento em questões básicas de saúde comunitária.	n/a	Esta avaliação inicial não foi capaz de abordar questões de custo, devido a diferentes fatores, incluindo a evolução da equipe, da prática e da infraestrutura. Oferecemos <i>insights sobre</i> como isso poderia ser feito no futuro e alguns dos desafios dentro desse contexto.
Healthcare Improvement Scotland 2019 ⁽³¹⁾	Pais de implementação: Inglaterra As dificuldades para as equipes se tornarem auto-organizadas e para os profissionais trabalharem dentro dos limites tradicionais foram identificadas como desafios. Os adicionais foram: falta de sistemas de apoio, infraestrutura e recursos, burocracia, mão de obra, questões de sustentabilidade, complexidade do número de casos e expectativas dos clientes.	Em muitas áreas, as reuniões de equipes multidisciplinares foram um elemento operacional importante da abordagem.	As partes interessadas concordaram que o modelo <i>Buurtzorg</i> da Holanda é um modelo de cuidados de enfermagem, que precisava ser testado e adaptado às condições locais, principalmente do contexto integrado de saúde e cuidados da Escócia. Como resultado, foram acordados princípios para orientar o desenvolvimento de um modelo escocês, que foi denominado "cuidados de proximidade".

No entanto, no continente asiático, ao transferir ou implementar o *Buurtzorg* na China, os empreendedores políticos enfrentam desafios devido ao sistema político, econômico e cultural, enquanto no continente americano, nos Estados Unidos, o maior obstáculo foi a complexidade do sistema de pagamento que envolve vários pagadores, cada um com suas próprias regras e procedimentos.^(18,31)

Discussão

O *Buurtzorg* é um modelo de saúde, com uma organização flexível, que busca ser financeiramente saudável e garantir que haja funcionários motivados. Por ser um produto de importante inovação e pensamento criativo, ele tenta proporcionar liberdade empreendedora, dando autonomia aos funcionários em seu trabalho.⁽³²⁾ É liderado e gerenciado por enfermeiros, defendendo a humanidade acima da burocracia, com base nos princípios de confiança, autonomia, criatividade, simplicidade e colaboração.⁽³³⁾ Para entender melhor a implementação desse modelo, esta discussão será dividida em categorias: autogestão das equipes, eficácia do modelo e custos associados, construção da rede formal e informal e suporte tecnológico para o exercício do trabalho.

Autogestão das equipes

A evolução dos cuidados domiciliares permite um melhor acompanhamento dos idosos com doenças

crônicas e deficiências funcionais. As experiências com a *Buurtzorg* afirmam uma melhor comunicação entre cuidadores e equipes autogerenciadas, combatendo a burocracia e a fragmentação na prestação de cuidados de saúde.⁽³⁴⁾ A autogestão pode ser influenciada positivamente por líderes e coaches. Para isso, eles precisam estar comprometidos e defender a ideia de mudança e organização dos serviços de saúde.⁽³⁵⁾

A *Buurtzorg* se diferencia das organizações tradicionais de atendimento domiciliar ao criar soluções em vez de prestar serviços. Portanto, pode ser considerada uma precursora do movimento de transformação na área da saúde. Van den Bosch et al. (2017) destacam que tais transformações ocorreram por meio de espaços de aprendizagem e experimentação no contexto local e estratégias-chave, tais como: compartilhar lições aprendidas, criar novas equipes em novos locais, abordar diferentes elementos do sistema e expandir para outros domínios e países.⁽¹⁷⁾

Os desafios e efeitos da implementação de equipes auto-organizadas em três organizações públicas finlandesas de saúde e assistência social indicaram que a autogestão é difícil de introduzir em uma organização e depende de um esforço coletivo, especialmente no nível mais alto da gestão. Líderes comprometidos são capazes de influenciar positivamente esse aspecto, a fim de evitar a sobrecarga da equipe e a diminuição das habilidades, o que interfere no melhor desempenho do grupo. Essas con-

clusões são o resultado de um estudo que buscou compreender a satisfação da equipe, o ambiente e a eficácia do trabalho na *Buurtzorg*.⁽³⁷⁾

A prática em enfermagem comunitária foi descrita no estudo da implementação do modelo na China, no qual ficou evidenciado que a falta de conhecimento dessa área da enfermagem no país e, conseqüentemente, a ausência de um enfermeiro comunitário, limitavam a infraestrutura na comunidade para o atendimento, uma vez que nesse país os enfermeiros não compreendiam tal responsabilidade prática, pois o processo de trabalho na China utilizava protocolos fixos, pouco maleáveis, o que para o modelo *Buurtzorg*, era um desafio. Assim, nesse país, mudanças no modelo exigiriam mudanças muito significativas, o que exigiria vontade política.⁽³⁸⁾

Ainda em relação à China, Kögel et al. (2017) consideram que implementar esse modelo totalmente desburocratizado e autônomo em um país comunista, em um sistema complexo onde não há políticas públicas para idosos, pode comprometer a autonomia, um dos pilares da *Buurtzorg*.⁽²³⁾ Eles também consideram possíveis dificuldades nessa implementação, como a falta de enfermeiros comunitários, infraestrutura inadequada, perda de responsabilidade dos profissionais e rigidez dos protocolos.⁽²³⁾ Equipes autogerenciadas com uma estrutura plana e não hierárquica podem não ser aceitáveis para todos os enfermeiros, pois há a necessidade de muitas adaptações da prática e desenvolvimento de novas habilidades.⁽³⁹⁻⁴⁰⁾

Eficácia do modelo e custos associados

A implementação dos pilares do modelo, como a autogestão da equipe e o pagamento por horas, depende das regras contábeis locais, pois quando o faturamento depende do número de horas de atendimento e não do episódio de atendimento, e quando as tarefas de atendimento têm taxas diferentes, dependendo do nível de habilidade dos enfermeiros, é mais difícil para a *Buurtzorg* usar sua abordagem com os enfermeiros mais qualificados e mais caros.⁽²⁵⁾

Nos Estados Unidos, Gray et al. (2015), em seu estudo sobre adaptação e implantação, identifica-

ram a necessidade de lidar com múltiplos pagadores como um obstáculo, pois cada um tinha suas próprias regras e procedimentos de pagamento. Os autores também refletem sobre as desvantagens de algumas seguradoras, uma vez que elas se baseariam nas horas de trabalho e não na complexidade do caso, o que causa perdas financeiras.⁽¹⁸⁾

No entanto, a *Buurtzorg* USA prevê com otimismo vantagens em termos de inclusão dos pacientes no modelo e desenvolvimento da força de trabalho de enfermeiros que atuam nesses serviços domiciliares, embora haja desafios na necessidade de uma rede de referência e adaptação ao sistema de pagamento, devido às suas próprias regras e procedimentos.

Embora seja difícil estabelecer uma métrica sobre a eficiência de custos e a economia do modelo *Buurtzorg*, a Healthcare Improvement Scotland relata uma diminuição nas taxas de hospitalizações e visitas a pronto-socorros, além de uma redução na variabilidade dos cuidados com uma melhor coordenação dos cuidados.

Construção da rede de cuidados formais e informais

Uma das características centrais do modelo *Buurtzorg* é promover o envolvimento da comunidade e o trabalho descentralizado. Assim, a regionalização das equipes de enfermagem na rede informal é crucial para a implementação de serviços de qualidade.⁽⁴¹⁻⁴²⁾

Na Escócia, um estudo com 43 pacientes buscou compreender as experiências com foco nos princípios subjacentes ao *Buurtzorg*, autogestão e treinamento, além de determinar a viabilidade da implementação do modelo.⁽³⁹⁾ Neste estudo, houve uma satisfação geral (98%), com pontos positivos para a autonomia proporcionada aos profissionais para ajustar a frequência e a duração da prestação de cuidados regionais.⁽⁴⁴⁾

Além disso, outros estudos relataram que as equipes que trabalharam com modelos derivados do *Buurtzorg* receberam feedback positivo de outros profissionais de saúde, uma vez que havia um desejo genuíno de cuidar dos pacientes. Além disso, observou-se que a colaboração de todos os profissionais e o estabelecimento de relações de confiança podem

ser desenvolvidos e fortalecidos para apoiar a coordenação dos cuidados.⁽¹⁵⁻³¹⁾

Em relação à seleção de funcionários para trabalhar com esse modelo inovador, alguns artigos relataram que o recrutamento de novos funcionários foi bem-sucedido; outros relataram a existência de dificuldades.⁽¹⁵⁻³¹⁾ Além disso, as instituições observaram que alguns candidatos recusaram o emprego após a entrevista de trabalho ou deixaram o cargo logo após a contratação.

Dobie et al. (2019) destacam o papel fundamental do coach nas atividades de gestão e na condução do processo de implementação.⁽²⁰⁾ No entanto, isso também é uma dificuldade, pois o processo de aprendizagem ocorre à medida que o modelo é expandido. Assim, possíveis mudanças organizacionais mobilizam incertezas decorrentes da transformação, dos cargos e da nova estrutura de trabalho, na qual o desenvolvimento profissional contínuo e o aprendizado sobre o modelo de autogestão são estimulados em todos os níveis.

Alguns estudos relataram que as adversidades enfrentadas no desenvolvimento profissional se devem ao elevado número de casos/consultas, que sobrecarregaram o trabalho devido à maior demanda por atendimento, maior carga administrativa e falta de equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, uma vez que é necessária disponibilidade e participação em reuniões constantes.⁽³⁵⁻³⁷⁾

Alguns médicos de família relatam que, inicialmente, era conflitante trabalhar em conjunto para atender às necessidades dos pacientes e, também, a falta de interface do prontuário do paciente com outros serviços existentes, o que dificulta o trabalho.⁽³⁸⁾

Observações mais detalhadas afirmaram que o modelo *Buurtzorg* alcançou um sistema de registro eficiente, simplificando o registro dos enfermeiros. As anotações são breves e direcionadas para alterar o plano de cuidados e a lista de medicamentos, por exemplo.⁽³⁹⁾ No entanto, os pacientes ainda notaram o excesso de papel usado pelos enfermeiros durante as visitas.⁽⁴⁰⁾

A *Buurtzorg* utiliza métodos e ferramentas de comunicação para simplificar tarefas, reduzir a burocracia, comunicar de forma rápida e eficaz e

apoiar os profissionais no desempenho do seu trabalho diário.^(25,38-41)

Drennan et al. (2018), ao testar o modelo adaptado da *Buurtzorg*, obtiveram como potencialidades a melhor experiência dos idosos e da rede informal, bem como a continuidade dos cuidados com resultados positivos em relação à resolução de problemas de saúde.⁽¹⁹⁾ No entanto, os autores não conseguem avaliar a eficiência dos custos do modelo, do trabalho de enfermagem, dos serviços aos pacientes e do sistema de saúde. No entanto, pareceu haver um impacto nas organizações de enfermagem além da redução da carga de trabalho.

Apoio de coaches e uso de tecnologia para realizar as atividades

No processo de implementação, o papel do coach facilitou a autogestão das equipes e foi tão importante quanto o BackOffice. Essa facilidade foi proporcionada pela assistência e pelos vínculos na comunicação, colaboração, organização, distribuição de funções e tarefas, e atuou como um elo entre a organização e as equipes da *Buurtzorg*.

A redistribuição de funções e responsabilidades no decorrer da implementação de um modelo contrário ao de uma organização tradicional significou que alguns funcionários executivos pudessem ser transferidos para o BackOffice ou para os serviços de coaching. Neste caso, os coaches treinados foram considerados facilitadores para a mudança da organização e da prática de enfermagem.

Hamm et al. (2019) destacaram que é preciso ter muito cuidado para não desestabilizar a força de trabalho durante o processo de reorganização. Os autores relatam que mudanças estruturais significativas podem trazer uma profunda sensação de perda pessoal devido a muitos fatores, incluindo uma mudança na função, nos cargos e na própria estrutura organizacional. Além disso, eles destacam o desenvolvimento profissional contínuo e o aprendizado sobre o modelo de autogestão como cruciais para todos os níveis da organização.⁽²¹⁾

Leask et al. (2020), ao realizar um estudo de caso com enfermeiros da Escócia, descreveram os desafios na mediação de conflitos e na comunicação por meio da autogestão para a evolução da *Buurtzorg*.⁽²⁵⁾

A Buurtzorg é um modelo complexo que requer adaptações para sua implementação, e experiências fora da Holanda destacam que esse processo deve ser centrado no desenvolvimento de equipes autogerenciadas, serviços de apoio, estruturas e pessoal.⁽¹¹⁾ As sugestões nesse processo devem incluir a colaboração e o apoio contínuo das equipes e líderes com os departamentos de desenvolvimento organizacional, recursos humanos e comercial, uma vez que as mudanças exigem comunicação e treinamento contínuos.

Eles recomendam uma comunicação eficaz dentro das equipes, o desenvolvimento de estruturas, o estabelecimento de acordos para apoiar as definições de tarefas e apoios, ou tecnologias integradas e acessíveis como estratégias para superar os desafios acima mencionados.

Conclusão

Ao mapear as evidências internacionais sobre a implementação do modelo Buurtzorg, destaca-se que, em geral, esse processo requer várias mudanças e adaptações nas estruturas locais para atender aos princípios do modelo e às particularidades de cada país. Essas adaptações são especialmente necessárias na autogestão das equipes, na construção de redes formais e informais e no suporte tecnológico. Nesse contexto, é importante enfatizar que tais mudanças e adaptações também impactam diretamente a prática dos enfermeiros. No modelo Buurtzorg, os enfermeiros atuam de forma independente, autônoma e autogerenciada, assumindo responsabilidades complexas que caracterizam a prática avançada de enfermagem, agregando valor ao profissional de enfermagem, especialmente na assistência terciária e especializada a idosos, promovendo novas formas de ação que favorecem melhores resultados de saúde. Além disso, são necessárias habilidades como comunicação, inovação, autorresponsabilidade, trabalho em equipe, relações interpessoais, gestão de custos e saúde comunitária. Essas habilidades precisam ser incluídas nos temas de treinamento para que os enfermeiros possam desenvolver e aplicar os princípios da metodologia em sua prática diária, enquanto os gerentes e líderes podem proporcionar um ambiente de trabalho e condições comerciais que promo-

vam a autogestão e a continuidade do atendimento como um serviço padrão. Sugere-se a realização de pesquisas que analisem a eficácia do Buurtzorg na sobrevivência de idosos, quando comparado ao sistema público de saúde convencional, a fim de gerar evidências científicas que apoiem as instituições para continuidade e expansão em todo o mundo.

Colaborações

Andrade ICS, Pinheiro FGMS, Bispo LDG e Oliveira BGRB contribuíram para a concepção e o desenho ou análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante; redação do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante e aprovação final da versão para publicação.

Referências

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World population prospects 2019: highlights. New York: United Nations; 2019 [cited 2021 Sep 23]. Available from: https://population.un.org/wpp/assets/Files/WPP2019_Highlights.pdf
2. Chang AY, Skirbekk VF, Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Dieleman JL. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*. 2019;4(3):e159-67.
3. Bone AE, Gomes B, Etkind SN, Verne J, Murtagh FE, Evans CJ, et al. What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death. *Palliat Med*. 2018;32(2):329-36.
4. Turner A, Mulla A, Booth A, Aldridge S, Stevens S, Battye F, et al. An evidence synthesis of the international knowledge base for new care models to inform and mobilize knowledge for multispecialty community providers (MCPs). *Syst Rev*. 2016;5(1):167.
5. Longpré C, Dubois CA. Fostering development of nursing practices to support integrated care when implementing integrated care pathways: what levers to use? *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):790.
6. Scott K, Beckham SW, Gross M, Pariyo G, Rao KD, Cometto G, et al. What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Hum Resour Health*. 2018;16(1):39.
7. Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J, et al. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):824.
8. Unison Scotland. Buurtzorg briefing: 2016. Applying the Buurtzorg care model in Scotland. Buurtzorg nº 72. United Kingdom: Unison Scotland; 2016 [cited 2021 Sep 23]. Available from: https://www.unison-scotland.org.uk/briefings/b072_BargainingBrief_BuurtzorgCareModel_Jan2016.pdf

9. Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S, de Blok J. Buurtzorg nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Glob Adv Health Med*. 2015;4(1):40-4.
10. Royal College of Nursing. The Buurtzorg Nederland (home care provider) model: observations for the United Kingdom (UK). RCN Policy and International Department. United Kingdom: Royal College of Nursing; 2016 [cited 2021 Sep 23]. Available from: <https://www.rcn.org.uk/About-us/Our-Influencing-work/Policy-briefings/br-0215>.
11. Hegedüs A, Schürch A, Bischofberger I. Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2022;4:100061.
12. Verkaik R, van Antwerpen-Hoogenraad P, de Veer A, Francke A, Huis In Het Veld J. Self-management-support in dementia care: a mixed methods study among nursing staff. *Dementia (London)*. 2017;16(8):1032-44.
13. Pan American Health Organization (PAHO). Advanced practice nursing summit: Developing advanced practice nursing competencies in Latin America to contribute to universal health. Michigan: PAHO; 2016 [cited 2023 Jul 16]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/report-advanced-practice-nursing-summit-developing-advanced-practice-nursing-competencies>
14. Olímpio JA, Araújo JN, Pitombeira DO, Enders BC, Sonenberg A, Vitor AF. Advanced practice nursing: a concept analysis. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(6):674-80.
15. Alders P. Self-managed care teams to improve community care for frail older adults in the Netherlands. *Inter J Care Coord*. 2015;18(2-3):57-61.
16. Alscher P. The Bureaucratic Steering of Local Governments and its Effects on Nursing Autonomy in Home Care for Elderly in the Netherlands and Shanghai [thesis]. Universit of Twente. 2017.
17. Van den Bosch S, Johansen F, van Strien A. The scaling up of neighbourhood care in the transition of sustainable health. Brighton (UK), University of Sussex Campus (Falmer); 2015. [International Sustainability Transitions (IST) Conference 2015].
18. Gray BH, Sarnak DO, Burgers JS. Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurt-zorg Model. *Commonwealth Fund*. 2015;14:1-12.
19. Drennan VM, Caletani M, Ross F, Saunders M, Wester P. Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Open*. 2018;8: e021931.
20. Dobie L, Howlett D, Reid E, Muray A. Improving patient outcomes with neighbourhood care: the Coldstream experience. *Br J Community Nurs*. 2019;24(10):494-6.
21. Hamm C, Glyn-Jones J. Implementing an adapted Buurtzorg model in an inner city NHS trust. *Br J Community Nurs*. 2019;24(11):534-7.
22. Jantunen S, Piippo J, Surakka J, Sinervo T, Ruotsalainen S, Burström T. Self-Organizing Teams in Elderly Care in Finland: Experiences and Opportunities. *Creat Nurs*. 2020;26(1):37-42.
23. Kögel LM. Conditions for the successful transfer of community care by Policy Entrepreneurs [thesis]. En-schede: Universit of Twente; 2017 [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1yUwZl53XONPriQ2U5tkR0uKw6ErjbhG/view?usp=sharing>.
24. Lalani M, Fernandes J, Fradgley R, Ogunisola C, Marshall M. Transforming community nursing services in the UK: lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):945.
25. Leask CF, Bell J, Murray F. Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. *Public Health*. 2020;179:111-7.
26. Leask CF, Calum A. Implementation of a neighbourhood care model in a Scottish integrated context- views from patients. *AIMS Public Health*. 2019;6(2): 143-53.
27. Monsen KA, de Blok J. Buurtzorg: nurse-led community care. *Creat Nurs*. 2013;19(3):122-7.
28. Nandran S, Koster N. Organizational innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg. *J Integrated Care*. 2014;22(4):174-84.
29. Sheldon T. Buurtzorg: the district nurses who want to be superfluous. *BMJ*. 2017;358:J3140.
30. Drennan MV, Ross F. The Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust Neighbourhood Nursing Team Test and Learn project of an adapted Buurtzorg model: an early view. London: Centre for Health & Social Care Research; 2017. p.1-51.
31. Healthcare Improvement Scotland's. Improvement Hub (ihub). Scotland: Healthcare Improvement Scotland's; 2019 [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://www.healthcareimprovementscotland.scot/>.
32. Alsac J. Responsible and supportive teams of free nurses, an experiment promoting holistic patient care. *Soins*. 2022;67(868):35-37.
33. Sheldrick H, Houghton L, Fleming C, Crane J. An integrated care systems model approach for speech and language therapy head and neck cancer services in England: service development and re-design in Cheshire and Merseyside. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022;30(3):177-11. Review.
34. Miguel S, Zamariolli CM, Carvalho EC, Caldeira S. As respostas humanas e diagnósticos de enfermagem em pessoas com cancro de cabeça e pescoço: revisão de literatura e síntese de evidência. *Cad Saúde*. 2019;11(01):1-13. Review.
35. Kamara Y, Rodriguez C, Moyo M. District nursing using neighbourhood care principles in practice: reflecting on our experience. *Br J Community Nurs*. 2022;27(11):522-27.
36. Pinheiro FG, Andrade IC, Oliveira BV. Possibilities of the Buurtzorg Model in Emergency Care. *Curr Res Emerg Med*. 2022;2(5):1036.
37. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990 [citado 2023 Feb 22]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
38. Martini KA. A estrutura organizacional do Ministério Público do Estado de São Paulo e os desafios de sua gestão. São Paulo: INSPER; 2021.
39. Jakovenko D, Djoudi B. The Équilibres experiment, a paradigm shift in home care. *Rev Infirm*. 2022;71(281):38-40.
40. Kaloudis H. A first attempt at a systematic overview of the public record in English on Buurtzorg Nederland (Part A — Buurtzorg's performance). Medium Aug 25, 2016 [cited 2021 Aug 14]. Available from: https://medium.com/@Harri_Kaloudis/a-first-attempt-at-a-systematic-overview-of-the-public-record-on-buurtzorg-nederland-part-a-ff92e06e673d
41. Kaloudis H. A systematic overview of the literature in English on Buurtzorg Nederland: Part B — The Buurt-zorg Organisational and Operational Model. Medium Sep 21, 2016 [cited 2021 Aug 14].

- Available from: https://medium.com/@Harri_Kaloudis/a-systematic-overview-of-the-literature-in-english-on-buurtzorg-nederland-part-b-the-buurtzorg-189a7e4704b0
42. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping Reviews (2020). Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2024. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>.
43. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for Scoping Re-views (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169 (7):467–73.
44. Munn Z, Peters MD, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18(1):143.