

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NO MEIO MILITAR: UM OLHAR CLÍNICO

1° Ten Al Éverton Franco Silva¹, 1° Ten Al Helio Araujo Campos Raposo²

*e-mail: evtfsilva@gmail.com¹, helioacraposo@gmail.com²

Escola de Saúde do Exército. Rio de Janeiro, RJ.

RESUMO

O Transtorno de déficit de atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição caracterizada por um padrão persistente de comportamento hiperativo-impulsivo e de déficit de atenção, o qual causa prejuízo no funcionamento. Os portadores do transtorno podem apresentar comprometimento do comportamento funcional no âmbito familiar, social, laboral e acadêmico. O meio militar é um ambiente altamente demandante física e psiquicamente, devido instruções diversas durante treinamento em ambientes insalubres (matas, cursos d'água), com restrição de sono, de comida e de água, e, durante a atividade, devido envolvimento com conflitos armados e catástrofes. Além disso, o militarismo possui como pilar hierarquia e disciplina a serem seguidos pelos militares. Militares com TDAH, devidos características intrínsecas ao transtorno, podem vir a ter desvantagens e prejuízo funcionais em tais atividades. Este artigo trata-se de uma revisão sistemática que busca compilar dados a respeito da prevalência do transtorno na população e de seu impacto no desempenho funcional da atividade militar.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. TDAH. Militar. Pessoal do Exército. Soldado.

ABSTRACT

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. ADHD. Military personnel. Army personnel. Soldier.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de déficit de atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição neuropsiquiátrica caracterizada por um padrão persistente de comportamento hiperativo-

impulsivo e de déficit de atenção, o qual causa prejuízo no funcionamento e no desenvolvimento social considerando, pelo menos, o período dos seis meses últimos meses da vida de um indivíduo. O TDAH pode ser classificado em três tipos: TDAH com predominância de inatenção, TDAH predominantemente hiperativo-impulsivo e TDAH combinado. (APA). Ao longo do tempo, os portadores do transtorno, adultos ou crianças, apresentam desfechos pobres na área acadêmica, na ocupacional e no funcionamento social. Tais desfechos podem melhorar ao longo do tempo com o tratamento, porém usualmente não alcança níveis normais. (SHAW et al., 2012). A taxa de prevalência de adultos na comunidade é de 5%. (WILLCUTT et al., 2012).

Os portadores do transtorno podem apresentar comprometimento do comportamento funcional no âmbito familiar, social, laboral e acadêmico, estando sujeitos a baixa autoestima, conflitos familiares, problemas de relacionamento entre iguais e conjugais, maior probabilidade de envolvimento em acidentes automobilísticos, práticas sexuais de risco, uso de substâncias ilícitas, comportamentos anti-sociais, abuso de álcool, drogas entre outros comportamentos destrutivos. (HORA et al., 2015).

Evidências apontam que, em sua gênese, o TDAH está ligado a mutações do gene que expressa o Transportador da Dopamina (DAT), levando a uma desregulação da neurotransmissão dopaminérgica. Estando associada com um aumento de função da atividade dos DATs estriatais, a função anormal dos DATs levam a uma diminuição do tônus dopaminérgico, hiperatividade e déficits no comportamento inibitório. (SPENCER et al., 2013). Porém, ainda não há um consenso definitivo sobre a etiologia do transtorno. A literatura científica sinaliza que é uma síndrome heterogênea de origem multifatorial, com fatores genéticos, neurobiológicos, ambientais e múltiplos genes associados. Não sendo relatado até então na literatura científica marcadores biológicos específicos, se faz necessário a observação da manifestação dos sintomas listados nos sistemas de classificação de saúde: o DSM (Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtorno Mental) e o CID (Classificação Internacional de Doenças) para o diagnóstico do transtorno. (HORA et al., 2015).

O Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade apresenta associação na literatura com diversas comorbidades psiquiátricas, tais como transtorno de humor, de ansiedade e do sono e déficits de aprendizagem. (WU et al., 2012). Para a população geral, a literatura científica aponta a associação, na fase adulta, de TDAH com transtornos de ansiedade 25 a 35 %, transtorno depressivo maior 28%, transtorno bipolar 23%, transtorno de personalidade anti-social 25%, transtorno opositor desafiante 50%, transtorno de conduta 20 a 50%, transtorno de abuso ou dependência de substância 10 a 37% e síndrome de tourette 1 a 3%.

(GREVET et al., 2005). Um estudo prospectivo demonstrou associação entre TDAH e automutilações não-suicidas em mulheres, com seguimento de dez anos, da infância (12 a 17 anos) até idade adulta (18 a 24 anos). (HINSHAW et al., 2002). Em metanálise de literatura até 2013, reunindo estudos de populações de crianças e adultos, pacientes com TDAH apresentaram associação positiva com diagnóstico de TEPT, com risco relativo de 2,1, (95% CI, 1,7 a 2,9; $P < 0,005$), porém não foi realizada avaliação de dados específica para a população de militares.

O Tratamento inclui medidas farmacológicas, baseada em estimulantes, tais como, por exemplo, metilfenidato ou lisdexanfetamina, assim como medidas não-farmacológicas, tais como terapia cognitiva comportamental ou estratégias de *coping*.(WILENS et al., 2010).O uso de estratégia farmacológica é fundamental para o tratamento do TDAH, proporcionando, ao indivíduo, melhora de 68 a 80% dos sintomas base. Foi evidenciado, a partir do questionário Adult ADHD Quality of Life Questionnaire, que adultos com o transtorno não tratado apresentavam comprometimento mais acentuado na qualidade de vida, produtividade e nos relacionamentos, que se traduziam em discrepâncias negativas clinicamente significativas em taxas de emprego, casamento e rendimento (salário) médio dos indivíduos em relação aos indivíduos controles sem o transtorno. Em contrapartida, os portadores de TDAH tratados tinham escores mais altos de qualidade de vida.(ANDRADE et al., 2011).

O meio militar é um ambiente altamente demandante física e psiquicamente, devido instruções diversas, em ambientes insalubres (matas, cursos d'água), com restrição de sono, de comida e de água. Além disso, possui como pilar hierarquia e disciplina a serem seguidos pelos militares. Militares com TDAH podem vir a ter desvantagens e prejuízo em tais ambientes.

A população de militares é sujeita, devido condições inerentes da profissão, tais como o envolvimento em conflitos armados, a risco aumentado de transtornos psiquiátricos, principalmente Transtorno de estresse-pós-traumático (TEPT), havendo consistente aumento de risco para TEPT. (RAMCHAND et al., 2010), considerado uma “cicatriz de guerra”. (TANIELIAN et al., 2008). O TEPT apresenta prevalência estimada entre 5 a 20% para essa população. (RAMCHAND et al., 2010). Para a população de militares, a quantidade de exposição a combates apresenta crescimento linear com a prevalência de TEPT, agindo de uma maneira dose-dependente para este transtorno. De maneira semelhante ao TEPT, foi observado aumento significativo na prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizado e Transtorno Depressivo Maior, em militares, após retorno de guerra. (HOGHEEL et al., 2004).A população de militares devido maior exposição que a população civil a fatores predisponentes

ambientais, tais como de conflito armado, pode estar mais vulnerável a transtornos psiquiátricos devido a presença prévia de TDAH.

Poucos são os trabalhos científicos que tratam sobre o tema de TDAH em militares e que avaliam epidemiologia ou impacto no desempenho funcional ou relação com comorbidades psiquiátricas. Não foram encontradas metanálises ou mesmo revisões sistemáticas sobre o tema. A literatura científica militar carece de metanálises ou mesmo revisões que venham a fornecer dados de alto valor estatístico ou visão sobre o Estado da Arte sobre o tema.

Este trabalho se dispõe a revisar o tema de TDAH em militares da ativa, compilar dados em forma de revisão sistemática de dados epidemiológicos e, como foco principal, do impacto no desempenho funcional militar.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

Revisão exploratória da literatura

Foi realizada revisão da literatura de todos os títulos e resumos de artigos no PubMed, PsycINFO e Scielo. Não será utilizado limites de datas de artigos, sendo a busca terminada em artigos lançados até o mês de junho de 2020. Os idiomas elegíveis para serem lidos e incluídos no trabalho foram português, inglês e espanhol. Foram realizadas buscas com as palavras chaves e os filtros em inglês, português e espanhol. Foram selecionados apenas trabalhos científicos que estudaram TDAH em militares da ativa, de carreira ou não, sem limite de idade, porém se presumindo que a idade fique acima de 17 anos, devido idade de incorporação em forças armadas.

Como critério de inclusão, levando-se em conta o objetivo deste artigo, de verificação de dados epidemiológicos e de avaliação de desempenho em militares, foram selecionados artigos que fizessem levantamentos epidemiológicos em populações de militares e artigos que tivesse como desfecho o desempenho na atividade militar de militares portadores de TDAH.

Foi utilizada a pesquisa: ("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[Mesh] OR ADHD[MeSHTerms] OR attention déficit disorder [MeSHTerms] OR attention déficit disorders [MeSHTerms] OR ADD [MeSHTerms] OR hyperkinetic syndrome [MeSHTerms] OR minimal brain dysfunction [MeSHTerms]) AND (military personnel [MeSHTerms] OR

air force personnel [MeSHTerms] OR navy personnel [MeSHTerms] OR army personnel [MeSHTerms] OR soldier [MeSHTerms] OR soldiers [MeSHTerms]).

Adicionalmente, foram pesquisadas as referências dos artigos selecionados, para ampliação da busca.

Os títulos e resumos dos artigos retornados da busca foram lidos e selecionados independentemente por dois avaliadores. Em caso de artigo selecionado por somente um dos avaliadores, o artigo era discutido conjuntamente para avaliação de satisfação dos critérios de inclusão para seleção na revisão. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e em caso de identificação dos critérios de inclusão, passaram a integrar este trabalho em duas categorias dos resultados: “Estudos Epidemiológicos” ou “Desempenho Funcional”.

2.2 RESULTADOS

A pesquisa retornou 148 artigos, não foram encontrados artigos em português ou espanhol com as palavras chaves. Após leitura de títulos e abstracts, foram selecionados 25 artigos para leitura na íntegra. Destes 33, sete foram selecionados por atender aos critérios de inclusão: 3 de levantamentos epidemiológicos e 5 versando sobre desempenho em militares.

Avaliação e revisão seguindo três temáticas: estudos epidemiológicos em militares, estudos relacionados a impacto no desempenho funcional e ou social dos militares portadores de TDAH e estudos que avaliam comorbidades psiquiátricas em militares portadores de TDAH.

Figura 1 - Fluxograma de busca



Fonte: Elaborado pelos autores.

2.2.1 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

Foram selecionados três estudos epidemiológicos que avaliaram a prevalência de TDAH em militares.

Kessler et al 2013, no The All-ArmyStudy (AAS), realizou uma pesquisa transversal com 50 mil soldados em instrução básica de combate, o autor aplicou questionários e escalas de triagem visando identificar a prevalência de oito distúrbios descritos no DSM-IV, dentre eles o TDAH. Posteriormente foram feitas coletas trimestrais de dados entre os anos de 2011 e 2012, de forma a acompanhar esses soldados de maneira longitudinal, tanto no território americano quanto em outras partes do mundo. Ao final do estudo foi detectada a prevalência de 8,2 % do transtorno de déficit de atenção entre os militares estudados. (KESSLER et al., 2013).

Em outro trabalho, Kessler et al 2014., em um estudo transversal de avaliação de prevalência em 30 dias, foram coletados dados de abril de 2011 a dezembro de 2011, do Exército dos Estados Unidos da América. Foram arrolados soldados em serviço ativo exclusivo, em combate básico, em treinamento e em teatro de combate. Foram entrevistados 5248 soldados americanos e, desses, 7% apresentaram o diagnóstico de TDAH. (KESSLER et al., 2014).

No estudo conduzido por Rosellini et al. (2015) foram entrevistados 38.507 soldados norte-americanos sendo estes militares recém ingressados, na situação de estudantes e prestes a iniciar as instruções básicas de combate, e, também, militares da reserva. Os dados foram coletados entre abril de 2011 e novembro de 2012. Por fim se observou a prevalência de 6,4% de TDAH entre os militares, sendo a prevalência de 5,9% nos militares da ativa e 7% nos militares da reserva. (ROSELLINI et al., 2015).

2.2.2 DESEMPENHO FUNCIONAL

Foram encontrados 5 estudos que tratavam de avaliar o desempenho em militares com TDAH ou com indícios de TDAH.

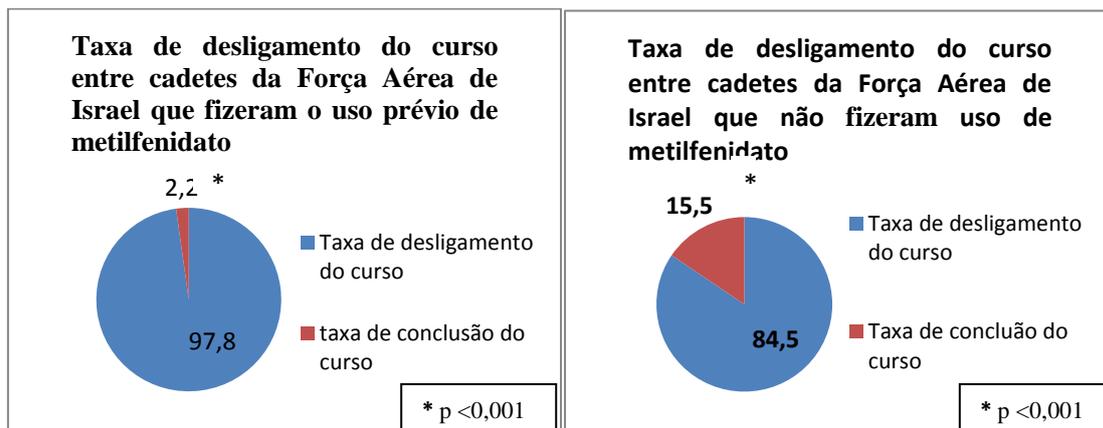
Krauss et al.(2006) publicou estudo de coorte retrospectiva o qual comparou recrutas das Forças Armadas Americanas (Exército, Aeronáutica, Marinha e Fuzileiros Navais) com TDAH, sem comorbidades psiquiátricas e sem tratamento a pelo menos um ano (N= 756) com grupo controle (1657). Não houve diferença significativa no desfecho primário, desligamento prematuro do serviço por qualquer motivo ($p < 0.064$). Também não houve diferença em nenhum desfecho secundário: desligamento por causa de transtornos mentais,

hospitalização por transtornos mentais, tempo de serviço e promoção nos serviços. (KRAUSS et al., 2006).

O Estudo de Sarfati et al.(2019), avaliou coorte retrospectiva de dados de prontuário de 3073 cadetes da Força Aérea de Israel. O autor correlacionou o uso prévio de metilfenidato com a taxa de desligamento global do curso e com as causas específicas de desligamento do curso. Não houve avaliação diagnóstica formal de TDAH. O grupo de estudo teve N=90 e o grupo controle teve N= 2983. A taxa de desligamento do curso foi significativamente maior no grupo que havia feito uso prévio da medicação, com apenas 2,2% dos cadetes deste grupo completando o curso, contra 15,5% de taxa de sucesso no grupo controle ($p < 0,001$) (Gráficos 1 e 2). Não houve diferenças significativas em causas específicas de desligamento, isto é, baixa habilidade de vôo, insuficiência acadêmica, desistência, etc. (SARFATI et al., 2019).

Gráfico 1 - Relação de aproveitamento do curso entre cadetes da Força Aérea que fizeram uso prévio de metilfenidato.

Gráfico 2 - Relação de aproveitamento do curso entre cadetes da Força Aérea que não fizeram uso prévio de metilfenidato.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O estudo Israelense de Fruchter et al. (2019), analisou, de 2006 a 2011, 43965 jovens adultos, sendo 14655 jovens adultos com diagnóstico previamente documentado de TDAH, com ou sem transtorno de aprendizado, realizado por profissional habilitado. Todos os casos tiveram o Q.I avaliado por testes neuropsicológicos. Para cada caso de TDAH, dois casos foram randomicamente pareados e controlados para idade, sexo, QI e escolaridade. Foram avaliados os recrutas do serviço militar israelense com idades entre 16,5 e 25,3 anos. Os recrutas com TDAH, em relação aos controles, tiveram significativamente ($p < 0,001$) maior número de dias doentes (Gráfico 3), maior número de consultas médicas (Gráfico 4), mais consulta com profissionais de saúde mental (Gráfico 5), maior desqualificação profissional (troca de cargo para cargos menos exigentes) (Gráfico 6) e menor evolução em

cargos(Gráfico 7). Ainda, no momento na entrada para o serviço militar, os recrutas com TDAH foram significativamente mais inaptos para o serviço de combatente. Ainda apresentaram maior frequência de transtornos de personalidade (OR=1,28; CI = 1,07-1,53) e transtornos de ansiedade do que os controles (OR=1,33; CI=1,06-1,67), porém sem diferença para psicoses não-afetivas, transtornos de ajustamento, transtornos de humor e abuso de substâncias. (FRUCHTERet a.l, 2019).

Gráfico 3: Relação de dias doentes entre recrutas com TDAH e grupo controle.

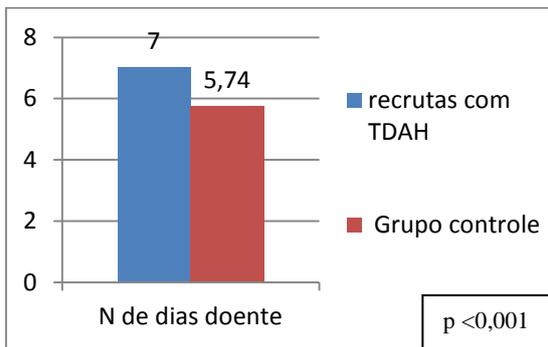
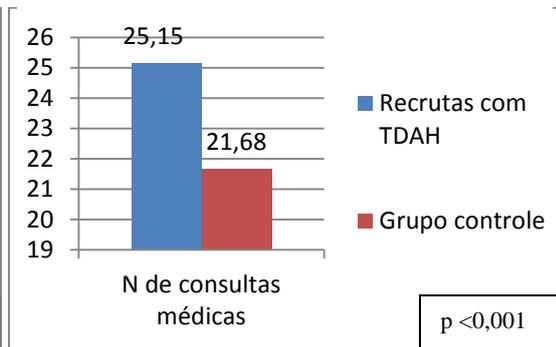


Gráfico 4: Relação de número de consultas entre recrutas com TDAH e grupo controle.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 5: Relação de número de consulta com profissionais de saúde mental entre recrutas com TDAH e grupo controle.

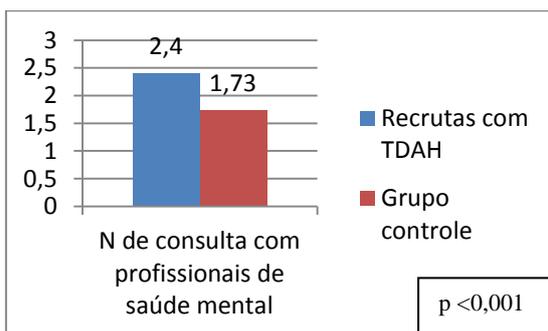
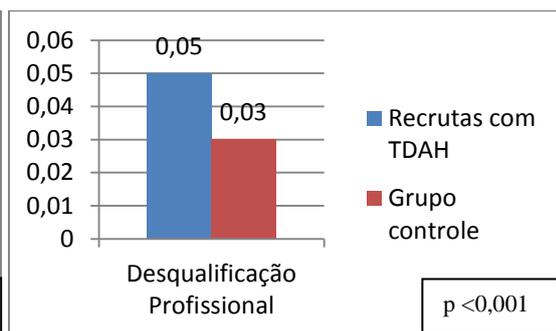
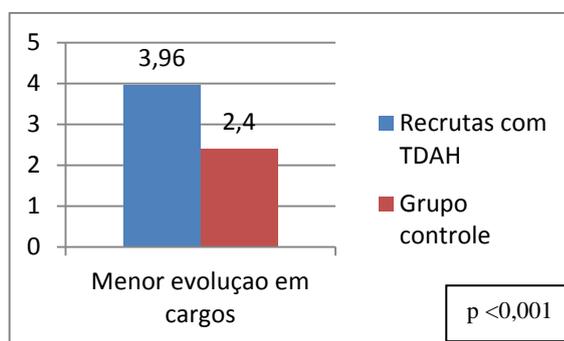


Gráfico 6: Relação entre desqualificação profissional dos recrutas com TDAH e grupo controle.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 7: Relação entre a evolução no cargo em recrutas com TDAH e grupo controle.

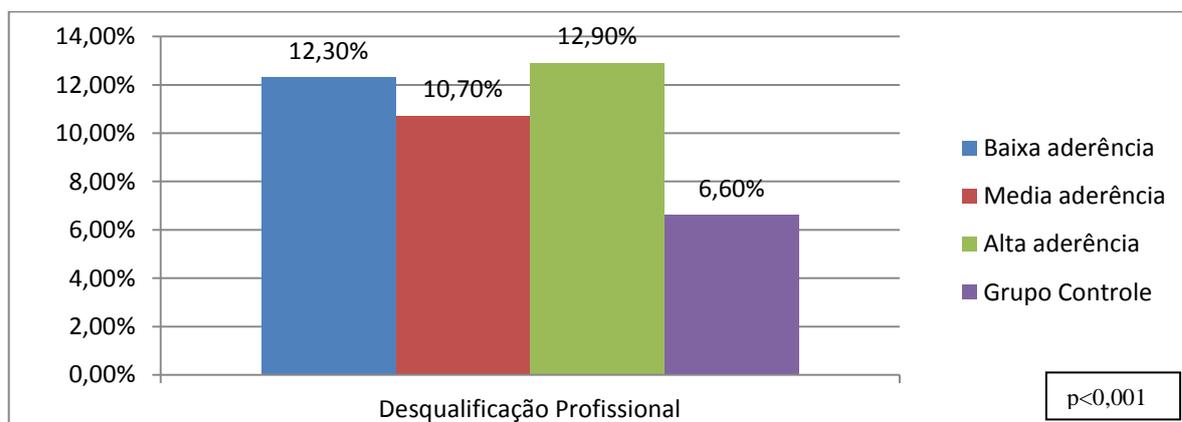


Fonte: Elaborado pelos autores.

O único estudo que avaliou desempenho funcional de portadores de TDAH em tratamento foi o de Zur et al.(2018). Zuret al.(2018) realizou um estudo retrospectiva em uma coorte de 503.878 soldados, com dados de registros médicos de 2008 a 2012. Foram incluídos militares em serviço obrigatório e de carreira do serviço militar Israelense. A aderência foi inferida pela retirada na farmácia das medicações, sendo classificado em: sem aderência (nenhuma retirada de medicação), baixa aderência (retirada de medicação em até dois meses no ano), aderência média (retirada de medicação duas a seis vezes ao ano) e alta aderência (retirada de medicação mais do que seis vezes ao ano). Os parâmetros avaliados foram número de dias doente por ano, número de dias do ano com restrição para serviços e tarefas específicas devido à licença médica (e.g: tirar serviço de guarda) e desqualificação profissional, seguida de colocação em tarefa menos demandante ou dispensa. Dos 503.878 soldados incluídos, 3.814 fizeram uso de medicação nos registros médicos, sendo o restante dos 500.064 soldados incluídos como grupo controle. Em seus resultados, no modelo de regressão, foi encontrado um coeficiente positivo para maior frequência de dias doentes nos pacientes com baixa ($B = 2,60$ mais dias doente), média ($B = 3,85$) e alta aderência (3,46) em relação ao controle sem tratamento. O número de dias de licença médica para tarefas ou serviços específicos por ano obteve um coeficiente positivo para o grau de aderência, sendo de 1,18 mais dias de licença para o grupo baixa aderência; 1,45 mais dias de licença para o grupo de aderência média e 1,63 para o grupo de alta aderência. Seguindo a mesma tendência, a taxa de desqualificação profissional é estatisticamente significativa entre o grupo controle e os grupos de tratamento, sendo 6,6% no grupo controle, 12,3% no grupo de baixa aderência, 10,7% no grupo de aderência média e 12,9% no grupo de alta aderência(Gráfico 8). Todavia quando a taxa de desqualificação foi analisada em subgrupos de serviços, não houve diferença

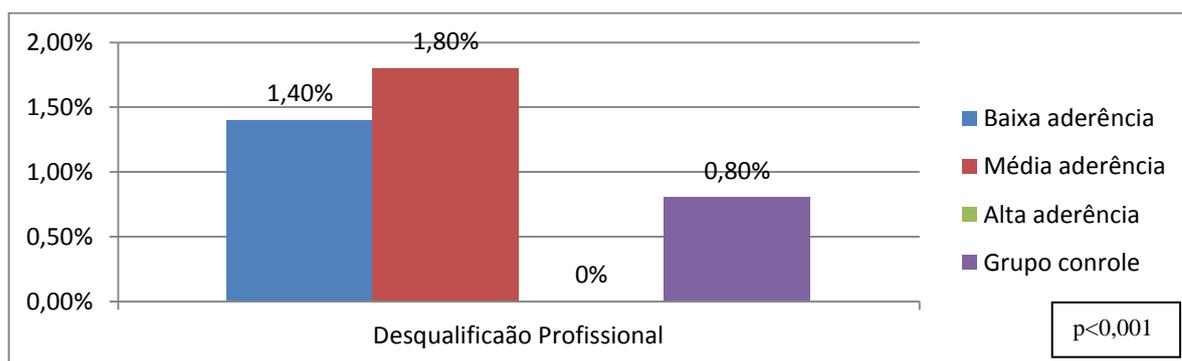
estatística na desqualificação profissional (controles versus grupos de aderência), para os militares Oficiais e para os militares de inteligência (Gráficos 9 e 10). Na análise do serviço de militares motorista, a taxa de desqualificação do grupo controle foi 7,6 %, a de baixa aderência foi 22,6% ($p < 0,001$), a de média aderência foi 14,3% ($p = 0,026$) e a de alta aderência foi 5,9% ($p = 0,582$), (Gráfico 11). (Zur et al., 2018).

Gráfico 8: Correlação entre desqualificação profissional e a aderência ao tratamento medicamentoso para o TDAH TODAS AS PROFISSÕES



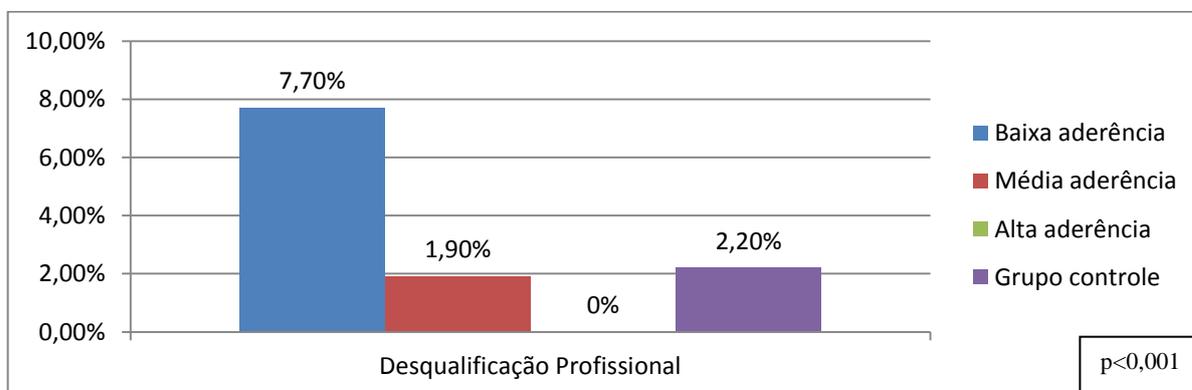
Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 9: Correlação entre desqualificação profissional e a aderência ao tratamento medicamentoso para o TDAH MILITARES OFICIAIS



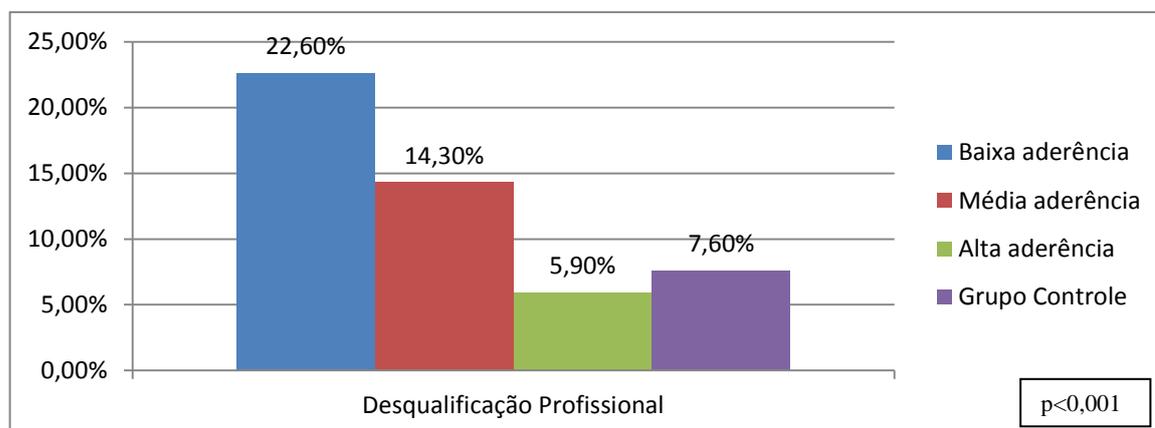
Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 10: Correlação entre desqualificação profissional e a aderência ao tratamento medicamentoso para o TDAH MILITARES DA INTELIGÊNCIA.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 11: Correlação entre desqualificação profissional e a aderência ao tratamento medicamentoso para o TDAH MILITARES MOTORISTA.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Rice et al.(2014), investigou a presença de sintomas auto-observados de TDAH (SoTDAH) e de Transtorno Opositor Desafiador (TOD/SoTOD) e sua influência no desempenho de 122 soldados em curso de Especialistas de Saúde do Exército (HCS) dos Estados Unidos da América (EUA). Para avaliação de desempenho foram usados o grau médio de pontos de exame intelectual (GPA), o teste físico (APFT) e a quantidade de injúrias musculoesqueléticas durante o treinamento. Os autores hipotetizaram que não haveria diferença entre o grupo controle e os grupos SoTDAH e SoTOD. Os Autores utilizaram escalas auto-aplicáveis. Ao final do Estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos SoTDAH, SoTOD e os controles em nenhum

dos parâmetros analisados. Em subanálise, apenas maiores pontuações de SoTOD se correlacionaram com menores medias no GPA. (RICE et al., 2014).

3. DISCUSSÃO

Todos os estudos que se dispuseram a avaliar desempenho eram de baixa qualidade, no que tange a controle de vieses confundidores.

Outro fator que dificulta a análise em conjunta dos estudos é a heterogeneidade das amostras estudadas, sendo, em alguns estudos, amostras de militares que adentraram por concurso e, em outros estudos, militares recrutados voluntariamente ou compulsoriamente.

Tratando-se de desempenho de militares portadores de TDAH, a literatura é heterogênea e peca também em questão de:

1. Método de caracterização da presença do transtorno nos militares, com estudos utilizando escalar ou auto-questionários, sem validação do diagnóstico por especialistas;
2. Avaliação de comorbidades psiquiátricas junto ao TDAH;
3. Presença ou não de uso de medicação;
4. Estudos prospectivos;
5. Medida de desempenho avaliada. Utilizando-se desde grau em nota intelectual alcançado, até desistências, desligamentos e dias de afastamento médico.
6. Heterogeneidade da população de militares, sendo em alguns estudos, militares de carreira, com alto grau de escolaridade e em outros estudos, militares em serviço obrigatório e de variados graus de escolaridade.

O Estudo de Krauss et al.(2006), que avaliou soldados das diversas forças dos EUA, é o estudo com diagnóstico mais confiável entre os estudos avaliados, usou como critério de presença do transtorno a avaliação prévia de um psiquiatra ou uso de metilfenidato prévio, por mais de um ano, com melhora de sintomas. Ainda assim, o estudo não controlou variáveis como grau de instrução, raça, sexo e idade. Além disso, apresenta a limitação de ser um estudo retrospectivo, por meio da observação de dados da ficha militar dos recrutas, sem avaliação formal do grupo controle. Nos Estados Unidos, caso o diagnóstico de TDAH interfira no desempenho escolar ou social após 12 anos de idade, exclui o cidadão do serviço militar. Por outro lado, são permitidos para alistamento os indivíduos que sejam portadores do transtorno, mas que tenham apresentado bom desempenho acadêmico high school completo, emprego estável por mais de 6 meses e sem história de tratamento medicamentoso no último

ano. (KRAUSS et al., 2006). Devido tais restrições, mesmo que com diagnóstico prévio na infância, a população de soldados dos EUA tende a apresentar sintomas leves de TDAH a ponto de conseguirem exercer suas atividades cotidianas sem terem prejuízo a ponto de necessitarem de medicações. Além disso, muitos dos recrutas podem ter negado sintomas ou tratamento prévio de TDAH para engajar no serviço e não correrem risco de serem excluídos do serviço militar. No que toca aos resultados, tanto pela provável seleção de militares com TDAH leve, quanto pela baixa exigência do serviço, este trabalho apresenta resultados sugestivos de que pacientes com TDAH com sintomas leves e sem comorbidades psiquiátricas estão aptos a serviço militar de soldados, com desempenho semelhante ao de militares sem o transtorno.

No Estudo de Sarfati et al.(2019), candidatos com TDAH grave, que impactassem no funcionamento diário eram excluídos já na triagem psicológica.Porém, desde 2008, são aceitos na academia da Força Aérea Israelense candidatos com histórico de tratamento com metilfenidato, mas que cessaram seu uso. (SARFATI et al., 2019). Apesar de o estudo sugerir ligação entre falha no curso e presença de TDAH oligossintomático, o qual levou os cadetes a fazer uso de metilfenidato, o estudo é limitado na medida em que não houve diagnóstico formal de TDAH e, além disso, muitos são os fatores confundidores que podem ter levado os cadetes a terem usado o medicamento: experiência pessoal para tentar melhorar desempenho, diagnóstico e tratamento errôneo de outro transtorno. Por fim, o estudo não fez o controle de variáveis confundidoras comumente controladas na literatura, tais como quantidade de vezes que usou a metilfenidato, outros transtornos psiquiátricos, sexo, etnia, renda familiar, escolaridade dos pais, IMC, etc.

Quando comparados, os Estudos de Krauss et al.(2006) e de Sarfati et al.(2006) pode-se especular que a diferença no baixo desempenho dos cadetes da Força Aérea com possível TDAH oligossintomático, em comparação com o desempenho sem diferença significativa dos controles nos recrutas das forças armadas americanas, seja o alto nível de exigência do curso da Força Aérea Israelense, o qual possui, mesmo entre os controles, taxa de sucesso de apenas 15%, tornando até mesmo um TDAH com sintomas de baixa gravidade como suficiente para taxas significativas de insucesso

Portanto, fazendo-se um paralelo do estudo de Krauss et al. (2006), com o estudo de Sarfati et al. (2006), no qual ambas as amostras podem ter presentes TDAH leve, é importante de levar em consideração que, caso estes mesmos militares do estudo de Krausset al. (2006), estivessem submetidos a o alto grau de exigência, ao qual eram submetidos os Cadetes da Força Aérea do estudo de Sarfati et al. (2006), existe possibilidade de que os resultados

caminhem no sentido de diferença entre os militares com sintomas leves (que não chegam a necessitar de medicação) e os militares sem TDAH. Se a aderência medicamentosa em tais militares faria diferença no sentido de equilibrar militares com sintomas leves de TDAH em alto grau de exigência intelectual com militares sem TDAH, não há evidências na literatura, pois somente um estudo avaliou tal questão, o estudo de Zur et al. (2018), e esse estudo não permite levantar tais hipóteses.

Sendo o único estudo que avaliou militares em tratamento para TDAH, Zur et al. (2018) teve sua hipótese refutada de que a maior aderência deveria se correlacionar positivamente com melhor performance ocupacional. Em comparação com controles, a aderência positiva (baixa, média ou alta) ao tratamento se relacionava com piores resultados ocupacionais entre os grupos. O autor especulou que esse resultado poderia se dever a um TDAH mais grave que necessitava do uso da medicação, levando a um pior desempenho mesmo em uso de medicação. No que se referia a número de dias doentes por ano, contra-intuitivamente, número de dias por ano excluído de serviços e tarefas específicas por licença média foi maior quanto maior a aderência. A exceção ocorreu para a subanálises de tarefas de motorista, de inteligência, de Oficiais e de manutenção, as quais não apresentaram diferença significativa entre os grupos controle e de tratamento e, indo ao encontro do que hipotetizou o autor, para motoristas, a taxa de aderência demonstrou significativa melhora no desempenho da atividade. O autor hipotetizou que para a tarefa específica de motorista, devido a necessidade de atenção, a medicação foi especificamente positiva. Algumas limitações surgem no Estudo de Zur et al. (2018): os pacientes não foram controlados para Q.I e para grau de instrução. Dada a falta de controle para estas variáveis, este pode ter sido o motivo pelo qual, em subanálise no serviço de inteligência e de Oficiais, não houve diferença entre o grupo controle e os grupos de tratamento, já que, hipoteticamente, nestas tarefas, os seus integrantes estão pareados para grau de instrução e Q.I, nivelando e equilibrando melhor este grupo analisado e apresentando a real influência da medicação nos pacientes tratados. Nos grupos de Oficiais e Inteligência, não houve diferença significativa entre os grupos controle e os grupos de tratamento, porém houve uma tendência a melhor desempenho no grupo de TDAHs com tratamento de alta frequência, inclusive melhor do que os controles: pode-se aventar que se o N fosse maior, o grupo de pacientes em tratamento de alta frequência teria diferença significativa sobre os demais grupos nestas sub populações. Pode-se especular ainda que a tendência ao grupo de alta frequência de tratamento ter uma tendência a melhor rendimento do que os controles podem ser hipoteticamente explicada pela presença de militares não tratados no grupo controle, seja para TDAH, seja para comorbidades psiquiátricas, tais como

transtornos de humor. Em demais ocupações, como, por exemplo, combate ou administração, a falta de controle de Q.I e grau de instrução podem ter influenciado negativamente nos resultados dos grupos com uso de medicações, já que, segundo a literatura, o Q.I baixo e a baixa escolaridade estão está mais freqüentemente associado a pacientes com TDAH do que a os grupos controle sem TDAH. Necessário ainda falar que o estudo apresenta um viés negativo em seus resultados, pois uma parte do grupo controle era de militares com TDAH e sem tratamento e, casos estes fosses excluídos, talvez levasse a uma ampliação da diferença entre o grupo controle e os grupos de aderência.

O estudo de Rice et al.(2014), avaliou o desempenho de soldados em formação para Especialistas em Saúde do Exército dos EUA. Esse curso é um curso de alta exigência física e intelectual, no qual, ao longo de 16 semanas, os soldados são submetidos a uma rotina intensa que inicia com treinamento físico as 5:30 da manhã até as 17 horas e após o expediente, serviço de limpeza, manutenção do uniforme e estudo, até as 23 horas. Neste curso, os soldados são submetidos a provas físicas e intelectuais. Ao final do curso, os soldados concluíram a formação de combatente e de atendimento de emergência. A taxa de desistência do curso chega a 25%. Devido doutrina do Exército dos EUA, indivíduos com diagnóstico de TDAH na infância, somente são elegíveis para iniciar o curso se estão há pelo menos um ano sem usar medicação, se permaneceram no High School ou se passaram no General Education Development Test antes de entrar no serviço militar. Diferentemente do serviço militar Israelense, nos quais os indivíduos com TDAH podem ingressar no serviço militar, pelas razões doutrinarias expostas acima, poucos pacientes com TDAH acabam entrando no serviço militar americano, sendo que em pesquisas epidemiológicas de levantamento, a taxa de militares com TDAH fica entre 5 e 10%. Nesse sentido, o estudo de Rice et al.(2014) apresenta graves limitações metodológicas, pois estima uma taxa de 30% dos combatentes com sintomas de TDAH ou TOD. Para tão alta prevalência, os autores desse estudo hipotetizam que esta prevalência se deva à geração de sintomas de TDAH e TOD pelo alto grau de estresse e restrição de sono presente no curso. Devido ser um estudo transversal, não foram avaliados os sintomas em pontos distintos do curso. Além disso, não houve diagnóstico formal por profissional habilitado no Estudo de Rice et al.(2014), sendo apenas administrados questionários auto-aplicáveis e sem diagnóstico diferencial de outros transtornos psiquiátricos os quais podem mimetizar sintomas de TDAH secundariamente a uma doença de base maltratada, tal como transtorno depressivo maior. Todavia tais limitações provavelmente se apresentam como vieses negativos para a hipótese dos autores, pois tendem a piorar a performance dos combatentes em relação aos controles quando presentes. Para explicar o

motivo pelo qual não houve diferenças, os autores argumentam que os soldados participantes do curso, caso apresentem TDAH ou TOD, já foram pré-selecionados ao longo da vida no sentido de apresentarem características de personalidade de alta persistência e resiliência, para conseguir engajar no curso. Estas características suprimiriam os sintomas e acabariam por equilibrar este grupo com o grupo sem sintomas em questão de desempenho. Nesse sentido, o estudo de Zuret al. (2018) também apresentou equivalência de desempenho quando a população analisada foi a de Oficiais e de pessoal de serviço de inteligência, funções nas quais, para serem alcançadas, os militares com TDAH tiveram de passar por testes e concursos e se equiverem aos pacientes sem TDAH. Por último, as sub-populações de oficiais e de inteligência de Zur et al. (2018), quanto de Riceet al.(2014), apresentam um controle natural de Q.I já que as populações provavelmente foram pré-selecionadas por duros testes intelectuais. Ainda assim, caso tais populações (a de Riceet al.(2014) e a subpopulação de Oficiais e de serviço de inteligência de Zuret al. (2018)) sejam submetidas a altíssimo grau de exigência intelectual, tal como na a população do estudo de Sarfati et al, (2020) , a Academia da Força Aérea é submetida, mesmo que em grau leve, os pacientes com TDAH poderiam obter os mesmos resultados que Sarfati et al (2020) obteve com diferença entre os possíveis TDAHs oligossintomáticos e os pacientes controles.

Já o Estudo de Fruchter et al. (2019), apresenta uma população heterogênea, já que nas forças armadas Israelenses são aceitos pacientes com TDAH de graus variados. Além disso, por este estudo ter avaliado a população de recrutas, estão presentes pacientes com os mais variados graus de escolaridade e de Q.I.

No estudo de Fruchter et al. (2019), as visitas médicas e a profissionais de saúde mental foram mais freqüentes em portadores de TDAH. Porém no estudo de Krauss et al. (2006) não houve diferença em relação a hospitalização por motivos de saúde mental nos TDAHs em relação aos controles. Há que se considerar que internações hospitalares são situações extremas, em pacientes de grande gravidade de transtornos mentais. Além disso, no estudo de Krauss et al. (2006), foram incluídos somente TDAHs com bom funcionamento social, sendo, portanto, uma amostragem populacional de militares portadores de TDAH do que o Estudo de Fruchter et al. (2019), o qual incluiu portadores de TDAH de maneira mais ampla, com transtorno de aprendizagem e sem transtornos de aprendizagem.

Ainda, em consideração ao estudo de Fruchter et al. (2019), dificuldades de ajuste e de funcionamento no meio militar são sugeridos pelo maior número de visitas medicas, maior número de dias doentes, maiores desqualificações profissionais e menor evolução profissional. Estes dados estão de acordo com o desempenho ocupacional de portadores de

TDAH descritos na literatura civil. (BARKLEY et al. 2006 ; GRAAF et al. 2008 ; HANSEN et al. 1999 ;KESSLER et al. 2009).

Por fim, contrariamente à literatura, q qual aponta mais freqüente uso de substâncias em TDAH do que a população controle, o Estudo de Fruchter et al. (2019) apresenta taxa de uso de substâncias sem diferenças entre os dois grupos. Isso pode estar ocorrendo devido a estrita proibição do uso de substâncias nas forças armadas israelenses, levando a viés de resposta ou até mesmo levar os recrutas a abstinência previamente ao serviço.

4 CONCLUSÃO

Os poucos estudos epidemiológicos que avaliam a presença de TDAH em militares, apontam que mesmo com certa política de restrição ao ingresso de TDAH no serviço militar americano, ainda assim cerca de 5 a 10% da população de militares desse país é portadora do transtorno.

A política a respeito da inclusão de indivíduos com TDAH no meio militar varia entre países e inclina-se a ser uma política de restrição ao ingresso. Todavia ,em geral, vem se flexibilizando a presença de TDAH, porém, de maneira geral, nos Estados e em Israel, mantendo restrições que excluem os casos mais graves e com comorbidades.

A literatura mundial sobre o tema é parca e os estudos publicados são basicamente dos Estados Unidos e de Israel. Israel apresenta os melhores estudos sobre o tema, o que reflete de certa forma, uma preocupação de tal Estado com esses indivíduos.

A literatura aponta de maneira geral para um impacto funcional negativo na atividade militar quando da presença do transtorno, em militares portadores. No entanto, o TDAH não é incapacitante para o serviço militar. Além disso, pode não haver diferenças significativas de desempenho em sub populações de militares, tais como Oficiais portadores de TDAH versus recrutas de serviço militar obrigatório portadores de TDAH, estando o desempenho a depender de diversos outros fatores, tais como personalidade, motivação para o serviço, Q.I e grau de escolaridade.

Como sugestão, os próximos estudos de preferência devem fazer um diagnóstico formal de TDAH com avaliação de comorbidades, por especialista, avaliar a graduação de gravidade do transtorno, avaliar militares com e sem o uso de medicação para o tratamento de TDAH e das comorbidades. Além disso, em estudos prospectivos, equilibrar grupos em avaliação no que se refere a grau de instrução, Q.I e motivação.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2020.
2. ANDRADE, Cristiane Ruth Mendonça de et al. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 21, n. 4, p. 455-464, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/v21n4a12%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/v21n4a12%20(3).pdf)>. Acesso em: 08 ago. 2020.
3. BARKLEY, Russell A. et al. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, [S.l.], v. 45, n. 2, p. 192-202, 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16429090/>>. Acesso em 15 ago. 2020.
4. CHAO, Che- Yi et al. Relationship of attention-deficit-hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Tokyo, v. 62, n. 4, p. 421-426, 2008. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1440-1819.2008.01830.x>>. Acesso em: 21 jul. 2020.
5. FRANCO, Marcelo et al. Políticas Públicas para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Conhecer: debate entre o público e o privado**, Fortaleza, v. 5, n. 14, p. 48-69, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/1351-Texto%20do%20artigo-4997-1-10-20190510.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2020.
6. FRUCHTER, Eyal et al. Functioning of Young adults with ADHD in the military. **Journal of attention disorders**, [S.l.], v. 23, n. 12, p. 1470-1474, 2019. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1087054716652478>>. Acesso em 20 ago. 2020.
7. GRAAF, Ron de et al. The prevalence and effects of adult attention-deficit /hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. **Occupational and environmental medicine**, [S.l.], v. 65, n. 12, p. 835-842, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2665789/>>. Acesso em: 07 jul. 2020.
8. GREVET, Eugenio Horácio; ROHDE, Luís Augusto. **Diretrizes e algoritmo para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta**. Artmed: Porto Alegre, 2005. p. 375. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Algoritmo%20%20TDAH.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2020.
9. HANSEN, Cheri; WEISS, Danielle; LAST, Cynthia G. ADHD boys in Young adulthood: psychosocial adjustment. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, [S.l.], v. 38, n. 2, p. 165-171, 1999. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856709628938>>. Acesso em 02 set. 2020.

10. HARRINGTON, Kelly M. et al. Attention –deficit / hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder. **Comprehensive Psychiatry**, [S.l.], v. 53, n. 6, p. 679-690, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6519447/>>. Acesso em: 18 ago. 2020.
11. HINSHAW, Stephen P. et al. Prospective follow-up of girls with attention-deficit / hyperactivity disorder into early adult hood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. **Journal of Consulting and clinical psychology**, [S. l.], v. 80, n. 6, p. 1041, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3543865/>>. Acesso em: 05 set. 2020.
12. HOGE, Charles W. et al. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 351, n. 1, p. 13-22, 2004. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa040603>>. Acesso em: 21 jul. 2020.
13. HORA, Ana Flávia et al. A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. **Psicologia**, Lisboa, v. 29, n. 2, p. 47-62, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087420492015000200004&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 25 jun. 2020
14. KESSLER, Ronald C. et al. Clinical reappraisal of the Composite International Diagnostic Interview Screening Scales (CIDI- SC) in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). **International journal of methods in psychiatric research**, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 303-321, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027964/>>. Acesso em: 05 set. 2020
15. KESSLER, Ronald C. et al. Thirty-day prevalence of DSM-IV mental disorders among non deployed soldiers in the US Army: results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). **JAMA psychiatry**, [S.l.], v. 71, n. 5, p. 504-513, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057988/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.
16. KESSLER, Ronald. C. et al. The prevalence and work place cost of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. **Psychological medicine**, [S.l.], v. 39, n. 1, p. 137-147, 2009. Disponível em: <http://fireworksonthebrain.com/PSM_Kessler-137.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020.
17. KIMBREL, Nathan A. et al. ADHD and non suicidal self-injury in male veterans with and without PTSD. **Psychiatry research**, [S.l.], v. 252, p. 161-163, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5515623/>>. Acesso em: 18 ago. 2020.
18. KOCSIS, June G. **Attention deficit hyperactivity disorder and homelessness: Is there a connection.** 2004. Tese de Doutorado. Union Institute and University, Ohio, 2004. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/f4f1e882f366d6b0cd21e261dfff4b8a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>>. Acesso em: 30 jun. 2020.
19. KRAUSS, Margot R. et al. Accession standards for attention-deficit hyperactivity disorder: a survival analysis of military recruits, 1995–2000. **Military medicine**, [S.l.], v. 171, n. 2, p. 99-102, 2006. Disponível em: <<https://academic.oup.com/milmed/article/171/2/99/4577888>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

20. LOMAS, Ben; GARTSIDE, Peter S. Attention-deficit hyperactivity disorder among homeless veterans. **Psychiatric Services**, [S.l.] v. 48, n. 10, p. 1331-1333, 1997. Disponível em: <<https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.48.10.1331>>. Acesso em: 21 jul. 2020.
21. NOCK, Matthew K. et al. Patterns and predictors of persistence of suicide ideation: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). **Journal of abnormal psychology**, [S.l.], v. 127, n. 7, p. 650, 2018. Disponível em: <<https://www.apa.org/pubs/journals/abn>>. Acesso em: 30 jun. 2020.
22. RAMCHAND, R. et al. Disparate prevalence estimates of PTSD among service members Who served in Iraq and Afghanistan: Possible explanations. **Journal of Traumatic Stress**, Washington, v. 23, n. 1, p. 59-68, 2010. Disponível em: <http://www.ncdsv.org/images/JTS_Disparate-Prevalence-Estimates-of-PTSD-Among-Service-Members-Who-Served-in-Iraq-and-Afghanistan_2-2010.pdf>. Acesso em: 2 jul.
23. RICE, Valerie J.; BUTLER, Jenny; MARRA, Diane. The relationship between symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder with soldier performance during training. **Work**, Texas, v. 44, n. Supplement 1, p. 105-114, 2013. Disponível em: <<https://content.iospress.com/articles/work/wor01544>>. Acesso em: 18 ago. 2020.
24. ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 22, p. 07-11, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 01 set. 2020.
25. ROSELLINI, Anthony J. et al. Life time prevalence of DSM- IV mental disorders among new soldiers in the US Army: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). **Depression and Anxiety**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 13-24, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25338841/>>. Acesso em: 27 ago. 2020.
26. SARFATI, Shani et al. Success rates at the Air Force Pilot Academy and its relation to methylphenidate use. **Aerospace Medicine and Human Performance**, Virgínia v. 90, n. 9, p. 788-791, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31426894/>>. Acesso em: 15 jul. 2020.
27. SHAW, Monica et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. **BMC medicine**, Pennsylvania, v. 10, n. 1, p. 99, 2012. Disponível em: <<https://bmcmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1741-7015-10-99>>. Acesso em: 17 ago. 2020.
28. SPENCER, Thomas J. et al. Functional genomics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) risk alleles on dopamine transporter binding in ADHD and healthy control subjects. **Biological psychiatry**, New Haven, v. 74, n. 2, p. 84-89, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23273726/>>. Acesso em: 29 jun. 2020.
29. SPENCER, Andrea E. et al. Examining the association between posttraumatic stress disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. **The Journal of Clinical Psychiatry**, [S.l.], v. 77, p. 72-83, 2016. Disponível em:

<<https://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2016/v77n01/v77n0115.aspx>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

30. TANIELIAN, Terry et al. **Invisible wounds of war**: summary and recommendations for addressing psychological and cognitive injuries. Rand Corporation: Santa Monica, 2008.

31. WILENS, Timothy E.; SPENCER, Thomas J. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. **Postgraduate medicine**, [S.l.], v. 122, n. 5, p. 97-109, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3724232/>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

32. WILLCUTT, Erik G. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. **Neurotherapeutics**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 490-499, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22976615/>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

33. WU, Eric Q. et al. Cost effectiveness of pharmacotherapies for attention-deficit hyperactivity disorder. **CNS drugs**, [S.l.], v. 26, n. 7, p. 581-600, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/296935440_Cost_Effectiveness_of_Pharmacotherapies_for_Attention-Deficit_Hyperactivity_Disorder_A_Systematic_Literature_Review>. Acesso em: 10 ago. 2020.

34. ZUR, Meital et al. The Impact of Adherence to Treatment for ADHD on the Quality of Military Service—The Israeli Military Experience. **Military medicine**, [S.l.], v. 183, n. 9-10, p. e518-e524, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30007280/>>. Acesso em: 29 jul. 2020.