



MODELOS DE CUIDADO COLABORATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA DEPRESSÃO E ANSIEDADE: EFETIVIDADE, ADESÃO E DESFECHOS CLÍNICO-FUNCIONAIS

Collaborative Care Models In Primary Care For Depression And Anxiety: Effectiveness, Adherence, And Clinical And Functional Outcomes

RESUMO

Objetivo: analisar os efeitos de modelos de cuidado colaborativo na Atenção Primária à Saúde (APS) para depressão e ansiedade, considerando efetividade, adesão e desfechos clínico-funcionais. Método: revisão integrativa (Whittemore e Knafl), conforme PRISMA, com busca nas bases MEDLINE, LILACS, BDENF, IBICS e Index Psi Periódicos, em português, inglês e espanhol. Resultados: 17 estudos indicaram que intervenções com care manager, cuidado baseado em medidas (PHQ-9/GAD-7), psicoterapia estruturada (presencial, digital ou telefônica), manejo farmacológico, stepped care e consultoria psiquiátrica tendem a reduzir sintomas depressivos e, com menor consistência, ansiosos; a adesão é pouco reportada, mas pode aumentar com seguimento proativo e melhor organização do fluxo assistencial; os efeitos variaram conforme intensidade do acompanhamento e fidelidade de implementação, sendo mais frágeis quando houve perdas elevadas. Conclusão: modelos colaborativos na APS são promissores, porém exigem monitoramento sistemático de adesão e funcionalidade e estratégias de sustentação no longo prazo.

Tainara Pelisão

Graduada em Medicina, Centro Universitário de Varzea Grande (UNIVAG)

Larissa Nunes de Assis Lacerda

Graduanda em Medicina, Universidade de Rio Verde (UNIRV)

Jose Francisco de Sousa

Doutor em Psicologia, Universidade 9 de Julho (UNINOVE)

Rosenildo Souza da Silva

Graduado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Mateus Dreher Favero

Graduado em Medicina, Universidade de Caxias do Sul (UCS)

Arthur Fernando Gomes de Miranda

Graduado em Medicina, Faminas Muriae (UNIFAMINAS)

Jaqueline Gomes Messias Franco

Graduanda em Medicina, ZARNS - Itumbiara- GO

Joseval Evangelista de Jesus Oliveira Filho

Doutor em Ciências da Educação, Universidade Leonardo da Vinci (ULDV)

Reivan Sousa da Silva

Graduado em Farmácia, Faculdade Anhanguera

Kaline Kezia Piragibe Souto

Graduanda em Medicina, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

PALAVRAS-CHAVES: Adesão ao Tratamento; Atenção Primária à Saúde; Depressão; Prestação Integrada de Cuidados de Saúde; Transtornos de Ansiedade.

**ABSTRACT**

Autor correspondente:*Tainara Pelisão***tainara-pelisao@hotmail.com*

Recebido em: [11-02-2026]

Publicado em: [13-02-2026]

Aim: to analyze the effects of collaborative care models in Primary Health Care (PHC) for depression and anxiety, considering effectiveness, adherence, and clinical-functional outcomes. **Methods:** an integrative review (Whittemore & Knafl), reported according to PRISMA, searching MEDLINE, LILACS, BDNF, IBECs and Index Psi Periodicals in Portuguese, English and Spanish. **Results:** 17 studies suggested that interventions combining a care manager, measurement-based care (PHQ-9/GAD-7), structured psychotherapy (in-person, digita

l or telephone-based), medication management, stepped care and psychiatric consultation tend to improve depressive symptoms and, less consistently, anxiety; adherence is often underreported but may increase with proactive follow-up and better care pathways; effects varied with follow-up intensity and implementation fidelity, and were weaker when attrition was high. **Conclusion:** collaborative care in PHC is promising, but requires systematic monitoring of adherence and functioning and long-term sustainability strategies.

KEYWORDS: Anxiety Disorders; Depression; Delivery of Health Care, Integrated; Primary Health Care; Treatment Adherence and Compliance.



INTRODUÇÃO

Depressão e transtornos de ansiedade figuram entre as condições mentais mais prevalentes e incapacitantes, associando-se a sofrimento psíquico, piora da qualidade de vida, redução de produtividade, maior utilização de serviços e impacto clínico relevante quando coexistem com doenças crônicas. Na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada preferencial do sistema, esses quadros são frequentemente identificados em diferentes estágios de gravidade, muitas vezes com apresentação inespecífica e comorbidades clínicas, o que aumenta a complexidade do cuidado. Apesar do potencial da APS para rastreamento, intervenção precoce e seguimento longitudinal, persistem lacunas importantes: subdiagnóstico, atrasos no início do tratamento, baixa continuidade do acompanhamento, barreiras de acesso a psicoterapia e psiquiatria, estigma, fragmentação entre níveis de atenção e limitações de recursos humanos e tempo assistencial (Brenes, 2007).

Nesse cenário, os modelos de cuidado colaborativo têm sido propostos como estratégia organizacional para qualificar o manejo de depressão e ansiedade na APS. Em geral, esses modelos estruturam o cuidado a partir de princípios como trabalho em equipe multiprofissional, gestão de casos, apoio matricial/consultoria especializada, monitoramento sistemático de sintomas, plano terapêutico compartilhado, abordagem escalonada e acompanhamento proativo. Ao integrar competências clínicas, psicossociais e de coordenação do cuidado, espera-se reduzir a fragmentação assistencial, ampliar a adesão ao tratamento e alcançar melhores desfechos tanto em sintomas quanto em funcionalidade e bem-estar (Dos Santos Treichel; Do Carmo; Campos, 2025).

Justifica-se, portanto, sintetizar criticamente as evidências disponíveis, considerando que a efetividade dos modelos colaborativos pode variar conforme componentes implementados, intensidade do seguimento, perfil populacional e contexto organizacional da APS. Além disso, avaliações focadas apenas em redução de sintomas podem subestimar dimensões essenciais do cuidado, como adesão/engajamento, continuidade, resposta funcional e repercussões psicossociais. Uma análise integrada desses aspectos contribui para orientar decisões clínicas e gerenciais, apoiar o planejamento de serviços e subsidiar a implementação de práticas sustentáveis e centradas na pessoa na APS.

Diante do exposto, o objetivo principal deste estudo é analisar os efeitos dos modelos de cuidado colaborativo implementados na Atenção Primária à Saúde para o manejo de



depressão e ansiedade, considerando (i) efetividade clínica, (ii) adesão ao cuidado e aos tratamentos propostos e (iii) desfechos clínico-funcionais.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e retrospectivo (Whittemore; Knafl, 2005), conduzida em conformidade com as recomendações do PRISMA. O estudo foi desenvolvido em cinco etapas: (1) definição do problema e da questão de pesquisa sobre a efetividade, a adesão e os desfechos clínico-funcionais dos modelos de cuidado colaborativo na Atenção Primária para depressão e ansiedade; (2) busca sistematizada de estudos primários na literatura; (3) avaliação crítica dos estudos elegíveis; (4) extração, organização e análise dos dados; e (5) síntese e apresentação dos resultados, permitindo interpretar as evidências disponíveis e identificar lacunas para aprimoramento das práticas na Atenção Primária.

O problema investigado nesta revisão foi delimitado a partir da seguinte questão de pesquisa: quais são os efeitos dos modelos de cuidado colaborativo implementados na Atenção Primária à Saúde para o manejo de depressão e ansiedade, considerando efetividade, adesão ao cuidado e desfechos clínico-funcionais? Para orientar a elegibilidade e a estruturação da busca, adotou-se a estratégia PICOT, definida como: P: pessoas atendidas na Atenção Primária com depressão e/ou transtornos de ansiedade; I: intervenções baseadas em modelos de cuidado colaborativo (com atuação multiprofissional, coordenação do cuidado e acompanhamento sistemático); C: cuidado usual ou outras abordagens não colaborativas, quando aplicável; O: efetividade (redução de sintomas), adesão/engajamento ao tratamento e desfechos clínico-funcionais (funcionalidade, qualidade de vida, retorno às atividades e/ou uso de serviços); T: publicações no período de 2021 a 2026.

Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados estudos publicados entre 2015 e 2020, veiculados em periódicos indexados nas bases *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF – Enfermagem), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Index Psicologia – Periódicos (Index Psi Periódicos), nos idiomas inglês, português e espanhol.

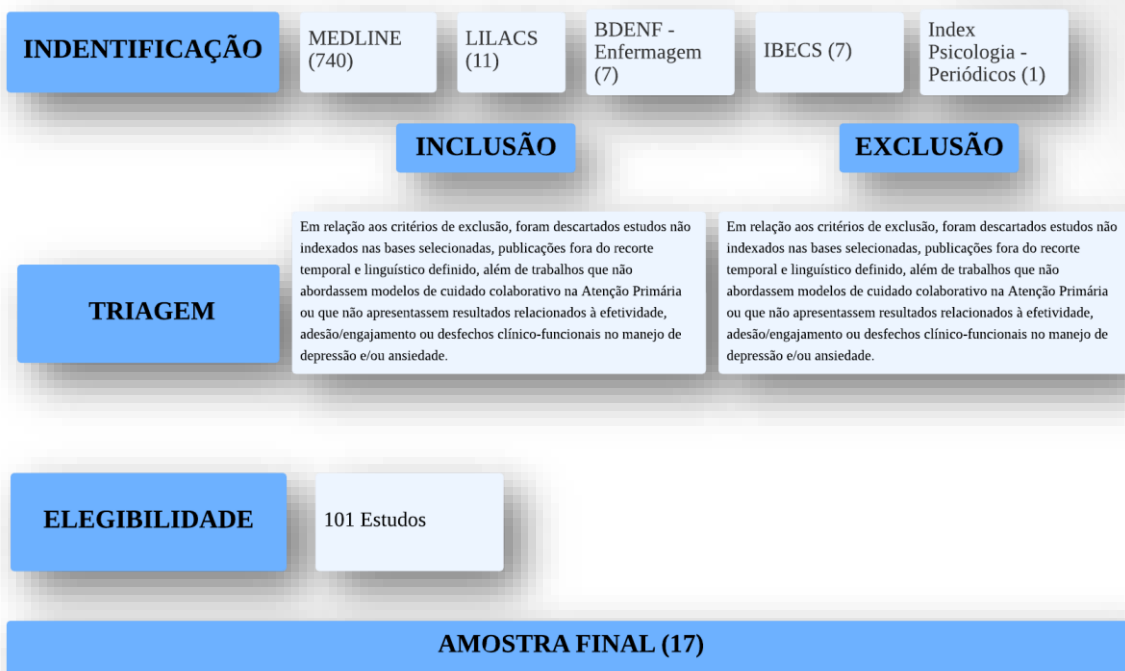


A estratégia de busca contemplou: (MH:"Atenção Primária à Saúde" OR TW:"atenção primária" OR TW:"atenção primaria" OR TW:"primary care" OR TW:"primary health care" OR TW:"primary healthcare") AND (TW:"cuidado colaborativo" OR TW:"collaborative care" OR TW:"collaborative care model\$" OR TW:"integrated care" OR TW:"shared care" OR TW:"stepped care" OR TW:"case management" OR TW:"care management" OR MH:"Prestação Integrada de Cuidados de Saúde" OR MH:"Administração de Caso" OR MH:"Relações Interprofissionais" OR MH:"Equipe de Assistência ao Paciente") AND (MH:"Transtorno Depressivo" OR TW:depress\$ OR TW:"transtorno depressivo" OR MH:"Transtornos de Ansiedade" OR TW:anxiat\$ OR TW:"transtorno\$ de ansiedade") AND (MH:"Adesão ao Tratamento" OR TW:aderenc\$ OR TW:aderenc\$ OR TW:adherence OR MH:"Resultado do Tratamento" OR TW:"treatment outcome\$" OR MH:"Qualidade de Vida" OR TW:"quality of life" OR TW:"desfecho\$ clínico\$" OR TW:"desfecho\$ funcional\$" OR TW:"functional outcome\$")

Em relação aos critérios de exclusão, foram descartados estudos não indexados nas bases selecionadas, publicações fora do recorte temporal e linguístico definido, além de trabalhos que não abordassem modelos de cuidado colaborativo na Atenção Primária ou que não apresentassem resultados relacionados à efetividade, adesão/engajamento ou desfechos clínico-funcionais no manejo de depressão e/ou ansiedade.

Após a busca inicial, foi elaborado um banco de dados para organizar os resultados, registrando-se de forma padronizada: os estudos identificados em cada base, as estratégias/equações aplicadas, os filtros utilizados (período, idioma, tipo de estudo) e o status de cada referência nas etapas de triagem e elegibilidade. Essa sistematização permitiu documentar o percurso da seleção, reduzir duplicidades e garantir transparência na composição final da amostra.

Figura 1- Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

RESULTADOS

Apresente os resultados de forma lógica, utilizando texto, tabelas e ilustrações. Evite repetir todos os dados contidos nas tabelas e ilustrações no texto, focando em destacar as observações mais relevantes. Para facilitar a compreensão, utilize gráficos, tabelas, figuras e fotografias, entre outros recursos visuais. Todos os elementos gráficos, inclusive aqueles criados pelos autores, devem incluir a devida referência à fonte.

Nota: Se os autores considerarem apropriado, é possível combinar as seções de Resultados e Discussão em uma única seção.

Quadro 1 — Estudos incluídos

Autor/A no	País/setting (APS)	Delineamento/a mostra	Modelo colaborativo (componentes)	Comparad or	Efeitos (efetividade; adesão; clínico-funcional)
------------	--------------------	-----------------------	-----------------------------------	-------------	--



(Williams <i>et al.</i> , 2026)	EUA; APS (safety-net). Adultos com depressão e maior risco CV; diversidade socioeconômica.	RCT individual; N=216; intervenção 12 meses + seguimento até 24 meses.	Co-cuidado modernizado: iCBT + CBT por telefone e/ou antidepressivos selecionados, dentro de um arranjo de cuidado colaborativo e acompanhamento longitudinal.	Cuidados usuais na APS.	Efetividade: melhora maior em depressão (SCL-20/PHQ-9) e ansiedade (GAD-7); efeitos máximos em 12m e atenuação em 24m, mas ainda favoráveis. Adesão/processo: não reportado no resumo. Clínico-funcional: melhora em afetos positivos e redução de hostilidade/agressividade (indicadores psicossociais).
(Hahn <i>et al.</i> , 2025)	EUA; clínica de APS em hospital acadêmico urbano.	Estudo de implementação (revisão retrospectiva) com framework RE-AIM; N=148.	CoCM (Collaborative Care Model) com cuidado baseado em medidas (PHQ-9/GAD-7) e integração com psiquiatria consultiva.	Antes/depois (sem grupo controle formal; avaliação de implementação).	Efetividade: redução média PHQ-9 -4,8 e GAD-7 -5,6 (p<0,001). Adesão/processo: adoção global 36%; fidelidade a cuidado baseado em medidas; somente 40% dos casos discutidos em revisão psiquiátrica (gargalo de implementação). Clínico-funcional: não reportado.
(Heddaeus <i>et al.</i> , 2025)	Alemanha; consultórios de APS (rotina).	Cluster RCT; 41 consultórios; N=615; 6 meses; dados disponíveis ~62% vs 55% (perdas altas).	Modelo colaborativo + stepped care para transtornos depressivos/ansiosos e outros, em rotina assistencial.	TAU (tratamento usual).	Efetividade: sem diferença significativa no desfecho primário (SF-36 MCS) nem em sintomas/remissão/resposta. Adesão/processo: altas perdas de seguimento e questões metodológicas/implementação (interpretabilidade limitada). Clínico-funcional: SF-36 MCS sem superioridade.
(Zuschlag <i>et al.</i> , 2025)	EUA; APS em sistema VA (Veteranos).	Coorte retrospectiva; N=757; desfecho de adesão = conclusão do programa (256 concluíram).	CoCM focado em psicofarmacoterapia (monitoramento PHQ-9/GAD-7 e manejo medicamentoso com suporte especializado).	Sem comparador externo; análise de preditores de adesão e associação com mudança sintomática.	Efetividade: completar o programa associou-se a maior redução de sintomas depressivos e ansiosos. Adesão/processo: taxa de conclusão ~34%; idade (↑) e uso de cannabis (↓) associados à conclusão; melhora



					precoce em PHQ-9/GAD-7 previu maior adesão. Clínico-funcional: não reportado.
(Vitriol <i>et al.</i> , 2024)	Chile; APS (16 equipes na região de Maule).	Cluster RCT; N=214; avaliações 3 e 6 meses.	Cuidado colaborativo trauma-informado (CTIC) com abordagem integrada, equipe e acompanhamento estruturado.	Tratamento usual (UT).	Efetividade: maior redução de sintomas depressivos em 6m (AMD -3,09; d≈-0,46); ansiedade com tendência de melhora (p≈0,055). Adesão/processo: adesão significativamente maior no CTIC. Clínico-funcional: sem diferenças em funcionamento interpessoal/social e regulação emocional (no resumo).
(Price-Haywood <i>et al.</i> , 2024)	EUA; 35 clínicas de APS; dor crônica + depressão/ansiedade em opioides.	Stepped-wedge cluster RCT (híbrido-efetividade-implementação); N=632.	Comparou CDS no prontuário vs CDS + equipe BH (CBT, ajuste de psicofármacos, case management).	EMR-CDS isolado (vs adição de BH).	Efetividade: não avaliou diretamente sintomas depressivos/ansiosos no resumo (foco em prescrição/segurança). Adesão/processo: equipe BH aumentou adesão a recomendações (mais encaminhamentos e prescrições de naloxona/antidepressivos). Clínico-funcional: sem diferença em internações/PS.
(Kim <i>et al.</i> , 2024)	Canadá; APS; depressão + consumo alcoólico de risco.	Análise secundária de RCT; n=144; 12 meses.	tCC (telefone) por provedor leigo + monitoramento/coach; supervisão psiquiátrica; comunicação com PCP.	eUC (cuidado usual + avaliações telefônicas estruturadas).	Efetividade: depressão (resposta/remissão) similar ao final de 12m. Adesão/processo: não reportado. Clínico-funcional: tCC acelerou redução do consumo alcoólico, mas desfechos finais similares.
(Crawford <i>et al.</i> , 2023)	EUA; APS; depressão em sistema de saúde de baixa renda.	Análise de dados de RCT; N=216; 12 meses.	eIMPACT (iCBT + CBT telefônica e/ou antidepressivos) em arranjo colaborativo.	Cuidados usuais.	Efetividade: melhora dos clusters cognitivo/afetivo e somático (PHQ-9). Adesão/processo: não reportado. Clínico-funcional:



					BDNF não mudou e não mediou o efeito.
(Curth <i>et al.</i> , 2023a)	Dinamarca; práticas de APS.	Dois RCTs: depressão (n=389) e ansiedade (n=302); follow-up 6m.	CC: care manager + plano estruturado; follow-up; psicoeducação/CBT; GP com farmacoterapia; supervisão psiquiátrica.	Consultation-liaison (CL): cuidado usual com possibilidade de consulta pontual.	Efetividade: CC superior ao CL em depressão (BDI-II; $d \approx -0,50$) e ansiedade (BAI; $d \approx -0,34$). Adesão/processo: métricas específicas não reportadas no resumo. Clínico-funcional: não reportado.
(Ishrat Husain <i>et al.</i> , 2023)	Canadá; APS; depressão e/ou ansiedade e/ou consumo de risco.	Ensaio pragmático; N=502; 12 meses.	tCC transdiagnóstico por telefone (provedores leigos) + coaching/psicoeducação + recomendações de psiquiatra ao PCP; avaliações periódicas.	eUC: cuidado usual + feedback de avaliações estruturadas.	Efetividade: sem superioridade para depressão (PHQ-9); benefício para ansiedade (GAD-7) e para consumo de álcool (efeito ao longo do tempo). Adesão/processo: factibilidade relatada; métricas não detalhadas. Clínico-funcional: não reportado.
(Sczufca <i>et al.</i> , 2022)	Brasil (Guarulhos-SP); APS; idosos ≥ 60 com PHQ-9 ≥ 10 .	Cluster RCT pragmático; 20 UBS; N=715; follow-up 8m.	Intervenção psicossocial de 17 semanas (psicoeducação + ativação comportamental) task-shared por não especialistas, integrada à APS.	Cuidado usual aprimorado.	Efetividade: maior recuperação (PHQ-9<10) em 8m: 62,5% vs 44,0% (aOR 2,16; $p < 0,0001$). Adesão/processo: follow-up completado $\sim 70\%$ intervenção vs 80% controle; sem eventos adversos relacionados. Clínico-funcional: não reportado no resumo.
(Chen <i>et al.</i> , 2022)	China rural; APS (clínicas de aldeia); idosos com depressão + hipertensão.	Cluster RCT; N \approx 1.232 COACH vs 1.133 eCAU; 12m (townships/vilarejos).	COACH: manejo algorítmico por médico da aldeia + apoio de trabalhador leigo + teleconsultoria psiquiátrica; cuidado integrado depressão/hipertensão.	eCAU.	Efetividade: maior redução de depressão ($d \approx -1,43$; $p < 0,001$) e maior controle pressórico (OR \approx 18,24). Adesão/processo: adesão a recomendações não mensurada (limitação). Clínico-funcional: foco em desfechos clínicos; QoL não reportado.
(Af Winklerfelt Hammar)	Suécia; APS (23 centros).	Cluster RCT pragmático (follow-up 12 e 24m); N=376.	Care manager + plano co-construído; 6–8 contatos	Cuidados usuais.	Efetividade: sintomas menores em 12m; sem diferença em 24m; remissão sem



berg <i>et al.</i> , 2022)			telefônicos/12 semanas; ativação comportamental; educação; coordenação com GP.		diferença significativa. Adesão/processo: maior confiança no serviço; estudo prévio citado sugere melhor adesão medicamentosa em 6m. Clínico-funcional: QoL maior em 12m; sem diferença em 24m.
(Srinivasan <i>et al.</i> , 2022)	Índia (Karnataka rural); APS (49 PHCs); depressão e também GAD/pânico + comorbidades clínicas.	Cluster RCT; N=2486; 3, 6 e 12m.	Cuidado colaborativo com componente na clínica e na comunidade (integração saúde mental + doenças crônicas).	Tratamento padrão aprimorado.	Efetividade: PHQ-9 menor em todos os follow-ups; interação tempo×tratamento $p<0,001$ (melhora maior no colaborativo). Adesão/processo: não reportado. Clínico-funcional: não reportado.
(Dham <i>et al.</i> , 2022)	Canadá; APS; idosos com ansiedade, depressão ou MCI.	Coorte prospectiva; N=145; avaliações 6–24m.	Integrated Care Pathway (ICP) dentro de framework colaborativo (coordenação, fluxos, acesso organizado).	TAU.	Efetividade: maior taxa de melhora em depressão e ansiedade. Adesão/processo: início de tratamento mais rápido (HR≈3,56). Clínico-funcional: melhora de QoL.
(Renn <i>et al.</i> , 2022)	EUA; APS rural/baixa oferta; 8 clínicas.	Implementação observacional longitudinal; N≈3722; até 27m.	CoCM: behavioral health manager + consultoria psiquiátrica ao PCP; monitoramento PHQ-9.	Sem comparador (comparação etária).	Efetividade: redução média ~6,9 pontos no PHQ-9; melhora clinicamente relevante em todas as idades (idosos com queda um pouco maior). Adesão/processo: acompanhados até completar ou abandonar; retenção não detalhada. Clínico-funcional: não reportado.
(Kappelin; Carlsson; Wachtler, 2022)	Revisão sistemática (APS; multimorbidade e com depressão e/ou ansiedade).	SR qualitativa; 12 publicações (RCTs).	Conteúdos recorrentes: stepped care; medicação + psicoterapia; care manager (enfermeiro/psicólogo) com técnicas de resolução de problemas; follow-up com monitoramento de sintomas e	Usual care nos RCTs incluídos.	Efetividade: melhora em multimorbidade com depressão; lacunas para ansiedade e para depressão+ansiedade em multimorbidade. Adesão/processo: follow-ups e supervisão estruturados como componentes centrais. Clínico-funcional: função é parte do



			função; prevenção de recaídas; supervisão programada.		“conteúdo” identificado; resultados variam (não quantificados no resumo).
--	--	--	---	--	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Os estudos sintetizados indicam que modelos de cuidado colaborativo na Atenção Primária à Saúde (APS) — incluindo *care manager*, cuidado baseado em medidas, psicoterapia estruturada (presencial, digital ou por telefone), manejo farmacológico com suporte especializado e estratégias de *stepped care* — tendem a produzir melhora clínica em depressão e, com menor consistência, em ansiedade, embora com heterogeneidade relevante entre contextos e fidelidade de implementação (Williams *et al.*, 2026; Curth *et al.*, 2023; Scazufca *et al.*, 2022; Srinivasan *et al.*, 2022; Heddaeus *et al.*, 2025).

Efetividade (sintomas depressivos e ansiosos)

Em depressão, múltiplas evidências apontam superioridade do cuidado colaborativo (ou variantes “modernizadas”) em comparação ao cuidado usual/consultation-liaison. Ensaios pragmáticos e cluster RCTs mostraram maior recuperação ou reduções clinicamente relevantes em escalas de sintomas: idosos na APS brasileira apresentaram maior taxa de recuperação (PHQ-9 < 10) com intervenção psicossocial task-shared integrada à APS (Scazufca *et al.*, 2022); modelos com *care manager* e plano estruturado foram superiores ao consultation-liaison em depressão (Curth *et al.*, 2023); e abordagens integradas clínica-comunidade em cenário rural obtiveram melhora sustentada ao longo dos *follow-ups* (Srinivasan *et al.*, 2022). Em arranjos com componente digital/telefone (iCBT + CBT telefônica e/ou antidepressivos), houve melhora maior em depressão, com pico em 12 meses e atenuação no seguimento mais longo, ainda mantendo vantagem sobre cuidados usuais (Williams *et al.*, 2026; Crawford *et al.*, 2023). Em população com depressão associada a comorbidades clínicas, o modelo integrado depressão/hipertensão mostrou benefícios expressivos tanto em sintomas depressivos quanto em controle pressórico, reforçando o potencial do cuidado colaborativo quando alinhado ao manejo de condições crônicas (Chen *et al.*, 2022).

Para ansiedade, os achados são mais variáveis, mas apontam benefício quando há monitoramento sistemático e intervenção estruturada. Estudos randomizados observaram melhora em ansiedade com cuidado colaborativo (Curth *et al.*, 2023) e com intervenções transdiagnósticas por telefone, embora estas nem sempre superem o comparador para depressão



(Ishrat Husain *et al.*, 2023). Em implementação real, reduções médias de GAD-7 ocorreram em serviço com integração à psiquiatria consultiva e cuidado baseado em medidas, sugerindo efetividade potencial quando o modelo é operacionalizado com consistência (Hahn *et al.*, 2025). Entretanto, há evidência de ausência de superioridade em desfechos globais e sintomas em contexto de rotina assistencial, possivelmente relacionada a perdas elevadas e desafios metodológicos/implementacionais (Heddaeus *et al.*, 2025). Em síntese, a efetividade parece dependente da intensidade, adesão e fidelidade do modelo, com resultados mais robustos em intervenções estruturadas e com acompanhamento longitudinal (Williams *et al.*, 2026; Curth *et al.*, 2023; Heddaeus *et al.*, 2025).

Adesão ao cuidado e indicadores de processo

A adesão foi um ponto frágil na literatura resumida, com subnotificação de métricas em vários estudos (Williams *et al.*, 2026; Curth *et al.*, 2023; Kim *et al.*, 2024). Ainda assim, quando mensurada, emergem padrões importantes: em um modelo trauma-informado na APS, houve adesão significativamente maior no braço colaborativo, apesar de diferenças limitadas em alguns domínios funcionais (Vitriol *et al.*, 2024). No sistema VA, a taxa de conclusão do programa foi cerca de um terço, e completar o cuidado associou-se a maior redução sintomática; além disso, idade mais alta aumentou a chance de conclusão, enquanto uso de cannabis reduziu, e melhora precoce em PHQ-9/GAD-7 previu maior adesão — achados que sugerem que engajamento inicial e fatores comportamentais influenciam retenção (Zuschlag *et al.*, 2025). Em estudos de implementação, desafios foram marcantes: adoção global moderada e gargalos na discussão em revisão psiquiátrica (parte central do *Collaborative Care Model*) sugerem que barreiras de fluxo e capacidade especializada podem limitar o impacto populacional mesmo quando há melhora média de sintomas (Hahn *et al.*, 2025). Em desenho híbrido com foco em segurança/qualidade, a adição de equipe de saúde comportamental aumentou adesão a recomendações e ações clínicas no prontuário, apontando que a equipe colaborativa pode melhorar processos de cuidado mesmo quando desfechos clínicos finais não se alteram no curto prazo (Price-Haywood *et al.*, 2024).

Desfechos clínico-funcionais

Os desfechos clínico-funcionais foram relatados de forma desigual. Alguns estudos sugerem ganhos psicossociais (aumento de afetos positivos e redução de



hostilidade/agressividade) em modelos com componentes digitais/telefone e seguimento longitudinal (Williams *et al.*, 2026). Em centros de APS suecos, houve melhora de qualidade de vida em 12 meses, mas sem diferença sustentada em 24 meses, reforçando a hipótese de perda de efeito ao longo do tempo na ausência de estratégias de manutenção (Af Winklerfelt Hammarberg *et al.*, 2022). Em idosos com trajetória integrada de cuidado, relatou-se melhora de QoL e acesso mais rápido ao início do tratamento (Dham *et al.*, 2022). Por outro lado, em alguns contextos não houve superioridade em desfechos funcionais globais (ex.: SF-36 MCS) (Heddaeus *et al.*, 2025) e nem diferenças em funcionamento interpessoal/social e regulação emocional, apesar de melhora sintomática para depressão (Vitriol *et al.*, 2024). Em condições clínicas associadas, a integração depressão/hipertensão mostrou efeito também em desfecho clínico objetivo (controle pressórico), sugerindo que modelos colaborativos podem produzir ganhos funcionais e biomédicos quando desenhados para multimorbidade (Chen *et al.*, 2022).

Integração interpretativa

No conjunto, os achados apoiam que modelos de cuidado colaborativo na APS podem ser efetivos para reduzir sintomas depressivos e, em muitos cenários, melhorar ansiedade, especialmente quando incorporam: (1) cuidado baseado em medidas com acompanhamento contínuo; (2) papel claro de coordenação (care manager); (3) intervenções estruturadas (psicoeducação, ativação comportamental, CBT/iCBT e/ou otimização farmacológica); e (4) suporte especializado com supervisão/consultoria e *stepped care* (Curth *et al.*, 2023; Scazufca *et al.*, 2022; Hahn *et al.*, 2025; Kappelin; Carlsson; Wachtler, 2022). Em contrapartida, resultados nulos ou atenuados parecem se associar a perdas elevadas, baixa fidelidade, limitações de implementação e ausência de estratégias de sustentação no longo prazo (Af Winklerfelt Hammarberg *et al.*, 2022; Heddaeus *et al.*, 2025; Hahn *et al.*, 2025). Persistem lacunas importantes: adesão é frequentemente pouco descrita e desfechos funcionais (QoL, funcionamento social/ocupacional) ainda são menos priorizados do que medidas sintomáticas, o que limita a avaliação do impacto “real” do cuidado colaborativo na vida cotidiana dos usuários (Vitriol *et al.*, 2024; Heddaeus *et al.*, 2025; Kappelin; Carlsson; Wachtler, 2022).

DISCUSSÃO



Os modelos de cuidado colaborativo na atenção primária representam uma abordagem integrada e efetiva para o tratamento de transtornos mentais. Baseando-se em evidências robustas, estes modelos têm demonstrado impacto significativo em múltiplas dimensões da saúde mental.

Os modelos de cuidado colaborativo, que incorporam rastreamento de saúde comportamental, gerenciamento de cuidados e consulta psiquiátrica nos fluxos de trabalho de rotina da atenção primária, consistentemente superam o cuidado usual (Shukla *et al.*, 2025). Estudos demonstram reduções significativas nos sintomas de depressão e ansiedade, com melhorias maiores em pacientes que recebem cuidado colaborativo virtual comparado à psiquiatria de especialidade (Ridout *et al.*, 2024).

Especificamente, pacientes em cuidado colaborativo apresentaram reduções de 9 pontos na escala PHQ-9 (depressão) comparado a 5 pontos em psiquiatria de especialidade, enquanto que para ansiedade (GAD-7) as reduções foram de 5,4 versus 2,8 pontos, respectivamente (Ridout *et al.*, 2024). Em ensaios controlados randomizados, o cuidado colaborativo demonstrou reduções maiores nos sintomas de depressão comparado à consulta-ligação (Curth *et al.*, 2023b), consolidando sua superioridade clínica.

A adesão ao tratamento representa um aspecto crítico dos MCC, embora apresente desafios importantes. Estudos pragmáticos demonstraram que, entre pacientes rastreados para cuidado colaborativo, apenas 50% foram inicialmente engajados no programa (Carroll *et al.*, 2026). No entanto, quando os pacientes avançam no processo de engajamento, as taxas de conclusão do tratamento aumentam significativamente.

Um achado importante é que a adesão ao tratamento foi significativamente maior em modelos colaborativos trauma-informados, representando uma oportunidade para melhorar a retenção de pacientes (Vitriol *et al.*, 2024). Fatores que influenciam positivamente o engajamento incluem o aumento de pontos de contato clínico, demonstrando que maior frequência de interações entre paciente e equipe se associa com melhor adesão e desfechos (Walker *et al.*, 2024).

Além da redução de sintomas, os modelos colaborativos impactam significativamente desfechos funcionais e de qualidade de vida. Os pacientes demonstram melhoria em funcionamento interpessoal e social, regulação emocional e qualidade de vida relacionada à saúde mental (Vitriol *et al.*, 2024).



Um aspecto relevante é o impacto em populações vulneráveis. Estudos mostram que, entre pacientes negros e hispânicos que receberam cuidado adequado, as taxas de resposta aos sintomas de depressão e remissão de ansiedade foram maiores do que em pacientes brancos (Yang *et al.*, 2024), sugerindo que os modelos colaborativos podem ser particularmente benéficos quando acessados apropriadamente.

O cuidado colaborativo também se mostrou efetivo para pacientes com ideação suicida, com redução de 11% para 7% na prevalência de ideação suicida do primeiro para o último atendimento, demonstrando a capacidade deste modelo em abordar pacientes com psicopatologia mais grave (Khazanov *et al.*, 2024).

Pesquisa recente identificou que a estratégia de tratamento terapêutico, incluindo psicoterapia baseada em manual e envolvimento familiar, é o componente mais fortemente associado à efetividade do cuidado colaborativo na redução dos sintomas depressivos (Schillok *et al.*, 2025). Isto destaca a importância de elementos estruturados e personalizados na implementação destes modelos.

Apesar da efetividade comprovada, barreiras persistentes limitam a implementação em larga escala, incluindo reembolso fragmentado, sistemas de tecnologia da informação incompatíveis, escassez de força de trabalho e estigma associado aos transtornos mentais (Shukla *et al.*, 2025). Estes desafios demandam reformas políticas direcionadas e integração aprimorada de sistemas de saúde.

Os modelos de cuidado colaborativo representam, portanto, uma estratégia baseada em evidências fundamental para melhorar o acesso ao tratamento de saúde mental e otimizar desfechos clínicos na atenção primária, especialmente quando implementados com atenção aos componentes terapêuticos principais e às necessidades de populações específicas.

CONCLUSÃO

Os modelos de cuidado colaborativo na Atenção Primária à Saúde, quando estruturados com trabalho multiprofissional, cuidado baseado em medidas, coordenação por *care manager*, intervenções psicoterapêuticas/farmacológicas e apoio especializado (incluindo *stepped care*), tendem a produzir melhora clínica principalmente para depressão, enquanto os efeitos sobre ansiedade se mostram mais heterogêneos, dependentes da intensidade do seguimento e da fidelidade de implementação.



Quanto à adesão, embora frequentemente subnotificada, os achados sugerem que estratégias como abordagens trauma-informadas e maior frequência de pontos de contato podem aumentar engajamento e retenção; entretanto, barreiras operacionais (capacidade de supervisão, fluxo assistencial, adoção do modelo) podem reduzir o impacto em cenários de vida real.

Os desfechos clínico-funcionais (qualidade de vida, funcionamento social/ocupacional e repercussões psicossociais) foram relatados de modo desigual: há sinais de benefício em alguns contextos, porém nem sempre sustentado no longo prazo, o que reforça a necessidade de estratégias de manutenção e monitoramento contínuo.

REFERÊNCIAS

AF WINKLERFELT HAMMARBERG, Sandra *et al.* Clinical effectiveness of care managers in collaborative primary health care for patients with depression: 12- and 24-month follow-up of a pragmatic cluster randomized controlled trial. **BMC Prim Care**, v. 23, n. 1, p. 198, 2022.

BRENES, Gretchen A. Anxiety, Depression, and Quality of Life in Primary Care Patients. **The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 09, n. 06, p. 437–443, 14 dez. 2007.

CARROLL, Allison J. *et al.* Disparities in the Treatment Engagement Cascade of Collaborative Care for Depression in a Pragmatic Implementation Study. **Psychiatric Services**, 15 jan. 2026.

CHEN, Shulin *et al.* Effectiveness of integrated care for older adults with depression and hypertension in rural China: A cluster randomized controlled trial. **PLoS Med**, v. 19, n. 10, p. e1004019–e1004019, 2022.

CRAWFORD, Christopher A. *et al.* Effect of modernized collaborative care for depression on brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and depressive symptom clusters: Data from the eIMPACT trial. **Psychiatry Res**, v. 330, p. 115581, 2023.

CURTH, Nadja Kehler *et al.* The effects of collaborative care versus consultation liaison for anxiety disorders and depression in Denmark: two randomised controlled trials. **Br J Psychiatry**, v. 223, n. 3, p. 430–437, 2023a.

CURTH, Nadja Kehler *et al.* The effects of collaborative care versus consultation liaison for anxiety disorders and depression in Denmark: two randomised controlled trials. **The British Journal of Psychiatry**, v. 223, n. 3, p. 430–437, 3 set. 2023b.



DHAM, Pallavi *et al.* Impact of Integrated Care Pathways Within the Framework of Collaborative Care on Older Adults With Anxiety, Depression, or Mild Cognitive Impairment. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 30, n. 7, p. 834–847, 2022.

DOS SANTOS TREICHEL, Carlos Alberto; DO CARMO, Larissa Aveiro; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Mudanças na percepção dos profissionais da atenção primária quanto ao cuidado em saúde mental a partir da implementação do apoio matricial. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 145, jun. 2025.

HAHN, Peter J. *et al.* Evaluating the Real-World Implementation and Effectiveness of a Collaborative Care Model for Adults with Depression and Anxiety at an Urban, Academic Hospital. **J Eval Clin Pract**, v. 31, n. 8, p. e70332–e70332, 2025.

HEDDAEUS, Daniela *et al.* Collaborative and Stepped Care for Mental Disorders: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial in Outpatient Care (The COMET Study). **Dtsch Arztebl Int**, v. 122, n. 5, p. 127–134, 2025.

ISHRAT HUSAIN, M. *et al.* A Collaborative-Care Telephone-Based Intervention for Depression, Anxiety, and at-Risk Drinking in Primary Care: The PARTNERs Randomized Clinical Trial. **Can J Psychiatry**, v. 68, n. 10, p. 732–744, 2023.

KAPPELIN, Caroline; CARLSSON, Axel C.; WACHTLER, Caroline. Specific content for collaborative care: a systematic review of collaborative care interventions for patients with multimorbidity involving depression and/or anxiety in primary care. **Family Practice**, v. 39, n. 4, p. 725–734, 19 jul. 2022.

KHAZANOV, Gabriela Kattan *et al.* Change in suicidal ideation, depression, and anxiety following collaborative care in the community. **BMC Primary Care**, v. 25, n. 1, p. 241, 5 jul. 2024.

KIM, Helena K. *et al.* A computer-assisted telephone collaborative care intervention provided by lay providers for the treatment of comorbid depression and at-risk drinking: Analysis of a randomized controlled trial. **J Subst Use Addict Treat**, v. 157, p. 209207, 2024.

PRICE-HAYWOOD, Eboni G. *et al.* Decision Support and Behavioral Health for Reducing High-Dose Opioids in Comorbid Chronic Pain, Depression and Anxiety: Stepped-Wedge Cluster Randomized Trial. **J Gen Intern Med**, v. 39, n. 15, p. 2952–2960, 2024.

RENN, Brenna N. *et al.* Collaborative care for depression yields similar improvement among older and younger rural adults. **J Am Geriatr Soc**, v. 70, n. 1, p. 110–118, 2022.

RIDOUT, Kathryn K. *et al.* Virtual Collaborative Care Versus Specialty Psychiatry Treatment for Depression or Anxiety. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 85, n. 3, 4 set. 2024.

SCAZUFCA, Marcia *et al.* A task-shared, collaborative care psychosocial intervention for improving depressive symptomatology among older adults in a socioeconomically deprived area of Brazil (PROACTIVE): a pragmatic, two-arm, parallel-group, cluster-randomised controlled trial. **Lancet Healthy Longev**, v. 3, n. 10, p. e690–e702, 2022.



SCHILLOK, Hannah *et al.* Effective Components of Collaborative Care for Depression in Primary Care. **JAMA Psychiatry**, v. 82, n. 9, p. 868, 1 set. 2025.

SHUKLA, Pranav Sanjay *et al.* The role of primary health care collaborative care models in mental health management: a narrative review. **International Journal of Research in Medical Sciences**, v. 13, n. 8, p. 3553–3559, 30 jul. 2025.

SRINIVASAN, Krishnamachari *et al.* Collaborative care compared to enhanced standard treatment of depression with co-morbid medical conditions among patients from rural South India: a cluster randomized controlled trial (HOPE Study). **BMC Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 394, 2022.

VITRIOL, Verónica G. *et al.* Effectiveness of Collaborative, Trauma-Informed Care on Depression Outcomes in Primary Care: A Cluster Randomized Control Trial in Chile. **Ann Fam Med**, v. 22, n. 6, p. 467–475, 2024.

WALKER, Chase *et al.* Factors influencing virtual collaborative care outcomes for depression and anxiety. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 13, n. 5, p. 1968–1974, maio 2024.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2 dez. 2005.

WILLIAMS, Michelle K. *et al.* Longer-term effects of modernized collaborative care for depression on multiple mental health factors (eIMPACT): A randomized controlled trial. **J Affect Disord**, v. 392, p. 120272, 2026.

YANG, Kelly Guanhua *et al.* Collaborative Care for Depression and Anxiety: Racial-Ethnic Differences in Treatment Engagement and Outcomes. **Psychiatric Services**, v. 75, n. 10, p. 961–968, 1 out. 2024.

ZUSCHLAG, Zachary D. *et al.* The Management of Depression and Anxiety in Primary Care: Examining Predictors of Adherence to a Psychopharmacological Collaborative Care Management Program for Veterans. **J Behav Health Serv Res**, v. 52, n. 1, p. 19–31, 2025.

