

CrITÉrio EtÁrio nos Programas de Intervenção Precoce na Psicose: Uma Reflexão e Comparação sobre o Panorama Mundial e Português

Age Criteria in Early Intervention in Psychosis Programs: A Reflection on International and Portuguese Scenarios

Inês Varregoso¹ , Inês Souto Braz²*, Felicity Fanning³, Mary Clarke^{3,4}

RESUMO

Nas últimas décadas o paradigma da intervenção precoce nos primeiros episódios psicóticos disseminou-se por todo o mundo e a investigação demonstrou os seus benefícios em termos de melhoria nas taxas de recuperação, recidiva psicótica e suicídio.

Actualmente, uma das maiores críticas que se aponta a este modelo de intervenção é o seu critério etário arbitrário que levanta questões de discriminação etária e de género. Existem argumentos a favor e contra a dilatação dos limites de idade dos programas de intervenção precoce (PIP) estando a maioria dos argumentos “contra” assentes na premissa de que os doentes com PEP mais jovens representam a larga maioria dos casos, têm uma maior disrupção funcional, maiores necessidades psicossociais e um pior prognóstico a longo prazo. Contudo, dados recentes desafiam estas concepções e indicam que a

psicose surge em qualquer etapa de vida com marcado impacto e disrupção, tendo a população que adoece tardiamente necessidades de tratamento e intervenção equivalentes ou superiores aos doentes mais jovens. Este debate é dificultado pelo relativo desconhecimento sobre os PEP tardios – a maioria dos PIP estão focados na juventude pelo que o fluxo de investigação tende a seguir este padrão. Assim, as populações de PEP tardio são relativamente negligenciadas havendo pouca literatura centrada neste tema.

A partir de uma revisão não sistemática da literatura as autoras pretendem apresentar os principais argumentos que se têm levantado a favor e contra a remodelação dos PIP, de acordo com o critério de idade, analisando e comparando o cenário mundial e a realidade portuguesa neste âmbito.

Palavras-Chave: Intervenção Precoce; Portugal; Idade Madura; Discriminação.

¹ Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta  maria.ines.varregoso@hgo.min-saude.pt

² Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, Lisboa

³ Cluain Mhuire Community Mental Health Services

⁴ University College Dublin

* As autoras contribuíram equitativamente para o artigo

 <https://orcid.org/0000-0003-3562-0755>

Recebido / Received: 16/11/2018 - Aceite / Accepted: 27/01/2019

ABSTRACT

In the last decades the paradigm of the early intervention in the first psychotic episodes (FEP) has spread all over the world and the research has shown its benefits in terms of improvement in recovery rates, psychotic relapse and suicide.

Currently, a criticism of this intervention model is its arbitrary age criterion that raises issues of potential age and gender discrimination. There are arguments for and against the expansion of the age limits of early intervention programs (EIPs), with most of the 'counter' arguments based on the premise that patients with younger FEP represent the vast majority of cases, have a greater disruption functionally, greater psychosocial needs and a worse prognosis in the long term. However, recent data challenge these conceptions and indicate that psychosis arises at any stage of life with marked impact and disruption, with the population experiencing late illnesses requiring treatment and intervention equivalent to or greater than younger patients. This debate is hampered by the relative lack of knowledge about late FEPs - the majority of EIPs are focused on youth, so the flow of research tends to follow this pattern. Thus, populations of late FEP are relatively neglected with little literature focusing on this topic.

Based on a non - systematic review of the literature, the authors intend to present the main arguments that have been raised in favor of and against the remodeling of the EIP, according to the age criterion, analyzing and comparing the international

scenario and the Portuguese reality in this scope..

Key-Words: *Early Intervention; Portugal; Old Age; Discrimination.*

INTRODUÇÃO

Críticas aos Programas de Intervenção Precoce na Psicose

O paradigma da intervenção precoce na psicose alicerça-se nos princípios do diagnóstico e tratamento atempados, ou seja, durante o “período crítico” – definido como o período de maior patogenicidade da doença, sendo considerados os primeiros dois a três anos após o primeiro episódio psicótico. Este modelo de intervenção propõe-se assim a reduzir a morbilidade associada à doença mental e preservar a funcionalidade sócio-ocupacional dos doentes.

Uma intensa actividade de investigação tem vindo a consolidar os benefícios clínicos deste paradigma consagrando-a como o “estado da arte” na abordagem do primeiro episódio psicótico. Assim, nas últimas três décadas assistiu-se a uma disseminação global e exponencial dos Programas de Intervenção Precoce na Psicose (PIPP) face à evidência dos seus benefícios clínicos, traduzidos por uma maior taxa de recuperação, redução do risco de recaída e da taxa de suicídio dos utentes. Para além destes dados, outros estudos sugerem que este modelo de intervenção é custo-efectivo¹⁻¹⁶. Apesar deste panorama encorajador, têm surgido estudos que anunciam dados contraditórios, desfavoráveis ao modelo, que têm levantado alguma dúvida e criticismo em relação aos Programas de Intervenção Precoce na Psicose (PIPP).

Uma das principais críticas aos PIPP diz respeito ao investimento em medidas comunitárias – como a formação de técnicos dos cuidados de saúde primários e a sensibilização da população geral – para a identificação e orientação célere de doentes prodrómicos ou psicóticos, de forma a reduzir o tempo de psicose não tratada (*Duration of Untreated Psychosis*, DUP). Apesar de muitos estudos demonstrarem haver uma correlação entre um menor DUP e um melhor prognóstico – avaliado em benefícios clínicos, funcionais e sociais – o mecanismo desta relação não se encontra totalmente estabelecido, não sendo possível assegurar que se trate de uma relação com nexo de causalidade¹⁷⁻²⁰. Por outro lado, foi também questionado se, de facto, as medidas para a redução do DUP são eficazes²¹. Apesar das medidas comunitárias poderem ter uma acção moduladora no DUP, a redução significativa dos atrasos no tratamento é um processo complexo e multifactorial. Existem múltiplos factores, como o funcionamento pré-mórbido e o padrão de instalação da doença, assim como uma constelação de factores pessoais, familiares e sistémicos, que influenciam a mediação do DUP e não são alteráveis^{20,22}.

Também a extensão dos benefícios clínicos a longo prazo dos PIPP tem sido posta em causa. Alguns estudos mostram que os benefícios desta intervenção podem ser mantidos apenas enquanto o programa está a decorrer, ou por um curto período após a sua cessação^{23,24}.

Este panorama dicotómico, sustentado em dados contraditórios, tanto favoráveis como desfavoráveis a este modelo de intervenção, poderá ser parcialmente atribuível à heterogeneidade das metodologias utilizadas nos

estudos (como, por exemplo, a definição e quantificação dos *outcomes*) e da estrutura dos próprios PIPP. Existe uma acentuada variabilidade entre os diferentes programas instituídos no que diz respeito aos recursos de que dispõem, às intervenções que disponibilizam e ao tipo de população que servem. Neste último ponto destacam-se os limites de idade para a admissão de doentes pela gritante disparidade que se evidencia entre os diferentes programas de referência mundial (**Quadro I**).

Quadro I. PIPP estabelecidos e as suas idades de inclusão

ESTUDO/PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE	Critério etário
DETECT (Irlanda) ²⁵	18-65
COPE (Irlanda) ²⁶	18-65
PEPP (Canadá) ²⁷	16-35
EPIP (Singapura) ²⁸	16-40
LEO (UK) ²⁹	16-35
EASY (Hong Kong) ³⁰	15-64
OPUS (Dinamarca) ³¹	18-45
PREP (Boston) ³²	16-30
EDIE-NL (NL) ³³	14-35
EPPIC (Austrália) ³⁴	15-24
PROFIP (Lisboa)	16-35
CHPL (Lisboa)	15-25
GIIP (Coimbra)	18-35
HFF (Amadora)	18-35
HBA (Loures)	16-35
PIDP (Gaia/Espinho)	12-40
EIPSP (Viseu)	16-40

Em 14 dos 17 estudos supracitados, verificam-se serviços com uma população-alvo jovem,

com idade ≤ 45 anos. No Reino Unido e Canadá a idade limite superior é de 35 anos, e na Austrália os critérios são ainda mais estreitos limitando a idade máxima aos 24 anos. Os PIPP portugueses seguem esta tendência global e, no espectro dos critérios etários aplicados aos PIPP, destacam-se da média mundial por seleccionarem de forma estreita uma parcela muito jovem da população, colocando-se assim ao nível de países como o Canadá e Austrália. Nenhum dos PIPP portugueses recebe doentes com idade superior a 40 anos e mais de 70% desta amostra veda o acesso a doentes com mais de 35 anos.

DISCUSSÃO

Critério Etário de Inclusão dos PIPP

O critério etário de inclusão dos PIPP tem sido particularmente contestado uma vez que, de forma assumidamente arbitrária, tem limitado o acesso de doentes mais velhos a uma intervenção de excelência. Esta questão tem um impacto ainda mais significativo na população feminina uma vez que, em média, as mulheres adoecem mais tarde. Assim, este é um assunto que levanta questões delicadas no âmbito da exclusão, etarismo e discriminação de género.

O foco jovem que caracteriza a maioria dos PIPP tem sido promovido por diferentes *guidelines* (Orygen³⁵, IRIS³⁶, STEP³⁷) que incitam à estruturação de serviços à medida das necessidades e interesses dos doentes jovens, procurando tornar os programas mais acessíveis e atractivos (menos estigmatizantes), fazendo uso de actividades que passam pela integração em grupos de pares que partilham a mesma faixa etária, fase de vida e estadió da doença³⁸.

Além da defesa de uma perspectiva optimista e positiva na abordagem terapêutica dos quadros psicóticos, o foco jovem dos PIPP tem sido suportado por um racional axiomático assente em vários argumentos.

Existe a premissa de que a maioria dos quadros psicóticos, e em particular a esquizofrenia, surge no final da adolescência, ou na adultícia, havendo dados que indicam que 80% destes quadros se desenvolvem entre os 16 e os 30 anos de idade³⁹.

Também tem sido consensual que, nos casos em que a doença se manifesta precocemente, causando uma disrupção no desenvolvimento pessoal e comprometendo a consolidação de papéis sociais, os doentes têm um pior prognóstico e um perfil de maiores necessidades psicoterapêuticas, nomeadamente de um intenso suporte sócio-ocupacional^{40,41}. Outro argumento que pode antagonizar a extensão dos PIPP a todas as idades é a possibilidade de um primeiro episódio psicótico (PEP) tardio poder significar um DUP demasiado longo, prolongado além do “período crítico” em que uma intervenção precoce e profícua possa ser considerada^{42,43}. Por último, numa linha mais pragmática de organização e optimização de serviços, é importante considerar que nem todos os programas de intervenção no PEP dispõem dos mesmos recursos. Existem assimetrias marcadas entre diferentes países, e mesmo entre diferentes serviços no mesmo país. Assim, a maior inacessibilidade dos PIPP, imposta por um critério etário exigente, pode ser um factor protector dos serviços ao assegurar que os recursos disponíveis são investidos num número limitado de doentes, ao invés de serem diluídos até ao ponto da

indiferença entre uma população alargada de PEP.

Não obstante, desde 2014 as *guidelines* do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomendam que a intervenção precoce na psicose esteja disponível para todos os doentes independentemente da sua idade⁴⁴, e têm-se vindo a avolumar os argumentos que fragilizam as premissas que justificam o foco jovem dos PIPP, favorecendo assim a dilatação dos seus limites de idade.

Apesar da maioria dos quadros psicóticos surgir em idades mais jovens, existe uma quantidade significativa de casos em que a doença surge tardiamente. Dados multinacionais do *World Mental Health Survey* indicam que cerca de um quarto dos episódios iniciais ocorre depois dos 40 anos⁴⁵, esta estimativa é corroborada por um outro estudo que avaliou que em 23,5% dos casos de esquizofrenia o primeiro episódio psicótico ocorreu apenas depois dos 40 anos de idade⁴⁶. Assim, estes “doentes tardios”, e as mulheres em particular, não são elegíveis para os PIPP que praticam critérios etários de admissão estreitos^{40,41,47,48}.

Historicamente os doentes com esquizofrenia de início tardio têm sido algo negligenciados pela escassa investigação neste âmbito^{49,50}. Controvérsias nos sistemas de classificação, associadas a uma tendência para atribuir à psicose de início tardio causas orgânicas, levaram a que estes casos clínicos ocupassem uma posição incerta em relação ao diagnóstico de esquizofrenia⁵¹. Acresce-se ainda que o benefício advindo da integração desta população madura em programas de intervenção precoce ainda não foi estudado de forma consistente, não se podendo, portanto,

determinar que será inferior ao da população jovem.

A refutar a premissa de que os doentes jovens têm um pior prognóstico e maiores necessidades terapêuticas que os doentes maduros existem estudos que indicam que o prognóstico das pessoas que adoecem precoce e tardiamente não difere significativamente. Num estudo *cohort* recente estabeleceu-se a comparação entre doentes jovens e maduros, na *baseline* e após dez anos de seguimento, e concluiu-se que não havia diferenças significativas em termos clínicos (curso clínico e probabilidade de estar psicótico aos 10 anos de evolução) ou funcionais (empregabilidade e disfunção quantificada pela escala GAF)⁴⁰. Foi ainda determinado que as necessidades clínicas de doentes PEP maduros, em termos de adesão às consultas e ao tratamento estipulado, são tendencialmente semelhantes^{48,52}.

O móbil original do paradigma da intervenção precoce resultou de dados que indicavam que muitos jovens com quadros psicóticos iniciais experienciavam longos DUPs. Um estudo recente constatou que na população madura o DUP não é inferior ao da população jovem (média do DUP quantificada em 11 *vs.* 4 meses respectivamente). Por outro lado, este estudo veio também dar resposta ao receio de que os doentes maduros pudessem ter um DUP demasiado longo, ultrapassando inclusive o período crítico e, por isso, serem inviáveis a qualquer intervenção verdadeiramente precoce⁴¹.

CONCLUSÕES

Orientações Futuras dos PIPP

É com este cenário de fundo que devemos reflectir sobre as linhas com que o futuro dos

PIPP deverá ser desenhado. Para uma intervenção otimizada, havendo recursos limitados, devemos nos focar e investir mais nos PIPP com foco na população jovem? Ou devemos alargar o espectro da população-alvo dilatando os limites de idade máxima?

Esta é uma questão que se impõe com uma urgência crescente. Estima-se que entre 2015 e 2050 a proporção da população mundial com mais de 60 anos vai quase duplicar (12 para 22%)⁵³. No caso da população portuguesa, o fenómeno do duplo envelhecimento, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Há 30 anos, em 1981, apenas 11,4% da população estava incluída na faixa etária dos mais idosos (65 ou mais anos de idade), em 2011 este grupo representava já quase 20% da população total⁵⁴. Será importante adaptar e preparar os serviços de saúde mental aos desafios que a evolução demográfica nos vai exigindo⁵⁵. A revisão do critério etário dos serviços de intervenção precoce é uma matéria complexa para a qual ainda não há respostas definitivas. Estudos de serviços que operam com intervalos de idade mais abrangentes poderão esclarecer quais as linhas com que o futuro dos PIPP deve ser desenhado. Desde já se admite que qualquer extensão realizada aos serviços existentes deverá ser acompanhada por um equivalente financiamento. Numa análise mais específica da realidade portuguesa, salienta-se que existe uma agudização desta problemática estando estipulados intervalos de idade para a admissão no PIPP muito estreitos e hiper-focados na população jovem. Este fenómeno poderá eventualmente ser interpretado à luz de uma

menor disponibilidade de recursos dos PIPP em Portugal e de uma lógica de otimização do investimento clínico.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Craig TK, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*. 2004;329(7474): 1067.
2. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Øhlenschlaeger J, Christensen TØ, et al. A randomised multicenter trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*. 2005;331(7517): 602.
3. Garety PA, Craig TKJ, Dunn G, Fornells-Ambrojo M, Colbert S, Rahaman N, et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006;188: 37–45.
4. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjordsmoen S, et al. Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the

- duration of untreated psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65: 634–640.
5. McCrone P, Knapp M, Dhanasiri S. Economic impact of services for first-episode psychosis: a decision model approach. *Early Interv Psychiatry*. 2009;3(4): 266-273.
 6. McCrone P, Craig TKJ, Power P, Garety PA. Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br J Psychiatry*. 2010;196: 377–382.
 7. Mihalopoulos C, Harris M, Henry L, Harrigan S, McGorry P. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophr Bull*. 2009;35 (5): 909–918.
 8. Valmaggia LR, McCrone P, Knapp M, Woolley JB, Broome MR, Tabraham P, et al. Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychol Med*. 2009;39(10): 1617-1626.
 9. Wong KK, Chan SK, Lam MM, Hui CL, Hung SE, Tay M, et al. Cost-effectiveness of an early assessment service for young people with early psychosis in Hong Kong. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(8): 673-680.
 10. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Jorgensen P, Petersen L, et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *Br J Psychiatry*. 2013;202(1): 35-41.
 11. Chong SA, Lee C, Bird L, Verma S. A risk reduction approach for schizophrenia: The Early Psychosis Intervention Programme. *Ann Acad Med Singapore*. 2004;33(5): 630-635.
 12. Power P, McGuire P, Iacoponi E, Garety P, Morris E, Valmaggia L, et al. Lambeth Early Onset (LEO) and Outreach & Support in South London (OASIS) service. *Early Interv Psychiatry*. 2007;1(1): 97-103.
 13. Mantas C, Mavreas V. Establishing and operating an early intervention service for psychosis in a defined catchment area of northwestern Greece within the context of the local mental health network. *Early Interv Psychiatry*. 2012;6(2): 212-217.
 14. Simon AE, Theodoridou A, Schimmelmann B, Schneider R, Conus P. The Swiss Early Psychosis Project SWEPP: a national network. *Early Interv Psychiatry*. 2012;6(1): 106-111.
 15. Verma S, Poo LY, H Lee, S Rao, SA Chong. Evolution of early psychosis intervention services in Singapore. *East Asian Arch Psychiatry*. 2012;22(3): 114-117.
 16. Caplan B, Zimmet SV, Meyer EC, Friedman-Yakoobian M, Monteleone T, Jude Leung Y, et al. Prevention and recovery in early psychosis (PREP): building a public-academic partnership program in Massachusetts, United States. *Asian J Psychiatry*. 2013;6(2): 171-177.
 17. Norman RMG, Malla AK. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychol Med*. 2001;31(3): 381-400.
 18. Verdoux H, Liraud F, Bergey C, Assens F, Abalan F, Van Os J. Is the association between duration of untreated psychosis and outcome confounded? A two-year follow-up study of first admitted patients. *Schizophr Res*. 2001;49(3): 231–241.
 19. Ho BC, Andreasen NC, Flaum M, Nopoulos P, Miller D. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5): 808–815.

20. Barnes T R, Hutton S B, Chapman M J, Mutsaers S, Puri B K, Joyce E M. West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *Br J Psychiatry*. 2000;177: 207–211.
21. Oliver D, Davies C, Crossland G, Lim S, Gifford G, McGuire P, et al. Can We Reduce the Duration of Untreated Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Interventional Studies. *Schizophr Bull*. 2018;44(6): 1362–1372.
22. Souaiby L, Gaillard R, Krebs MO. Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis. *Encephale*. 2016;42(4): 361-6.
23. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, le Quach P, et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(7): 762-71.
24. Gafoor R, Nitsch D, McCrone P, Craig T. Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis. *Br J Psychiatry*. 2010;196(5): 372-376.
25. DETECT. *An Irish Early Intervention for Psychosis Service – 5 Year Report on the DETECT Early Intervention for Psychosis Service 2006-2011*. Available from: http://www.detect.ie/documents/5YEARDETECTREPORT2011_000.pdf [Accessed 27th June 2018].
26. Nkire N, Sardinha S, Nwosu B, McDonough CM, De Coteau PA, Duffy I, et al. Evaluation of knowledge and attitudes among primary care physicians in Cavan-Monaghan as ‘gatekeepers-in-waiting’ for the introduction of Care-path for Overcoming Psychosis Early (COPE). *Early Interv Psychiatry*. 2015;9(2): 141-150.
27. London Health Sciences Centre. *PEPP (Prevention and Early Intervention Program for Psychosis) – How to make a referral*. Available from: http://www.lhsc.on.ca/About_Us/PEPP/make-referral/index.htm [Accessed 27th June 2018].
28. Institute of Mental Health Group, National Health Care Group. *The Early Psychosis Intervention Programme*. Available from: <https://www.imh.com.sg/clinical/page.aspx?id=1935> [Accessed 27th June 2018].
29. Lambeth and Southwark Mind. *Early Intervention Service (Lambeth) – LEO (Lambeth Early Onset)*. Available from: <https://www.lambethandsouthwarkmind.org.uk/directory/leo-lambeth-early-onset-community-team> [Accessed 27th June 2018].
30. The E.A.S.Y. (Early Assessment Service of Young People with Early Psychosis) Programme. *Quick self screening test for early psychosis*. Available from: <https://www3.ha.org.hk/easy/eng/help.html> [Accessed 27th June 2018].
31. Nordentoft M. *Implementation of early intervention services in Denmark – from research to practice*. Psychiatric Center Copenhagen, Copenhagen University. 2013. Available from: <http://www.schizofreniforeningarna.se> [Accessed 27th June 2018].
32. Caplan B, Zimmet SV, Meyer EC, Friedman-Yakoobian M, Monteleone T, Jude Leung Y, et al. Prevention and recovery in early psychosis (PREP): building a public-academic partnership program in Massachusetts, United States. *Asian J Psychiatr*. 2013;6(2): 171-177.
33. Rietdijk J, Dragt S, Klaassen R, Ising H, Nieman D, Wunderink L, et al. A single blind randomi-

- zed controlled trial of cognitive behavioural therapy in a help-seeking population with an At Risk Mental State for Psychosis: the Dutch Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE-NL) trial. *Trials*. 2010;11: 30.
34. EPPIC (Early Psychosis Prevention & Intervention Centre), Orygen Youth Health (OYH). Available from: <https://oyh.org.au> [Accessed 27th June 2018].
35. Orygen. Available from: <https://orygen.org.au/> [Accessed 27th June 2018].
36. IRIS Initiative Ltd. IRIS Guidelines Update September 2012. Available from: <http://iris-initiative.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2018/04/IRIS-guidelines-Sept-2012-Rethink.pdf> [Accessed 27th June 2018].
37. Yale School of Medicine. Specialized Treatment Early in Psychosis (STEP). Available from: www.step.yale.edu [Accessed 27th June 2018].
38. McGorry PD. Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203(5): 310-318.
39. Shiers D, Lester H. Early intervention for first episode psychosis: Needs greater involvement of primary care professionals for its success. *BMJ*. 2004;328(7454): 1451-1452.
40. Lappin JM, Heslin M, Jones PB, Doody GA, Reininghaus UA, Demjaha A, et al. Outcomes following first-episode psychosis – Why we should intervene early in all ages, not only in youth. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(11): 1055-1063.
41. Greenfield P, Joshi S, Christian S, Lekkos P, Gregorowicz A, Fisher HL, et al. First episode psychosis in over 35s: is there a role for early intervention? *Early Interv Psychiatry*. 2016;12(3): 348-354.
42. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;172(33): 53-59.
43. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9): 975-983.
44. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline [CG178], 2014*. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> [Accessed 27th June 2018].
45. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade L, Borges G, et al. Age of Onset and Lifetime Projected Risk of Psychotic Experiences: Cross-National Data From the World Mental Health Survey. *Schizophr Bull*. 2016;42(4): 933–941.
46. Harris MJ, Jeste DV. Late-onset schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull*. 1988;14(1): 39-45.
47. Selvendra A, Baetens D, Trauer T, Petrakis M, Castle D, et al. First episode psychosis in an adult area mental health service – A closer look at early and late-onset first episode psychosis. *Australas Psychiatry*. 2014;22(3): 235-241.
48. Varregoso I, Souto Braz I, Fanning F, Clarke M. Early intervention in psychosis. Should we broaden the scope for action throughout the age span?. *Psychosis*. 2018;10(4): 356-358.
49. Cohen CI, Vahia I, Reyes P, Diwan S, Bankole AO, Palekar N, et al. Focus on geriatric psychiatry: Schizophrenia in later life: Clinical symp-

- toms and social well-being. *Psychiatr Serv.* 2008;59(3): 232-234.
50. Folsom DP, Lebowitz BD, Lindamer LA, Palmer BW, Patterson TL, Jeste DV. Schizophrenia in late life: Emerging issues. *Dialogues Clin Neurosci.* 2006;8(1): 45-52.
51. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry.* 2000;157(2): 172-178.
52. Lam C, Reeves S, Stewart R, Howard R. Service and treatment engagement of people with very late-onset schizophrenia-like psychosis. *BJPsych Bulletin.* 2016;40(4): 185-186.
53. World Health Organization. World report on Ageing and Health. 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1 [Accessed 27th June 2018].
54. Instituto Nacional de Estatística. *Censos – Resultados Provisórios – 2011*. Available from: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554 [Accessed 27th June 2018].
55. Cohen CI, Meesters PD, Zhao J. New perspectives on schizophrenia in later life: Implications for treatment, policy, and research. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(4): 340-350.