

DESEJABILIDADE SOCIAL E BARREIRAS AO CUMPRIMENTO DA TERAPÊUTICA DIETÉTICA

Em Mulheres com Excesso de Peso

Rui POÍNHOS, F. CORREIA, M. FANECA, J. FERREIRA, C. GONÇALVES,
S. PINHÃO, J. Luís MEDINA

RESUMO

Introdução: São diversas as barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética do excesso de peso. A desejabilidade social (DS) corresponde à propensão para transmitir uma imagem culturalmente aceitável, podendo enviesar parâmetros avaliados em investigações científicas.

Objectivos: (1) Avaliar a DS em mulheres com excesso de peso; (2) Avaliar a associação entre a DS e outras características; (3) Comparar os níveis de DS entre doentes avaliadas na primeira consulta ou em consultas subsequentes; (4) Avaliar as diferenças no nível de DS entre as doentes que referem ou não cada barreira ao cumprimento da terapêutica dietética; (5) Avaliar o efeito da DS na frequência de cada afirmação indicada como barreira ao cumprimento da terapêutica dietética.

Material e Métodos: Avaliaram-se 67 mulheres com IMC superior a 25,0 kg/m² (IMC médio = 40,0 kg/m²; dp = 5,7) e idade média de 40 anos (dp = 11) quanto à idade, escolaridade, estatura, pesos actual e desejado, percepção do estado de saúde, peso e imagem corporal (escala tipo Likert de 1 *sente-se muito bem* a 5 *muito mal*). Calcularam-se o IMC, o peso que deseja perder e o IMC correspondente. Registaram-se o número de consultas prévias e a data da primeira consulta e calculou-se o tempo desde a primeira consulta. Estudaram-se as características psicopatológicas com a *Escala de Bem-Estar Psicológico Geral*. Avaliaram-se as barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética por enumeração, de uma lista de 34 afirmações que referiam obstáculos ao seu cumprimento, daquelas com que as doentes se identificavam. Avaliou-se a DS recorrendo à *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (MC-SDS).

Resultados: A pontuação média na MC-SDS foi de 20,9 (dp = 4,0). Encontraram-se correlações positivas fracas entre a DS e o número de consultas prévias e tempo desde a primeira consulta. As doentes com consultas prévias apresentam níveis de DS significativamente superiores às avaliadas na primeira consulta (médias de 21,7 e 18,8; $p = 0,005$). Não se encontraram diferenças significativas no nível de DS de doentes que indicassem ou não qualquer uma das afirmações e não se registou efeito significativo da DS na frequência de qualquer afirmação.

Discussão: A pontuação média na MC-SDS foi superior aos valores encontrados na maioria dos estudos, o que pode resultar da idade superior, menor escolaridade e presença de patologia. O contacto prévio com as doentes parece influenciar a DS, podendo enviesar e dificultar a interpretação de parâmetros medidos por auto-relato. A identificação de barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética parece ser independente da DS.

R.P., S.P.: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto. Porto

F.C.: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Serviço de Endocrinologia. Hospital São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto

M.F., J.F., C.G.: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto. Porto

J.L.M.: Serviço de Endocrinologia. Hospital São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto

© 2008 CELOM

SUMMARY

SOCIAL DESIRABILITY AND BARRIERS TO THE ACCOMPLISHMENT OF THE DIETARY TREATMENT in Overweight Women

Introduction: There are several barriers related to the non-accomplishment of the dietary treatment of overweight. Social desirability (SD), defined as the tendency to transmit a culturally accepted image, may bias parameters evaluated in scientific studies.

Aims: (1) To evaluate SD in overweight women; (2) To evaluate the association between SD and other characteristics; (3) To compare the level of SD between patients evaluated in their first appointment or in subsequent appointments; (4) To evaluate the differences in the level of SD between patients who mention or not each barrier to the accomplishment of the dietary treatment; (5) To evaluate the effect of SD in the frequency of each statement pointed out as a barrier to the accomplishment of the dietary treatment.

Sample and Methods: Sixty-seven women with BMI over 25,0 kg/m² (mean BMI = 40,0 kg/m²; sd= 5,7) and mean age of 40 years (sd = 11) were evaluated on age, education, height, present and desired weights, perception of health condition, weight and body image (Likert scale from *1 feels very well* to *5 very bad*). BMI, weight they desired to loose and corresponding BMI were calculated. The number of previous appointments and the date of the first appointment were registered and the time since the first appointment was calculated. Psychopathologic characteristics were studied with the Psychological General Well-Being Index. Barriers to the accomplishment of the dietary treatment were evaluated by pointing, from a list of 34 sentences mentioning obstacles to its accomplishment, those which patients identified themselves with. SD was evaluated with the *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (MC-SDS).

Results: Mean score on the MC-SDS was 20,9 (sd = 4,0). Positive and weak correlations were found between SD and the number of previous appointments and time since the first appointment. Patients with previous appointments show significantly higher levels of SD than those who were evaluated in their first appointment (means of 21,7 and 18,8; $p = 0,005$). There weren't found significant differences on the level of SD of patients who pointed or not each sentence and it wasn't found a significant effect of SD in the frequency of any sentence.

Discussion: The mean score on the MC-SDS was higher than values found in the majority of studies, which may result from the higher age, lower education and the presence of pathology. Previous contact with the patients seems to influence SD and may bias and make difficult the interpretation of parameters measured by self-report. The identification of barriers to the accomplishment of the dietary treatment seems to be independent from SD.

INTRODUÇÃO

A desejabilidade social corresponde à propensão para transmitir uma imagem culturalmente aceitável e de acordo com as normas sociais, procurando aprovação e evitando a crítica em situações de teste¹⁻³.

O desejo de aceitação social pode enviesar parâmetros avaliados em investigações científicas, constituindo uma ameaça à sua validade, pelo que deve ser controlado. São particularmente susceptíveis de sofrer a influência da desejabilidade social os parâmetros avaliados por auto-relato, dos quais depende uma importante parte da pesquisa biomédica^{1,4-6}.

Um sujeito com elevada desejabilidade social terá maior tendência para fornecer respostas que considere serem bem aceites pela sociedade independentemente de serem ou não verdadeiras, negando associação pessoal a opiniões ou comportamentos socialmente desaprovados^{5,7}.

O grande número de investigações levadas a cabo em indivíduos com excesso de peso justifica a preocupação em estudar a desejabilidade social em amostras com esta característica.

A distorção nas respostas resultante da desejabilidade social pode estar associada a características pessoais (como o estado de humor) e às condições e modos de aplicação de instrumentos psicológicos⁸.

A Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne (MC-SDS)² é a escala actualmente mais utilizada para avaliar a desejabilidade social^{1,5,9}.

A MC-SDS assume a desejabilidade social como um constructo único, designado pelos autores como *necessidade de aprovação social*^{9,10}. Alguns trabalhos têm evidenciado que a MC-SDS, ao contrário do que foi considerado pelos seus autores, será multidimensional^{9,11}.

A MC-SDS consiste em 33 itens, a cada um dos quais corresponde uma afirmação. Cada afirmação deve ser classificada como *verdadeira* ou *falsa*, consoante descreva ou não o respondente. Dezoito dos itens são pontuados com um ponto caso a afirmação seja classificada como *verdadeira*, enquanto os restantes 15 pontuam se a afirmação for classificada como *falsa*. A pontuação da escala corresponde à soma das pontuações obtidas nos 33 itens^{2,3}.

Todos os itens apresentam comportamentos quotidianos. Os que pontuam quando classificados de *verdadeiros* correspondem a comportamentos socialmente desejáveis mas pouco frequentes (itens de atribuição); os que pontuam quando classificados de *falsos* correspondem a comportamentos comuns mas socialmente indesejados (itens de negação)^{6,10,12}.

Esta escala pressupõe que um indivíduo mediano não se comporte sempre de um modo socialmente desejável. Consequentemente, alguém com maior necessidade de aprovação tenderá a apresentar um maior número de respostas socialmente desejáveis¹⁰.

A MC-SDS é independente de psicopatologias, ao contrário da *Edwards Social Desirability Scale*¹³, construída pouco tempo antes com base no Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Para construir a escala, Crowne e Marlowe consultaram inventários de personalidade, mas asseguraram que os itens não tivessem relação com comportamentos psicopatológicos. Desta forma, uma alta pontuação na MC-SDS não implica associação a psicopatologias^{2,6,9}. De facto, esta escala apresenta menores correlações com medidas de depressão e ansiedade do que a de Edwards¹⁴.

Vários estudos demonstraram os efeitos da desejabilidade social na estimativa da ingestão alimentar¹⁵⁻²². Outros trabalhos sugerem uma influência da desejabilidade social na tendência para subestimar o peso auto-reportado²³. Estes dados levam a que se possa considerar provável a sua relação com a avaliação de factores envolvidos na patogénese e tratamento da obesidade

São diversas as barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética proposta para o tratamento da obesidade. O conhecimento das razões pelas quais os obesos não cumprem, integral ou parcialmente, as prescrições dietéticas poderá melhorar a abordagem ao doente obeso. No entanto, são poucos os trabalhos que avaliam as barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética em doentes obesos.

Foram objectivos deste trabalho:

1. Avaliar a desejabilidade social em mulheres com excesso de peso;
2. Avaliar a associação entre a desejabilidade social e outras características;
3. Comparar os níveis de desejabilidade social entre doentes avaliadas na primeira consulta ou em consultas subsequentes;
4. Avaliar as diferenças no nível de desejabilidade social entre as doentes que referem ou não cada barreira ao cumprimento da terapêutica dietética;
5. Avaliar o efeito da desejabilidade social na frequência de cada afirmação indicada como barreira ao cumprimento da terapêutica dietética.

MATERIAL E MÉTODOS

A amostra foi constituída por 67 mulheres que frequentavam consultas de Nutrição para perda de peso, sendo critério de inclusão um IMC superior a 25,0 kg/m².

Registou-se a idade, e a escolaridade das doentes. Avaliou-se a percepção do estado de saúde, do peso e da imagem corporal através de uma escala tipo Likert em que 1 correspondia a *sente-se muito bem* e 5 a *muito mal*. Avaliaram-se a estatura e o peso e inquiriram-se as doentes acerca do seu peso desejado. Calcularam-se o IMC, o peso que deseja perder e o IMC correspondente. Registaram-se o número de consultas prévias e a data da 1ª consulta e calculou-se o tempo (em dias) desde a primeira consulta.

Estudaram-se as características psicopatológicas com a *Escala de Bem-Estar Psicológico Geral* (EBEPG). Maiores pontuações nesta escala ou em qualquer uma das suas sub-escalas correspondem a maior bem-estar.

Avaliaram-se as barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética por enumeração, de uma lista de 34 afirmações (obtidas num estudo-piloto) que referiam obstáculos ao seu cumprimento, daquelas com que as doentes se identificavam^{24,25}.

Avaliou-se a desejabilidade social recorrendo à *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (MC-SDS). Quanto mais elevadas as pontuações nesta escala, maior o nível de desejabilidade social, podendo as pontuações variar entre 0 e 33.

Não se obteve informação acerca das consultas prévias em relação a uma das doentes. Duas doentes não preencheram a EBEPG na totalidade, e uma delas não indicou o peso desejado. Por este motivo, o tamanho da amostra varia entre 65 e 67. As barreiras apenas foram avaliadas em doentes que já tinham tido pelo menos uma consulta, pelo que nas análises com estas variáveis a amostra é de 47 doentes.

O tratamento estatístico foi efectuado com o programa SPSS versão 14.0 para Windows. A análise descritiva consistiu no cálculo de médias e desvios-padrão para as variáveis cardinais e no cálculo de frequências para as variáveis nominais. Avaliou-se a normalidade das distribuições das variáveis cardinais com o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. O *Alfa de Cronbach* foi usado para avaliar a consistência interna da MC-SDS. A associação entre a desejabilidade social e as restantes variáveis foi medida utilizando os coeficientes de correlação de Pearson (r_{xy} ; correlações paramétricas) e de Spearman (r_s ; correlações não paramétricas). Utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* para comparar ordens médias de duas amostras independentes. Foi utilizada a regressão logística para avaliar a relação entre a frequência de identificação das barreiras e o nível de desejabilidade social. Rejeitou-se a hipótese nula sempre que o nível de significância crítico para a sua rejeição (p) tinha um valor inferior a 0,05.

RESULTADOS

No Quadro 1 apresentam-se as médias e desvios-padrão (dp) relativamente à idade, escolaridade, consultas prévias, dados antropométricos, percepção do estado de saúde, peso e imagem corporal, avaliação psicológica e número de barreiras identificadas.

Quadro 1 – Caracterização da amostra

	Média	dp
Idade (anos)	40	11
Escolaridade (anos)	7,9	3,9
Nº de consultas prévias	3,6	4,8
Tempo desde 1ª consulta (dias)	569	829
Peso (kg)	104,4	17,2
IMC (kg/m2)	40,0	5,7
Peso desejado (kg)	69,9	9,5
Peso que deseja perder (kg)	33,8	15,7
IMC deseja perder (kg/m2)	12,9	5,9
Percepção do estado de saúde	2,8	1,0
Percepção do peso	3,8	1,0
Percepção da imagem corporal	3,6	1,0
EBEPG (total)	62,8	17,7
Ansiedade	14,0	5,1
Humor Depressivo	9,7	3,1
Bem-estar Positivo	9,9	3,9
Auto-controlo	9,8	3,1
Saúde Geral	10,1	3,4
Vitalidade	12,7	3,8
Nº de barreiras	9,5	6,3

O Quadro 2 mostra a pontuação média obtida na MC-SDS, bem como o valor do Alfa de Cronbach para a escala.

Quadro 2 – Desejabilidade social

	Média	dp	Alfa de Cronbach
MC-SDS	20,9	4,0	0,651

No Quadro 3 apresentam-se as correlações entre as pontuações obtidas na MC-SDS e outras variáveis.

Quadro 3 – Associação entre a desejabilidade social e outras variáveis

	r (*)	p
Idade (anos)	0,067	0,588
Escolaridade (anos)	- 0,063	0,612
Nº de consultas prévias	0,295	0,016
Tempo desde 1ª consulta (dias)	0,334	0,006
Peso (kg)	- 0,042	0,736
IMC (kg/m2)	- 0,078	0,529
Peso desejado (kg)	- 0,121	0,334
Peso que deseja perder (kg)	0,088	0,481
IMC deseja perder (kg/m2)	0,089	0,480
Percepção do estado de saúde	- 0,026	0,834
Percepção do peso	- 0,114	0,360
Percepção da imagem corporal	- 0,117	0,344
EBEPG (total)	0,160	0,202
Ansiedade	0,198	0,110
Humor Depressivo	0,226	0,068
Bem-estar Positivo	0,082	0,512
Auto-controlo	0,161	0,197
Saúde Geral	- 0,030	0,808
Vitalidade	0,108	0,392
Nº de barreiras	- 0,108	0,469

(*) r_{xy} para todas excepto: escolaridade, número de consultas, tempo desde a primeira consulta, peso desejado, percepção do estado de saúde, do peso e da imagem corporal (r_s).

Verifica-se a existência de correlações positivas fracas entre o nível de desejabilidade social medido pela MC-SDS e o número de consultas prévias e tempo desde a primeira consulta. As correlações com quaisquer outras variáveis não atingem significado estatístico.

No Quadro 4 comparam-se as pontuações obtidas na MC-SDS entre as doentes avaliadas na primeira consulta e as que tinham tido consultas prévias.

Quadro 4 – Pontuações na MC-SDS em doentes com e sem consultas prévias

	Primeira Consulta	Consulta Subsequente
n	20	46
Média	18,8	21,7
dp	3,3	4,0
p	0,005	

As doentes que já tinham tido consultas apresentam níveis de desejabilidade social cerca de três pontos acima das que foram avaliadas na primeira consulta, sendo significativa a diferença entre os dois grupos.

O Quadro 5 mostra os resultados da comparação das pontuações médias na MC-SDS entre as doentes que apontaram ou não cada uma das afirmações como barreira. Em virtude de algumas barreiras serem indicadas por um reduzido número de doentes, optou-se por utilizar o teste de *Mann-Whitney* para todas.

Não se verificou qualquer diferença significativa entre as pontuações na MC-SDS de doentes que indicassem ou não qualquer uma das afirmações.

Para além desta comparação, analisou-se o efeito da desejabilidade social na frequência de cada afirmação. Calcularam-se regressões logísticas usando como variável dependente a referência ou não de cada afirmação. Em nenhuma das afirmações se registou um efeito significativo da desejabilidade social.

DISCUSSÃO

O valor do \pm de Cronbach encontrado para a MC-SDS ($\pm = 0,651$) permite considerar que a escala possui consistência interna aceitável. Em vários trabalhos encontram-se valores entre 0,72 e 0,96^(2;4;26-8) e uma meta-análise calculou um valor global de 0,797 para o sexo feminino¹. O valor do \pm de Cronbach no presente estudo é semelhante ao encontrado noutra trabalho efectuado em Portugal numa amostra de estudantes universitários ($\pm = 0,64$)¹⁵.

Quadro 5 – Pontuações na MC-SDS e barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética.

	Afirmações	NÃO		SIM		P
		n	MC-SDS (média)	n	MC-SDS (média)	
1	Não consigo fazer dieta porque os horários de trabalho não permitem.	41	21,7	6	22,0	0,713
2	A dieta é comida que não apetece comer.	40	21,9	7	20,6	0,376
3	Não sou capaz de cozinhar dieta.	40	22,0	7	19,9	0,267
4	Sinto dificuldade em cumprir porque tenho um estilo de vida muito atarefado.	33	21,9	14	21,4	0,735
5	Sinto que quando estou a cumprir dieta sou diferente de quem está à minha volta.	24	21,7	13	21,8	0,905
6	Onde como não se fazem dietas.	38	21,5	9	22,6	0,377
7	Sinto-me fraca/o quando faço dieta, com falta de forças.	33	21,5	14	22,3	0,761
8	A minha família e amigos gostam de outro tipo de comida.	24	21,8	23	21,7	0,781
9	Fazer dieta é uma grande mudança na minha alimentação habitual.	29	21,7	18	21,8	0,860
10	Tenho dificuldade em encontrar os alimentos da dieta.	45	21,6	2	24,0	0,382
11	A dieta obriga-me a deixar de comer o que gosto.	20	22,4	27	21,2	0,443
12	A dieta é comida diferente da que estou habituada/o.	31	21,8	16	21,6	0,875
13	A comida de dieta é mais cara.	32	22,0	15	21,2	0,590
14	A dieta não é comida suficiente, fico com fome.	36	21,9	11	21,1	0,528
15	Para preparar a dieta perco muito tempo, pois exige uma preparação demorada.	45	21,7	2	22,0	0,958
16	Não tenho força de vontade para fazer dieta.	35	22,0	12	20,9	0,650
17	Eu não quero mudar os meus hábitos alimentares.	45	21,8	2	21,0	0,653
18	O aumento de peso é de família.	30	22,0	17	21,2	0,571
19	Ansiedade e nervoso fazem com que eu coma mais.	18	22,8	29	21,0	0,173
20	Quando tenho comida à frente não resisto.	37	21,9	10	21,0	0,557
21	A comida de dieta não é saborosa.	40	21,7	7	21,9	0,872
22	Gosto de comer doces.	25	22,7	22	20,6	0,083
23	As dietas interferem com a vida familiar.	42	21,9	5	20,0	0,298
24	Saber que vou ter que fazer dieta sempre.	35	21,7	12	21,8	0,922
25	Comer diminui-me o nervoso.	31	22,1	16	20,9	0,450
26	Gosto de comer.	18	21,8	29	21,7	0,886
27	Não consigo parar de comer depois de começar.	44	21,9	3	19,0	0,274
28	Penso sempre que amanhã vou iniciar a dieta.	35	21,8	12	21,6	0,902
29	Sinto-me insatisfeita/o a fazer dieta.	29	21,9	18	21,4	0,912
30	Não consigo levar uma dieta a sério.	37	21,4	10	23,0	0,140
31	Sinto-me desanimada/o quando faço dieta.	35	21,7	12	21,9	0,835
32	A dieta obriga a cozinhar à parte.	28	21,2	19	22,5	0,191
33	A dieta não me dá prazer.	40	21,8	7	21,4	0,857
34	Sinto-me desconsolado a fazer dieta.	25	22,0	22	21,4	0,708

A pontuação média obtida na MC-SDS na nossa amostra foi de 20,9, valor superior aos habitualmente encontrados em amostras com características diversas.

No estudo original de Crowne e Marlowe (1960), a pontuação média foi de 13,7².

Barros et al (2005) referem desconhecimento de trabalhos portugueses em que a MC-SDS tenha sido usada. Não se conseguiram encontrar outras referências nacionais em que tenha sido utilizada a escala. Nesse trabalho, a pontuação média obtida pelos indivíduos do sexo feminino foi de 17,6¹⁵.

Numa amostra feminina de estudantes universitárias no Brasil, foi obtida uma pontuação média de 13,6⁶. Esta pontuação é semelhante à de outras amostras de estudantes, conduzidas em outros países^{2,29,30}.

Uma das explicações para a elevada pontuação média na MC-SDS encontrada neste trabalho poderá prender-se com o facto de se tratar de uma amostra com idade média superior (40 anos) e escolaridade média inferior (7,9 anos) às das amostras de universitários referidas. Já Evans (1982) referiu a existência de uma relação positiva das pontuações na MC-SDS com a idade e negativa com a escolaridade³¹.

Mesmo no caso de amostras de adultos da população em geral, as pontuações tendem a ser inferiores à do presente trabalho. No Brasil, Ribas et al (2004) encontraram uma pontuação média de 17,6 no sexo feminino⁵. Por outro lado, nos Estados Unidos, Larson (2000) encontrou uma pontuação média de 18,0 em mulheres não-obesas²³.

Isto pode estar relacionado com o facto de se tratarem de amostras que não utilizam patologias como critério de inclusão. É provável que a amostra usada neste estudo, devido às consequências directas e indirectas do excesso de peso, apresente maiores problemas de aceitação, os quais se reflectirão no nível de desejabilidade social.

As correlações calculadas entre as pontuações da MC-SDS e outras variáveis não revelam associações significativas do grau de desejabilidade social com as características antropométricas avaliadas.

Encontraram-se correlações positivas e significativas das pontuações na MC-SDS com o número de consultas prévias e tempo decorrido desde a primeira consulta. Para além disso, é significativa a diferença na desejabilidade social entre as doentes que foram avaliadas na primeira consulta e aquelas que já eram seguidas. As doentes avaliadas na primeira consulta apresentam uma pontuação mais próxima das referidas noutros trabalhos com amostras diversas; pelo contrário, as que já eram seguidas apresentam níveis de desejabilidade social bastante elevados.

Estes dados podem assumir especial relevância no âmbito da definição de critérios de inclusão em estudos

com amostras semelhantes. A existência ou ausência de contacto prévio com as doentes parece influenciar o nível de desejabilidade social, pelo que deve ser tido em consideração, de modo a minimizar enviesamentos e a permitir a correcta interpretação de parâmetros medidos por auto-relato^{1,4-6}.

As pontuações na MC-SDS não se correlacionam de forma significativa com as características psicopatológicas avaliadas. Este resultado é coerente com a independência de psicopatologias referida pelos autores da escala e por trabalhos posteriores^{2,6,9}.

De igual modo, não se verificaram correlações significativas entre os níveis de desejabilidade social e a percepção do estado de saúde, do peso ou da imagem corporal.

As comparações entre quem identificou ou não cada afirmação como barreira ao cumprimento da terapêutica dietética não revelaram quaisquer diferenças significativas. O efeito da desejabilidade social na frequência de cada afirmação também não foi significativo para qualquer afirmação. Estes resultados apontam para que a identificação de barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética seja independente da desejabilidade social.

Estes resultados são contraditórios com alguns trabalhos que apontam factores que explicam uma possível dependência entre desejabilidade social e barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética. Por um lado, a procura de aprovação poderá levar as doentes com maior nível de desejabilidade social à não identificação de barreiras que considerem transmitir atitudes socialmente indesejadas¹. Por outro lado, estas doentes tenderão a sobrestimar a sua capacidade de sucesso em tentativas de perda de peso, o que se poderá reflectir numa menor identificação de barreiras³².

Conflito de interesses:

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

Fontes de financiamento:

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

BIBLIOGRAFIA

1. BERETVAS SN, MEYERS JL, LEITE WL: A reability generalization study of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Educ Psychol Meas* 2002;62(4):570-589
2. CROWNE DP, MARLOWE D: A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psicol* 1960;24:349-354
3. CROWNE DP, MARLOWE D: Social desirability and response to perceived situational demands. *J Consult Psicol* 1961;25:109-115
4. LOO R, THORPE K: Confirmatory factor analyses of the full

- and short versions of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *J Soc Psychol* 2000;140:628-635
5. RIBAS Jr RC, MOURA MLS, HUTZ CS: Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. *Aval Psicol* 2004;3(2):83-92
6. SCAGLIUSI FB, CORDÁS TA, POLACOW VO et al: Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne para a língua portuguesa. *Rev Psiqu Clin* 2004;31(6):272-8
7. BALLARD B, CRINO MD, RUBENFELD S: Social desirability response bias and the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Psychol Rep* 1998;63:227-237
8. RICHMAN WL, KIESLER S, WEISBAND S, DRASGOW F: A meta-analytic study of social desirability distortion in computer-administered questionnaires, traditional questionnaires, and interviews. *J Appl Psychol* 1999;84:754-775
9. LEITE WL, BERETVAS SN: Validation of scores on the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale and the Balanced Inventory of Desirable Responding. *Educ Psychol Meas* 2005;65:140-154
10. CROWNE DP, MARLOWE D: The approval motive: Studies in evaluative dependence. New York: Wiley 1964
11. BARGER SD: The Marlowe-Crowne affair: Short forms, psychometric structure, and social desirability. *J Pers Assess* 2002;79:286-305
12. CRAMER D: Social desirability, adequacy of social support and mental health. *J Community Appl Soc Psychol* 2000;10:465-474
13. EDWARDS AL: The social desirability variable in personality assessment and research. New York: Holt, Rinehart, & Winston 1957
14. TANAKA-MATSUMI J, KAMEOKA VA: Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *J Consul Clin Psychol* 1986;54:328-333
15. BARROS R, MOREIRA P, OLIVEIRA B: Influência da desejabilidade social na estimativa da ingestão alimentar obtida através de um questionário de frequência de consumo alimentar. *Acta Med Port* 2005;18:241-8
16. HEBERT JR, CLEMOW L, PBERT L, OCKENE IS, OCKENE JK: Social desirability bias in dietary self-report may compromise the validity of dietary intake measure. *Int J Epidemiol* 1995;24:389-398
17. HEBERT JR, PETERSON KE, HURLEY TG et al: The effect of social desirability trait on self-reported dietary measures among multiethnic female health center employees. *Ann Epidemiol* 2001;11:417-427
18. KRISTAL AR, ANDRILLHA CH, KOEPEL TD, DIEHR PH, CHEADLE A: Dietary assessment instruments are susceptible to intervention-associated response set bias. *J Am Diet Assoc* 1998;98:40-3
19. NOVOTNY JA, RUMPLER WV, RIDDICK H et al: Personality characteristics as predictors of underreporting of energy intake on 24-hour dietary recall interviews. *J Am Diet Assoc* 2003;103:1146-51
20. SCAGLIUSI FB, POLACOW VO, ARTIOLI GG, BENATTI FB, LANCHETA Jr AH: Selective underreporting of energy intake in women: magnitude, determinants, and effect of training. *J Am Diet Assoc* 2003; 103: 1306-13.
21. TAREN DL, TOBAR M, HILL A et al: The association of energy intake bias with psychological scores of women. *Eur J Clin Nutr* 1999;53:570-8
22. WILLETT WC: *Nutritional Epidemiology*. New York: Oxford University Press 1990;61
23. LARSON MR: Social desirability and self-reported weight and height. *Int J Obes* 2000;24:663-5
24. CORREIA F, LIMA REIS JP, ARTEIRO C, FREITAS P, MEDINA JL: Barriers in the treatment of obesity. *Int J Obes* 2000;24:S109
25. CORREIA F, DE ALMEIDA MDV, PINHÃO S et al: Barreiras ao tratamento dietético da obesidade. *Rev Port Endocrinol* 2006;2:100
26. BALLARD R: Short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Psychol Rep* 1992;71:1155-60
27. FISHER DG, FICK C: Measuring social desirability: short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Educ Psychol Meas* 1993;53:417-424
28. REYNOLDS WM: Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne social desirability scale. *J Clin Psychol* 1982;38:119-125
29. STRAHAN R, GERBASI KC: Short, homogeneous versions of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *J Clin Psychol* 1972;28:191-3
30. VELLA-BRODRICK DA, WHITE V: Response set of social desirability in relation to the Mental, Physical and Spiritual Well-Being Scale. *Psychol Rep* 1997;81:127-130
31. EVANS RG: Clinical relevance of the Marlowe-Crowne scale: a review and recommendations. *J Pers Assess* 1982;46:415-425
32. CARELS RA, CACCIAPAGLIA HM, RYDIN S, DOUGLASS OM, HARPER J: Can social desirability interfere with success in a behavioral weight loss program? *Psychol Health* 2006;21(1):65-78