UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

BRUNO MENDES

RESULTADOS EM SAÚDE NO MODELO BUURTZORG: UMA REVISÃO DE ESCOPO.

LAGARTO

2026

BRUNO MENDES

RESULTADOS EM SAÚDE NO MODELO BUURTZORG: UMA REVISÃO DE ESCOPO.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC 2) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe, como requisito final à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Profa. Dra. Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro
Co-Orientador(a): Prof. Dr. Damião da Conceição Araujo

LAGARTO

2026

BRUNO MENDES

RESULTADOS EM SAÚDE NO MODELO BUURTZORG: UMA REVISÃO DE ESCOPO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Campus Professor Antônio Garcia Filho, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em medicina.

Aprovado em: _____/ _____/ _____

BANCA EXAMINADORA

_____

Orientadora/ Presidente: Profª Dra. Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro

Universidade Federal de Sergipe

_____

Co-Orientador: Prof. Dr. Damião da Conceição Araujo

Universidade Federal de Sergipe

_____

1º Examinador: Me. Iohana Cristina Salla de Andrade

Convidada Externa

_____

2º Examinador: Esp. Paloma Keisy da Silva Almeida

Universidade Federal de Sergipe

PARECER

_____

_____

_____

AGRADECIMENTOS

Dedico esta trajetória acadêmica à memória viva de minha avó, Maria Grande, mulher de esperança longa e fé silenciosa, que antes mesmo do diploma já me via formado. Seu sonho me antecedeu e me sustentou; caminhei porque ela acreditou. Onde cheguei, há também passos dela.

Às minhas irmãs, minha força cotidiana, meu abrigo nas travessias difíceis e meu riso nos dias leves — gratidão por serem chão firme quando tudo parecia instável.

À minha mãe e ao meu padrasto, agradeço de forma simples e verdadeira, por tudo o que foi possível oferecer ao longo desse caminho.

Aos meus sogros, Silvia e Nogueira, pela acolhida generosa, pelo carinho e pelo apoio constante que também fizeram parte dessa construção.

Às minhas tias Tita, Katia e Cláudia, pelo cuidado, incentivo e afeto que, mesmo nas pequenas formas, tiveram grande valor.

Aos meus colegas de turma Renisson, Ellen, Renata, Iris, Ana Raíssa e Carol, companheiros de jornada, partilhas e aprendizados, que dividiram comigo os dias de esforço, dúvidas e conquistas.

Aos meus amigos da vida, Kel e Monara, que estiveram presentes para além da sala de aula, ajudando a formar não apenas o profissional, mas a pessoa que cheguei a ser. Amizades que sustentam, orientam e permanecem.

Aos meus orientadores e professores, Dr. Damião e Dra. Fernanda, minha sincera gratidão pela condução ética, pelo rigor acadêmico e pela confiança depositada, fundamentais para a consolidação deste trabalho e da minha formação.

E, por fim, dedico um agradecimento que não cabe apenas em palavras à Mirelli, minha companheira. Foi acolhimento quando eu estava cansado, foi casa quando tudo parecia distante, foi família quando precisei permanecer. Sustentou-me em silêncio, cuidou do que não se vê, acreditou quando eu hesitei. Esta graduação também é sua, porque nenhum passo foi dado sozinho.

Que este trabalho carregue, entre linhas e margens, um pouco de cada pessoa que me fez chegar até aqui.

RESUMO

Introdução: O modelo Buurtzorg, desenvolvido na Holanda, caracteriza-se pela atuação de equipes de enfermagem autogeridas, com foco na integralidade do cuidado, na autonomia do paciente e na continuidade assistencial. Sua expansão internacional tem despertado interesse pela capacidade de reorganizar práticas em cuidados domiciliares e valorizar o papel do enfermeiro. **Objetivo:** Descrever os resultados em saúde decorrentes do modelo Buurtzorg, conforme evidências disponíveis na literatura científica. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de escopo conduzida segundo metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e orientada pelo checklist PRISMA-ScR. A busca foi realizada nas bases PubMed, LILACS, Cochrane, BVS, CINAHL, Web of Science, Embase, Scopus e Google Scholar. Após triagem por título, resumo e leitura na íntegra, nove estudos foram incluídos. Os dados foram organizados em matriz de extração e sintetizados de forma descritiva. **Resultados:** Foram identificados 279 estudos, dos quais 169 foram submetidos à triagem inicial e 17 à leitura completa, resultando em nove estudos incluídos. A maioria foi publicada entre 2013 e 2024, predominantemente em países europeus. Os achados demonstram que o modelo Buurtzorg favorece a continuidade do cuidado, aumenta a satisfação de pacientes e familiares, fortalece a autonomia e o autocuidado e promove impactos positivos na prática da enfermagem, incluindo maior autonomia clínica e organizacional. Alguns estudos referem ainda benefícios potenciais na eficiência dos serviços, embora haja escassez de evidências quantitativas robustas. **Conclusão:** As evidências indicam que o modelo Buurtzorg constitui uma alternativa inovadora para a organização do cuidado domiciliar, capaz de melhorar a experiência do paciente e fortalecer o protagonismo da enfermagem. Contudo, a predominância de estudos qualitativos e desafios de implementação em diferentes sistemas de saúde reforçam a necessidade de pesquisas adicionais que avaliem desfechos clínicos, econômicos e a viabilidade do modelo em outros contextos.

Palavras-chave: Buurtzorg; Enfermagem; Enfermeiro; Resultados em Saúde; Cuidado Domiciliar; Revisão de escopo.

ABSTRACT

Introduction: The Buurtzorg model, developed in the Netherlands, is characterized by self-managed nursing teams focused on patient autonomy, continuity of care and holistic assistance. Its international expansion has sparked interest due to its potential to reorganize home care practices and strengthen nursing leadership. **Objective:** To describe health outcomes associated with the Buurtzorg model according to available scientific evidence. **Methods:** This scoping review followed the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and the PRISMA-ScR guidelines. Searches were conducted in PubMed, LILACS, Cochrane, BVS, CINAHL, Web of Science, Embase, Scopus and Google Scholar. After screening titles, abstracts and full texts, nine studies met the inclusion criteria. Data were extracted into a structured matrix and synthesized descriptively. **Results:** A total of 279 records were identified; 169 underwent screening, 17 were assessed in full and nine were included. Most studies were published between 2013 and 2024, predominantly in European countries. Findings show that the Buurtzorg model enhances continuity of care, increases patient and caregiver satisfaction, promotes autonomy and self-management and yields positive impacts on nursing practice, particularly greater clinical and organizational autonomy. Potential improvements in service efficiency were also noted, although quantitative evidence remains limited. **Conclusion:** The evidence suggests that the Buurtzorg model is an innovative approach to organizing home care, capable of improving patient experience and reinforcing the central role of nursing. Nonetheless, the predominance of qualitative evidence and implementation challenges across different health systems highlight the need for further research assessing clinical outcomes, economic impact and model feasibility in diverse contexts.

Keywords: Buurtzorg; Nursing; Nurse; Health Outcomes; Home Care Services; Scoping review.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 8
2. OBJETIVOS 10
2.1. Objetivo Geral **10**
3. MÉTODOS 11
3.1. Delineamento do estudo 11
3.2. Identificação Da Pergunta De Pesquisa 11
3.3. Critérios De Elegibilidade 12
3.4. Identificação De Estudos Relevantes 12
3.5. Seleção Dos Estudos 13
3.6. Análise Dos Dados 14
3.7. Síntese e Apresentação Dos Dados 14
3.8. Divulgação dos Resultados 14
4. RESULTADOS 15
5. DISCUSSÃO 24
6. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO 28
7. CONCLUSÃO 29
REFERÊNCIAS 30
ANEXO A 33
ANEXO B 36

1. INTRODUÇÃO

O modelo *Buurtzorg* é uma proposta holandesa de organização dos cuidados de saúde, criada e conduzida por enfermeiros, com o propósito de enfrentar desafios estruturais e operacionais dos serviços comunitários de saúde nos Países Baixos, melhorando simultaneamente a experiência de profissionais e pacientes no cuidado domiciliar (Kreitzer *et al*., 2015). Trata-se de uma inovação que reforça o protagonismo da enfermagem ao propor uma gestão do cuidado ancorada na atenção primária, com ênfase na prevenção, promoção e manutenção da saúde, mediante o envolvimento ativo da comunidade e das famílias em processos contínuos e participativos (Mendes, 2012).

Desde sua criação, em 2006, o *Buurtzorg* tem sido amplamente estudado e replicado internacionalmente por demonstrar melhorias na qualidade assistencial, maior satisfação de pacientes e profissionais e redução de custos operacionais quando comparado a modelos tradicionais de atenção domiciliar (Kreitzer *et al*., 2015; Monsen; De blok, 2013). A expansão global do modelo alcança países como Reino Unido, Estados Unidos, Austrália, Alemanha, Japão, Finlândia, Dinamarca, França e Brasil, entre outros, que adaptaram seus princípios às especificidades dos respectivos sistemas de saúde e contextos socioculturais (Hamm; Glyn-Jones, 2019; Laços Saúde, 2021).

A expressão *Buurtzorg* significa "cuidado de vizinhança", refletindo a filosofia de aproximar o cuidado da vida cotidiana das pessoas e de seus contextos sociais. O modelo se caracteriza pela atuação de equipes de enfermagem autogeridas, responsáveis tanto pela gestão clínica quanto organizacional do cuidado, especialmente no atendimento domiciliar de idosos e pessoas com condições crônicas, com forte integração comunitária (Turner *et al*., 2016; Scott *et al*., 2018).

Essa concepção se ancora no princípio da "humanidade sobre a burocracia", ao priorizar o vínculo interpessoal, a resolutividade dos problemas de saúde e a sustentabilidade do trabalho em saúde. A organização do cuidado é estruturada no chamado "Modelo Cebola", que posiciona o paciente no centro e articula, de forma interdependente, o autocuidado, a rede de apoio informal, as equipes de enfermagem e os serviços formais de saúde, assegurando integralidade e continuidade assistencial (Buurtzorg, 2021).

Para alcançar esses objetivos, o *Buurtzorg* enfatiza a autonomia do indivíduo, da família e das equipes profissionais, respeitando valores, crenças e contextos socioculturais na construção dos planos de cuidado. Nesse cenário, o trabalho do enfermeiro prioriza a manutenção das atividades de vida diária, a educação em saúde e o manejo de condições

crônicas, dentro de uma lógica de cuidado centrado na pessoa e em seu território (Laços Saúde, 2021).

No campo da enfermagem e da saúde coletiva, os resultados em saúde referem-se às mudanças observáveis no estado de saúde, no bem-estar e na experiência do cuidado de indivíduos e populações, decorrentes das intervenções realizadas pelos profissionais e dos modelos de atenção adotados. Esses resultados são compreendidos de forma multidimensional, abrangendo dimensões clínicas, subjetivas, profissionais e organizacionais, e não apenas indicadores biomédicos tradicionais (Donabedian, 2005; World Health Organization, 2016).

Nessa perspectiva ampliada, os resultados em saúde podem manifestar-se em diferentes dimensões, incluindo resultados para os usuários, como melhoria da qualidade de vida, maior continuidade do cuidado, fortalecimento do autocuidado e satisfação com a assistência; para os profissionais, como aumento da autonomia, satisfação no trabalho e melhores condições de exercício profissional; e para as organizações e sistemas de saúde, como uso mais racional de recursos, redução de custos operacionais e diminuição de internações evitáveis (World Health Organization, 2016).

O modelo *Buurtzorg* insere-se nesse debate ao propor uma reorganização do cuidado domiciliar baseada em equipes de enfermagem autogeridas, com elevada autonomia profissional e responsabilidade integral pelo acompanhamento dos usuários. Evidências internacionais indicam que essa forma de organização está associada a resultados positivos em múltiplas dimensões, incluindo melhorias na experiência do paciente, maior satisfação das equipes e ganhos de eficiência organizacional, sem prejuízo da qualidade assistencial (Monsen; De Blok, 2013; Kreitzer *et al*., 2015).

Estudos apontam que, no âmbito dos usuários, o *Buurtzorg* favorece maior continuidade do cuidado, melhor manejo de condições crônicas e fortalecimento da capacidade de autogerenciamento da saúde, especialmente entre pessoas idosas. No plano profissional, o modelo contribui para maior autonomia decisória, redução da burocracia e aumento da satisfação no trabalho. Já na dimensão organizacional, são descritos efeitos como redução de custos administrativos, uso mais eficiente das horas de cuidado e diminuição de hospitalizações evitáveis (Kreitzer *et al*., 2015; Alders, 2015; Hegedüs *et al*., 2022).

Diante desse contexto, torna-se relevante investigar de forma sistematizada quais resultados em saúde dos usuários, dos profissionais e das organizações são reportados em serviços que adotam esse modelo. A síntese dessas evidências pode contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre modelos inovadores de cuidado liderados pela enfermagem e subsidiar reflexões sobre sua aplicabilidade em distintos sistemas de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Mapear as evidências disponíveis na literatura sobre os resultados em saúde associados a atuação do enfermeiro no modelo assistencial Buurtzorg, no contexto dos usuários, profissionais de enfermagem e da organização dos serviços

3. MÉTODOS

3.1. Delineamento do estudo

Foi conduzida uma revisão de escopo de acordo com a metodologia do Instituto Joanna Briggs para revisões de escopo (JBI), usando a lista de verificação dos itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e a metanálise para revisões de escopo (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews - PRISMA-ScR) (Peters *et al*., 2020; Tricco *et al*., 2018) (ANEXO A).

Para isso foram seguidas as seis etapas propostas pela JBI: *1. Identificação da questão de pesquisa; 2.Identificação dos estudos relevantes; 3.Seleção dos estudos; 4.Análise dos dados; 5.Síntese e apresentação dos dados; 6.Divulgação dos resultados* (Peters *et al*., 2020).

Por se tratar de uma revisão de escopo, foi encaminhado um projeto para registro da Plataforma Open Science Framework (OSF), pelo link: https://doi.org/10.17605/OSF.IO/3SHDP. O estudo foi conduzido a partir de dados de domínio público, não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, no entanto todos os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466/2012 foram seguidos.

3.2. Identificação Da Pergunta De Pesquisa

Para a construção da pergunta de pesquisa, foi utilizado o acrônimo PCC, descrito como P População; C Conceito; C Contexto (Peters *et al*., 2020). A descrição dos elementos utilizados para formulação da questão, está apresentado no quadro 1.

Quadro 01 – Descrição dos elementos de acordo com o acrônimo PCC para formulação da pergunta da questão

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Usuários, Enfermeiros e Organização dos Serviços
C	Conceito	Resultados em saúde
C	Contexto	O modelo *Buurtzorg*

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Com base nisso, ocorreu a elaboração da pergunta: “Quais são os resultados em saúde associados à atuação do enfermeiro no modelo *Buurtzorg*?”.

3.3. Critérios De Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade deste estudo estão dispostos a seguir na tabela 2.

Tabela 2: Critérios de elegibilidade

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Publicações que possuaiam em seu título e/ou resumo o termo *Buurtzorg* e profissionais de enfermagem.
Publicações que descrevem resultados relativos ao processo de implementação, ou resultados a nível do paciente e da organização, ou impacto no sistema de saúde.
Publicações com foco em enfermagem ou equipes interdisciplinares com enfermeiros.
Publicações disponíveis para consulta na íntegra, com abordagens metodológicas compreendidas entre: qualitativas, quantitativas, mistas, revisões, reflexões, editoriais, diretrizes, manuais e políticas sem recorte temporal ou geográfico.
CRTÉRIOS DE EXCLUSÃO
Publicações duplicadas, incompletos, pagos, estudos em fase de projeto ou ainda sem resultados e cujo foco não corresponda à questão de pesquisa.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

3.4. Identificação De Estudos Relevantes

As estratégias de busca desse estudo foram desenvolvidas com o apoio de um bibliotecário, com qualificação e experiência em Ciência da Informação. O primeiro passo para a identificação dos estudos relevantes consistiu na validação dos descritores. Para tanto, utilizou-se a base eletrônica PubMed, por meio da plataforma MeSH (*Medical Subject Headings*), a fim de identificar e confirmar os descritores mais adequados e com maior recorrência na literatura sobre a temática. Após essa etapa, foram realizadas buscas sistemáticas nas seguintes bases de dados: PubMed, LILACS, Cochrane, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), CINAHL, Web of Science, Embase e Scopus. Para padronizar o processo de coleta, todas as bases foram acessadas pelo Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), mediante identificação via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe).

Considerando que o modelo *Buurtzorg* ainda é uma temática relativamente recente e pouco explorada na literatura científica, optou-se também pela inclusão de buscas no Google Scholar, reconhecido como uma importante fonte de literatura cinzenta.

Os termos de busca identificados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e Medical Subject Healding (MESH), para essa pesquisa foram: “Enfermagem / Nursing”, “Enfermeiros /Nurses” e “Health / Saúde”. E o termo livre: “*Buurtzorg*”. Sendo

formada, a estratégia de busca: *Buurtzorg* AND (enfermeiros OR enfermagem OR Nursing OR Nurses)

A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos de índice identificados, foi adaptada para cada base de dados e/ou fonte de informação incluída (tabela 3).

Tabela 3: Estratégias de Busca

Base de dados	Estratégia de busca utilizada	Campo(s) de busca	Resultados
EMBASE	*buurtzorg* AND (nursing OR nurses OR nurse)	Título, resumo e palavras-chave	25
LILACS	*buurtzorg* AND (enfermagem OR enfermeiros)	Título, resumo e assunto (DeCS)	1
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	*buurtzorg* AND (enfermagem OR enfermeiros OR nursing)	Título, resumo e assunto (DeCS)	23
Web of Science	*buurtzorg* AND (nursing OR nurses)	Tópico (título, resumo, palavras-chave)	20
Cochrane Library	*buurtzorg* AND nursing	Título, resumo e palavras-chave	2
PubMed	("*Buurtzorg*"[All Fields]) AND ("Nursing"[MeSH Terms] OR "Nurses"[MeSH Terms] OR nursing[Title/Abstract])	MeSH, título/resumo e todos os campos	26
CINAHL	*buurtzorg* AND (MH "Nursing" OR MH "Nurses")	Headings (MH), título e resumo	49
Scopus	*buurtzorg* AND (nursing OR nurses)	Título, resumo e palavras-chave	33
Google Scholar	*buurtzorg* nursing health	Busca livre	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

3.5. Seleção Dos Estudos

A busca na base de dados foi iniciada em 05 de setembro de 2025 ano e concluída em 05 de novembro de 2025.

Após a pesquisa, os resultados identificados foram coletados e importados para o software Rayyan QCRI, gerenciador de referências utilizado para identificação e exclusão das duplicações. Posteriormente dois investigadores examinaram de forma independente (B. M. e E. C.) que identificaram estudos potencialmente relevantes com base em títulos e resumos.

Após isso, as fontes potencialmente relevantes foram recuperadas na íntegra e seus detalhes de citação importados para o Sistema JBI para Gestão Unificada (JBI SUMARI) (Peters et al., 2020).

O texto completo das citações selecionadas foi avaliado detalhadamente de acordo com os critérios de elegibilidade pelos dois revisores e as razões para a exclusão de fontes de evidência no texto completo que não atendiam aos critérios de inclusão foram registradas Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão dos estudos foram relatados na íntegra e apresentados em um fluxograma método PRISMA- ScR (Tricco *et al*., 2018).

3.6. Análise Dos Dados

Para o processo de análise dos artigos elegíveis representado no fluxograma da Figura 1, foi elaborado conforme as diretrizes metodológicas do Instituto Joanna Briggs (JBI) e seguindo o checklist adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (ANEXO B).

Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre contexto e método de estudo, ano e país da publicação, autoria, periódico/instituição, título e objetivo do estudo.

Posteriormente foi feita a análise do conteúdo, incluindo os dados relevantes e categorizados conforme a classificação do JBI (2014) com o nível de evidência e o grau de recomendação.

3.7. Síntese e Apresentação Dos Dados

As informações extraídas foram organizadas em uma planilha eletrônica, utilizando o Microsoft Office Excel® 365, sendo realizada uma síntese descritiva dos resultados encontrados, buscando proporcionar uma melhor visualização e compreensão dos dados obtidos. O fluxograma constitui uma síntese visual de todas as etapas do processo de identificação e seleção dos estudos, abrangendo desde o número total de registros recuperados nas bases de dados com base na estratégia de busca até as etapas de triagem, elegibilidade e inclusão. Dessa forma, apresenta de maneira clara e transparente o percurso realizado até a definição da amostra final desta revisão (JBI, 2015). Após isso, os dados analisados foram apresentados em forma de tabelas e figura, de maneira que se alinharam com o objetivo desta revisão de escopo.

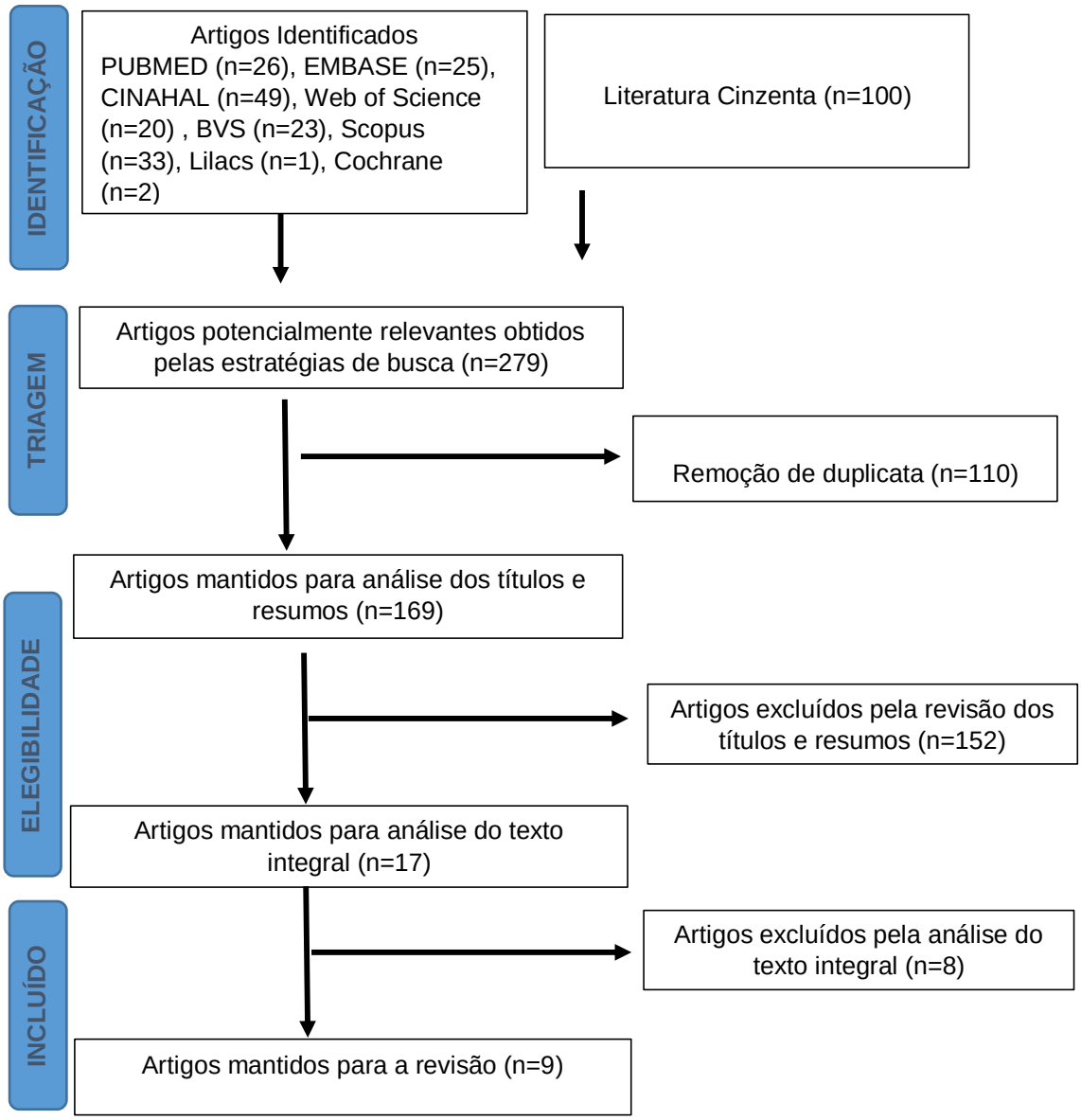
3.8. Divulgação dos Resultados

Após a produção da revisão de escopo, os resultados serão divulgados por meio de publicação em periódicos científicos, tornando-se disponíveis ao domínio público. Além disso, os achados serão compartilhados com a universidade e com a comunidade acadêmica envolvida, garantindo o acesso ao conhecimento produzido e favorecendo sua utilização em pesquisas, ensino e práticas profissionais.

4. RESULTADOS

Foram identificados, a partir das estratégias de busca, 279 estudos: 179 registros nas bases de dados eletrônicas (PUBMED n=26; EMBASE n=25; CINAHL n=49; Web of Science n=20; BVS n=23; Scopus n=33; LILACS n=1; Cochrane n=2) e 100 registros provenientes da literatura cinzenta. Após a remoção de 110 duplicatas, permaneceram 169 estudos para leitura de títulos e resumos, conforme ilustrado no fluxograma da Figura 1.

Figura 01 – Fluxograma PRISMA: identificação, triagem e inclusão de estudos



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Nessa etapa de triagem, 152 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão (foco em outras profissões, ausência do termo *Buurtzorg* ou de profissionais de enfermagem, modelo adaptado sem descrição de resultados, entre outros), resultando em 17 estudos selecionados para leitura na íntegra. Após a avaliação do texto completo, oito artigos foram excluídos por não responderem ao objetivo desta revisão, utilizarem adaptações do modelo sem descrição de desfechos ou apresentarem apenas descrição institucional, compondo-se, assim, uma amostra final de nove estudos, incluídos na síntese qualitativa desta revisão de escopo.

Predominantemente, os estudos foram desenvolvidos em países europeus, com destaque para a Holanda (n=3), seguida de Reino Unido (n=2), Finlândia (n=1), Dinamarca (n=1), além de um estudo de escopo com abrangência internacional (n=1) e um protocolo brasileiro (n=1).

Todos os artigos foram publicados em língua inglesa. Quanto ao ano de publicação, observou-se distribuição entre 2013 (n=1), 2015 (n=2), 2018 (n=1), 2019 (n=1), 2020 (n=1), 2022 (n=2) e 2024 (n=1)**.** Em relação ao delineamento metodológico, predominam estudos qualitativos, observacionais e descritivos (n=7), um estudo de revisão de escopo sobre modelos derivados do Buurtzorg (n=1) e um protocolo de revisão de escopo (n=1).

Para fins de organização e apresentação dos resultados, cada estudo incluído foi identificado por um código alfanumérico, que corresponde a “E” (estudo) e números variando de um a nove. A partir dos resultados advindos dos estudos analisados, optou-se por extrair e tabular os dados referentes a título, ano de publicação, país, delineamento do estudo, população, cenário e principais resultados, sintetizados na Tabela 4**.** Esses elementos subsidiaram a construção da síntese narrativa a seguir, voltada a descrever os resultados em saúde decorrentes do modelo Buurtzorg, seja em sua forma original, seja em experiências internacionais de implementação e adaptação.

Tabela 4 : Caracterização dos estudos selecionados publicados.

Código	Ano	Autores	Periódico / Fonte	Objetivo do Estudo	Método / Desenho	País	Nível de Evidência
E1	2013	Monsen & de Blok	*Creative Nursing*	Descrever o modelo Buurtzorg, seus princípios organizacionais e seus resultados em pacientes e enfermeiros.	Relato de caso descritivo baseado em dados organizacionais e prática real.	Holanda	4B
E2	2015	Kreitzer *et al*.	Capítulo/Relatório – *Buurtzorg: A Global Model of Social Innovation*	Apresentar o Buurtzorg como modelo inovador de cuidado e analisar seus impactos clínicos, organizacionais e sociais.	Estudo de caso descritivo com análise documental e dados institucionais.	Holanda	4B
E3	2015	Alders	*International Journal of Care Coordination*	Discutir como equipes autogeridas podem melhorar o cuidado de idosos frágeis e integrar melhor os serviços.	Artigo de opinião fundamentado e análise conceitual.	Holanda	5C
E4	2018	Drennan *et al*.	*BMJ Open*	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e impacto da implementação de um modelo Buurtzorg-adaptado na enfermagem distrital do Reino Unido.	Estudo de caso com métodos mistos (entrevistas, observação, análise de dados de serviço).	Reino Unido	4B
E5	2019	Lalani *et al*.	*BMC Health Services Research*	Investigar a implementação de um modelo de enfermagem comunitária baseado nos princípios Buurtzorg e seus	Estudo qualitativo participativo (Researcher-in-Residence).	Reino Unido	4B

				efeitos percebidos por pacientes, equipe e gestores.			
E6	2020	Jantunen *et al*.	*Creative Nursing*	Explorar experiências, desafios e oportunidades relacionadas à implementação de equipes auto-organizadas inspiradas no Buurtzorg na atenção domiciliar para idosos na Finlândia.	Estudo qualitativo (entrevistas e grupos focais).	Finlândia	4B
E7	2022	Hegedüs *et al*.	*International Journal of Nursing Studies Advances*	Mapear evidências internacionais sobre a implementação de modelos Buurtzorg-derived e seus efeitos em pacientes, equipes e sistemas.	Revisão de escopo (scoping review)	Internacional	1A
E8	2022	Andrade *et al*.	*JBI Evidence Synthesis*	Apresentar o protocolo metodológico para uma revisão de escopo sobre a implementação do modelo Buurtzorg para idosos.	Protocolo de revisão de escopo	Brasil	N/E
E9	2024	Olivares-Bøgeskov & Segoli	*Nordic Journal of Nursing Research*	Analisar experiências, desafios e resultados percebidos na implementação de equipes interdisciplinares inspiradas no modelo Buurtzorg em municípios dinamarqueses.	Estudo qualitativo descritivo (entrevistas, observação e análise documental).	Dinamarca	4B

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Os estudos incluídos apresentaram diferentes experiências de implementação do modelo *Buurtzorg* e de suas adaptações internacionais. Nos Países Baixos, os estudos E1, E2 e E3 descrevem o funcionamento original do modelo, destacando o papel central das equipes de enfermagem autogeridas, a construção de vínculo longitudinal com o paciente e o foco no fortalecimento da autonomia e do autocuidado em contexto domiciliar. No Reino Unido, os estudos E4 e E5 analisaram pilotos baseados no *Buurtzorg* em serviços comunitários e distritais, aplicados em um sistema público fortemente hierarquizado, o que evidenciou tanto potencialidades quanto tensões institucionais. Na Finlândia (E6) e na Dinamarca (E9), o modelo foi adaptado para equipes auto-organizadas e interdisciplinares, respectivamente, ambas voltadas ao cuidado de pessoas idosas com múltiplas condições crônicas.

A revisão de escopo E7 sintetizou experiências internacionais e reuniu evidências de diferentes contextos, enquanto E8, por se tratar de um protocolo JBI, não apresentou resultados empíricos, mas destacou lacunas de conhecimento e justificou a necessidade de novas revisões.

Quanto ao nível de evidência, E7 foi classificado como nível 1 e grau de recomendação A. Os estudos qualitativos e observacionais (E1, E2, E4, E5, E6, E9) corresponderam ao nível 4, grau B, e E3, como artigo opinativo, ao nível 5, grau C.

Os resultados em saúde identificados nos estudos incluídos foram organizados segundo as dimensões de impacto para pacientes, profissionais e organização, conforme apresentado na tabela 5.

Tabela 5: Principais resultados em saúde em suas respectivas dimensões.

Dimensão dos resultados	Categoria de resultado	Descrição dos achados	Estudos
Resultados para o paciente	Continuidade do cuidado	Acompanhamento longitudinal por equipes pequenas e estáveis, com maior proximidade entre enfermeiro e paciente, redução da fragmentação assistencial e identificação precoce de alterações clínicas, especialmente em idosos com múltiplas condições crônicas.	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E9
	Autonomia e autocuidado	Estímulo à participação ativa do paciente no plano de cuidado, fortalecimento do autogerenciamento das condições crônicas, envolvimento da família e mobilização de redes comunitárias, com redução da dependência de serviços formais.	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9
	Satisfação do paciente e da família	Percepção do cuidado como mais humano, integral e centrado na pessoa, com fortalecimento do vínculo, maior tempo de permanência do enfermeiro nas visitas domiciliares e aumento da sensação de segurança e confiança no cuidado recebido.	E1, E2, E4, E5, E7
	Redução de internações / Manejo de condições crônicas	Relatos de melhor acompanhamento clínico de pacientes com doenças crônicas, prevenção de agravamentos, redução de hospitalizações e uso mais racional das horas de cuidado, especialmente no modelo original holandês.	E1, E2, E4, E7
Resultados para os profissionais	Autonomia profissional	Ampliação da autonomia clínica e decisória do enfermeiro, com maior responsabilidade sobre o planejamento, execução e avaliação do cuidado, fortalecendo o protagonismo profissional.	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E9
	Autogestão e redução da burocracia	Organização do trabalho baseada em equipes autogeridas, com diminuição de níveis hierárquicos intermediários, maior flexibilidade na organização do tempo e redução de processos burocráticos.	E1, E2, E4, E6, E7
	Satisfação profissional e engajamento	Maior satisfação no trabalho, percepção de alinhamento entre valores profissionais e prática assistencial, fortalecimento do engajamento e do senso de pertencimento às equipes.	E1, E2, E4, E5, E6, E7
Resultados organizacionais	Eficiência e racionalização de recursos	Indícios de maior eficiência na utilização de recursos, melhor distribuição das horas de cuidado e potencial redução de custos operacionais, ainda que baseados majoritariamente em evidências descritivas.	E1, E2, E7

	Comunicação e integração da equipe	Melhoria da comunicação entre profissionais, maior integração do cuidado e fortalecimento do trabalho colaborativo, favorecendo a coordenação entre serviços e redes de apoio.	E1, E2, E4, E5, E7
	Mudanças na estrutura hierárquica	Redução de estruturas hierárquicas tradicionais, com redistribuição de poder decisório para as equipes de enfermagem e fortalecimento de modelos horizontais de gestão.	E1, E2, E4, E7
	Barreiras e facilitadores da implementação	Identificação de facilitadores como apoio institucional e cultura de autonomia, e barreiras como resistência organizacional, rigidez normativa e dificuldades de adaptação em sistemas hierarquizados.	E4, E5, E6, E9

A continuidade do cuidado foi o resultado mais recorrente entre os estudos. Evidências da Holanda (E1, E2), Finlândia (E6), Reino Unido (E4, E5) e Dinamarca (E9), além da síntese internacional de E7, demonstraram que equipes pequenas e autogeridas favorecem acompanhamento mais próximo, reduzem a rotatividade de profissionais, melhoram a comunicação entre serviços e aumentam a capacidade de identificar precocemente mudanças clínicas. Esse arranjo mostrou-se especialmente relevante no manejo de idosos com múltiplas condições crônicas.

A satisfação de pacientes e cuidadores também apareceu de forma consistente. Nos estudos E1, E2, E4, E5 e E7, usuários relataram perceber o cuidado como mais humano, integrado e centrado na pessoa, destacando o maior tempo de permanência do enfermeiro nas visitas, a possibilidade de estabelecer vínculo com a mesma equipe e a sensação de segurança e confiança no cuidado recebido. Em E4 e E5, pacientes compararam positivamente o modelo adaptado ao serviço distrital tradicional, reforçando benefícios relacionados à continuidade e ao suporte abrangente.

A promoção da autonomia e do autocuidado emergiu como um resultado transversal. Estudo holandeses (E1, E2, E3) e suas adaptações internacionais (E4, E5, E6, E7, E9) evidenciam que o *Buurtzorg* estimula o paciente a participar ativamente de seu processo de cuidado, envolvendo a família e mobilizando recursos comunitários. Esse enfoque favoreceu maior sensação de controle e, em alguns casos, redução da dependência de serviços formais.

Apesar da escassez de dados quantitativos robustos, alguns estudos relataram efeitos clínicos importantes. E1 e E2 apontaram redução de hospitalizações e uso mais racional das horas de cuidado na Holanda. E7 indicou melhora no manejo de condições crônicas e prevenção de internações em diferentes países, embora ressalte a necessidade de mais estudos comparativos. Em E4, autores descrevem suporte ampliado a pacientes com múltiplas doenças crônicas, mas ainda sem possibilidade de avaliar custo-efetividade na fase inicial de implementação.

No que diz respeito aos profissionais, os estudos E1, E2, E4, E5, E6, E7 e E9 relataram aumento da autonomia, maior satisfação e percepção de ambiente de trabalho mais coerente com valores da enfermagem. A autogestão reduziu burocracias, ampliou a tomada de decisão clínica e fortaleceu o senso de responsabilidade sobre o cuidado. Estudos E2 e E3 destacam que esse arranjo contribui para menor rotatividade e maior estabilidade das equipes na Holanda.

No âmbito organizacional, o modelo se tem como achado uma estrutura administrativa enxuta e uso intensivo de tecnologia da informação (E1, E2, E7). Ao mesmo tempo, E4, E5 e

E9 mostram que, em sistemas hierarquizados, a adoção de equipes autogeridas exige revisão de normas, redefinição de papéis e mudanças culturais para sustentar o modelo. Apesar desses desafios, os resultados descritos sugerem melhorias na coordenação, eficiência e integração do cuidado nos contextos em que foi implementado.

5. DISCUSSÃO

Os achados desta revisão de escopo indicam que o modelo *Buurtzorg*, tanto em sua conformação original na Holanda quanto em adaptações realizadas em outros países, tende a produzir efeitos positivos relevantes na continuidade do cuidado, na experiência dos pacientes e familiares e na autonomia dos profissionais de enfermagem. Tais resultados corroboram a literatura fundacional sobre o modelo, que o descreve como uma inovação organizacional centrada na autogestão das equipes, na integralidade do cuidado e na construção de vínculos duradouros entre enfermeiros, pacientes e comunidade (Monsen; De Blok, 2013; Kreitzer *et al*., 2015).

No campo da saúde, o conceito de resultados em saúde refere-se aos efeitos produzidos pelas intervenções, práticas profissionais e modelos de atenção sobre o estado de saúde, o bem-estar e a experiência de cuidado dos indivíduos, famílias e populações. Esses resultados extrapolam indicadores estritamente biomédicos e incluem dimensões como continuidade do cuidado, autonomia e autocuidado, satisfação do usuário, manejo de condições crônicas, segurança do paciente e eficiência dos serviços de saúde (Donabedian, 2005; World Health Organization, 2016). A análise de resultados em saúde é central para a avaliação de modelos assistenciais, pois permite compreender não apenas o que é feito, mas o impacto real do cuidado na vida das pessoas e na organização dos sistemas de saúde.

Nesse sentido, os achados desta revisão indicam que o modelo *Buurtzorg* contribui para resultados em saúde positivos ao reorganizar o cuidado domiciliar a partir de equipes de enfermagem autogeridas, com forte vínculo longitudinal com o paciente e foco no fortalecimento do autocuidado. Resultados como maior continuidade da assistência, satisfação de pacientes e familiares, redução de internações evitáveis e melhor manejo de condições crônicas refletem a capacidade do modelo de responder de forma integrada às necessidades de saúde, especialmente de populações idosas e pessoas com múltiplas condições crônicas (Monsen; De Blok, 2013; Kreitzer *et al*., 2015; Hegedüs *et al*., 2022).

A literatura aponta que esses resultados decorrem menos de tecnologias duras ou protocolos isolados e mais da reconfiguração do processo de trabalho da enfermagem, que passa a assumir papel central na coordenação do cuidado, na educação em saúde e no acompanhamento contínuo do paciente no território. Essa lógica se aproxima de abordagens contemporâneas de cuidado centrado na pessoa e de modelos de atenção às condições crônicas, nos quais o empoderamento do usuário e o apoio ao autogerenciamento são reconhecidos como determinantes para melhores desfechos em saúde (Mendes, 2012; World Health Organization, 2016).

No contexto brasileiro, a discussão sobre resultados em saúde assume relevância particular diante dos desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como fragmentação da assistência, alta rotatividade de profissionais, sobrecarga dos serviços e dificuldades na coordenação do cuidado, especialmente na Atenção Primária à Saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) compartilha princípios estruturantes com o modelo Buurtzorg, como territorialização, vínculo, cuidado integral e longitudinalidade, o que sugere potencial convergência conceitual entre os modelos (Brasil, 2017; Mendes, 2012).

Entretanto, diferentemente do *Buurtzorg*, a prática da enfermagem no Brasil ainda enfrenta limitações relacionadas à autonomia profissional, à rigidez organizacional e à centralização de decisões, fatores que podem comprometer a produção de resultados em saúde mais efetivos. A literatura nacional aponta que a ampliação da autonomia do enfermeiro, aliada ao uso qualificado do Processo de Enfermagem e à valorização do cuidado relacional, pode contribuir para melhorias na qualidade da assistência, na satisfação do usuário e na resolutividade do cuidado na Atenção Primária (Spazapan *et al*., 2022; Andrade *et al*., 2022).

Dessa forma, embora o modelo *Buurtzorg* não possa ser transferido de forma acrítica para o contexto brasileiro, seus princípios oferecem importantes aprendizados para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. Investir em estratégias que fortaleçam equipes de enfermagem, promovam maior autonomia profissional, reduzam a burocratização excessiva e incentivem o cuidado centrado na pessoa tem potencial para favorecer resultados em saúde mais consistentes, especialmente no cuidado domiciliar e no manejo de condições crônicas (Kreitzer *et al*., 2015; Monsen; De Blok, 2013; Alders, 2015). Nesse sentido, experiências-piloto, estudos de implementação e pesquisas avaliativas que considerem desfechos clínicos, organizacionais e econômicos são recomendados como caminhos para explorar a viabilidade e a adaptação de modelos inspirados no *Buurtzorg* à realidade brasileira, respeitando as especificidades do SUS e de seus arranjos institucionais (Drennan *et al*., 2018; Hegedüs *et al*., 2022; World Health Organization, 2016).

No cenário internacional, a disseminação do *Buurtzorg* tem sido compreendida como uma resposta às fragilidades históricas dos sistemas de atenção domiciliar, frequentemente marcados por fragmentação assistencial, excesso de burocracia e baixa autonomia profissional (Jantunen; Kvist; Turunen, 2020; Hegedüs et al., 2022). Na Holanda, onde o modelo foi inicialmente desenvolvido, o *Buurtzorg* surgiu como alternativa às estruturas tradicionais de home care, caracterizadas por supervisão intensiva, divisão rígida de tarefas e escassas oportunidades de tomada de decisão pelos enfermeiros (Kreitzer *et al*., 2015; Alders, 2015). Ao atribuir às equipes autogeridas o planejamento, a gestão do tempo e as decisões clínicas, o

modelo rompe com arranjos hierárquicos convencionais e aproxima-se de práticas colaborativas centradas na pessoa, potencializando a efetividade e a responsividade do cuidado.

Os estudos de implementação realizados fora da Holanda reforçam esses achados. Evidências produzidas no Reino Unido e na Dinamarca apontam que a aplicação dos princípios do *Buurtzorg* em sistemas públicos complexos favorece melhorias percebidas na experiência do usuário, na integração do cuidado e na capacidade de resposta das equipes (Drennan *et al*., 2018; Lalani *et al*., 2019; Olivares-Bøgeskov; Segoli, 2024). Esses resultados sugerem que os benefícios observados não dependem exclusivamente do contexto holandês, mas sim de elementos estruturantes do modelo, como o vínculo longitudinal, a abordagem holística e a eliminação de múltiplos níveis gerenciais intermediários.

Apesar dos resultados positivos, a literatura analisada evidencia desafios importantes para a incorporação do modelo em sistemas de saúde distintos. No Reino Unido, a rígida hierarquia institucional do National Health Service mostrou-se um obstáculo para a plena operacionalização da autogestão, exigindo adaptações no fluxo de trabalho e na autonomia decisória (Drennan *et al*., 2018; Lalani *et al*., 2019). Na Dinamarca, embora as equipes interdisciplinares tenham relatado maior flexibilidade e integração, foram identificadas dificuldades relacionadas à clareza dos papéis profissionais, resistência organizacional e limitações estruturais para o exercício da autonomia (Olivares-Bøgeskov; Segoli, 2024).

Esses desafios se aproximam da análise de Johansen e van den Bosch (2017), segundo os quais o *Buurtzorg* deve ser compreendido como um "experimento de transição", sensível ao contexto institucional, político e cultural no qual é implementado. Assim, embora apresente princípios organizacionais claramente definidos como autogestão, foco no paciente e cuidado integrado, sua transferibilidade demanda alinhamentos cuidadosos entre cultura profissional, políticas públicas e mecanismos de governança.

Outro aspecto observado refere-se à predominância de estudos qualitativos e relatos de experiência entre as fontes incluídas. Embora esses métodos forneçam compreensão aprofundada da experiência de profissionais e usuários, ainda são escassas as pesquisas comparativas que avaliem desfechos clínicos quantitativos, indicadores objetivos de saúde e análises de custo-efetividade. Embora estudos apontem redução do uso de horas de cuidado, diminuição de hospitalizações e maior eficiência organizacional (Kreitzer *et al*., 2015; Monsen; De Blok, 2013), tais evidências permanecem majoritariamente descritivas e dependentes de dados institucionais não padronizados. A revisão de escopo de Hegedüs et al. (2022) reforça essa lacuna, destacando que o interesse global pelo modelo não tem sido acompanhado por investigações robustas capazes de demonstrar empiricamente seus resultados clínicos.

Como toda revisão, esta também está sujeita à possibilidade de omissão de estudos relevantes. Embora múltiplas bases de dados e estratégias de busca sensíveis tenham sido utilizadas, pode haver publicações não indexadas ou de difícil localização que não foram capturadas. Ainda assim, acredita-se que os achados sintetizados forneçam uma visão abrangente e atualizada sobre os efeitos do *Buurtzorg* e seus derivados, contribuindo para a ampliação do debate sobre novos modelos de cuidado liderados pela enfermagem.

Em síntese, os resultados apontam que o *Buurtzorg* constitui um paradigma inovador capaz de aprimorar a continuidade do cuidado, fortalecer a autonomia profissional e qualificar a experiência do paciente. Contudo, sua adoção sustentável requer adaptações estruturais, culturais e regulatórias nos sistemas de saúde, além de pesquisas futuras que aprofundem seus impactos clínicos, econômicos e organizacionais.

6. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

As lacunas identificadas nesta revisão destacam a necessidade de ampliar a produção científica sobre o modelo *Buurtzorg*, especialmente em relação a estudos que avaliem desfechos clínicos objetivos, indicadores econômicos e comparações entre diferentes modelos de atenção domiciliar. Os estudos incluídos concentram-se majoritariamente em abordagens qualitativas e relatos de implementação, o que limita a compreensão sobre a magnitude dos efeitos do modelo em termos de segurança, eficácia, redução de hospitalizações e custo-efetividade.

Também é necessário considerar limitações relacionadas à distribuição geográfica das evidências. A maior parte dos estudos analisados é oriunda da Europa Ocidental, especialmente da Holanda e do Reino Unido, o que restringe a generalização dos achados para sistemas de saúde com dinâmicas distintas, como os latino-americanos. Ademais, por se tratar de uma revisão de escopo, não foi realizada avaliação da qualidade metodológica das fontes incluídas, conforme as diretrizes JBI, impossibilitando o julgamento da força das evidências ou a elaboração de recomendações diretas para a prática profissional

7. CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo teve como objetivos mapear os resultados em saúde associados à atuação do enfermeiro no modelo *Buurtzorg* e descrever os resultados em saúde de usuários reportados em serviços que adotam esse modelo. A análise das evidências disponíveis permitiu identificar que os resultados em saúde decorrentes da implementação do Buurtzorg estão distribuídos em três dimensões principais: resultados para os pacientes, para os profissionais de enfermagem e para a organização dos serviços de saúde.

De modo geral, os estudos evidenciaram resultados positivos distribuídos em três dimensões: para os pacientes, destacaram-se a continuidade do cuidado, o fortalecimento do autocuidado, a satisfação e a redução de internações; para os profissionais, a ampliação da autonomia, a autogestão e a maior satisfação no trabalho; e, no âmbito organizacional, a melhoria da eficiência, da comunicação e da integração das equipes, condicionadas ao contexto institucional de implementação.

Dessa forma, conclui-se que o modelo *Buurtzorg* apresenta um conjunto diversificado de resultados em saúde, descritos na literatura internacional, que refletem seu potencial como estratégia de organização do cuidado domiciliar liderada pela enfermagem. Ao mapear esses resultados de forma sistematizada, este estudo contribui para a consolidação do conhecimento sobre os efeitos do Buurtzorg nas diferentes dimensões do cuidado, ampliando a compreensão sobre como a atuação do enfermeiro influencia resultados em saúde para usuários, profissionais e organizações.

Como contribuição adicional, esta revisão oferece um panorama integrado dos resultados em saúde associados ao modelo *Buurtzorg*, organizado por dimensões, o que pode apoiar pesquisadores, gestores e profissionais de enfermagem interessados em compreender os impactos desse modelo e em refletir sobre sua aplicabilidade em diferentes contextos assistenciais, incluindo sistemas de saúde com características semelhantes ao brasileiro.

No que se refere às perspectivas futuras, os achados evidenciam a necessidade de pesquisas que aprofundem a avaliação dos resultados em saúde associados ao *Buurtzorg*, especialmente por meio de estudos comparativos, pesquisas de implementação e análises que incorporem desfechos clínicos, organizacionais e econômicos mensuráveis. Investigações conduzidas em contextos não europeus, como países da América Latina, também são relevantes para ampliar a compreensão sobre a transferibilidade e a adaptação do modelo a diferentes realidades de saúde.

REFERÊNCIAS

ALDERS, P. **Equipes de autogestão de cuidados para melhorar o atendimento comunitário a idosos frágeis na Holanda**. *International Journal of Care Coordination*, v. 18, n. 2–3, p. 57–61, 2015. DOI: 10.1177/2053434515614429.

ANDRADE, I. C. S. *et al*. **Implementation of an innovative model of community nursing for older adults based on Buurtzorg principles: a scoping review protocol**. *JBI Evidence Synthesis*, v. 20, n. 11, p. 2565–2571, 2022.

BØGESKOV, B. O.; SEGOLI, G. **Implementing interdisciplinary Buurtzorg-derived teams in Danish municipalities: qualitative descriptive study**. *Nordic Journal of Nursing Research*, 2024. DOI: 10.1177/20571585241306175.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todos os ambientes de cuidado em que ocorre a atuação profissional do enfermeiro. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BUURTZORG. **Welcome to Buurtzorg**. Disponível em: https://www.buurtzorg.com. Acesso em: 10 dez. 2025.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005.

DRENNAN, V. M. *et al*. **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*, v. 8, n. 6, e021931, 2018.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 151–163, 2012. DOI: 10.18569/tempus.v6i2.1120.

HEGEDÜS, A.; SCHÜRCH, A.; BISCHOFBERGER, I. **Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a scoping review**. *International Journal of Nursing Studies Advances*, v. 4, p. 100061, 2022.

JANTUNEN, T.; KVIST, T.; TURUNEN, H. **Self-organizing teams in elderly care: experiences and opportunities**. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2020.

JOHANSEN, F.; VAN DEN BOSCH, S. **The scaling-up of neighbourhood care: from experiment towards a transformative movement in healthcare**. *Futures*, v. 89, p. 60–73, 2017. DOI: 10.1016/j.futures.2017.04.004.

KREITZER, M. J. *et al*. **Buurtzorg Nederland: a global model for social innovation, system change, and whole-systems healing**. *Global Advances in Health and Medicine*, v. 4, n. 1, p. 40–44, 2015.

LALANI, M. *et al*. **Transforming community nursing services in the UK: lessons from a participatory evaluation of a new community nursing model based on the Buurtzorg principles**. *BMC Health Services Research*, v. 19, p. 945, 2019.

LOTFI, M. *et al*. **The implementation of the nursing process in lower-income countries: an integrative review**. *Nursing Open*, v. 6, n. 1, p. 42–57, 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012.

MONSEN, K. A.; DE BLOK, J. **Buurtzorg: nurse-led community care**. *Creative Nursing*, v. 19, n. 3, p. 122–127, 2013.

OLIVARES-BØGESKOV, B.; SEGOLI, G. **Implementing interdisciplinary Buurtzorg-derived teams in Danish municipalities**. *Nordic Journal of Nursing Research*, 2024.

PETERS, M. D. J. *et al*. **Chapter 11: Scoping reviews**. In: JBI. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Adelaide: JBI, 2020.

SPAZAPAN, M. P. *et al*. **Nursing process in primary care: perception of nurses**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 6, e20210098, 2022.

TRICCO, A. C. *et al*. **PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation**. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018.

TURNER, A. *et al*. **An evidence synthesis of the international knowledge base for new care models to inform and mobilise knowledge for multispecialty community providers (MCPs)**. *Systematic Reviews*, v. 5, p. 1–7, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework on integrated, people-centred health services**. Geneva: World Health Organization, 2016.

ANEXO A

Extensão para lista de verificação de revisões de escopo (PRISMA-ScR)

SEÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	RELATO NA PÁGINA
TÍTULO			
Título	1	Identifique o relatório como uma revisão de escopo.	1
RESUMO			
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado que inclua (conforme aplicável): contexto, objetivos, critérios de elegibilidade, fontes de evidência, métodos de elaboração de gráficos, resultados e conclusões relacionados às questões e objetivos da revisão.	3
INTRODUÇÃO			
Justificativa	3	Descreva a justificativa para a revisão no contexto do que já se sabe. Explique por que as perguntas/objetivos da revisão se prestam a uma abordagem de revisão de escopo.	6-7
Objetivos	4	Forneça uma declaração explícita das perguntas e objetivos que estão sendo abordados, com referência aos seus elementos-chave (por exemplo, população ou participantes, conceitos e contexto) ou outros elementos-chave relevantes usados para conceituar as perguntas e/ou objetivos da revisão.	8
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão; informe se e onde ele pode ser acessado (por exemplo, um endereço da Web); e, se disponível, forneça informações de registro, incluindo o número de registro.	9
Critérios de elegibilidade	6	Especifique as características das fontes de evidência utilizadas como critérios de elegibilidade (por exemplo, anos considerados, idioma e status de publicação) e forneça uma justificativa.	10
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (por exemplo, bases de dados com datas de cobertura e contato com os autores para identificar fontes adicionais), bem como a data em que a busca mais recente foi executada.	10-12
Estratégia de busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo quaisquer limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	10-11

Seleção de fonts de evidências	9	Descreva o processo de seleção das fontes de evidência (ou seja, triagem e elegibilidade) incluídas na revisão de escopo.	12
Processo de mapeamento de dados	10	Descreva os métodos de extração de dados das fontes de evidência incluídas (por exemplo, formulários calibrados ou formulários que foram testados pela equipe antes de seu uso e se a extração de dados foi feita de forma independente ou em duplicata) e quaisquer processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.	12-13
Itens de Dados	11	Liste e defina todas as variáveis para as quais foram coletados dados, bem como quaisquer suposições e simplificações feitas.	12
Avaliação crítica de fontes individuais de evidências	12	Se houver, forneça uma justificativa para a realização de uma avaliação crítica das fontes de evidência incluídas; descreva os métodos utilizados e como essas informações foram usadas em qualquer síntese de dados (se aplicável).	NA
Síntese de resultados	13	Descreva os métodos de tratamento e resumo dos dados que foram representados graficamente.	12-13
RESULTS			
Seleção de fontes de evidências	14	Indique o número de fontes de evidência analisadas, avaliadas quanto à elegibilidade e incluídas na revisão, com as razões para as exclusões em cada etapa, idealmente utilizando um fluxograma.	14-15
Características das fontes de evidências	15	Para cada fonte de evidência, apresente as características para as quais os dados foram mapeados e forneça as citações.	16-18
Avaliação crítica dentro das fontes de evidêcnias	16	Se houver, apresente os dados sobre a avaliação crítica das fontes de evidência incluídas (ver item 12).	NA
Resultados de fontes indivduais de evidências	17	Para cada fonte de evidência incluída, apresente os dados relevantes que foram mapeados e que se relacionam com as questões e objetivos da revisão.	16-20
Síntese de resultados	18	Resuma e/ou apresente os resultados do mapeamento em relação às questões e objetivos da revisão.	18-20
DISCUSSÃO			
Resumo das evidências	19	Resuma os principais resultados (incluindo uma visão geral dos conceitos, temas e tipos de evidências disponíveis), relacione-os às perguntas e objetivos da revisão e considere a relevância para os principais grupos.	21-23
Limitações	20	Discuta as limitações do processo de revisão de escopo.	22-23

Conclusões	21	Forneça uma interpretação geral dos resultados em relação às perguntas e objetivos da revisão, bem como as possíveis implicações e/ou próximos passos.	25
FINANCIAMENTO			
Financiamento	22	Descreva as fontes de financiamento para as evidências incluídas, bem como as fontes de financiamento para a revisão de escopo. Descreva o papel dos financiadores da revisão de escopo.	NA

ANEXO B

Ferramenta de extração de dados

Detalhes da revisão do escopo:	
Título da revisão de escopo:	RESULTADOS EM SAÚDE DECORRENTES DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MODELO BUURTZORG
Objetivo(s) da revisão:	Descrever os resultados em saúde decorrentes do modelo buurtzorg.
Revise as perguntas:	Quais são os resultados em saúde associados à atuação do enfermeiro no modelo Buurtzorg?
Critérios de inclusão	- Publicações que possuam em seu título e/ou resumo o termo buurtzorg e profissionais de enfermagem; - Publicações que descrevem resultados relativos ao processo de implementação, ou resultados a nível do paciente e da organização, ou impacto no sistema de saúde; - Publicações com foco em enfermagem ou equipes interdisciplinares com enfermeiros. - Publicações disponíveis para consulta na íntegra, com abordagens metodológicas compreendidas entre: qualitativas, quantitativas, mistas, revisões, reflexões, editoriais, diretrizes, manuais e políticas sem recorte temporal ou geográfico.
População	Enfermeiros
Conceito	Resultados em saúde associados à atuação profissional
Contexto	O modelo Buurtzorg
Tipos de fonte de evidência	Estudos qualitativos, quantitativos, mistos, relatos de experiência, revisões, editoriais e documentos institucionais.
Detalhes e características da fonte de evidências (artigos)	
C**itação** (título, autor/es, ano de publicação, revista, volume, número, páginas, DOI)	
País do estudo	
Contexto	
Participantes (equipe, pacientes e tamanho da amostra)	
Resultados extraídos da fonte de evidência (em relação ao conceito da revisão de escopo)	
Resultados para paciente: - Continuidade do cuidado; - Autonomia e autocuidado; - Satisfação do paciente e da família; - Redução de Internações/ Manejo de condições crônicas.	

Resultados para os profissionais: - Autonomia profissional; - Autogestão e redução da burocracia; - Satisfação profissional e engajamento.	
Resultados organizacionais: - Eficiência e racionalização de recursos; - Comunicação e integração da equipe; - Mudanças na estrutura hierárquica; - Barreiras e facilitadores da implementação.	