

PMK: validade preditiva do PMK em relação à presença de sintomas psicopatológicos

Alina Gomide Vasconcelos¹ – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

Elizabeth do Nascimento – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

Jáder dos Reis Sampaio – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

Resumo

O Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) é considerado uma técnica útil na avaliação de seis fatores da personalidade no Brasil. Tendo como base a teorização proposta por Mira y Lopes, manifestações extremas dessas dimensões estão relacionadas a indícios de sintomas psicopatológicos. Este trabalho teve como objetivo principal investigar a capacidade preditiva das medidas do PMK em relação ao diagnóstico de transtorno de humor. Para tal, compararam-se as medidas do PMK de 31 indivíduos com diagnóstico de transtorno mental e 31 controles pareados nas variáveis sociodemográficas. Foi utilizada a estatística de Wilcoxon e os resultados indicaram que não houve diferenças entre os grupos. Conclui-se que as medidas de personalidade baseadas no PMK, tal como calculadas no presente estudo, não foram sensíveis à presença de tendências depressivas constitucionais conforme sua fundamentação teórica. Na literatura brasileira, não foram encontrados estudos atuais que tiveram o propósito de compreender a capacidade do PMK em diferenciar grupos-critérios em termos de sintomas psicopatológicos. Por isso, verifica-se a necessidade do desenvolvimento de visão conceitual crítica e metodologicamente consistente dos parâmetros psicométricos do PMK no intuito de legitimar a interpretação proposta por Mira y Lopez para o uso do instrumento em diferentes contextos da avaliação psicológica.

Palavras-chave: PMK, Validade preditiva, Psicopatologia.

PMK: criteria-related validity regarding psychopathologic symptoms

Abstract

Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) is considered a useful technique for the evaluation of six personality factors in Brazil. Based on the theory proposed by Mira y Lopez, extreme manifestations of these dimensions are related to signs of psychopathology. This study aimed to investigate the predictive ability of measures of the PMK in the diagnosis of mood disorder. To this end, we compared measures of PMK in 31 individuals diagnosed with mental disorder and 31 controls matched on sociodemographic variables. We used Wilcoxon test and the results showed no differences between groups. It is concluded that measures of personality as calculated in this study were not sensitive to the presence of mental disorders of mood. In the Brazilian literature, current studies that had the purpose of understanding the PMK's capacity in differentiating group-criteria in psychopathological symptoms have not been found. New psychometric studies should be conducted to justify the interpretation suggested by Mira y Lopez.

Keywords: PMK, Predictive validity, Psychopathology.

O Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) tem sido considerado uma técnica bastante útil na avaliação da personalidade, no Brasil, pela comunidade profissional embora sejam escassas investigações que comprovem sua utilidade do ponto de vista aplicado (Alves e colaboradores, 1998; Baumgartl, 2004; Sisto, 2010). Ele é utilizado como um dos principais instrumentos de avaliação psicológica em concursos públicos da área de segurança pública em Minas Gerais (Vasconcelos, 2010) e na avaliação psicológica para obtenção de Carteira Nacional de Habilitação (Passos & Câmara, 2005). Tal utilização, entre outros aspectos, se deve à natureza não-verbal e não-temática do teste – o que o torna menos passível do efeito da aprendizagem e do treino.

O PMK é definido como um teste psicológico que avalia características estruturais e reacionais de

personalidade. Baseia-se na Teoria Motriz da Consciência, a qual postula, em síntese, que toda intenção é acompanhada de uma modificação do tônus postural, o que facilita a ação dos movimentos necessários para atingir o objetivo e inibe aqueles contrários. Esse postulado fundamenta-se na concepção de que corpo e mente são instâncias inseparáveis, portanto, é possível avaliar traços temperamentais mediante a ação de determinados músculos nos três planos do espaço.

Os braços realizam a maior parte das atividades motoras do indivíduo, por isso, no PMK, as ações dos grupos de músculos antagonísticos localizados nos braços são consideradas relacionadas a características do temperamento. De acordo com essa teoria, a personalidade, na sua forma atitudinal, pode ser investigada mediante a análise de tensões musculares involuntárias dos braços em diferentes orientações espaciais que revelam as tendências fundamentais de reação do indivíduo, constituídas por suas peculiaridades temperamentais e caracterológicas (Galland de Mira, 2002).

¹ Endereço para correspondência:

Rua Desembargador Afonso Lages, 341 – apto 603

Dona Clara – 31260-250– Belo Horizonte-MG.

E-mail: alinagomide@gmail.com

O teste visa avaliar seis fatores da personalidade que se manifestam em determinado grau em todos os indivíduos, a saber: Tônus Vital, Agressividade, Dimensão Tensional, Reação Vivencial, Emotividade e Predomínio Tensional. A dimensão Tônus Vital é definida constitucionalmente como o

nível de energia vital disponível e circulante em certo momento da vida, representando uma medida do potencial biológico capaz de ser liberado ante a qualquer situação de emergência (Galland de Mira, 2002, p. 49)

A segunda dimensão avaliada pelo teste é o fator Agressividade, entendido constitucionalmente como a “força propulsora que leva o indivíduo a uma atitude de afirmação e domínio pessoal perante qualquer situação” (Galland de Mira, 2002, p. 49). A Reação Vivencial é a dimensão que indica o “nível de energia psíquica dirigida para fora, em atitude de doação e exteriorização, ou para dentro, de retenção, interiorização do conteúdo psíquico” (Galland de Mira, 2002, p. 49). A quarta característica psicológica avaliada pelo PMK é a Emotividade, que se refere à

reação de emergência que se produz quando o organismo não tem pautas preestabelecidas para reagir a uma situação. É uma repercussão geral com vibração somatopsíquica que mostra fchas do sistema adaptativo de uma pessoa (Galland de Mira, 2002, p. 50)

O fator Dimensão Tensional pode ser entendido como o

processo fisiológico básico e complexo do sistema nervoso, em que os reflexos da inibição e excitação se manifestam pelas vias neuro-elétricas de acordo com uma determinada estimulação e energia psíquica (Galland de Mira, 2002, p. 50)

Finalmente, o Predomínio Tensional deriva do processo fisiológico dos reflexos de inibição e excitação, incluindo as “estimulações que podem se manifestar num processo estável, irregular ou por graves alterações que podem chegar a crises convulsivas” (Galland de Mira, 2002, p. 50).

Interessa-nos, particularmente, compreender a dimensão do Tônus Vital. Operacionalmente, ele é avaliado no PMK pelos movimentos de subida e descida realizados no plano vertical. O fator se caracteriza por dois extremos: elação e depressão. A elação manifesta-se pela maior facilidade dos movimentos de subida e indica indivíduos com uma maior necessidade de ação, que tendem a apresentar uma disposição eufórica, animada e otimista. Em contraposição, um baixo grau de tônus vital, que se manifesta pelo predomínio de movimentos de descida no plano vertical, indica indivíduos indolentes para a

ação, astênicos e com tendências depressivas. Entendemos, portanto, que, do ponto de vista lógico, manifestações extremas do tônus vital na mão dominante estão relacionadas a indícios de sintomas psicopatológicos dos transtornos de humor.

Os transtornos de humor compreendem um grupo de patologias cuja característica predominante é uma perturbação da afetividade (Americam Psychiatric Association, 1994). As manifestações afetivas são consideradas inadequadas em relação à intensidade, frequência e duração (Piccoloto, Wainer, Benvegnú & Juruena, 2000). Os transtornos de humor podem ser divididos em quadros depressivos, maníacos ou mistos, em que ocorrem ambos os episódios citados, como o Transtorno Afetivo Bipolar e o Transtorno Ciclotímico. Entre os transtornos de humor, a depressão é a manifestação afetiva mais comum (Coyne, Pepper & Flynn, 1999; Kaplan & Sadock, 1993), sendo os sintomas bastante diversos e pode incluir sentimentos de tristeza, angústia ou desesperança, perda de prazer e interesse nas atividades diárias, ideação suicida, além de alterações neurovegetativas, como distúrbios do sono, apetite, atividade psicomotora e funcionamento sexual (Dalgalarrodo, 2000). No outro extremo das perturbações de humor, encontramos os quadros maníacos caracterizados por um afeto expansivo, eufórico e irritável, autoestima inflada. Dentre as alterações neurovegetativas desse quadro pode-se citar necessidade de sono diminuída, fuga de idéias, logorria, alterações cognitivas, como dificuldades de atenção sustentada, envolvimento excessivo em atividades prazerosas e arriscadas (Americam Psychiatric Association, 1994).

Tendo em vista a ampla utilização do PMK tanto no contexto organizacional (Baumgartl, 2004) quanto clínico (Passos & Câmara, 2005), o objetivo deste estudo foi investigar a capacidade preditiva das medidas de tônus vital do PMK em relação ao diagnóstico de transtorno de humor. Para tal, baseamos-nos em uma amostra de trabalhadores de uma instituição pareados nas variáveis sociodemográficas e tempo de serviço. A escolha pelo estudo dos diagnósticos de transtornos de humor justifica-se, uma vez que eles causam grande impacto em nossa sociedade, tanto em relação aos custos sociais quanto ao sofrimento subjetivo que causam aos pacientes e seus familiares (Tavares & Juruena, 2001). Em serviços de atenção primária, a depressão é o transtorno mental mais comum e essa alta prevalência representa maiores gastos de saúde, maior número de retorno a consultas, internações mais longas, pior qualidade de vida e maior

morbidade clínica (Thompson, Ostler, Peveler, Baker & Kinmonth, 2001).

Método

O estudo foi previamente aprovado junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais.

Participantes

Participaram 62 soldados admitidos em uma organização militar no período de 2002 a 2004, dos quais 31 participantes apresentaram diagnóstico de transtorno mental após a avaliação psicológica inicial. O grupo controle foi formado por 31 indivíduos sem histórico de transtorno psiquiátrico, comparáveis nas variáveis sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil e tempo de serviço na organização, selecionados de uma ampla amostra composta por 248 indivíduos. A variável utilizada para realizar a divisão dos grupos foi a presença de pelo menos uma licença-saúde devido a transtorno de humor no histórico médico dos indivíduos. A escolha desse critério psicopatológico justifica-se pela suposição teórica de que as medidas do PMK sejam sensíveis à presença de sintomas de transtornos mentais que geram afastamento total do serviço. É importante ressaltar que todos os indivíduos eram destros, no intuito de tornar a amostra mais homogênea, pois, de acordo com o manual técnico do PMK, as medidas padronizadas para os canhotos poderiam ser obtidas por meio da inversão da tabela de normas (Galland de Mira, 2002). No entanto, não foram encontrados estudos que compararam se existem diferenças nas medidas obtidas em grupos com diferentes lateralidades.

A amplitude de idade dos indivíduos do grupo clínico variou entre 18 e 29 anos (média=21,83; $dp=2,69$) e do grupo controle, entre 18 e 28 anos (média=21,87; $dp=2,57$). Sessenta e oito por cento dos indivíduos de cada um dos grupos são do sexo masculino e 93,50% são solteiros. Além disso, 64,50% dos indivíduos de cada um dos grupos apresentam escolaridade referente ao segundo grau completo. Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi observada entre os dois grupos em termos de idade ($t=-0,15$; $gl=60$; $p=0,89$), sexo ($X^2=0,00$; $gl=1$; $p=1,00$), escolaridade ($X^2=0,00$; $gl=2$; $p=1,00$) e estado civil ($X^2=0,00$; $gl=1$; $p=1,00$). Diferença quanto ao tempo de serviço na organização também não foi observada ($t=-1,15$; $gl=60$; $p=0,26$). Quanto às variáveis funcionais, não houve diferenças entre os grupos, tais como presença de dispensas-saúde, recompensas e comunicações disciplinares (valores do

qui-quadrado variaram entre 0,11 a 0,30; $gl=1$; $p>0,05=0,74$).

Instrumentos e medidas

As medidas utilizadas na coleta de dados são apresentadas a seguir:

a) Psicodiagnóstico Miocinético (PMK, Galland de Mira, 2002): O PMK foi desenvolvido por Mira y Lopes e apresentado à comunidade científica em 1939. Seu desenvolvimento foi baseado em técnicas expressivas com o objetivo de investigar os aspectos estruturais e reacionais da personalidade por meio de respostas psicomotoras, conforme já apresentado (Galland de Mira, 2002). A aplicação completa do teste, composto por seis folhas, é individual e não possui tempo limitado, devendo ser realizada em duas sessões com intervalo mínimo de 24 horas e intervalo máximo de sete dias (Galland de Mira, 2002). Quantitativamente, são obtidos 76 traçados que oferecem informações para diferentes traços de personalidade avaliados pelo instrumento. Em relação à apuração dos resultados, têm-se disponíveis tabelas de normas com relação ao sexo, e os escores brutos são convertidos em tetrons na classificação final. Outras tendências psicológicas relacionadas ao tipo de movimento podem ser identificadas por meio da análise qualitativa dos traçados, tais como a excitabilidade ou inibição, ansiedade ou angústia, nível ideomotor, impulsividade e outros aspectos decorrentes da avaliação qualitativa dos traçados do indivíduo. A expressão nível ideomotor foi utilizada por Mira y Lopez para designar o grau de inteligência abstrata e espacial referente à capacidade do indivíduo de se orientar no espaço (Galland de Mira, 2002).

A tarefa é constituída de uma série de estímulos gráficos que o examinando deve reproduzir em diferentes planos do espaço (horizontal, vertical e sagital), usando um lápis, ora vendo (fase de treinamento), ora com um anteparo na frente de seus olhos, o que impede que realize um controle visual sobre a configuração do traçado. Utiliza-se a mão dominante e, posteriormente, a não-dominante e, também, ambas as mãos para a realização dos traçados. A justificativa para a observação dos movimentos das duas mãos é que, de acordo com o princípio da dissociação miocinética subjacente ao desenvolvimento do teste, há diferenças entres os dois hemisférios cerebrais no que tange às manifestações temperamentais (Galland de Mira, 2002). A metade dominada (mão esquerda para os destros e mão direita para os canhotos) está relacionada à manifestação das intenções e atitudes básicas, instintivas e temperamentais do indivíduo. Já a metade dominante

(mão esquerda para os canhotos e mão direita para os destros) expressa atitudes atuais e conscientes do indivíduo.

b) Licença-saúde: A licença-saúde consiste no afastamento total do serviço ou de atividades inerentes ao cargo, em decorrência de condição física e/ou mental, constatada em inspeção de saúde ou durante período de hospitalização, conforme documentos oficiais da organização. Para fins de análise, foram discriminadas duas categorias de licenças-saúde, conforme o diagnóstico médico baseado nos critérios da Classificação Internacional de Doenças CID-10, (OMS, 1993). As licenças-saúde relacionadas ao diagnóstico de transtornos mentais e comportamento saúde mental (CID-10 F) foram diferenciadas daquelas relacionadas propriamente a diagnósticos de patologias relacionadas à saúde física. Além disso, a categoria de transtornos mentais e comportamento saúde mental foi subdividida em presença de transtorno mental de humor e outros transtornos. Essa divisão justifica-se pela suposição teórica de que o fator tônus vital avaliado pelo PMK é sensível à presença de transtornos mentais de humor (Galland de Mira, 2002).

Procedimentos de coleta e análise dos dados

Os dados foram obtidos por meio de análise documental que incluiu a consulta aos arquivos físicos do Serviço de Saúde da organização a fim de se obterem os escores do PMK e a presença de licença-saúde devido a transtorno de humor no histórico médico de cada participante. O diagnóstico de transtorno de humor foi estabelecido de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças por um médico psiquiatra do Serviço de Saúde da organização (OMS, 1993). O pareamento dos indivíduos teve o intuito de controlar possíveis variáveis confundidoras da associação entre traços de personalidade premórbidos e o desfecho patológico. Em relação às medidas utilizadas neste estudo, estavam disponíveis 66 itens PMK, pois, no exame psicológico realizado para admissão de candidatos ao cargo operacional em questão, utilizou-se a versão reduzida do instrumento, que exclui as configurações não-lineares referentes aos círculos e aos elos ascendentes e descendentes. É importante ressaltar que a escala de medida dos escores dos itens, cuja variação original corresponde a -12 tetrons a +12 tetrons, foi recodificada de maneira a retirar o sinal negativo, o que resultou numa escala cujos novos valores variam entre 0 e +24 tetrons. Posteriormente, os desempenhos nos

itens de uma mesma dimensão teórica do instrumento foram reunidos por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE), dando origem às variáveis latentes correspondentes às dimensões. Os resultados completos da AFE estão disponíveis em Vasconcelos (2010). Em seguida, os escores fatoriais do PMK obtidos anteriormente por meio da AFE foram codificados em categorias ordinais com base nas referências apresentadas no manual técnico para a interpretação das medidas dos itens do instrumento. Com base nesses pontos de corte, neste estudo, delimitaram-se cinco categorias, formadas a partir dos valores contínuos dos escores fatoriais, a saber: normal, diminuída, aumentada, patológica diminuída, patológica aumentada. As denominações e os escores limites das categorias foram: a) normal: formada a partir dos escores fatoriais médios, correspondente a -1dp a +1dp; b) diminuída: formada a partir do intervalo de valores correspondentes aos escores fatoriais diminuídos (-2dp a -1dp); c) aumentada: referente aos escores fatoriais aumentados (+1dp a +2dp); d) patológica diminuída: constituída pelos escores fatoriais situados na zona patológica diminuída (abaixo de -2dp); e) patológica aumentada: composta pelos escores fatoriais localizados na zona patológica aumentada (acima de +2dp). As análises subsequentes em que se incluem as medidas do PMK foram realizadas com base nas categorias dos escores fatoriais propostas.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas a fim de caracterizar a amostra e as variáveis do estudo. Para verificar a diferença entre os grupos no tônus vital e nas demais medidas do PMK foi utilizado o Teste de Wilcoxon. A estatística de Wilcoxon é uma alternativa não-paramétrica para comparação de grupos, e sua escolha justifica-se uma vez que as amostras são pareadas e as medidas do PMK utilizadas nas análises apresentaram nível de mensuração ordinal (Levin, 1987). Para as análises dos dados adotou nível de significância de 5%.

Resultados

As estatísticas descritivas para os escores ordinais nas dimensões do PMK são apresentadas a seguir, na Tabela 1. Nota-se que a maioria dos participantes (aproximadamente 70%) dos dois grupos apresentou escores dentro da zona de normalidade no fator tônus vital do PMK e em ambas as mãos.

Tabela 1. Estatísticas descritivas da frequência de indivíduos em cada uma das categorias dos escores fatoriais da dimensão tônus vital

Categorias dos escores fatoriais	Grupo não-clínico		Grupo clínico	
	MD	ME	MD	ME
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Patológico diminuído	2 (6,5)	2 (6,5)	2 (6,5)	0 (0)
Diminuído	2 (6,5)	5 (16,1)	1 (3,2)	2 (6,5)
Médios	20 (64,5)	18 (58,1)	24 (77,4)	24 (77,4)
Aumentado	5 (16,1)	6 (19,4)	3 (9,7)	5 (16,1)
Patológico aumentado	2 (6,5)	0 (0)	1 (3,2)	0 (0)

Legenda: MD: Mão direita; ME: Mão esquerda.

As comparações entre os grupos clínico e não-clínico nas medidas do tônus vital e constitucional por meio do teste de Wilcoxon indicaram o valor da estatística de teste de $Z=0,78$ (valor $p=0,45$) para a medida da mão dominante e equivalente a $Z=0$; (valor $p=1$) para a mão dominada. O resultado indicou que não houve diferenças entre os grupos nas medidas do tônus vital. Adicionalmente, foram realizadas comparações entre as demais medidas do PMK dos dois grupos, a saber: emotividade, agressividade, reação vivencial, predomínio tensional e dimensão tensional. Nessas medidas, observou-se um padrão de distribuição dos escores dos indivíduos dos dois grupos semelhante àquele observado nas categorias do tônus vital, em que a maioria dos indivíduos apresentou escores fatoriais médios nas dimensões (frequência relativa variando entre 58% e 81%). Os resultados do valor Z do teste de Wilcoxon variaram entre 0,27 e 1,13 ($g=1$; $p>0,26$), o que também indicou ausência de diferenças significativas entre as medidas fatoriais emotividade, agressividade, reação vivencial, predomínio tensional e dimensão tensional do PMK dos dois grupos. Esse resultado mais amplo indica a fragilidade das medidas do instrumento para discriminar indivíduos com transtorno de humor, diferente da proposta teórica de Mira y Lopes.

Discussão

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental deve ser entendida como um aspecto da saúde geral, e se refere a um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe suas próprias habilidades, é capaz de lidar com eventos estressantes da vida cotidiana e trabalhar de forma produtiva e frutífera, contribuindo para sua comunidade (OMS, 2001). De acordo com Mira y Lopez, as análises dos traçados obtidos no PMK podem ser úteis para a aferição de aspectos psicopatológicos associados ao temperamento, dado que os traçados de indivíduos com transtornos mentais tendem a apresentar

características típicas no PMK (Galland de Mira, 2002). Tendo como referência o manual técnico, tem-se delimitadas as características gerais em termos de personalidade normal, limítrofe e patológica, esta última englobando esquizofrenia, psicose maniaco-depressiva, epilepsia, paranoia, entre outros. Sabe-se pouco a respeito dos padrões psicométricos do PMK (Baumgartl, 2004; Sisto, 2010), embora constitua um dos instrumentos mais conhecidos entre os psicólogos brasileiros, particularmente no contexto organizacional (Godoy & Noronha, 2005).

De acordo com os Padrões Internacionais de Testagem, a validade psicométrica é um parâmetro psicométrico que se refere ao grau em que as evidências acumuladas por meio de vários estudos empíricos indicam que os escores de um instrumento oferecem informações legítimas sobre o construto psicológico (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA] & National Council on Measurement in Education [NCME], 1999). Dentre essas fontes de evidências de validade, citam-se as evidências de validade relacionadas: a) ao conteúdo do teste, b) aos processos de resposta, c) à estrutura interna, d) às relações dos escores do teste com outras variáveis, e e) às consequências do uso do teste (AERA, APA & NCME, 1999). As evidências de validade relacionadas ao critério podem ser entendidas como o grau em que os escores do teste estão correlacionados com os indicadores comportamentais externos ao instrumento, como, por exemplo, o diagnóstico médico.

No Brasil, apenas recentemente, houve uma preocupação formal com o reconhecimento social e jurídico da avaliação psicológica nos diversos contextos, o que culminou com a resolução 02/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003). Com base nesse documento e em documentos internacionais (AERA, APA, NCME, 1999; SIOP, 2003) pontua-se que, para se realizar um exame psicológico adequado, além da capacitação técnica do profissional, no que se

refere aos princípios teóricos e psicométricos, faz-se necessário investigar se os construtos que os instrumentos avaliam estão associados a critérios externos ao instrumento. Além disso, é imprescindível o emprego de técnicas e instrumentos que apresentem evidências de validade para o contexto em questão.

Na literatura brasileira, não foram encontrados estudos atuais com o propósito de compreender a capacidade do PMK em diferenciar grupos-critérios em termos de sintomas psicopatológicos, em especial transtornos de humor (Sisto, 2010). Considera-se, portanto, que estudos psicométricos são necessários, no intuito de acumular evidências empíricas que legitimem a interpretação proposta por Mira y Lopez para o uso do PMK nos diferentes contextos. Nesse sentido, os resultados do presente estudo estão diretamente relacionados aos procedimentos de adaptação e validação dos testes psicológicos para contextos específicos, conforme recomendação da American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA] & National Council on Measurement in Education [NCME] (1999). Com o objetivo de avaliar a validade de critério do PMK em relação a desfecho de saúde, número de licenças-saúde foi utilizado como critério. Os resultados indicaram que não houve diferenças significativas no tônus vital e nas demais medidas do PMK dos grupos controle e clínico, mesmo quando controladas as variáveis sociodemográficas e funcionais que poderiam interferir nos resultados. Diante disso, pôde-se concluir que a medida do tônus vital, tal como calculada no presente estudo, não foi sensível à presença de transtornos mentais de humor. Além disso, não foram observadas associações entre as demais medidas do PMK (emotividade, agressividade, reação vivencial, predomínio tensional e dimensão tensional) e a variável desfecho. Tais resultados não foram na direção esperada, pois, considerando-se a definição de personalidade como um construto que tende à estabilidade, esperava-se que indivíduos com tendências constitucionais depressivas no momento da admissão apresentassem maior frequência de sintomas depressivos ao longo do período de seguimento quando comparados com indivíduos sem tais tendências iniciais. Finalmente, não foi possível desenvolver referências formais dos pontos de corte nos instrumentos específicos para a amostra do contexto em questão no intuito de propiciar critérios avaliativos objetivos e padronizados para a interpretação dos resultados.

Diante disso, sugere-se que as medidas do PMK não sejam utilizadas como critério eliminatório único para tomada de decisão sobre condições de

saúde mental, em especial sintomas depressivos, nessa organização. Como alternativa, o desempenho observado no PMK deve desencadear um processo de acompanhamento sistemático dos recrutas que apresentam maior tendência à manifestação de sintomas psicopatológicos dos transtornos de humor. O objetivo desse acompanhamento será reunir maiores informações baseadas em eventos comportamentais que corroborem essas tendências e possibilitar a intervenção psicológica precoce.

Pode-se apontar algumas limitações do presente estudo, citando, por exemplo, que na seleção do grupo controle não foi utilizada uma medida independente do critério para avaliação da condição de saúde dos participantes. Além disso, pode-se problematizar que o processo de aplicação e correção dos testes psicológicos realizado em Clínicas de Psicologia credenciadas junto à organização pode acarretar prejuízos na uniformidade da aplicação dos testes, o que, por sua vez, pode comprometer a validade e a precisão dos resultados gerados. Variações interaplicadores são relevantes, principalmente em relação ao PMK, uma vez que este instrumento apresenta aplicação complexa. Diante de tais limitações, novos estudos devem ser conduzidos a fim de buscar evidências de validade que atestem a utilidade do PMK na identificação da presença de sintomas relativos a transtornos mentais.

É importante ressaltar que, embora os resultados do presente estudo não indiquem evidências de validade de critério da medida do tônus vital, entende-se que este achado não é suficiente para sustentar possíveis hipóteses sobre a inadequação psicométrica do instrumento. Recomenda-se que estudos futuros com finalidade de levantar evidências de validade do PMK contemplem a atualização da teoria motriz da consciência que o fundamenta. Os avanços teóricos das Neurociências poderão ser assimilados tal como a proposta dos autores Tous e Viadé (2002).

Referências

- Alves, I. C. B., Colosio, R., Custódio, E. M., Ballas, Y. G., Meneses, S. R. P. & Megale, F. C. B. (1998). O psicodiagnóstico miocinético em motoristas de três níveis de escolaridade. *Boletim de Psicologia*; 48(109), 1-24.
- American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA) & National Council on Measurement in Education (NCME). (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4 th. ed.). Washington.
- Baumgartl, V. O. (2004). *Evidências de validade do BPR-5, BFM-1 e PMK em eletricitários*. (Dissertação de Mestrado). Itatiba, SP: Universidade São Francisco.
- Coyne, J. C., Pepper, C. M., Flynn, H. (1999). Significance of prior episodes of depression in two patient populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 76-81.
- Dalgalarrrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Galland de Mira, A. M. (2002). *PMK: psicodiagnóstico miocinético*. São Paulo: Vetor.
- Godoy, S. L. & Noronha, A. P. P. (2005). Instrumentos psicológicos utilizados em seleção profissional *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 17(1), 139-159.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1993). *Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais – psiquiatria clínica*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Levin, J. (1987). *Estatística aplicada às ciências humanas*. São Paulo: Harbra.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (1933). *Classificação Internacional de Doenças (CID-10): descrições, clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (2001). The world health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. Obtido em setembro de 2010 do world wide web: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
- Passos, A. P. C. P. & Câmara, G. C. V (2005). *PMK-articulações entre o ensino, a pesquisa e o exercício profissional*. São Paulo: Vetor.
- Picoloto, N., Wainer, R., Benvegnú, L. & Juruena, M. (2000). Curso e prognóstico da depressão: revisão comparativa entre os transtornos do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27, 93-103.
- Sisto, F. F. (2010). Uma análise das evidências de validade brasileiras do PMK. *Psico USF*; 15(2), 141-149.
- Tavares, R. V. & Juruena, M. F. (2001). Depressão dupla refratária: um exemplo de transtorno afetivo recorrente. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28, 114-119.
- Thompson, C., Kinmoth, A. L., Stevens, L., Peveler, R. C., Stevens, A., Ostler, K. J., Pickering, R. M., Baker, N. G., Henson, A., Preece, J., Cooper, D. & Campbell, M. J. (2000) Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: hampshire depression project randomised controlled trial. *Lancet*, 355, 185-191.
- Tous, J. M. & Viadé, A. (2002). Avances en el PMK-R. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 8(12), 95-110.
- Vasconcelos, A. G. (2010). *Evidências de validade preditiva de medidas psicológicas em relação ao desempenho no trabalho: um estudo de caso em uma organização militar*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.

Recebido em 20/01/2011
Reformulado em 07/05/2011
Aprovado em 20/06/2011

Sobre os autores:

Alina Gomide Vasconcelos é psicóloga, mestre em Psicologia pela UFMG e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Neurociências da UFMG.

Elizabeth do Nascimento é psicóloga, doutora em Psicologia pela UnB e professora dos cursos de graduação e pós-graduação do Departamento de Psicologia da UFMG. Membro fundador e vice-presidente do IBAP – Gestão 2011-2013, é pesquisadora CNPq.

Jáder dos Reis Sampaio é psicólogo, doutor em Administração pela USP, professor do Departamento de Psicologia da UFMG e coordenador da Câmara de Assessoramento do Programa de Capacitação de Recursos Humanos (PCRH) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).