

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

Stephanie Ingrid Souza Barboza

**MARKETING SOCIAL APLICADO À DOAÇÃO DE SANGUE: FATORES
CONDICIONANTES DE COMPORTAMENTO**

João Pessoa

2012



STEPHANIE INGRID SOUZA BARBOZA

**MARKETING SOCIAL APLICADO À DOAÇÃO DE SANGUE: FATORES
CONDICIONANTES DE COMPORTAMENTO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Administração no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba. Área de Concentração: Gestão Organizacional.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José da Costa

João Pessoa

2012

B239m Barboza, Stephanie Ingrid Souza.
Marketing social aplicado à doação de sangue: fatores condicionantes de comportamento/ Stephanie Ingrid Souza Barboza. -- João Pessoa: [s.n.], 2012.
137f. : il.

Orientador: Francisco José da Costa.
Dissertação (Mestrado)-UFPB/CCSA.

1. Administração. 2. Gestão organizacional. 3. Marketing social. 4. Doação de sangue. 5. Equações Estruturais-Modelagem.

UFPB/BC

CDU: 65(043)

STEPHANIE INGRID SOUZA BARBOZA

**MARKETING SOCIAL APLICADO À DOAÇÃO DE SANGUE: FATORES
CONDICIONANTES DE COMPORTAMENTO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em
Administração no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade
Federal da Paraíba. Área de Concentração: Gestão Organizacional.

Dissertação aprovada em: __/__/__

Francisco José da Costa

Prof. Dr. Francisco José da Costa (Orientador)

UFPB

Rita de Cássia de Faria Pereira

Profa. Dra. Rita de Cássia Faria Pereira (Examinador Interno)

UFPB

Prof. Dr. Neir Antunes Paes (Examinador Externo)

UFPB

Dedico este trabalho a todos que me incentivaram e me apoiaram nesta conquista, em especial, aos meus queridos pais e ao meu amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte eterna de luminosidade, cujas bênçãos tem me proporcionado crescimento pessoal e profissional, além do amadurecimento para enfrentar as batalhas da vida.

Aos meus pais, por incentivarem a minha caminhada constantemente, mostrando os princípios essenciais que devo seguir.

Ao meu noivo, por compartilhar com imenso amor e dedicação a busca pela minha realização profissional.

Ao meu orientador, o Professor Franzé Costa, pelos direcionamentos acadêmicos fornecidos nesta fase da minha vida, e, por mostrar verdadeiramente qual o papel do professor, honrando esta profissão com extrema dedicação e responsabilidade.

Aos membros da banca, a professora Rita de Cássia Faria Pereira e o professor Neir Antunes Paes, pelas valiosas contribuições ao meu trabalho.

Ao PPGA/UFPB, pelo trabalho árduo dos professores no desenvolvimento profissional de seus alunos, e, a CAPES pela concessão do apoio financeiro, fundamental para a concretização deste objetivo.

Aos meus colegas da Turma 35, por compartilhar as alegrias e os anseios do mestrado, em especial, as minhas amigas Diana Lúcia Teixeira de Carvalho e Carol Serrano Andrade Maia, pelas palavras carinhosas e pela força nos momentos mais difíceis.

*Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível.*

(Charles Chaplin em O grande ditador)

RESUMO

As discussões entre a temática da doação de sangue e o marketing social mostram-se relevantes, à medida que contribuem para o planejamento das ações de órgãos públicos e instituições de saúde, tendo em vista a ineficiência dos processos de recrutamento e retenção de doadores retratarem a ausência de compreensão dos aspectos comportamentais que influenciam os indivíduos a adotar tal conduta. Desse modo, o objetivo geral deste trabalho consiste em compreender os fatores que influenciam os indivíduos a doarem sangue. Mediante a apresentação do referencial teórico, um modelo estrutural foi elaborado com base nas relações entre os modelos de doação de sangue, o qual se constitui de quinze hipóteses centrais. A estratégia de pesquisa utilizada foi o levantamento, com a análise dos resultados adotando uma abordagem quantitativa, com a aplicação da técnica de modelagem de equações estruturais. A amostra da pesquisa foi de 346 respondentes, sendo 100 estudantes, 94 respondentes das ruas centrais de João Pessoa, e, 150 participantes via internet. De maneira geral, foram aceitas duas hipóteses, que tratam da influência do medo e do grupo de referência na predisposição dos sujeitos em doar sangue. Isto sugere a necessidade de que as ações de marketing social para a doação de sangue devem estar focadas em compreender o processo de interação entre estes construtos, tornando mais efetiva as campanhas elaboradas para captação e retenção dos doadores de sangue.

Palavras-chave: Marketing Social. Doação de Sangue. Modelagem de Equações Estruturais.

ABSTRACT

Discussions between the theme of blood donation and social marketing are relevant as they contribute to the planning of public agencies and health institutions, in view of the inefficiency of recruitment and retention of donors' processes that portrays the absence of understanding of behavioural aspects that influence individuals to adopt such conduct. Thus, the aim of this dissertation consists to understand the factors that influence the individuals to donate blood. Upon the presentation of the theoretical reference, a structural model was elaborated based on the relations between the models of blood donation, which is based on fifteen main hypotheses. The strategy used in this research was the data collection with the data analysis under a quantitative approach, using the application of structural equation modeling technique. The sample was of 346 people – 100 students, 94 people in João Pessoa's city downtown, and 150 people from the internet. In general, two hypotheses were accepted, that deals with the influence of fear and reference group in predisposition of the individuals to donate blood. This suggests the necessity that the actions of social marketing to blood donation have to be focused on understanding the process of interaction between these constructs, turning the advertisement campaigns more elaborated to catch and retain blood donators.

Keywords: Social Marketing. Blood Donation. Structural equation modeling technique

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de marketing social	28
Figura 2 - Modelo de processo de marketing social	29
Figura 3 - Modelo transteórico de mudança comportamental.....	38
Figura 4 - Classificação dos doadores de sangue segundo o modelo transteórico de mudança comportamental	39
Figura 5 - Modelo da personalidade pró-social	41
Figura 6 - Modelo de intenção para não doadores.....	44
Figura 7 - Modelo de predisposição da doação de sangue	47
Figura 8 - Construtos de Ferguson e Chandler (2005) adotados para a pesquisa.....	49
Figura 9 - Modelo proposto de predisposição da doação de sangue	50
Figura 10 - Delineamento da pesquisa	53
Figura 11 - Modelo ajustado.....	108
Figura 12 - Campanha de doação de sangue	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Aplicação de marketing social na saúde pública	33
Quadro 2 - Análise comparativa dos modelos de doação de sangue	48
Quadro 3 - Hipóteses do estudo.....	54
Quadro 4 - Escala de informação sobre doação de sangue de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009).....	56
Quadro 5 - Escala do altruísmo Steele <i>et al.</i> (2008).....	56
Quadro 6 - Escala de empatia de Steele <i>et al.</i> (2008) e Falcone <i>et al.</i> (2008)	57
Quadro 7 - Escala de responsabilidade social de Steele <i>et al.</i> (2008)	57
Quadro 8 - Escala de atitude de Lemmens <i>et al.</i> (2009).....	57
Quadro 9 - Escala do grupo de referência de Beerli-palacio e Martín-Santana (2009) e Shaz <i>et al.</i> (2009).....	58
Quadro 10 - Escala do medo de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) e Shaz <i>et al.</i> (2009).....	58
Quadro 11 - Escala da indisponibilidade do tempo de Hupfer <i>et al.</i> (2005).....	59
Quadro 12 - Escala de predisposição em doar sangue de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009), France <i>et al.</i> (2008), Reid e Wood (2008) e Lemmens <i>et al.</i> (2009).....	59
Quadro 13 - Avaliação de adequação do instrumento de pesquisa	60
Quadro 14 - Enunciado das variáveis da informação	74
Quadro 15 - Enunciado das variáveis do grupo de referência.....	77
Quadro 16 - Enunciado das variáveis do altruísmo	87
Quadro 17 - Enunciado das variáveis da empatia.....	91
Quadro 18 - Enunciado das variáveis da atitude	95
Quadro 19 - Enunciado das variáveis da predisposição.....	98
Quadro 20 - Resumo das hipóteses do estudo	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da variável idade	66
Tabela 2 - Descrição das variáveis	67
Tabela 3 - Variáveis categóricas GR1 e GR2.....	68
Tabela 4 - Variáveis categóricas REC1, REC2 e REC3	69
Tabela 5 - Medidas descritivas da informação	71
Tabela 6 - Matriz de correlação da informação	72
Tabela 7 - Medidas de autovalores da informação	73
Tabela 8 - Matriz de escores da informação.....	73
Tabela 9 - Medidas descritivas do grupo de referência	75
Tabela 10 - Matriz de correlação do grupo de referência	75
Tabela 11 - <i>Alpha</i> de Cronbach do grupo de referência.....	76
Tabela 12 - Medidas de autovalores do grupo de referência.....	76
Tabela 13 - Matriz de escores do grupo de referência	77
Tabela 14 - Medidas descritivas do medo.....	78
Tabela 15 - Matriz de correlação do medo.....	79
Tabela 16 - Medidas de autovalores do medo	79
Tabela 17 - Medidas descritivas da indisponibilidade de tempo.....	80
Tabela 18 - Matriz de correlação da indisponibilidade de tempo.....	81
Tabela 19 - <i>Alpha</i> de Cronbrach da indisponibilidade de tempo	81
Tabela 20 - Medidas de autovalores da indisponibilidade de tempo	81
Tabela 21 - Medidas descritivas da responsabilidade social.....	82
Tabela 22 - Matriz de correlação da responsabilidade social.....	83
Tabela 23 - <i>Alpha</i> de Cronbach da responsabilidade social.....	83
Tabela 24 - Medidas de autovalores da responsabilidade social	84
Tabela 25 - Matriz de escores da responsabilidade social	84
Tabela 26 - Medidas descritivas do altruísmo	85
Tabela 27 - Matriz de correlação do altruísmo	85
Tabela 28 - <i>Alpha</i> de Cronbach do altruísmo	86
Tabela 29 - Medidas de autovalores do altruísmo	86
Tabela 30 - Matriz de escores do altruísmo	87
Tabela 31 - Medidas descritivas da empatia	88
Tabela 32 - Matriz de correlação da empatia	89

Tabela 33 - Medidas dos autovalores da empatia	90
Tabela 34 - Matriz de escores da empatia	90
Tabela 35- Medidas descritivas da atitude	92
Tabela 36 - Matriz de correlação da atitude	93
Tabela 37 - Medidas de autovalores da atitude	93
Tabela 38 - Matriz de escores da atitude.....	94
Tabela 39 - Medidas descritivas da predisposição	95
Tabela 40 - Matriz de correlação da predisposição	96
Tabela 41 - <i>Alpha</i> de Cronbach da predisposição	97
Tabela 42 - Medidas de autovalores da predisposição.....	97
Tabela 43 - Matriz de escores de predisposição	97
Tabela 44 - Análise confirmatória do modelo da análise fatorial exploratória	100
Tabela 45 - Análise fatorial confirmatória do modelo ajustado	101
Tabela 46 - Análise de validade convergente do modelo da análise fatorial	104
Tabela 47 - Análise de validade convergente do modelo ajustado.....	104
Tabela 48 - Hipóteses do modelo teórico.....	105
Tabela 49 - Hipóteses do modelo da análise fatorial exploratória.....	106
Tabela 50 - Análise das hipótese do modelo ajustado	107

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
1.2 PROBLEMA E OBJETIVOS.....	20
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO E CONSTRUÇÃO DO MODELO	22
2.1 MARKETING COMO PROMOTOR DA MUDANÇA SOCIAL	22
2.2 MARKETING SOCIAL: FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAÇÃO	24
2.3 PROCESSO DE MARKETING SOCIAL	27
2.4 MARKETING SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA.....	32
2.5 A DOAÇÃO DE SANGUE: CONTEXTUALIZAÇÃO E RELEVÂNCIA SOCIAL.....	34
2.6 O DOADOR DE SANGUE: CARACTERÍSTICAS E FATORES MOTIVACIONAIS .	35
2.7 MODELOS DE DOAÇÃO DE SANGUE.....	37
2.7.1 Modelo de Ferguson e Chandler (2005).....	37
2.7.2 Modelo de Steele <i>et al.</i> (2008).....	41
2.7.3 Modelo de Lemmens <i>et al.</i> (2009).....	43
2.7.4 Modelo de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009)	46
2.7.5 Análise comparativa dos modelos de doação de sangue.....	48
2.8 O MODELO DESTA PESQUISA.....	49
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
3.1 ETAPA PRÉ-EMPÍRICA	54
3.2 ETAPA EMPÍRICA.....	55
3.2.1 Verificação das escalas e o instrumento de coleta de dados.....	55
3.2.2 Avaliação de adequação do instrumento de pesquisa	60

3.2.3 Procedimentos de amostragem	61
3.2.4 Procedimentos de análise estatística	62
3.3 ETAPA PÓS-EMPÍRICA	64
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
4.1. ANÁLISE EXPLORATÓRIA PRELIMINAR	65
4.2. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	66
4.3. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS CATEGÓRICAS SOBRE DOAÇÃO DE SANGUE.....	68
4.4. ANÁLISE EXPLORATÓRIA DAS VARIÁVEIS DOS CONSTRUTOS.....	69
4.4.1. Construto “Informação”	71
4.4.2. Construto “Grupo de referência”	74
4.4.3. Construto “Medo”	77
4.4.4. Construto “Indisponibilidade de tempo”	79
4.4.5. Construto “Responsabilidade social”	82
4.4.6. Construto “Altruísmo”.....	84
4.4.7. Construto “Empatia”	88
4.4.8. Construto “Atitude”.....	91
4.4.9. Construto “Predisposição”	95
4.5. ANÁLISE DAS HIPÓTESES	98
4.5.1. Análise confirmatória pelo SmartPLS.....	99
4.5.2. Análise de validade convergente.....	102
4.5.3. Análise do modelo.....	105
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
5.1 RESUMO DOS RESULTADOS E COMENTÁRIOS	109
5.2 IMPLICAÇÕES ACADÊMICAS DA PESQUISA.....	115

5.3 LIMITAÇÕES E COMENTÁRIOS	117
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ADEQUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	126
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ESTUDANTES).....	130
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (COLETA NA RUA E INTERNET)	133
ANEXO A – ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA E ANÁLISE DE VALIDADE CONVERGENTE DO MODELO TEÓRICO	136

1. INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, a atividade de marketing é compreendida como associada aos processos de produção e de troca, sendo responsável pelo fluxo de bens e serviços do produtor ao consumidor. É popularmente associada com a propaganda, a distribuição e a venda de mercadorias. Contudo, esta visão é restritiva, uma vez que desconsidera o marketing como um sistema agregado de atividades, que pode abranger tanto um caráter social como organizacional.

Com efeito, o estudo do marketing pode adotar posturas variadas, tendo implicações em níveis micro e macro. Pode-se chamar de micromarketing as aplicações de marketing em nível da firma. Este tem como maior compromisso explicar como os processos de marketing são geridos quando estão dentro das empresas, além de viabilizar a compreensão dos aspectos comportamentais dos consumidores que afetam as relações de compra. Ao inserir o designativo “macro”, o marketing adquire uma visão mais societal, o que confere à sua função principal entender e integrar através dos seus mecanismos, os determinantes econômicos e sociais do ambiente (BARTELS; JENKINS, 1977; HUNT; BURNNET, 1982).

O marketing social surgiu como parte essencial de macromarketing, e tem como principal objetivo auxiliar na elaboração de programas que proporcionem a consolidação de um bem-estar social (LAYTON; GROSSBART, 2006). Dessa forma, o planejamento do produto, preço (sacrifício), comunicação e pesquisa de marketing devem ser elementos considerados, na medida em que propõe a mudança voluntária de comportamento dos indivíduos.

Cabe então ao marketing social adaptar as tecnologias do marketing para constituição de programas que objetivam incentivar o comportamento voluntário de um público, o que estimula o bem estar dos indivíduos adotantes de tal comportamento assim como promove a mudança social (ANDREASEN, 1994). Portanto, o marketing social torna-se recurso fundamental, principalmente para organizações públicas, tanto no entendimento quanto na resolução de perturbações sociais que são de interesse da sociedade. Exemplifica-se a aplicação das ferramentas do marketing social em questões relativas ao consumo inapropriado de bebidas alcoólicas, ao porte de armas, aos maus tratos com crianças, idosos e animais, à exploração da sexualidade, ao consumo de produtos prejudiciais à saúde e ao autocuidado.

É notória a amplitude da aplicação dos fundamentos de marketing social, por conseguinte suas ações têm sido frequentemente direcionadas para causas de saúde pública

(TAN *et al*, 2010; KINIBBS; STAMLER, 2009; RIMAL *et al*, 2009; CISMARU *et al*, 2008; FARR *et al*, 2008; SUBLET; LUM, 2008; NOVELLI, 2007; CARROL; VAN VEEN, 2002; CASSADY *et al*, 2002; ROTHSCHILD, 1999). Neste sentido, a problemática da doação de sangue ganha evidência como objeto de estudo do marketing social ao servir de fonte para a estabilização da saúde populacional, visto que existem problemas sociais que vão além do domínio estatal e que comprometem a manutenção dos estoques sanguíneos (REID; WOOD, 2008; BEERLI-PALACIO; MARTÍN-SANTANA, 2009).

Sendo assim, o foco desta pesquisa está na relação estabelecida entre marketing social e doação de sangue, através da compreensão dos fatores influenciadores de comportamento dos indivíduos. Como afirmam Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009), é primordial que as ações de marketing social voltadas para a doação de sangue tenham suporte nas características dos indivíduos fornecedores de sangue, para que se tornem mais eficazes.

1.1 JUSTIFICATIVA

As discussões entre a temática da doação de sangue e o marketing social mostram-se cada vez mais relevantes, à medida que contribuem para a consolidação de um campo de estudo do marketing e favorecem o planejamento das ações de órgãos públicos e instituições de saúde em prol de doações sanguíneas. Diante disso, o marketing social torna-se fundamental no incentivo de práticas promotoras da conscientização dos indivíduos, sendo uma ferramenta capaz de suscitar mudanças comportamentais duradouras, assim é preciso um entendimento mais aprofundado das questões problemáticas que afetam o contexto da doação de sangue.

Inicialmente, a doação de sangue era de responsabilidade privada e economicamente rentável tanto para as entidades coletoras de sangue como para os doadores. No Brasil, este cenário se modifica na década de 80, onde a questão das doações sanguíneas passa a ser considerada uma demanda de saúde pública, devido às mudanças na legislação, em que foram estabelecidos programas e políticas para a coleta de sangue (GONÇALEZ *et. al*, 2003).

Neste modelo, a captação de doadores de sangue assume um caráter altruísta, voluntário e não remunerado, o que ocasiona uma redução nos níveis de doações, uma vez que não existem mais recompensas econômicas que incentivem os indivíduos. Além disso, fatores como o envelhecimento da população, o aumento da violência, os acidentes domésticos e de trânsito, e as doenças sanguíneas comprometem cada vez mais a manutenção

dos estoques de sangue.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), no Brasil são coletadas por ano 3,5 milhões de bolsas de sangue, não obstante a quantidade ideal de doações esteja em torno de 5,7 milhões. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que 1% a 3% da população de um país deva ser doadora, e, embora 1,9% dos brasileiros sejam doadores, considera-se baixo o nível de frequência dos indivíduos, visto que é comum a doação ocorrer apenas uma vez ao ano. Isto reflete uma realidade na qual a retenção de doadores é pormenorizada.

O desequilíbrio desse sistema se complica ainda mais em períodos de comemorações culturais. De fato, as festividades exigem que as instituições e os programas governamentais desenvolvam ações que garantam a estabilidade dos estoques de sangue. Entretanto, com o aumento da demanda por bolsas de sangue, oriunda das conturbações e dos deslocamentos populacionais próprios destes momentos, os estoques de sangue tornam-se menores. Isto é decorrente da postura sazonal admitida para resolução desse problema, praticada pelo Estado e pelas instituições promotoras de saúde principalmente em ocasiões de alta demanda, o que não se mostra suficiente a longo prazo.

Desse modo, para combater esta situação, os programas governamentais e as associações sem fins-lucrativos devem se esforçar para atrair novos doadores, bem como para reter os doadores regulares (FRANCE *et. al*, 2008), ao invés de adotar práticas imediatistas, que suprem apenas as urgências, mas não alteram os padrões sociais de comportamento em relação à doação de sangue.

Uma abordagem comumente utilizada para captação de doadores é o oferecimento de materiais educacionais, que apresentam um conhecimento formalizado dos procedimentos realizados durante a doação de sangue, o que favorece a criação de uma relação mais cordial entre a entidade coletora e o indivíduo doador (FRANCE *et. al*, 2008). Todavia, tais ações isoladamente servem apenas como paliativos, visto que não são capazes de gerar resultados significativos, como uma efetiva mudança comportamental.

Apesar dos materiais educativos auxiliarem na busca de doadores, é primordial que as ações de marketing social voltadas para a doação de sangue compreendam as características comportamentais, psicológicas, sociais, demográficas e culturais que abrangem os indivíduos fornecedores de sangue, pois estes são influenciados por fatores intrínsecos, que interagem e transformam a doação de sangue em componente essencial da sua identidade (REID; WOOD, 2008).

Em complementaridade, é fundamental que o planejamento das atividades de marketing social e dos programas de doação de sangue, estejam alicerçados em estudos que

definem os fatores que serão ponderados pelos doadores, uma vez que a falta de motivação do público em geral para a doação de sangue, assim como a ineficiência dos processos de recrutamento e retenção de doadores retratam a ausência de compreensão dos aspectos comportamentais que influenciam os indivíduos a adotar tal conduta (OWNBY *et al.*, 1999). Desse modo, aspectos como o medo pessoal de adquirir problemas de saúde e as barreiras culturais que podem estar associadas à doação de sangue, necessitam ser minimizados diante da confiança do indivíduo na unidade hemoterápica, da pressão social advinda das necessidades da comunidade, assim como da satisfação de ajudar o próximo (ANDALEEB; BASU, 1995).

De fato, há uma considerável quantidade de estudos internacionais que contemplam a temática da doação de sangue e os aspectos motivacionais que interferem no comportamento de doador (GLYNN *et al.*, 2002; MISJE *et al.*, 2005; HUPFER *et al.*, 2005; REID; WOOD, 2008; SOJKA; SJOKA, 2008; SHAZ *et al.*, 2009; BEERLI-PALACIO; MARTÍN-SANTANA, 2009), no entanto isto não se aplica ao contexto brasileiro, visto que os estudos desenvolvidos buscam explicar de maneira mais ampla o comportamento do doador de sangue (CARNEIRO-PROIETTI *et al.*, 2010), além do fato que são escassas as pesquisas que aliam este contexto ao campo do marketing social.

Neste sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos que comprovem quais são as variáveis que influenciam diretamente os indivíduos doadores de sangue, já que a partir das contribuições alcançadas pelas pesquisas é que poderão ser empregadas pelos profissionais da área da saúde no desenvolvimento de campanhas de marketing social. Ou, ainda, a realização de pesquisas que verifiquem os fatores que influenciam os indivíduos não doadores a se tornarem doadores de sangue regulares de maneira longitudinal (FERGUNSON; CHANDLER, 2005).

Desse modo, a relevância teórica desta pesquisa reside na relação entre os temas que explora, ao considerarmos a literatura internacional especializada, haja vista a ênfase atribuída à compreensão dos fatores que condicionam os indivíduos a doar sangue, para consolidação das práticas de marketing social. Assim, pretende-se contribuir na elucidação de questões acerca da doação de sangue, promovendo o avanço contínuo do conhecimento para a saúde pública, ao mesmo tempo em que possibilita ações de marketing social mais efetivas.

Ademais, a análise dos condicionantes comportamentais que favorecem a doação de sangue a ser empregada nesta pesquisa perpassa a elaboração de um modelo estrutural, que constitui contribuição relevante para a academia, na medida em que possibilita uma representação esquemática das relações que influenciam a tomada de decisão para o doador de

sangue, e, ainda, permite o entendimento entre as variáveis que determinam tal comportamento com o contexto geral da sociedade e do marketing social.

1.2 PROBLEMA E OBJETIVOS

Com base na literatura e nas discussões realizadas entre os pesquisadores, acerca do tema marketing social e doação de sangue, surgiram algumas questões sobre a temática e que podem direcionar este estudo. Algumas relevantes são: a) O que leva um indivíduo a doar sangue? b) Qual o perfil de um doador de sangue? c) Quais as principais características dos indivíduos que atuam a favor da doação de sangue? d) Quais os aspectos considerados motivadores e inibidores da doação de sangue? e) Existe alguma relação entre a quantidade de doações de sangue e o nível de informação do indivíduo sobre os procedimentos de doar sangue? f) Quais as características comportamentais que determinam os indivíduos a doarem sangue?

A partir destas indagações, a questão norteadora desta pesquisa pode ser definida como: **Quais os fatores que influenciam os indivíduos a comportamentos favoráveis a doação de sangue?**

Com o intuito de responder a este questionamento, foram então definidos os objetivos da pesquisa. Em princípio, concebe-se o objetivo geral, que consiste em **analisar os fatores que influenciam os indivíduos a doarem sangue**. Baseados neste objetivo e na justificativa considerada, os objetivos específicos foram determinados.

A partir da revisão da literatura pretende-se, inicialmente, analisar as dimensões comportamentais que orientam os indivíduos ao comportamento de doação de sangue, sob a ótica do marketing social.

O segundo objetivo específico consiste em verificar empiricamente os fatores que conduzem os indivíduos à doação de sangue, por meio de um estudo de campo, definido com base nos modelos teóricos abordados.

O último objetivo é analisar como as ações de marketing social desenvolvidas em prol da doação de sangue podem ser aperfeiçoadas, com base nos resultados obtidos pela pesquisa.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

A partir da definição dos objetivos, pode-se delimitar a estrutura do estudo, que apresenta os capítulos da revisão teórica, os procedimentos metodológicos, a análise e discussão dos resultados, e, as considerações finais. O segundo capítulo se refere à formulação de um referencial teórico, que tem por objetivo explorar o contexto histórico do marketing social, bem como seus fundamentos conceituais e ferramentas para execução do seu escopo. Além disso, este tópico aborda a relação construída entre o marketing social e a problemática da saúde pública, que nesta pesquisa é representada pela doação de sangue.

O referencial teórico evidencia ainda alguns aspectos sobre a doação de sangue, na medida em que contextualiza o processo de doação de sangue. Ademais, investiga as variáveis consideradas relevantes por estes indivíduos, no sentido de compreender as características e os fatores motivacionais da doação de sangue. Por fim, são abordados os modelos de doação de sangue que exploram a perspectiva do doador. Com base nestes modelos, desenvolve-se o modelo deste estudo.

No terceiro capítulo são exibidos os procedimentos metodológicos adotados para operacionalização da pesquisa, incluindo a definição do instrumento de pesquisa. Além disso, são descritas as decisões tomadas pela pesquisadora, e, ainda, os procedimentos da pesquisa empírica realizada.

O quarto capítulo apresenta os resultados e discussão dos dados. Inicialmente, é realizada uma análise exploratória dos dados e a descrição da amostra, e, em seguida, são avaliados os resultados da análise fatorial e da modelagem de equações estruturais, mediante a análise das hipóteses definidas para o estudo.

No último capítulo, as considerações finais acerca dos resultados do estudo são apresentadas, além das implicações teóricas e das limitações encontradas e das sugestões para futuras pesquisas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO E CONSTRUÇÃO DO MODELO

Neste capítulo, apresenta-se o referencial teórico da pesquisa baseado em uma discussão geral acerca do marketing social e suas aplicações no âmbito das ações de saúde, com destaque para a temática da doação de sangue e suas particularidades, ainda evidenciando tópicos necessários para a execução empírica do estudo.

2.1 Marketing como promotor da mudança social

Desde os primórdios da humanidade até a constituição da sociedade pós-moderna, diversas foram as alterações sociais que atingiram a organização coletiva, sendo estas, consequências da dinâmica estabelecida nas relações entre o homem e o meio. Compreende-se mudança social como a transformação, ao longo do tempo, dos padrões de pensamento e comportamento humano, diante das variações relacionais entre pessoas, grupos, organizações e sociedades (SZTOMPKA, 2005).

Desta maneira, observa-se que o modo elementar de mudança social pode acontecer naturalmente, na medida em que a própria sociedade reconhece suas incoerências e se reestrutura, sendo os sujeitos do sistema social fundamentais, como executores do processo de desenvolvimento e na modificação do contexto.

Mas há uma forma de mudança social que é planejada, geralmente promovida por agentes públicos, e que se destina a suprir objetivos direcionados ao estabelecimento de padrões de comportamento que garantam um maior equilíbrio do sistema social. A mudança social planejada caracteriza-se pelo alto nível de complexidade, visto que seu gerenciamento requer, por parte da entidade promotora, uma coesão entre a tomada de decisão, as estratégias empregadas e o público-alvo (SHETH; FRAZIER, 1982).

Considerando este entendimento, Andreasen (2006) expõe que a fonte das constantes transformações sociais são as disfunções e desequilíbrios enfrentados por uma sociedade, o que torna o processo de mudança básico para a manutenção adequada das condições de vida dos indivíduos. Ademais, o planejamento da mudança deve envolver organizações que sejam capazes de gerir o relacionamento entre o indivíduo e o agente da mudança.

É fato que as atividades de marketing colaboraram para a disseminação e consolidação de comportamentos que desajustam a sociedade, ao oferecer ferramentas que foram eficazes na propagação do consumo exacerbado e inconsequente, ocasionando uma

desagregação dos valores e padrões sociais. Stead *et al.* (2007) exemplificam que a propaganda e outras formas de marketing têm dado suporte à indústria do cigarro para o alcance de novos consumidores, ao mesmo tempo em que favorecem o aumento no consumo de bebidas alcoólicas e comidas excessivamente calóricas (com a presença de gorduras saturadas). Teoricamente, questões relativas ao desenvolvimento da sociedade tornam-se componentes do macromarketing, no que diz respeito às relações mantidas entre os agentes de marketing e os comportamentos vigentes (HUNT; BURNETT, 1982).

O propósito do macromarketing é compreender as trocas entre os sistemas de marketing e o sistema social, de modo que sejam prevaletentes os interesses da sociedade. Isto inclui em seu escopo, ações que considerem a proteção e educação dos consumidores, para que os indivíduos estejam preparados a enfrentar as diversas situações de troca; a elaboração de políticas públicas que respeitem o direito do consumidor; a ética no marketing, para que as organizações considerem na criação de suas ofertas as barreiras morais envolvidas; a qualidade de vida, no que diz respeito ao consumo e o bem-estar gerado nas pessoas; e o marketing social, com a intenção de transformar positivamente os comportamentos dos sujeitos (LAYTON; GROSSBART, 2006).

De acordo com Andreasen (1994), o marketing social tem por característica a mudança de comportamento voluntária, que está sujeita a compreensão de quais as atividades que são necessárias às pessoas e quais os estímulos que elas precisam para superar as barreiras comportamentais que as impedem de aderir a dado comportamento. Para alcançar resultados satisfatórios, é preciso que um programa de marketing social busque envolvimento de todas as esferas da sociedade (indivíduos, líderes comunitários e o governo) e de abordagens complementares (educação, comunicação e legislação).

Sendo assim, o marketing social se concretiza como um modelo que se propõe a ser mais eficaz na promoção da mudança social, ao propor à geração de novos hábitos através de uma idéia ofertada (KOTLER; ZALTMAN, 1971). Conforme Smith (2002) coloca, a principal contribuição do marketing social para a concretização da mudança social ocorre com a percepção de valor que o indivíduo tem acerca da adoção do comportamento voluntário, o que obriga o agente promotor da mudança a estabelecer com clareza a mudança desejada.

Neste sentido, torna-se evidente o relevante papel do marketing social em promover uma conscientização e uma renovação nos padrões sociais, a fim de resultar em mudanças comportamentais duradouras, que promovam o bem estar dos indivíduos em termos de saúde física e mental, que em consequência disso, geram um maior equilíbrio na sociedade.

2.2 Marketing social: fundamentos históricos e conceituação

O campo de estudos do marketing, desde o seu início, passou por transformações contextuais que deram origem a um *framework* complexo, com ramificações teóricas que englobam toda a sociedade.

De fato, resquícios do pensamento de marketing podem ser percebidos nas colocações de alguns filósofos gregos, que discutiam na *polis* sobre a dinâmica do mercado e o homem como entidade social e econômica, sendo estes conceitos fundamentais para os futuros estudos de marketing (WILKIE; MOORE, 2003; SHAW; JONES, 2005).

É a partir do século XX que as atividades de marketing passam a ser compreendidas como parte da Economia, onde sua função estava resumida à distribuição de bens e serviços, dando origem às abordagens que ficaram conhecidas como de *commodity*, institucional e funcional (JONES; MONIESON, 1990; SHAW; JONES, 2005). No entanto, não havia uma definição clara do campo, apenas uma ênfase dos estudiosos em entender as operações de mercado, para repassar o conhecimento criado para os agentes financiadores (empresas), e, por isto, os temas que tratavam da sociedade em si permaneciam implícitos no escopo de marketing.

Entre as décadas de 1920 e 1950, o campo de marketing se fortalece por meio da definição de uma estrutura formal do conhecimento, com o desenvolvimento de organizações formais, conferências, periódicos e *newsletters*, o que permitiu uma integração de conteúdos que fundamentaram os princípios de marketing (WILKIE; MOORE, 2003). É, neste momento, com o advento da Grande Depressão e da Segunda Guerra Mundial que emerge a preocupação dos teóricos em tratar das questões públicas e sociais que afligem a população, as quais até então estavam suplantadas pela perspectiva gerencial de marketing. Burguete (2004) salienta que, durante esse período, os pensadores de marketing expandem a aplicação das atividades de marketing para além das organizações com fins lucrativos, ao reconhecerem que organizações sem fins lucrativos exercem involuntariamente práticas de marketing.

Entretanto, a ampliação do conceito de marketing, assim como toda a ascensão da perspectiva social, ocorreu em meados da década de 60. E baseou-se no artigo de Kotler e Levy (1969) – *Broadening the concept of marketing*. Este artigo fomentou a discussão a respeito da capacidade do marketing em fornecer ferramentas eficazes na propagação de ideias que, de algum modo, beneficiassem a sociedade. Os autores admitem que qualquer organização deve realizar atividades de marketing com o objetivo de definir um produto que alcance seu público-alvo, ao mesmo tempo em que a ideia central do negócio é comunicada,

facilitando o processo de troca entre o ofertante e o consumidor.

Em publicação subsequente, Kotler e Zaltman (1971) ressaltam que a utilização de metodologias de marketing comercial em temáticas sociais poderia colaborar com a elaboração de ofertas condizentes com a realidade dos consumidores de organizações públicas ou sem fins lucrativos, assim, o *framework* de marketing assume seu papel como instituição social.

Concisamente, Bagozzi (1975) resume a ideia central do debate, expondo a troca como o foco das atividades de marketing, na medida em que uma transação pode abranger aspectos tangíveis e simbólicos, este pressuposto é reforçado ao perceber que as relações sociais são trocas, e que por este motivo tornam-se objeto do marketing social.

O estudo de Kotler e Zaltman (1971) é tido como o ponto de partida para a área do marketing social, ao concentrar técnicas de marketing como suporte para a mudança social. Dito isso, os autores definem marketing social como **o desenho, a implementação e o controle de programas sociais responsáveis por influenciar no consumo de ideias, envolvendo considerações relativas ao planejamento do produto, precificação, distribuição, comunicação e pesquisa de marketing**. Em verdade, tal definição se mostra incipiente ao relacionar diretamente as atividades de marketing social com um produto tangível, postura própria do modelo de marketing gerencial, a exemplo das campanhas realizadas à época sobre o controle do uso de métodos contraceptivos.

Conforme Andreasen (2003), os estudos de marketing social progrediram de maneira lenta, apesar de nos anos 1970 a discussão prioritária se resumir as questões de nomenclatura da área, existia uma preocupação por parte dos teóricos em tratar dos impactos negativos das ações mercadológicas das empresas, como a exploração do consumidor e a regulação inadequada do mercado que favoreciam o modelo de marketing predominante. Ainda durante esse período, alguns estudiosos buscaram ampliar a aplicação das habilidades de marketing em programas de mudança social, em complementaridade as disciplinas já existentes como a publicidade social e as relações públicas.

Entretanto, é na década de 1980 que há um gradativo crescimento do campo com o surgimento do livro de Kotler e Roberto, que contribuiu com a definição de um modelo geral de marketing social (COSTA, 2010). Kotler e Roberto *apud* Costa (2010) demonstram que o marketing social é uma tecnologia dedicada à gestão da mudança social, que se relaciona com o projeto, implementação e controle de programas que objetivam a ampla aceitação de uma ideia ou prática social pelo grupo alvo. É notório que esta definição amplia o escopo do marketing social, no que concerne ao reconhecimento de que o comportamento

obtido através de um programa de marketing social é a essência da atividade, cuja execução pode estar atrelada a um elemento físico.

É dos anos 1990 em diante que o marketing social encontra sua verdadeira identidade, quando seus profissionais reconhecem que a natureza desse campo de estudo reside na mudança comportamental, ampliando o posicionamento de Kotler e Zaltman (1971) sobre a função do marketing social em tornar uma ideia de caráter social aceitável. O marketing social tem seu período de ascensão com a crescente publicação de artigos e livros que contemplam sua área de conhecimento. Assim como o *Social Marketing Quarterly*, as contribuições de Andreasen emergem nesse momento, em 1994, o autor define marketing social como sendo **uma aplicação das tecnologias do marketing gerencial para o desenvolvimento de programas que visem influenciar o comportamento voluntário do público-alvo, aumentando o bem-estar pessoal e da sociedade.**

De acordo com a primeira definição de Andreasen, Stead *et al.* (2007) observam aspectos fundamentais que ilustram o marketing social, quais sejam: a mudança **voluntária** de comportamento que pode ser incentivada com o uso de recompensas simbólicas; aplicação do princípio da **troca**, esclarecendo o consumidor acerca do benefício herdado ao adotar o comportamento apregoado; emprego de **técnicas de marketing**, que possibilitam a operacionalização da pesquisa de marketing, da segmentação e do mix de marketing; e, por fim, o **objetivo final** do marketing social é melhorar o bem-estar da sociedade, sem prioritariamente beneficiar a organização que o executa. Estes elementos são o que diferenciam o marketing social de outras abordagens de marketing.

Adicionalmente, Rothschild (1999) coopera com a área, ao considerar o marketing social como **uma troca voluntária entre duas (ou mais) partes, as quais desenvolvem suas percepções de auto-interesse, reconhecendo a necessidade de manter o auto-interesse da outra parte para a obtenção de seus próprios objetivos.** O autor reforça a centralidade do conceito da troca para o marketing e salienta o auto-interesse como principal motivador. Por conseguinte, os programas de marketing social devem buscar compreender seu público-alvo, com o intuito de tornar suas ofertas mais eficazes, ou melhor, ressaltando os benefícios gerados pela adoção do comportamento propagado. Maibach (2002) afirma que as organizações que aplicam o marketing social trocam suas ofertas por mudança comportamental, e em contrapartida os indivíduos fornecem seu tempo, esforço (físico ou mental) ou auxílio financeiro.

Diante disso, é no século XXI que o campo do marketing social consegue desempenhar suas ações com maior efetividade, uma vez que há um consenso entre os

estudiosos da potencialidade das ferramentas de marketing aplicadas para fins sociais. Nesta perspectiva, Andreasen (2002) destaca que de acordo com o objetivo do programa de marketing social é que pode ser determinado o comportamento produto dessa ação. Um programa que pretende aumentar os níveis de doação de sangue, que requer de um único sujeito alvo iniciar uma atividade, é diferente de um projeto que almeje parar a execução de um comportamento, como diminuir os acidentes de trânsito por conta do uso de bebidas alcoólicas.

Entende-se então que o marketing social tem como objetivo dar suporte para uma evolução social, através da conscientização dos indivíduos acerca das consequências de suas atitudes, proporcionando à disseminação de comportamentos que enfrentam as adversidades impostas pelo meio, como a comercialização de produtos (ex. cigarros, bebidas alcoólicas, remédios, dietas) prejudiciais à saúde. Isto também pode ser identificado nos programas de saúde pública que tratam do HIV (síndrome da imunodeficiência adquirida), onde os indivíduos são orientados a utilizar preservativos em todas as relações sexuais, assim como devem exigir de seus parceiros tal comportamento.

É notório que o marketing social possui uma vasta área de atuação, o que permite a aplicação e o desenvolvimento de abordagens que promovam melhorias na saúde pública, na preservação do meio ambiente, na prevenção de acidentes, e no envolvimento da comunidade na busca por melhorias estruturais. Para compreensão da ampla validade do marketing social como transformador da realidade, se faz necessário conhecer o processo de execução do marketing social.

2.3 Processo de marketing social

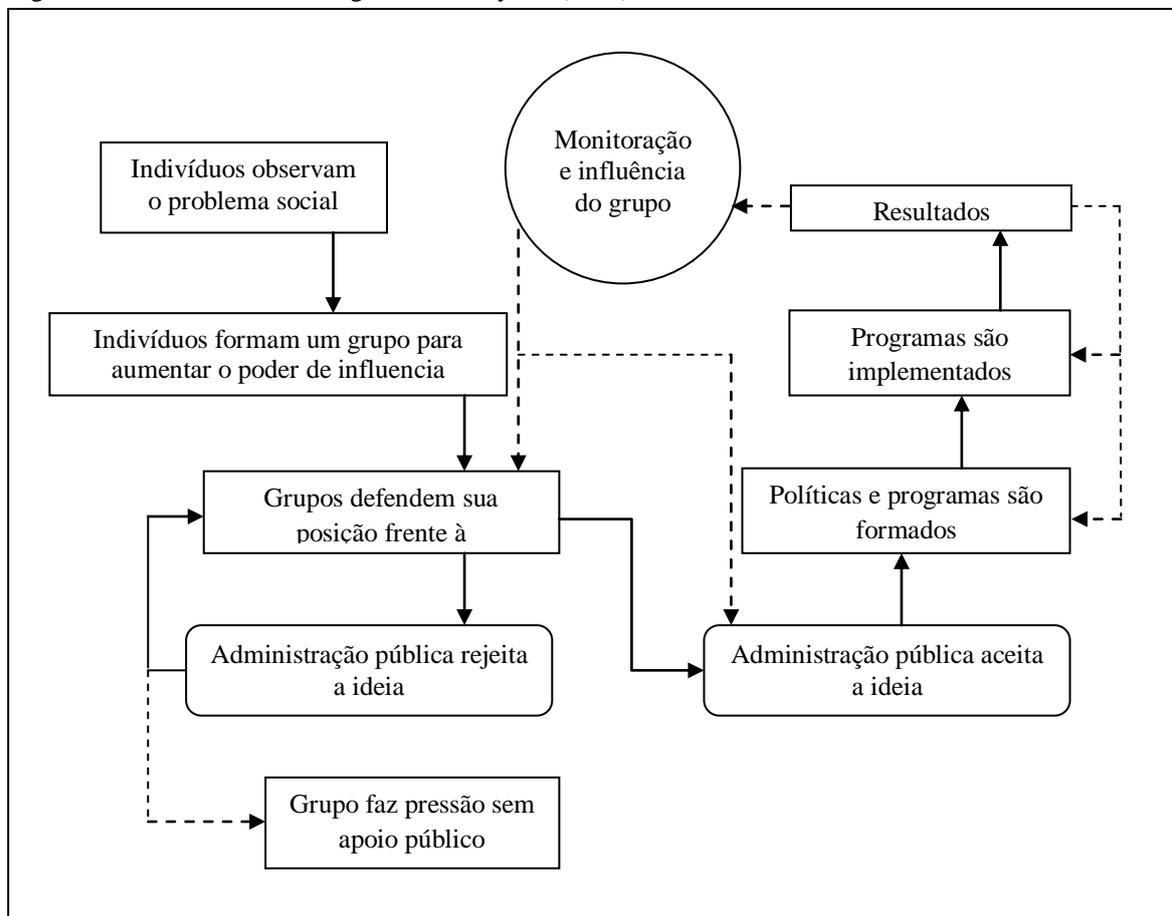
As atividades de marketing social destinam-se, em sua essência, a promover a mudança social por meio da crescente adoção de comportamentos positivos (ex. realização de atividades físicas cotidianamente) e do desencorajamento de comportamentos negativos (ex. consumo de alimentos excessivamente calóricos), com o intuito de influenciar os julgamentos dos indivíduos acerca das ações que podem prejudicar toda entidade social (DANN, 2010).

De acordo com Wymer (2004), o processo de marketing social se inicia no momento em que indivíduos ou organizações identificam um problema social que pode ser ultrapassado por uma ação específica. Assim, o grupo se organiza no intuito de desenvolver um projeto para a resolução do problema, ao mesmo tempo em que ressalta os prejuízos sociais proporcionados pela falta de ação governamental em favor da questão. Tanto a esfera

pública quanto a sociedade podem rejeitar a proposição do grupo e retornar com novas ideias para reformulação da proposta, ou aceitar o projeto, criando programas e políticas públicas de enfrentamento do problema social.

Se houver uma rejeição, a organização proponente pode optar por atuar em prol de sua causa sem o apoio público, contudo, muitas adversidades serão encaradas para conseguir o suporte da sociedade. Por outro lado, ao contar com o envolvimento social, a organização de intervenção passa a realizar as atividades de marketing social em conjunto com a administração pública. Após a efetivação das medidas definidas previamente, os resultados obtidos servem de base para dar continuidade às atividades de marketing social. Todo este processo pode ser verificado na Figura 1.

Figura 1 - Processo de marketing social de Wymer (2004)



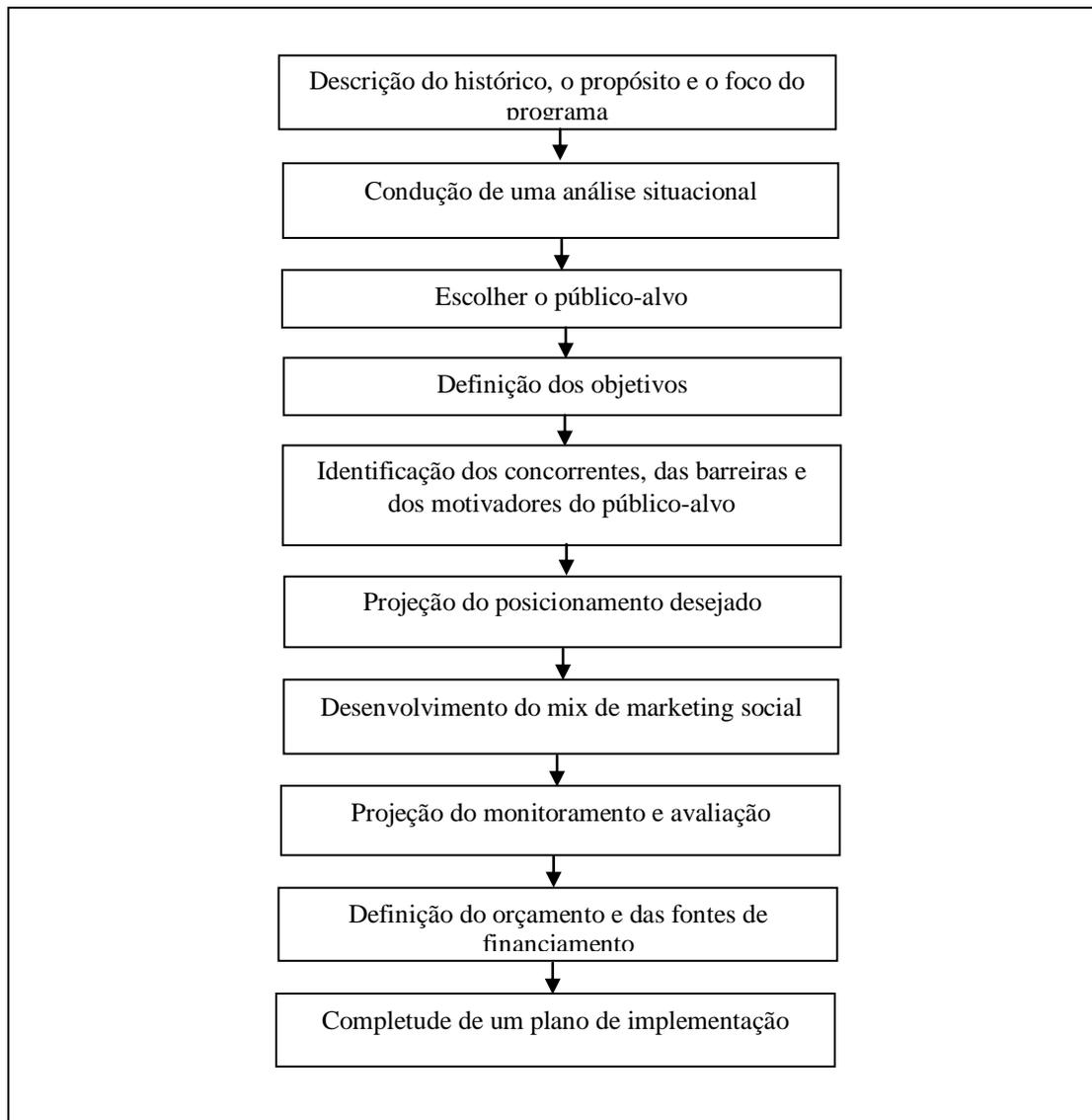
Fonte: Adaptado de Wymer (2004)

Para a operacionalização de seus objetivos, as organizações de intervenção social devem fazer uso das ferramentas do marketing social, que estão integradas às etapas do processo de marketing social. Ao realizar a adaptação dos elementos do marketing gerencial para uma esfera social, a criação de um programa social obedece a um processo de marketing social que pode ser entendido como um conjunto de estágios que contemplam o planejamento,

desenvolvimento da mensagem e dos materiais, pré-teste, implementação, até a avaliação do programa e o *feedback* (WEINREICH, 1999).

Entretanto, Kotler e Roberto elaboram uma proposta inicial, e posteriormente Kotler e Lee (2008) fizeram uma readaptação, ao propor um modelo organizado em dez etapas para execução do programa de marketing social, quais sejam: descrição do histórico, o propósito e o foco do plano; condução de uma análise situacional; escolher o público-alvo; definição dos objetivos; identificação dos concorrentes, das barreiras e dos motivadores do público-alvo; projeção do posicionamento desejado; desenvolvimento do mix de marketing social; projeção do monitoramento e avaliação; definição do orçamento e das fontes de financiamento; completude de um plano de implementação. A Figura 2 ilustra a sequência de etapas que constituem o modelo de marketing social de Kotler e Lee (2008).

Figura 2 - Modelo de processo de marketing social de Kotler e Lee (2008)



Fonte: Adaptado de Kotler e Lee (2008)

Respectivamente, o programa de marketing social tem início com a descrição do histórico da questão social que será tratada, observando quais são os fatores que influenciam negativamente o comportamento dos indivíduos (por exemplo, o aumento da obesidade ocasionado pelo consumo de alimentos altamente calóricos). Em seguida, deve-se definir qual o propósito e o foco do plano, esclarecendo os benefícios que serão gerados pelo programa e delimitando seu escopo de atuação, ou seja, adoção de uma alimentação saudável resultando na perda de peso e melhoria da saúde do indivíduo.

A segunda etapa do planejamento de marketing social refere-se à realização de uma análise do ambiente em que estará inserida a oferta, no caso o novo comportamento, deve-se então examinar as forças e fraquezas da organização promotora da mudança social, assim como as oportunidades e ameaças que serão enfrentadas no mercado. Na fase seguinte do plano deve-se determinar o público-alvo das ofertas, utilizando as características demográficas, psicológicas e comportamentais dos sujeitos para a segmentação.

O quarto passo é a definição dos objetivos da proposta de marketing social, os quais necessitam incluir o comportamento que será obtido a partir das ações de marketing. Assim, o plano tem que abranger uma meta comportamental, ou de conhecimento, ou de crença, ao mesmo tempo em que considera a postura comportamental (aceitação, rejeição, modificação e abandono) a ser exercida pelo público. Em sequência, o programa de marketing social busca verificar quais são as barreiras enfrentadas pelos possíveis adotantes do comportamento, além de identificar os fatores que motivam os indivíduos a favor da oferta comportamental.

Na etapa subsequente, o processo de marketing social se mantém focado na determinação de um posicionamento para o comportamento apregoado. Segundo, Boehm (2009) o programa deve construir uma imagem positiva e atrativa para o produto, considerando aspectos como a percepção do público-alvo no que diz respeito à relação do comportamento ofertado com os comportamentos concorrentes, ou seja, o principal resultado do posicionamento é tornar sua oferta mais influente que as demais.

Decorrente dessa necessidade, o desenvolvimento adequado mix de marketing social é essencial como uma estratégia para alcançar o mercado-alvo, proporcionando a aceitação do comportamento desejado. Portanto, o mix de marketing social é constituído dos elementos: produto, preço, praça e promoção.

De modo respectivo, o elemento produto é compreendido como o comportamento do indivíduo que se pretende obter em resposta as ações de marketing social, bem como os benefícios que serão alcançados ao adotá-lo. Assim, o mix de marketing social tem início com

a elaboração metódica dos benefícios que serão ofertados ao público-alvo, tornando-os mais atrativos que o comportamento concorrente. Portanto, o produto é uma ferramenta para ajudar pessoas, indo além da perspectiva de uma ideia ser o objeto ofertado pelo marketing social (STRAND; ROTHSCHILD; NEVIN, 2004; ROTHSCHILD, 2009).

Neste sentido, Rothschild (2009) ressalta que um comportamento pode produzir um conjunto de benefícios, assim como os benefícios podem ser consumidos por um comportamento. Ademais, Smith (2009) coloca que para produzir uma mudança comportamental, o programa de marketing social pode vincular um produto físico ao elemento central de sua oferta. Entende-se que o produto de marketing social é uma proposta de conduta, onde os indivíduos avaliam quais são os aspectos favoráveis à adoção do comportamento proposto.

No que se refere à estimativa do preço na oferta de marketing social, esta pode ser identificada pelos custos ou sacrifícios enfrentados pelo adotante do comportamento. Wood (2008) coloca que ao adquirir uma oferta social, o indivíduo se dispõe em termos de tempo, esforço financeiro, mudança de estilo de vida, e ainda, sobre o impacto sobre as relações sociais advindas da mudança comportamental. Contudo, o programa de marketing social deve reforçar os benefícios e minimizar os sacrifícios da mudança comportamental para o público-alvo.

No mix de marketing social, a praça tem o foco na distribuição de ideias acerca da mudança comportamental, refere-se à relação espaço e tempo em que o público-alvo vai realizar o comportamento promulgado pelo programa de marketing social, o que pode incluir um produto físico no seu escopo (WOOD, 2008). Strand *et al.* (2004) salienta que a determinação adequada dos canais de distribuição contribui para a redução das barreiras de acesso a oferta, criando utilidade e entregando de modo mais objetivo os benefícios do comportamento, ao mesmo tempo em que torna o comportamento concorrente menos interessante.

No âmbito da promoção, os esforços de marketing social devem estar voltados para a formulação de estratégias de comunicação que proporcionem o maior nível de adoção do comportamento. Por conseguinte, há uma conscientização que a promoção do marketing social deve ser empregada na comunicação de ideias. Neste sentido, evidenciam-se os benefícios da mudança de comportamento, motivando os indivíduos a agir.

Em continuidade ao processo de marketing social, a fase seguinte é a elaboração de um monitoramento e avaliação. Inicialmente, o plano de marketing social define quais as medidas que serão utilizadas para estimar os resultados alcançados, além comparar os

objetivos comportamentais determinados com a conduta resultante das ações.

A seguir, elabora-se um orçamento para o programa de marketing social, verificando quais as possibilidades financeiras para a implantação do plano. Por fim, o plano de marketing social se solidifica com as especificações das tarefas que serão realizadas, quem são os responsáveis por sua realização, e quais as demandas necessárias para sua efetivação. Por conseguinte, ao estruturar as ações de marketing social conforme o modelo proposto por Kotler, as organizações públicas e sem fins lucrativos poderão verificar com maior eficiência os impactos reais do comportamento ofertado na sociedade.

2.4 Marketing social na saúde pública

O marketing social é responsável por abordar assuntos pertinentes aos valores e necessidades da sociedade, modificando a relação entre a prática exigida na ação e o comportamento referente, podendo abranger tanto indivíduos como instituições governamentais, a depender do foco da ação. Ele se apresenta como uma ferramenta que visa lidar com as situações de domínio público, colaborando na formulação de programas e protocolos generalizados a fim de promover melhoria no bem estar social.

Neste sentido, as ações de marketing social se mostram como um mecanismo apto a despertar nas políticas públicas práticas mais eficazes na minimização dos problemas de saúde. Segundo Grier e Bryant (2004), o marketing é responsável por modificar o ambiente de sua ação, no sentido de tornar o comportamento de saúde promulgado por um programa social mais vantajoso que o comportamento oposto. De maneira complementar, a educação torna-se uma ferramenta mais efetiva quando os objetivos da sociedade e do público-alvo são convergentes, transformando as consequências da mudança comportamental mais atrativa, imediata e óbvia.

Assim como a educação, as ações de marketing social oferecem aos indivíduos a possibilidade de escolha, porém os orientam acerca das consequências comportamentais de assumir uma atitude prejudicial à sociedade, na medida em que evidencia a magnitude dos benefícios que serão alcançados.

De acordo com Thackeray e Brown (2005), a aplicação do marketing social na educação para a saúde e na saúde pública tem produzido efeitos positivos em diversos tipos de problemas, sendo de suma importância no suporte das demandas populacionais, tendo em vista que as atividades de marketing social se mostram hábeis no tocante a atingir os objetivos de mudança comportamental nos níveis individual, organizacional e governamental.

Com esse foco e sob o suporte do marketing social, algumas causas de saúde pública tornam-se objeto de estudo, de modo que o combate à proliferação do vírus da AIDS, a redução no consumo do cigarro e de bebidas alcoólicas, além do incentivo a reeducação alimentar, ocorram aprimoradamente. O Quadro 1 demonstra as aplicações de marketing social na saúde pública e seus respectivos estudos.

Quadro 1 - Aplicação de marketing social na saúde pública

Aplicações de marketing social na saúde	Estudos correspondentes
Comportamentos saudáveis e práticas de saúde	Sorensen <i>et al.</i> (2011); Quinn <i>et al.</i> (2009); Sublet e Lum (2008); Novelli (2007); Tan <i>et al.</i> (2009).
Doação de sangue	Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009).
Educação alimentar e atividades físicas	Bellows <i>et al.</i> (2009); Cassidy <i>et al.</i> (2002); Tucker <i>et al.</i> (2005); Brennan <i>et al.</i> (2010); Al-alak (2010).
HIV/AIDS	Lee <i>et al.</i> (2006); Rimal <i>et al.</i> (2009).
Imunização	Carrol e Van Veen (2002).
Obesidade	Rivera <i>et al.</i> (2010); Evans <i>et al.</i> (2009); Rivera(2010).
Prevenção do câncer	Lowry <i>et al.</i> (2009).
Saúde da mulher	Fridinger <i>et al.</i> (2003); Samad <i>et al.</i> (2010); Long <i>et al.</i> (2008).

Fonte: Elaboração Própria (2011)

Em geral, os alvos de interesse da ação de marketing social são os potenciais influenciadores de uma efetiva mudança de comportamento do indivíduo ou grupo social, como, por exemplo, os indivíduos receptores das doações de sangue (COSTA, 2010). É notório que as atividades relativas à saúde, que pretendem desenvolver uma mudança comportamental, geralmente, atuam num processo unidirecional, uma vez que o grupo alvo beneficiado não oferece qualquer valor na troca, assumindo uma postura caracteristicamente paternalista.

De fato, o altruísmo e o auto-sacrifício são elementos essenciais para que as pessoas adotem determinado comportamento apregoado pelas ações de marketing social (HASTINGS, 2003). Da mesma forma, parece ser necessário que haja uma comoção pública para que as instâncias governamentais modifiquem seu escopo de atuação, envolvendo todos os profissionais para uma reorganização direcionada a um dado problema.

Entretanto, os programas de marketing social voltados para a saúde pública, que exploram uma mudança de comportamento para o benefício de terceiros, como a doação de sangue, geram campanhas que não são direcionadas ao usuário final, já que nem sempre seu comportamento é alterado por meio do marketing social.

Portanto, para que o marketing social promova mudanças substanciais na saúde pública e no bem estar social, é preciso que suas fronteiras sejam ampliadas, buscando mais do que atingir públicos alvo com mensagens, posto que isso não parece ser suficiente para

afastar influências negativas e comportamentos indesejados (WYMER, 2010). Cabe então ao marketing social ampliar as questões com foco individual, pois é própria da natureza humana a necessidade de satisfazer seus interesses de colaboração social, da mesma forma com a qual a organização busca preencher as deficiências sociais que lhe pertencem.

2.5 A doação de sangue: contextualização e relevância social

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de provedores, nos níveis federal (Ministério da Saúde e hospitais do Ministério da Educação), estadual e municipal (rede de estabelecimentos próprios da instância), que envolvem os segmentos público e privado. (OPAS – Organização Pan Americana da Saúde – OMS, 1998). A principal função da saúde pública incide sobre a aplicação de métodos baseados na população a fim de proteger, promover e melhorar a saúde e o bem estar de pessoas afetadas por doenças e outras condições adversas (ATRASH; PARKER, 2010).

Desse modo, a doação de sangue é um elemento essencial para o pleno funcionamento dos sistemas de saúde em todas as partes do mundo, sendo de vital importância para a sobrevivência dos indivíduos. Todavia, algumas adversidades limitam a execução eficiente do processo de captação de sangue, o que torna a coordenação e administração das unidades hemoterápicas atividades que devem relevar os desafios inerentes às adversidades enfrentadas por esta problemática, como o risco de vida que os produtos de sangue oferecem, assim como a sua perecibilidade (LI *et al.*, 2008).

Segundo Nagurney (2010), mundialmente, os sistemas operacionais de bancos sanguíneos apresentam uma administração descentralizada, posto que existe, em cada região, um hemocentro responsável por sua coordenação e pela orientação às suas unidades subsidiárias. Contudo, Li *et al.* (2008) apontam para o fato de que tópicos descentralizados possuem maiores obstáculos na aquisição de uma eficácia administrativa da doação de sangue.

De acordo com Carneiro-Proietti *et al.* (2010) até meados das décadas de 1970 e 1980, no Brasil a coleta de sangue era realizada por bancos privados que como prática comum remunerava os indivíduos, isso ocorria pela ausência de regulamentação governamental. Diante disso, foram constatados graves problemas nesse sistema, além da disseminação do vírus da AIDS, o que obrigou o governo a assumir as responsabilidades do exercício desta atividade, tendo em vista a necessidade de segurança dos procedimentos realizados (GONÇALEZ; SABINO; CHAMONE, 2003). Tal ocorrido deu origem a hemorrede

brasileira constituída de hemocentros (centros regionais) e hemonúcleos (unidades básicas).

O Ministério da Saúde (2010) observa que o objetivo de um hemocentro é coletar e controlar a qualidade do sangue e de seus hemoderivados. Com base nesse quadro, as unidades hemoterápicas (ou hemorrede) desenvolvem suas atividades. No entanto, cada estado brasileiro deve definir suas políticas de atuação de modo que sejam consideradas todas as especificidades dos indivíduos, da cultura e do ambiente. Assim como é organizada mundialmente, percebe-se que esta estruturação pressupõe uma descentralização da gestão, ao passo que o Governo Federal regulamenta a atividade principal concomitantemente com o Governo do Estado, que elabora as minúcias da hemorrede.

Entretanto, sem a oferta da remuneração os índices de doadores se tornaram cada vez menores, comprometendo a manutenção dos estoques de sangue, ao mesmo tempo em que exige por parte das instituições públicas uma melhor aptidão em incentivar a solidariedade dos sujeitos em prol da doação de sangue.

A partir dos anos 1990, como tentativa de reverter esse quadro, as organizações públicas desenvolveram programas de recrutamento de doadores entre os familiares e amigos dos indivíduos hospitalizados, os chamados doadores de reposição, sendo este tipo de prática recorrente até os dias atuais (CARNEIRO-PROIETTI *et al.*, 2010). Apesar dessa medida, o suprimento de sangue não se mostrou suficiente para atender os receptores. Como o Ministério da Saúde (2011) confirma a demanda por sangue é crescente nos hemocentros, devido ao aumento de 58,3% nos transplantes (de 2003 a 2009) e o crescimento da população, o que exige das instâncias governamentais uma atuação integrada, no intuito de obter uma participação homogênea dos indivíduos.

De fato, é preciso que a administração pública desenvolva todo um aparato intelectual que dê suporte a elaboração de programas sociais de doação de sangue, principalmente, no que diz respeito à aplicação das ferramentas de marketing social. Além disso, é primordial que as ações de marketing social voltadas para a doação de sangue compreendam as características dos indivíduos fornecedores de sangue. Nesta perspectiva, Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) reconhece que a informação é o ponto de partida para o processo de adoção de um determinado comportamento, no caso doar sangue.

2.6 O doador de sangue: características e fatores motivacionais

Com a transformação do caráter da doação, de remunerada para voluntária, ao que parece, os doadores de sangue tornaram-se mais criteriosos nas ponderações entre os

benefícios gerados pelo ato e os custos assumidos. É fato que os bancos de sangue são afetados pelos riscos percebidos pelos doadores, visto que a relação de doação requer dos indivíduos um alto nível de envolvimento psicossocial, sendo fundamental que os programas sociais desenvolvam uma relação de confiança entre o doador e a unidade de atendimento, enfatizando as experiências positivas dos doadores e as necessidades dos receptores do sangue.

Nesta perspectiva, é notório que os custos envolvidos na doação voluntária de sangue exigem dos indivíduos um alto nível de solidariedade e empatia, na medida em que a instituição executora do procedimento promove compensações simbólicas, pelo custo do tempo gasto com a doação. Assim, como afirmam Misje *et al.* (2005) a conduta voluntária dos doadores está fundamentada na motivação humana, pela qual o indivíduo deriva satisfação e recompensas intrínsecas, na busca por incentivar a satisfação de outras pessoas, sem o objetivo de participar de uma relação de troca em que o receptor do benefício esteja forçado a oferecer algo em retorno.

Desse modo, o altruísmo emerge como uma das características dos doadores de sangue, mediante a preocupação desses sujeitos com o bem estar dos outros. Conforme Fernández-Montoya (1997), o comportamento altruísta é próprio do ato de doar sangue, uma vez que esta ação por si já presume impessoalidade, pois se desconhece quem é o doador e receptor, ao passo que não há obrigação alguma do receptor do sangue perante a sociedade, além da inexistência de penalizações para as pessoas que não são doadoras. Portanto, é possível perceber que o doador de sangue não executa uma ação isolada, mas para estar caracterizado como tal o sujeito assume para si um relevante papel social, ou seja, tais sujeitos não se consideram seres excepcionais, mas cidadãos que correspondem a sua consciência social com um nível de generosidade que eles mesmos determinam (SUÁREZ *et al.*, 2004).

Dito isso, Glynn *et al.* (2002) evidenciam que, além do altruísmo, existem outros motivadores da doação de sangue, como a consciência da necessidade de sangue, proporcionada pela distribuição eficaz e pelo acesso a informação. O senso de obrigação e a pressão social que atuam conjuntamente com a necessidade de substituição do sangue utilizado por familiares ou amigos, devido à relação de cobrança estabelecida entre o doador e a sociedade. Em verdade, fatores externos como a pressão social e os incentivos físicos vão perdendo sua capacidade de influência quando o indivíduo se torna um doador regular. Sojka e Sjoka (2008) constatam que o medo de precisar de sangue no futuro exerce influência sobre os doadores de sangue, além do fato de oferecer maior bem estar para a saúde.

De modo contrário, em estudo realizado por Shaz *et al.* (2009) foram observados

os aspectos considerados pelos sujeitos para não doar sangue, as principais razões ressaltadas foram: a falta de aptidão física para doar, o medo de sentir dor ou de agulha, a indisponibilidade de tempo, o fato de nunca ter sido convidado, a inconveniência do ato, e, ainda por motivos religiosos.

Pode-se perceber que alguns dos fatores citados estão relacionados, principalmente, com o acesso à informação, visto que ao dispor do conhecimento acerca dos procedimentos de doação de sangue, os indivíduos estariam conscientes do nível mínimo de dor ocasionado pela doação, bem como a percepção de inconveniência e a indisponibilidade de tempo seriam superadas. Por sua vez, as instituições públicas ou sem fins lucrativos ao realizar programas sociais focados na doação de sangue devem procurar entender como as barreiras atuam na desmotivação dos indivíduos, no intuito de reduzir a relevância destes aspectos no processo de decisão sobre o ato de doação de sangue. Neste sentido, este estudo, que tem por propósito favorecer a prática de doação a partir de uma perspectiva de marketing social, foram analisados alguns estudos que desenvolveram e testaram modelos que explicam a predisposição à doação, conforme expõe o item seguinte.

2.7 Modelos de doação de sangue

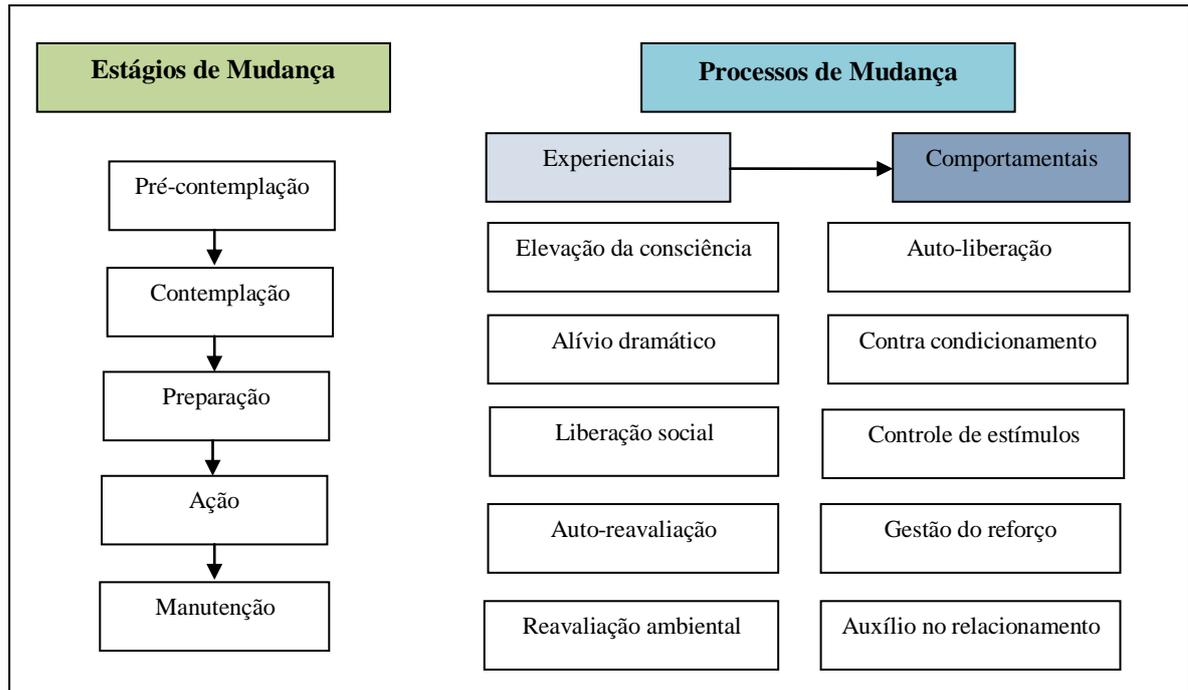
As questões relativas à doação de sangue podem ser compreendidas por meio de abordagens teóricas, que contribuem com uma visão geral da temática. Alguns modelos desenvolvidos exploram a perspectiva do doador, no sentido de explicar quais os fatores, intrínsecos e extrínsecos dos indivíduos, que interferem na disposição em doar sangue, além de examinar como ocorre este processo de intervenção comportamental. Serão detalhados quatro modelos que tratam especificamente do doador de sangue, dentre os quais, a proposta de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) recebe maior ênfase, por apresentar escopo semelhante à desta pesquisa.

2.7.1 Modelo de Ferguson e Chandler (2005)

A primeira versão deste modelo foi elaborada em 1996, quando o primeiro autor objetivava examinar a eficácia dos modelos teóricos existentes em prever o número de doações de sangue, para então propor um modelo transteórico de mudança comportamental que servisse de base conceitual para os agentes de mudança social (FERGUSON, 1996). Posteriormente, Ferguson e Chandler (2005), para materializar tal estudo, exploraram a

validade do modelo dos estágios na doação de sangue. Foram então realizados três estudos com a finalidade de verificar evidências dos processos do modelo transteórico de mudança comportamental no contexto da doação de sangue, a possibilidade dos doadores serem agrupados segundo Ferguson (1996), e, por fim, testar a capacidade preditiva dos construtos de tal modelo para o comportamento pró-social.

Figura 3 - Modelo transteórico de mudança comportamental de Ferguson e Chandler (2005)



Fonte: Baseado em Ferguson e Chandler (2005)

O modelo transteórico compreende a mudança por meio de estágios (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção) e processos (experiential e comportamental). Em se tratando dos estágios de mudança, inicia-se com a pré-contemplação, em que os indivíduos não têm a intenção de modificar seu comportamento e ainda não é evidente esta necessidade. Já na fase de contemplação, as pessoas são conscientes das razões para aderir a um novo comportamento, mas realizam ponderações entre os prós e contras da ação. Os sujeitos, no estágio de preparação, pretendem colocar em prática o comportamento desejado dentro de um curto prazo (um mês). Na ação, os indivíduos desempenham o comportamento requerido num médio prazo (seis meses) e, sequencialmente, no estágio de manutenção, a conduta adotada perdura por um longo prazo (maior que seis meses).

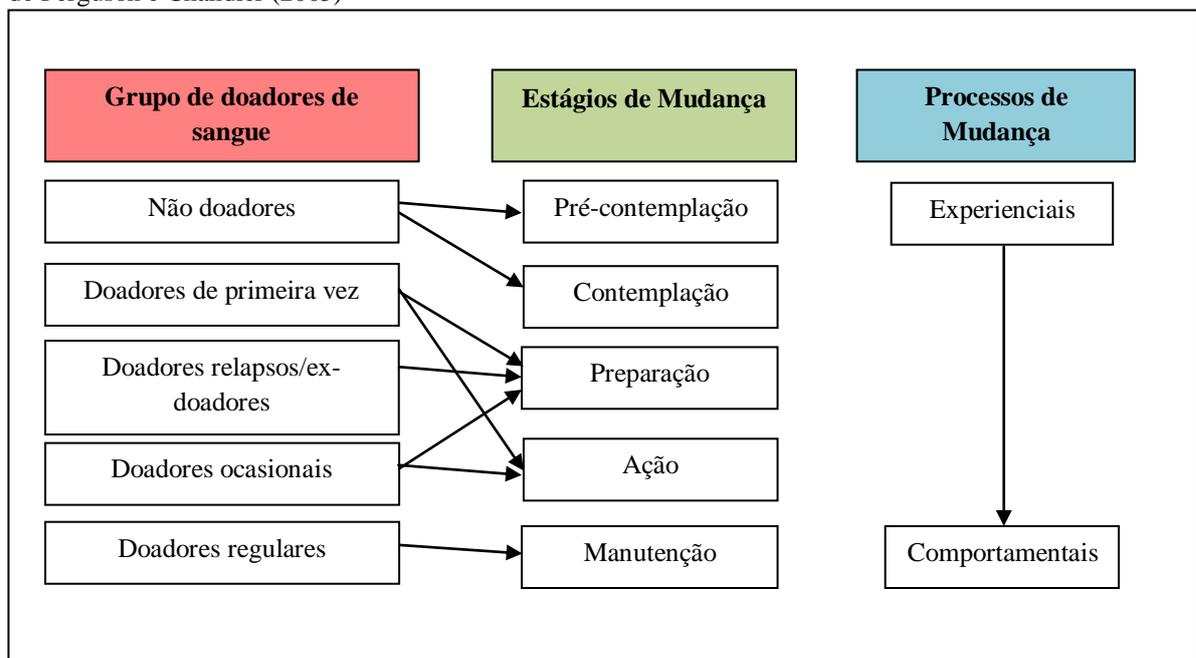
Complementarmente, os autores fundamentaram-se no estudo de Prochaska *et al.* (1988) para identificar os processos que intermedeiam os estágios de mudança, sendo eles concebidos continuamente dentre os experienciais (elevação da consciência, alívio dramático,

liberação social, auto-reavaliação e reavaliação ambiental) e os comportamentais (auto-liberação, contra condicionamento, controle de estímulos, gestão do reforço e auxílio no relacionamento). A Figura 3 ilustra o modelo transteórico de mudança proposto pelos autores.

Em seguida, Ferguson (1996) classificou os doadores de sangue em grupos, conforme o modelo transteórico de mudança: não doadores, que se localizam no estágio de pré-contemplação ou contemplação e, preliminarmente, num processo experiencial; doadores de primeira vez, que estão situados na fase de preparação e ação; doadores relapsos ou ex-doadores, que se encontram no estágio de preparação; e os doadores regulares, que estão na fase de manutenção, onde o processo comportamental é dominante. Os autores trataram ainda dos doadores ocasionais, pois desenvolvem seus comportamentos entre os estágios de preparação e ação. Portanto, é notório que os diferentes estágios e subgrupos de doadores exigem maneiras diferentes de tratamento, incluindo neste escopo as ações de marketing social. Para uma melhor compreensão do modelo proposto expõem-se a Figura 4.

No que diz respeito ao caráter metodológico, a investigação consistiu em três estudos distintos. Adotou-se, no primeiro e segundo estudos, uma abordagem qualitativa para explorar os pensamentos dos indivíduos sobre doação. Assim, foi aplicado para a coleta de dados, o uso de diários pelos sujeitos, para que pudessem descrever as ocasiões em que a doação de sangue era tema de seu cotidiano, além da realização de entrevistas estruturadas.

Figura 4 - Classificação dos doadores de sangue segundo o modelo transteórico de mudança comportamental de Ferguson e Chandler (2005)



Fonte: Baseado em Ferguson e Chandler (2005)

Resultantes desta etapa, os autores identificaram as ações dos doadores, como:

lembrança, assistência emocional, família e amigos, não elegíveis, e elevação da consciência, por meio destes pensamentos, os indivíduos indicam o nível de inclinação em doar sangue. Assim, foram revelados os principais processos de mudança comportamental (elevação da consciência, auto-liberação, alívio dramático, auxílio no relacionamento, liberação social, auto-reavaliação, contra condicionamento, gestão do reforço), o que torna, preliminarmente, válida a relação entre o modelo transteórico de mudança e a doação de sangue.

A partir das descobertas iniciais, Ferguson e Chandler (2005) operacionalizaram o terceiro estudo, no intuito de explorar o modo como os parâmetros do modelo transteórico variam conforme a categorização dos doadores, advindos da análise de cluster e da aplicação da mensuração psicométrica. Além disso, os autores optaram por incluir uma medida de intenção, para investigar se o modelo transteórico tem validade incremental sobre as intenções, com relação à frequência de doações passadas dos doadores.

A princípio, a abordagem quantitativa confirmou os resultados dos estudos qualitativos, bem como a estrutura principal dos processos comportamental e experiencial. No que diz respeito aos estágios de mudança, emergiram a pré-contemplação, contemplação-preparação, ação-manutenção, uma vez que estas etapas refletem fusões entre fases de cognição dos sujeitos. Baseado nos estágios, o agrupamento dos doadores constituiu-se dos não-doadores, os doadores ocasionais, e dois tipos de doadores regulares: doadores em preparação e em manutenção.

Os autores admitiram que os estágios de doação iniciais (doadores de primeira vez e doadores ocasionais) estão associados com processos experienciais e de cognição contemplativa, enquanto que os estágios mais tardios (doadores regulares) se relacionam com os processos comportamentais. Ferguson e Chandler (2005) ressaltaram que estes estágios mostram validade incremental sobre a variável intenção na previsão da frequência do comportamento, de tal modo, torna-se evidente a capacidade do modelo transteórico na compreensão do contexto da doação de sangue.

Em termos de limitações, este modelo se mostra ineficiente na abordagem oferecida à percepção do altruísmo como interveniente do comportamento pró-social. Além disso, é possível aplicar outro modo de classificação dos doadores, uma vez que as campanhas de doação de sangue estão voltadas para a absorção de novos doadores, embora a manutenção dos estoques de sangue dependa, em maior parte, da regularidade dos doadores já cadastrados. Assim, um novo modelo de agrupamento dos doadores de sangue relacionado com o modelo transteórico de mudança permitirá o desenvolvimento de programas de marketing social direcionados a cada grupo especificamente.

2.7.2 Modelo de Steele *et al.* (2008)

O estudo realizado por Steele *et al.* (2008) compreende a doação de sangue como produto do comportamento pró-social, advindo dos atos de pessoas ou grupos em benefício de outros. Os indivíduos que adotam tal postura desenvolvem uma personalidade pró-social, ou seja, há o desejo inato de agir altruisticamente. Desse modo, os autores incluíram no modelo proposto características da personalidade pró-social, que agem como motivadores da doação, a preocupação empática, o comportamento altruísta e a responsabilidade social, como esclarece a Figura 5.

Assim, a análise da pesquisa perpassa a mensuração destas características individuais e a relação com a frequência nas doações de sangue. Inicialmente, a escala do comportamento altruísta empregada foi a *self-report altruism* (SRA), cuja atribuição é quantificar o nível de traços de personalidade altruísta, baseando-se na percepção do indivíduo acerca da frequência de comportamentos de ajuda.

Em se tratando da preocupação empática, a medida aplicada se originou da subescala de preocupação empática oriunda do agrupamento de questões da personalidade pró-social (PSB) para analisar o grau de empatia dos sujeitos pesquisados. No que se refere à mensuração da responsabilidade social, foram elaborados quatro itens relativos aos fatores motivacionais que conduziram os indivíduos a sua última doação, sendo uma medida representativa da motivação da responsabilidade social.

Figura 5 - Modelo da personalidade pró-social de Steele *et al.* (2008)



Fonte: Baseado em Steele *et al.* (2008)

Neste sentido, os procedimentos metodológicos, buscaram explicar a relação das variáveis de interesse (comportamento altruísta, preocupação empática, responsabilidade social) com cada variável independente, tais quais: regularidade da doação (doador recorrente

ou relapso), grupo de idade (≤ 25 , 26-35, 36-45, 46-55, >55 anos), gênero, raça ou etnicidade (não hispânico branco, não hispânico negro, asiático, hispânico) e o nível de escolaridade. Além disso, foram testadas as associações entre a frequência de doações nos últimos cinco anos e os elementos da personalidade pró-social.

A partir destes procedimentos, observou-se que o comportamento altruístico apresenta um baixo nível de variação entre os doadores regulares e relapsos. Por conseguinte, os indivíduos doadores de sangue, por si só, possuem um alto grau de comportamento altruísta aplicado em suas atividades, ou seja, isto não se mostra determinante no processo decisório para a doação.

O altruísmo se relacionou positivamente com indivíduos de idade mais elevada, visto que estes detêm, supostamente, mais experiência e maior envolvimento com o grupo, e com a etnia branca, na medida em que os hispânicos e asiáticos não acreditaram ser diretamente beneficiados com suas doações. Ademais, no âmbito da responsabilidade social, os sujeitos sentem a obrigação de retornar à comunidade algum ganho, o que é percebido do mesmo modo nos grupos de maior idade.

Sendo assim, pode-se notar uma ligação estreita entre a empatia e o altruísmo, isso porque o comportamento do doador de sangue pressupõe do indivíduo a capacidade de compreender a posição do outro. Assim, o gênero feminino revela uma tendência maior em desenvolver a preocupação empática, no sentido de estar mais suscetível as mensagens de recrutamento dos órgãos receptores de doação. Além disso, a frequência de doação dos indivíduos nos últimos cinco anos está relacionada com os níveis de comportamento altruístico e de responsabilidade social, uma vez que a preocupação empática é moderada pela disponibilidade de tempo e espaço do possível doador.

Por fim, a personalidade pró-social é averiguada por meio do comportamento de doação voluntária, sendo fortemente influenciada pela empatia e altruísmo dos sujeitos, os quais são levados a doar sangue por razões de responsabilidade social. Entretanto, este modelo se mostra limitado na medida em que foram contemplados apenas os doadores de sangue, não podendo afirmar que estes indivíduos desenvolvem um comportamento pró-social mais evidente que os sujeitos não doadores.

No que diz respeito aos construtos testados, a mensuração do altruísmo considerou o comportamento altruísta, negligenciando outros aspectos relevantes do mesmo, como as motivações altruístas. Isto ocorreu de modo similar com a preocupação empática, que foi nomeada como a representante da empatia no estudo, embora outros aspectos se mostrassem relevantes. Ademais, a responsabilidade social foi contemplada somente na

última doação do indivíduo.

Em geral, sugeriu-se que os futuros estudos de doação de sangue abarquem todos os elementos dos constructos abordados, incluindo de modo mais aprofundado o altruísmo como fator determinante do comportamento pró-social, visto que a voluntariedade requerida para ser doador de sangue é um atributo inerente a tal comportamento. Além disso, devem-se realizar estudos comparativos entre os não doadores e os doadores de sangue, verificando quais as características que diferenciam um doador de sangue regular.

2.7.3 Modelo de Lemmens *et al.* (2009)

O emprego de abordagens não fundamentadas teoricamente para a captação de sangue tem sido amplamente utilizado pelos órgãos responsáveis para a doação de sangue, prejudicando assim o desenvolvimento de estratégias de recrutamento que alcancem o público-alvo com efetividade. Para dar suporte na apreensão de novos doadores, Lemmens *et al.* (2009) realizaram um estudo que contemplou a perspectiva dos não doadores, com o fim de compreender os aspectos psicológicos que antecedem a decisão de doar sangue.

Desse modo, os autores aplicam a teoria do comportamento planejado em comportamentos de saúde específicos. A teoria do comportamento planejado pressupõe que a intenção é o principal determinante da ação, sendo a primeira determinada pela atitude, norma subjetiva e o controle do comportamento percebido. Respectivamente, a atitude se refere a uma avaliação pessoal de um comportamento, a norma subjetiva é indicada pela aprovação social da ação, enquanto que o controle do comportamento percebido é observado pelo controle pessoal de desempenho da ação. No entanto, para o contexto da doação de sangue, Lemmens *et al.* (2009) consideram o conceito de auto-eficácia mais apropriado que o controle pessoal de desempenho, tendo em vista que diversos estudos mostraram uma forte correlação entre tal constructo e a intenção de doar sangue.

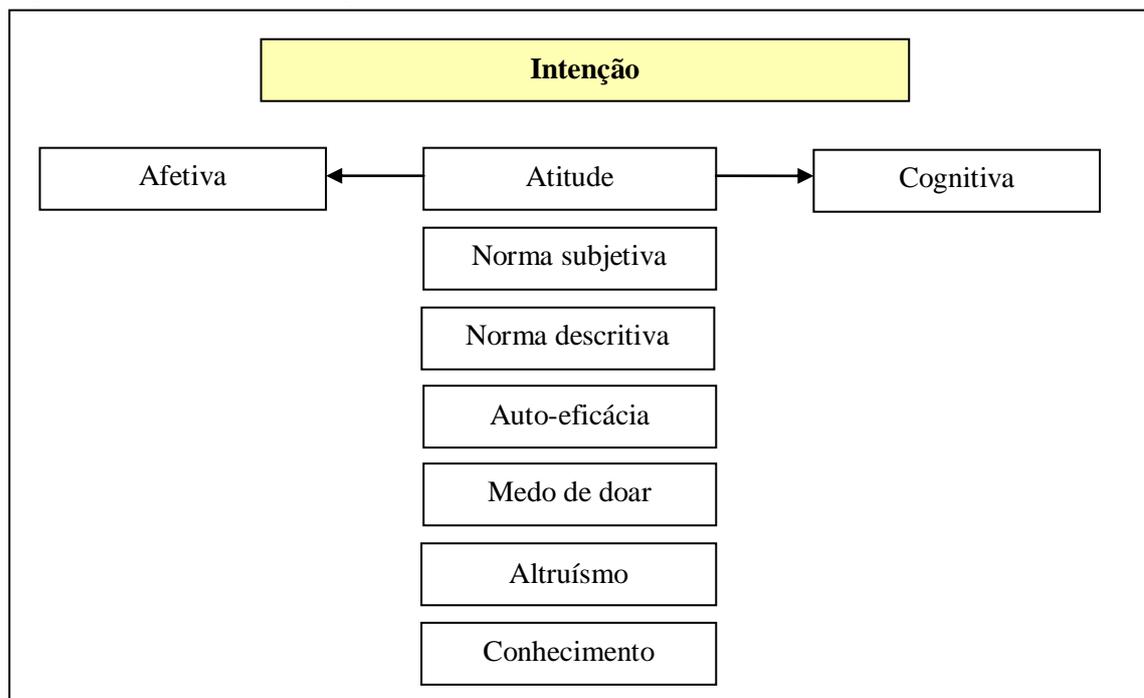
Ao ampliar o escopo da pesquisa, foram acrescentadas ao estudo questões relativas à atitude, no sentido de existir uma distinção entre os aspectos cognitivos e afetivos, uma vez que, cada um interage de modo diferente com este constructo. A intenção, no âmbito da norma subjetiva, pode influenciar a percepção dos outros, acerca da execução do comportamento desejado, o que origina uma norma descritiva.

Ademais, Lemmens *et al.* (2009) incluíram no modelo, o medo de doar sangue, que surge como uma razão para não doar; uma medida de altruísmo, onde os doadores caracterizam suas motivações com ações de caráter altruísta; e ainda um constructo que trata

do conhecimento retido sobre a doação de sangue, já que é recurso para a promoção da saúde coletiva. Na Figura 6, ilustra-se o modelo de intenção proposto por Lemmens *et al.* (2009) para compreensão dos não doadores.

Mediante o levantamento dos construtos, os autores realizaram dois estudos, operacionalizados estatisticamente, ao utilizar a mensuração das correlações dos componentes do modelo, além da regressão múltipla hierárquica para explorar as relações com a intenção. A primeira pesquisa foi conduzida com estudantes universitários para testar os construtos do modelo descrito, bem como os indivíduos foram questionados sobre suas características demográficas (gênero, data de nascimento, estado civil, estado empregatício e trabalho voluntário) e sobre o status de doação de sangue (frequência em que o sujeito pensa ou executa a doação).

Figura 6 - Modelo de intenção para não doadores de Lemmens *et al.* (2009)



Fonte: Baseado em Lemmens *et al.* (2009)

De modo geral, os resultados mostraram que os construtos acrescidos na teoria do comportamento planejado provêm um modelo adequado para a identificação da intenção de doar sangue. Percebeu-se que, a afetividade da atitude está fortemente associada com a intenção, e, que a norma subjetiva e moral são medidas aplicáveis ao estarem correlacionadas com a intenção. O altruísmo está relacionado com a cognição da doação, identificando-se como fator moderador da intenção com relação à norma moral, isto favorece a consolidação das normas morais.

No segundo estudo, Lemmens *et al.* (2009) testaram a aplicabilidade dos resultados do estudo inicial e a capacidade de generalização do modelo. A pesquisa foi aplicada com indivíduos com no máximo o nível intermediário de escolaridade. Neste estudo, foram utilizados os mesmos constructos do estudo inicial, exceto pela expansão da norma subjetiva e pela adição da medida de medo de sangue e agulha.

Como resultado desta etapa, constatou-se que a extensão da teoria do comportamento planejado fornece um modelo preditivo de intenção dos não-doadores eficaz. De maneira confirmatória, o altruísmo atua indiretamente sobre a intenção, por meio da norma moral, assim como o medo de sangue e agulha exerce efeito indireto na intenção, através do aspecto afetivo da atitude e da auto-eficácia.

Evidenciou-se uma forte associação entre a atitude afetiva, auto-eficácia e intenção, e ainda, entre o medo de sangue e agulha, atitude afetiva e a intenção. Isto ressalta que, a dor, o medo e o desprazer podem indeterminar a motivação e a auto-eficácia da doação. Então, este estudo demonstra que a aprovação da experiência pelos outros (norma subjetiva), o conhecimento de outros doadores de sangue (norma descritiva), e a experimentação de uma obrigação moral (norma moral) auxiliam na intenção de doar sangue.

A partir da realização destes estudos, Lemmens *et al.* (2009) verificaram que o emprego de aspectos distintos do constructo da atitude (afetivos e cognitivos), mostrou que a intenção é mais fortemente associada com os componentes afetivos da atitude, sendo os sentimentos do indivíduo determinantes da motivação em doar sangue. Como componente da pesquisa, o conhecimento obteve baixa associação com a intenção de doação, o que mostra pouco impacto sobre a motivação em doar sangue, embora seja essencial que os sujeitos conheçam os procedimentos de doação sanguínea.

Por fim, os autores compreenderam que características dos indivíduos, como o altruísmo e o medo de sangue e agulhas, são mediados pela cognição, ou seja, as crenças das pessoas sobre a doação de sangue são fundamentais para a motivação. Os estudos também comprovaram que os constructos núcleos do modelo (atitude afetiva, norma descritiva, norma subjetiva, e norma moral) mostram-se replicáveis para outras populações.

No que concernem as limitações do estudo, os autores ressaltam a restrição em aplicar a pesquisa apenas em não doadores, o que não permite uma comparação dos constructos testados com os doadores de sangue regulares. Em geral, os grupos testados mostram-se eficientes para a realidade social do país, contudo no Brasil estes grupos devem ser realocados, para que se adequem ao contexto.

2.7.4 Modelo de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009)

A problemática da doação de sangue apresenta-se como objeto próprio dos estudos de marketing social, já que este se mostra capaz de modificar contextos, como a baixa demanda de doadores e a pouca efetividade dos programas de doação de sangue. Por conseguinte, no ano de 2009, Asunción Beerli-Palacio e Josefa Martín-Santana elaboraram um modelo explanatório dos fatores que determinam a predisposição em doar sangue, no intuito de melhorar a eficácia dos programas de recrutamento e retenção dos doadores de sangue.

O estudo desenvolveu-se com base nas perspectivas de Kotler e Andreasen (1996) e Giles e Cairns (1995), as quais enfatizam que o comportamento de doação de sangue requer um alto nível de envolvimento e uma compreensão abrangente dos componentes cognitivos e afetivos da atitude, resultantes na predisposição em doar sangue. Com efeito, Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) ressaltam que os indivíduos exigem informações detalhadas sobre as decisões de alto envolvimento, o que implica um processo, essencialmente, racional. A informação, acerca da doação de sangue, se torna o primeiro determinante em prol de tal comportamento.

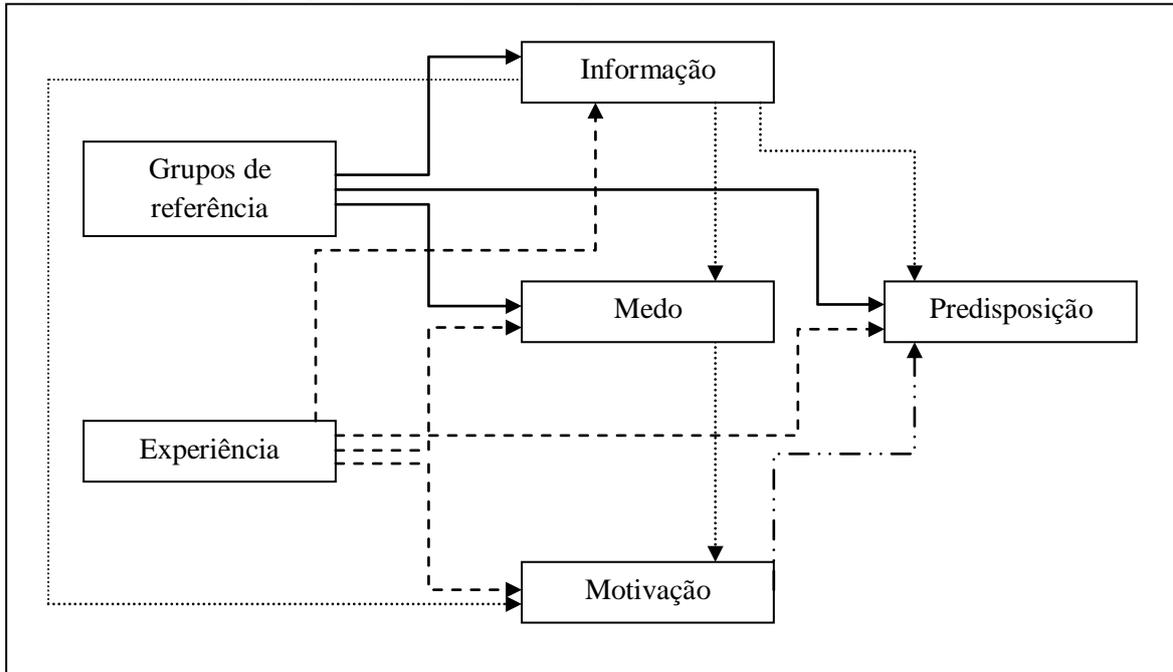
Os autores expõem outros motivadores diretos na adoção de comportamentos socialmente desejáveis. Constatou-se que os doadores são mais influenciados por fatores internos, que constituem parte da identidade do indivíduo, assim como, o altruísmo é percebido em diversos estudos como uma das razões para doar sangue. Além disso, pode-se destacar que a emergência do grupo, ao qual pertence um indivíduo, assume papel motivador para o sujeito.

Entretanto, existem fatores que atuam como inibidores de uma conduta de doação, que estão classificados em: riscos físicos (transmissão de doenças), psicológicos (medo) e tempo (falta de tempo), este último também pode ser observado no estudo de Hupfer *et al.* (2005). Contudo, para definição do modelo, Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) consideram como inibidores: o medo de agulha ou de desmaiar, a transmissão de doenças infecciosas e a fraqueza proveniente da doação de sangue.

Neste sentido, os fatores desenvolvidos para o modelo de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) englobam as informações que os indivíduos possuem sobre o processo de doação, o medo como principal inibidor da doação de sangue, as motivações que o indivíduo possui para doar, e as experiências individuais como doador e com os grupos de referência (família e amigos). Analiticamente, os autores conduziram uma modelagem de equações

estruturais, para explicar os fatores que determinam a predisposição em doar sangue. A Figura 7 elucida o modelo de predisposição da doação de sangue, bem como as relações mantidas entre os construtos.

Figura 7 - Modelo de predisposição da doação de sangue de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009)



Fonte: Adaptado de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009)

Como resultado, observa-se que o nível de informação sobre doação de sangue é o fator de maior influência na predisposição em doar sangue, dado o fato de o indivíduo pertencer a um grupo de referência que tenha o comportamento de doar sangue. Assim, quanto maior a informação sobre o processo de doação, menor será a relevância do medo do doador, e maior a motivação do indivíduo em doar. O altruísmo como motivador demonstra uma forte relação com a predisposição em doar sangue, contrariamente, o medo emerge com uma influencia negativa fraca sobre a predisposição dos doadores de sangue.

No que concerne às limitações do estudo, pode-se apontar para o âmbito metodológico, a modelagem de equações estruturais pressupõe uma linearidade nas relações entre as variáveis abordadas, o que pode não se aplicar efetivamente, sendo necessário o emprego de métodos mais sofisticados para verificação da possível não linearidade das relações. Além disso, outras variáveis podem interferir na predisposição em doar sangue, como as questões demográficas, e ainda em termos de classificação dos doadores, já que a depender do grupo que pertença o sujeito, deve-se elaborar uma ação de marketing social específica.

2.7.5 Análise comparativa dos modelos de doação de sangue

Mediante a apresentação dos modelos de doação de sangue adotados para a pesquisa, pode-se realizar uma análise comparativa, conforme expõe o quadro abaixo. De maneira geral, percebe-se que os modelos buscaram aliar diferentes aspectos teóricos ao contexto da doação de sangue para verificar quais os aspectos que influenciam os indivíduos a doar sangue, e, como esse fatores podem ser explicados.

Quadro 2 - Análise comparativa dos modelos de doação de sangue

MODELO	SUPOSIÇÕES DO MODELO	ASPECTOS METODOLÓGICOS	SUJEITOS DA PESQUISA
Modelo Ferguson e Chandler (2005)	Exploraram a associação entre o modelo dos estágios e os processos do modelo transteórico de mudança comportamental no contexto da doação de sangue	Abordagem qualitativa (diários e entrevistas) e quantitativa (análise de cluster e mensuração psicométrica)	Não-doadores de sangue, doadores ocasionais, doadores regulares
Modelo Steele <i>et al.</i> (2008)	A análise da pesquisa perpassa a mensuração das características da personalidade pró-social (altruísmo, empatia e responsabilidade social)	Abordagem quantitativa (análise de variância - anova)	Doadores de sangue ocasionais e regulares
Modelo de Lemmens <i>et al.</i> (2009)	Aplicaram a teoria do comportamento planejado em comportamentos de saúde específicos	Abordagem quantitativa (mensuração das correlações e regressão múltipla hierárquica)	Não-doadores de sangue
Modelo Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009)	Elaboraram um modelo explanatório dos fatores que determinam a predisposição em doar sangue	Abordagem quantitativa (modelagem de equações estruturais)	Não-doadores de sangue

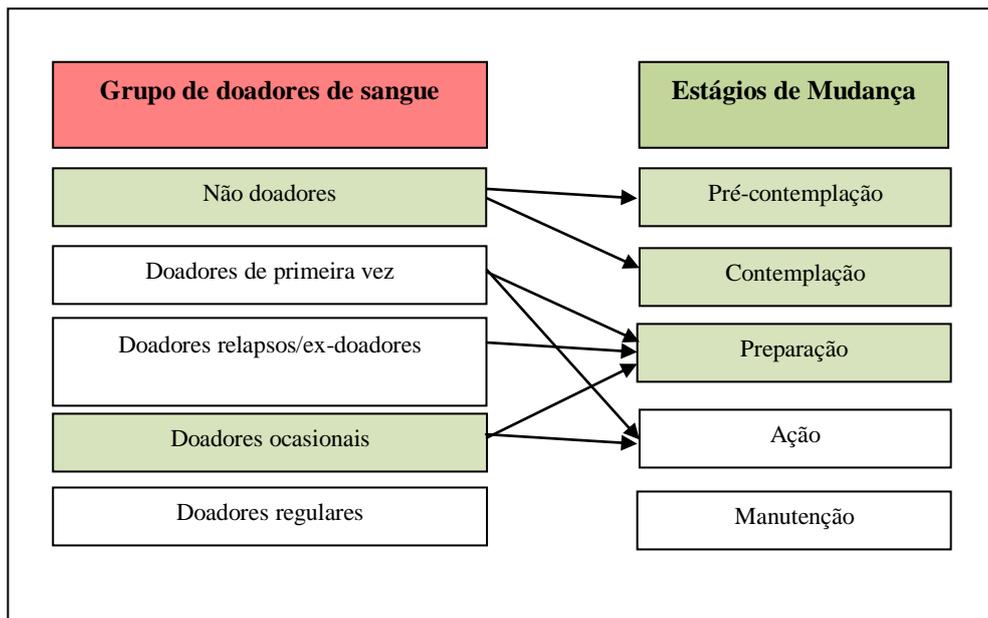
Fonte: Elaboração própria (2011)

Neste sentido, há uma diversificação nos sujeitos pesquisados, haja vista a necessidade de compreensão de cada tipo de conduta de doação de sangue. Entretanto, os não doadores de sangue foram explorados com maior frequência pelos autores, na medida em que tal comportamento não gera nenhum benefício para a sociedade, ao contrário dos indivíduos doadores de sangue ocasionais e dos doadores de sangue regulares, que contribuem efetivamente para o estabelecimento dos níveis adequados dos estoques sanguíneos. Ademais, constatou-se a predominância da abordagem quantitativa, ao permitir a comprovação das relações estabelecidas teoricamente de maneira estruturada, o que se mostra coerente com o escopo desta pesquisa. Para tanto, as relações entre tais modelos serão explorados no tópico a seguir.

2.8 O MODELO DESTA PESQUISA

Para esta pesquisa, adotaram-se os modelos abordados como base para a elaboração das hipóteses de associação entre os construtos, hipóteses estas que serão testadas empiricamente. Temos, inicialmente, a contribuição de Ferguson e Chandler (2005) que dá a definição do grupo de doadores que será foco deste estudo, uma vez que, ao estar situados nos estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação do modelo transteórico de mudança comportamental, os não doadores e doadores ocasionais tornam-se os elementos centrais para os programas de marketing social que objetivam a captação e manutenção de doadores para a adequação dos estoques de sangue. Conforme apresenta a Figura 8, os elementos em destaque.

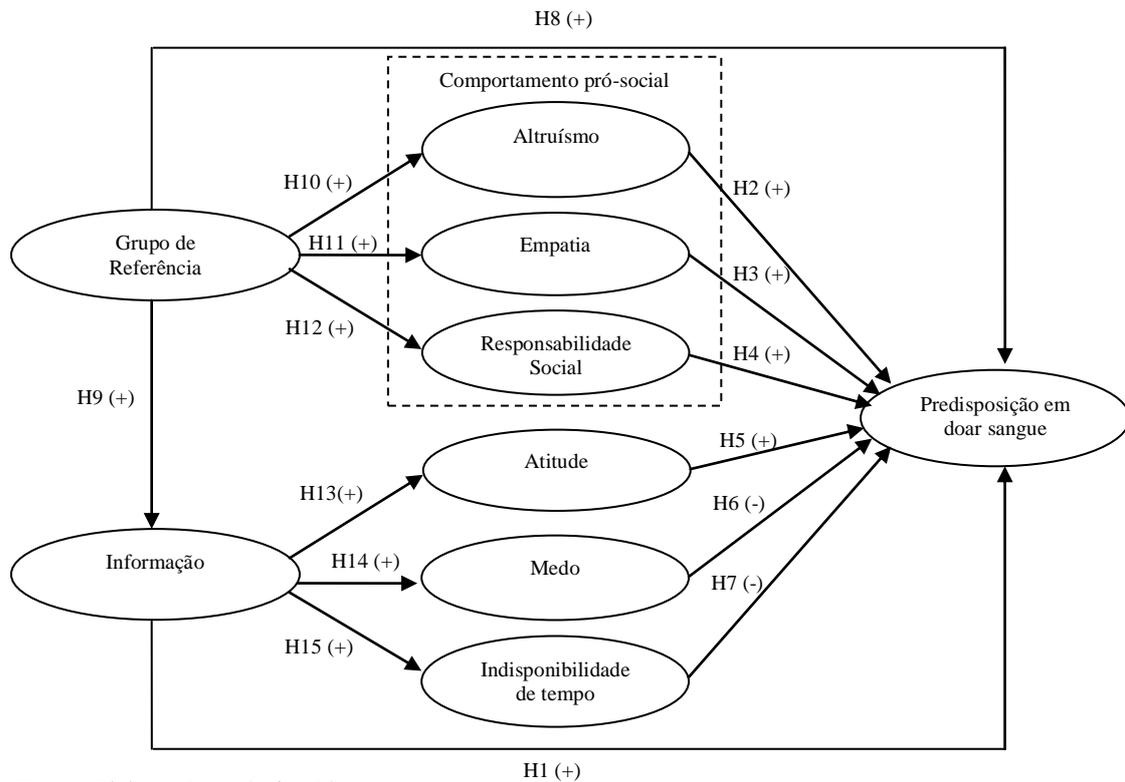
Figura 8 - Construtos de Ferguson e Chandler (2005) adotados para a pesquisa



Fonte: Baseado em Ferguson e Chandler (2005)

Mediante as colocações de Steele *et al.* (2008), de Lemmens *et al.* (2009) e de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) acerca dos fatores determinantes da doação de sangue, pôde-se delimitar os fatores motivacionais que predisõem os indivíduos a doar de sangue. Ao reunir o conjunto de hipóteses proposto, elabora-se um novo modelo que analisa a predisposição dos sujeitos da pesquisa em doar sangue (Figura 9).

Figura 9 - Modelo proposto de predisposição da doação de sangue



Inicialmente, baseia-se no modelo proposto por Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) para determinar a informação sobre os procedimentos envolvidos na doação de sangue como o fator que conscientiza o indivíduo a adotar tal comportamento. Este entendimento constitui a primeira hipótese do estudo, enunciada a seguir:

- H1 – A informação influencia positivamente a predisposição em doar sangue.

Entretanto, os construtos do comportamento pró-social são os fatores intrínsecos que conduzem os sujeitos à doação de sangue e podem ser observados com base no altruísmo, na empatia, e na responsabilidade social. De fato, o desenvolvimento de um comportamento de doador de sangue exige do indivíduo uma postura de envolvimento social que pode ser representada por uma conduta altruísta e empática, voltada para atender as necessidades do outro, sendo esta compreendida como uma obrigação do sujeito com a sociedade (SOJKA; SOJKA, 2008; STEELE *et al*, 2008; MISJE *et al*, 2005; GLYNN *et al*, 2002). Nestes termos, é possível definir as três hipóteses a seguir:

- H2 – O altruísmo influencia positivamente a predisposição em doar sangue.
- H3 – A empatia influencia positivamente a predisposição em doar sangue.

- H4 – A responsabilidade social influencia positivamente a predisposição em doar sangue.

De maneira complementar, deve-se incluir o construto da atitude, na medida em que se apresenta como determinante da ação. Assim, a ampliação da perspectiva da atitude para cognitiva e afetiva torna-se relevante para compreender os diversos impactos gerados na predisposição do comportamento (LEMMENS *et al*, 2009). Os indivíduos avaliam o comportamento de doação de sangue, em termos da própria vivência dos doadores ocasionais. Isto define a hipótese 5 a seguir:

- H5 – A atitude influencia positivamente a predisposição em doar sangue.

Ao entender que a informação sobre a temática da doação de sangue é fator primordial para adoção do comportamento, enuncia-se tal hipótese:

- H13 – A informação influencia positivamente a atitude do indivíduo a doar sangue.

Além da avaliação da própria conduta, os indivíduos consideram os fatores extrínsecos que os influenciam a doar sangue, que pode ser observado por meio do envolvimento dos sujeitos da pesquisa com as experiências do grupo de referência (família e amigos) ao qual se relaciona e que pratica a doação de sangue, conforme coloca Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009). Assim, temos enunciado a hipótese seguir.

- H8 – O grupo de referência influencia positivamente a predisposição em doar sangue.

Conforme Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009), as experiências do grupo de referência direcionam os indivíduos a doação de sangue, uma vez que, a relação de confiança estabelecida entre os sujeitos garante uma maior motivação, na medida em que são oferecidas informações sobre a sua própria vivência como doador, ao mesmo tempo em que elucidam alguns procedimentos da doação que favorecem a superação das barreiras dos indivíduos. De fato, no estudo de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) as experiências do grupo de referência que atuam sobre os fatores motivacionais estão intrinsecamente relacionados com o comportamento pró-social (o altruísmo, a empatia e a responsabilidade social). Desse modo, enunciam-se as hipóteses a seguir.

- H9 – O grupo de referência influencia positivamente a informação sobre a doação de sangue.
- H10 – O grupo de referência influencia positivamente o altruísmo.
- H11 – O grupo de referência influencia positivamente a empatia.
- H12 – O grupo de referência influencia positivamente a responsabilidade social.

Em se tratando dos inibidores do comportamento de doação de sangue, Lemmens *et al.* (2009), Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) e Hupfer *et al.* (2005) acrescentam construtos como: o medo (agulhas e dor), os riscos físicos inerentes ao procedimento de doar sangue, além da indisponibilidade de tempo. Desse modo, temos tais hipóteses a seguir indicadas.

- H6 – O medo influencia negativamente o indivíduo a doar sangue.
- H7 – A indisponibilidade de tempo influencia negativamente o indivíduo a doar sangue.

Conforme coloca Hupfer *et al.* (2005), há influência do conhecimento sobre os inibidores da doação de sangue, assim foram definidas algumas hipóteses, tais quais:

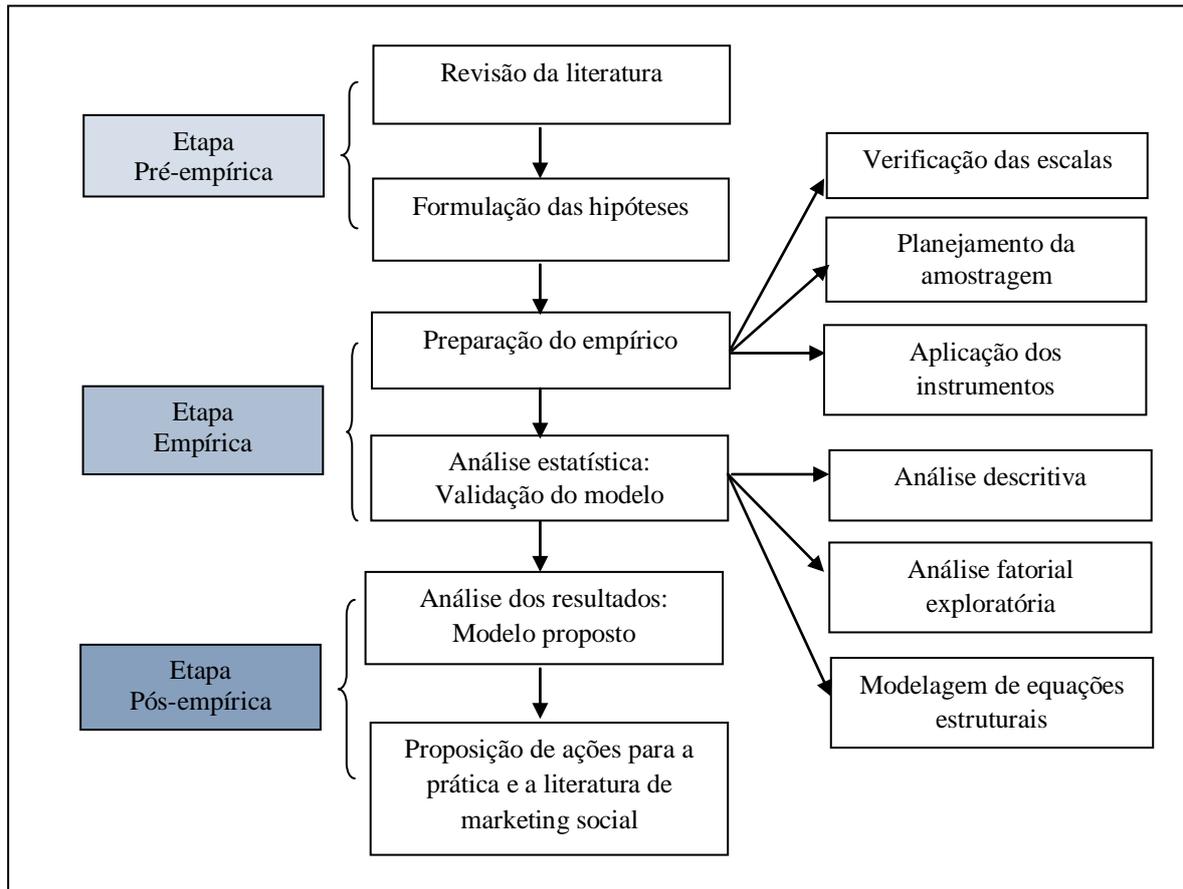
- H14 – A informação influencia positivamente o medo do indivíduo.
- H15 – A informação influencia positivamente a indisponibilidade de tempo do indivíduo.

Mediante a consolidação destes delineamentos, pode-se considerar o capítulo do referencial teórico finalizado. No intuito de operacionalizar os levantamentos realizados, serão apontados os procedimentos metodológicos adotados para esta pesquisa.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos empregados na pesquisa. A Figura 10 expõe o delineamento das fases do estudo e suas derivações.

Figura 10 - Delineamento da pesquisa



Fonte: Elaboração própria (2011)

Observa-se que a pesquisa está subdividida em três tópicos principais, a pré-empírica, a empírica, e a pós-empírica. Na fase pré-empírica está situada a revisão da literatura, e, a posterior formulação das hipóteses. A seguir, na etapa empírica são realizadas a verificação das escalas, o planejamento da amostra e aplicação do instrumento de pesquisa. Por fim, no pós-empírico encontram-se a análise dos resultados, com base nisso, uma proposta de marketing social para a doação de sangue. Desse modo, torna-se necessário a descrição dos passos que compõem este estudo.

3.1 Etapa pré-empírica

A etapa pré-empírica é composta pelas fases de revisão da literatura e definição das hipóteses, as quais são compreendidas como os procedimentos exploratórios da pesquisa. Neste sentido, para elaboração de uma base teórica consistente, foram consultadas fontes internacionais especializadas nos temas de interesse da dissertação, no caso: marketing social e a doação de sangue, isso porque, tais estudos possuem bases teóricas e metodológicas mais sólidas.

A revisão da literatura enfatiza a relação entre o marketing social e a perspectiva do doador perante o processo de doação de sangue, assim, buscou-se identificar as publicações dos autores de referência, com o objetivo de examinar os fundamentos teóricos que embasam o processo de marketing social, definido por Kotler e Lee (2008), além de explorar as diversas formas de aplicação do marketing social, principalmente no âmbito da saúde pública.

Em termos de doação de sangue, foi explorado o contexto geral do sistema público de saúde brasileiro, a partir de informações do Ministério da Saúde, no intuito de explicar a importância do processo de doação sanguínea para a estabilidade da saúde social. Ademais, o enfoque para o comportamento do doador foi atribuído, na medida em que foram investigados os aspectos que motivam os indivíduos a realizar tal comportamento, bem como os fatores que inibem os sujeitos a doarem sangue.

Quadro 3 - Hipóteses do estudo

HIPÓTESES
H1 – A informação influencia positivamente a predisposição em doar sangue
H2 – O altruísmo influencia positivamente a predisposição em doar sangue
H3 – A empatia influencia positivamente a predisposição em doar sangue
H4 – A responsabilidade social influencia positivamente a predisposição em doar sangue
H5 – A atitude influencia positivamente a predisposição em doar sangue
H6 – O medo influencia negativamente a predisposição em doar sangue
H7 – A indisponibilidade de tempo influencia negativamente a predisposição em doar sangue
H8 - O grupo de referência influencia positivamente a predisposição em doar sangue
H9 – O grupo de referência influencia positivamente a informação
H10 – O grupo de referência influencia positivamente o altruísmo;
H11 – O grupo de referência influencia positivamente a empatia;
H12 – O grupo de referência influencia positivamente a responsabilidade social;
H13 – A informação influencia positivamente a atitude do indivíduo a doar sangue
H14 – A informação influencia positivamente o medo do indivíduo;
H15 – A informação influencia positivamente a indisponibilidade de tempo do indivíduo

Fonte: Elaboração Própria (2011)

Na busca por promover uma maior compreensão e familiaridade com os fatores comportamentais que influenciam os indivíduos, a pesquisa concentrou-se na averiguação dos modelos de doação de sangue que descrevem as características de pessoas ou grupos do fenômeno sob análise. O processo de construção das hipóteses ocorreu de acordo com os modelos de doação de sangue de Ferguson e Chandler (2005), Steele *et al.* (2008), Lemmens *et al.* (2009) e, primordialmente, Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009). Mediante os construtos oriundos destes modelos foram obtidos um conjunto de quinze hipóteses (Quadro 3) que deram origem ao modelo proposto que será operacionalizado.

3.2 Etapa empírica

A etapa empírica é constituída dos procedimentos de operacionalização da pesquisa, logo deve ser realizada: a verificação das escalas e a definição do instrumento de coleta de dados, a validação de adequação do instrumento de pesquisa, o planejamento da amostra, e, por fim, os procedimentos de análise estatística aplicado aos dados coletados. Tais tópicos estão detalhados a seguir.

3.2.1 Verificação das escalas e o instrumento de coleta de dados

Com o intuito de alcançar as informações necessárias ao estudo, definiu-se o questionário como o instrumento adequado. Assim, a construção do instrumento de pesquisa ocorreu com base nas escalas referentes a cada construto do modelo proposto. Nesses termos, a mensuração da compreensão da predisposição dos indivíduos para a doação de sangue perpassa as decisões acerca das escalas de cada construto, quais sejam:

- Para o construto da informação, partiu-se da premissa que a informação que o sujeito detém sobre o processo de doação de sangue é determinante para a tomada de decisão a favor de tal comportamento (BEERLI-PALACIO e MARTÍN-SANTANA, 2009). Na mensuração deste construto buscou-se entender de maneira completa o nível de informação que os indivíduos dispõem, avaliando seu impacto na conduta do sujeito. Para tanto, adotou-se a escala empregada por Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009), a qual é composta de seis afirmações com mensuração em escala de Likert de 10 pontos (Quadro 4).

Quadro 4 - Escala de informação sobre doação de sangue de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009)

Item	Discordância			Intermediário				Concordância		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu sei se posso ou não ser doador de sangue (pois, conheço os requisitos para ser um doador)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conheço bem onde é possível doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu conheço bem os benefícios que receberia se eu fosse doador de sangue regular	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sei bem qual é destino do sangue que é doado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sei bem quais as doenças que restringem a doação de sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sei bem porque alguém deve doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Baseado em Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009)

- O altruísmo é definido como um estado motivacional que tem por objetivo promover o bem-estar do outro (BATSON, 1991). Para Steele *et al.* (2008), o altruísmo é característica chave para um doador de sangue, além de constituir parte do comportamento pró-social. Para este construto, a mensuração está baseada no estudo de Steele *et al.* (2008), que, por sua vez, fundamenta-se na *Self-Report Altruism* (SRA) de Rushton *et al.* (1981), adequando-a para o contexto da doação de sangue. A escala empregada por Steele *et al.* (2008) foi adaptada para o formato de afirmação para aferição com escala de Likert também de 10 pontos. Dos 13 itens originais foram então adaptados cinco, por consideração do contexto cultural e social que será realizada (Quadro 5).

Quadro 5 - Escala do altruísmo Steele *et al.* (2008)

Item	Discordância			Intermediário				Concordância		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu daria instruções a um estranho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu doaria dinheiro para caridade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu doaria algum bem meu para pessoas carentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu ajudaria a levar os pertences de um estranho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compraria algum objeto por saber que é para uma boa causa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Baseado em Steele *et al.* (2008)

- O conceito de empatia reconhecido para este estudo refere-se ao de preocupação empática, que é atribuído a personalidade pró-social. Partindo disso, Steele *et al.* (2008) baseado na subescala de preocupação empática da *Prosocial Personality Battery* (PSB) buscou acessar o nível de empatia dos indivíduos pesquisados. Além disso, Falcone *et al.* (2008) tratou a empatia através de seus componentes comportamentais. Baseado nas escalas de preocupação empática e a de empatia constituem-se seis itens (Quadro 6), os quais variam em nível de concordância de cinco pontos, que aqui foram ajustados para dez pontos.

Quadro 6 - Escala de empatia de Steele *et al.* (2008) e Falcone *et al.* (2008)

Item	Discordância			Intermediário				Concordância		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando eu vejo alguém tirar proveito de outra pessoa, sinto-me quase obrigado (a) a proteger a pessoa prejudicada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas de outras pessoas costumam me comover	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando eu vejo uma pessoa sendo tratada injustamente, eu sinto como se fosse comigo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sinto-me tocado (a) por alguns acontecimentos que presencio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva a ter tal atitude	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Baseado em Steele *et al.* (2008) e Falcone *et al.* (2008)

- Em se tratando da Responsabilidade Social, Steele *et al.* (2008) reconhecem que os doadores justificam tal comportamento por um sentimento de responsabilidade com a sociedade. Sendo assim, os autores definiram quatro itens mensurados através de uma escala de influência dos fatores de cinco pontos, que, posteriormente, fora adaptada para dez pontos (Quadro 7).

Quadro 7 - Escala de responsabilidade social de Steele *et al.* (2008)

Item	Discordância			Intermediário				Concordância		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para mim, doar sangue é um dever das pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para mim é preciso se esforçar para ajudar outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que tenho responsabilidade e dever de ajudar as outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que a doação de sangue é uma ação que salva vidas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Baseado em Steele *et al.* (2008)

- Lemmens *et al.* (2009) contribuem com este estudo mediante a apresentação do construto da atitude, que consiste num julgamento desenvolvido pelo indivíduo sobre determinado comportamento. Dito isso, os autores aplicam o conceito da atitude de modo distinto, ao subdividir a perspectiva do sujeito em cognitiva e afetiva. Desse modo, Lemmens *et al.* (2009) empregaram uma escala de diferencial semântico, a qual foi adaptada para esta pesquisa, para mensurar os componentes cognitivos e afetivos da atitude (Quadro 8).

Quadro 8 - Escala de atitude de Lemmens *et al.* (2009)

Não-gratificante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gratificante
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bom
Arriscado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Seguro
Desvantajoso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vantajoso

Desagradável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Agradável
Desconfortável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Confortável
Desestimulante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Estimulante

Fonte: Baseado em Lemmens *et al.* (2009) (2011)

- A influência das experiências do grupo como doador de sangue (família e amigos) na conduta do indivíduo foi aferida por Beerli-palacio e Martín-Santana (2009). Para isto, foi elaborado um item de resposta objetiva (sim/não). Em complementaridade, foram adaptados três itens oriundos do estudo de Shaz *et al.* (2009), mensurados por uma escala que varia entre o “Pouco importante” ao “Muito importante”, e, onde a pontuação é obtida em cinco pontos. Entretanto, para manutenção de um padrão para a análise estatística, as escalas sofreram uma alteração para mensurar este construto em dez pontos, na forma de escala de Likert (Quadro 9).

Quadro 9 - Escala do grupo de referência de Beerli-palacio e Martín-Santana (2009) e Shaz *et al.* (2009)

Item	Discordância			Intermediário				Concordância		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Possuo familiares que são doadores de sangue										
Possuo amigos que são doadores de sangue										
Se eu tivesse um amigo doador de sangue isto me influenciaria a doar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se eu tivesse um parente doador de sangue isto me influenciaria a doar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu não desapontaria um amigo ou parente que me pedisse para doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Baseado em Beerli-palacio e Martín-Santana (2009) e Shaz *et al.* (2009)

- Ao tratarmos do construto do “Medo”, Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) colocam como o maior inibidor do comportamento de doação de sangue, ao ser compreendido como as barreiras que impedem os indivíduos de adotar tal comportamento. Desta maneira, os autores identificam três itens mensurados por meio de uma escala de cinco pontos. Além disso, foi possível adaptar para esta pesquisa um item do estudo de Shaz *et al.* (2009), que pode ser mensurado numa escala de concordância de cinco pontos. Para fins de padronização, as escalas foram organizadas para uma mensuração dos itens em dez pontos (Quadro 10).

Quadro 10 - Escala do medo de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) e Shaz *et al.* (2009)

Item	Discordância			Intermediário				Concordância		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenho muito medo de agulhas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pessoalmente, evito ter que ver sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acho que doação de sangue me causaria fadiga ou náuseas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Temo que a doação de sangue me cause alguma dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Baseado em Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) e Shaz *et al.* (2009)

- Para este trabalho, ainda foi acrescido o construto relativo à indisponibilidade de tempo, ao tratar sobre as barreiras de tempo que influenciam na conduta de um indivíduo como doador de sangue. Neste sentido, Hupfer *et al.* (2005) retrata em seu estudo três itens referentes a esta temática. Tais itens foram mensurados por uma escala que varia em nove pontos que vão do “Pouco importante” ao “Muito importante”. No intuito de promover maior compreensão da relevância do tempo no comportamento dos indivíduos optou-se por uma escala de dez pontos (Quadro 11).

Quadro 11 - Escala da indisponibilidade do tempo de Hupfer *et al.* (2005)

Item	Discordância			Intermediário				Concordância		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acho que eu estaria perdendo tempo de estudo ou trabalho se fosse doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que o tempo de espera para doar sangue é muito longo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que o processo de doação de sangue pode ser demorado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Baseado em Hupfer *et al.* (2005)

- Para avaliar a predisposição do indivíduo em doar sangue, Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) elaboraram um item, mensurado numa escala de cinco pontos. Em complementaridade, France *et al.* (2008) incluem dois itens, mensurados em uma escala de sete pontos, que tratam da decisão do indivíduo em prol do comportamento de doação de sangue, enquanto Reid e Wood (2008) apresentam no item proposto uma perspectiva futura da intenção de doar sangue, verificados gradualmente em onze pontos. Ademais, Lemmens *et al.* (2009) definem um item, averiguado numa escala de sete pontos, como a pretensão do sujeito em efetivar tal comportamento nos próximos meses. Com o objetivo de padronizar a mensuração destes itens para a pesquisa, aplica-se uma escala de dez pontos.

Quadro 12 - Escala de predisposição em doar sangue de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009), France *et al.* (2008), Reid e Wood (2008) e Lemmens *et al.* (2009)

Item	Discordância			Intermediário				Concordância		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sou uma pessoa predisposta à doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Creio que um dia eu vou tentar doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu acho que nunca doarei sangue (R)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu tenho a intenção de doar sangue no futuro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Baseado em Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009), France *et al.* (2008), Reid e Wood (2008) e Lemmens *et al.* (2009)

A definição preliminar dos itens do questionário foi realizada através de tradução e da adaptação da afirmativa para o contexto em análise. Para validar o instrumento de coleta de dados, foi submetido a um pré-teste com 15 respondentes, no intuito de verificar possíveis

inadequações, para realização dos devidos ajustes. Além disso, o questionário foi analisado por especialistas de marketing para consolidação final, o que pode ser observado no tópico subsequente.

3.2.2 Avaliação de adequação do instrumento de pesquisa

Nesta etapa foi realizada uma análise do instrumento de pesquisa no intuito de averiguar a relação dos construtos da escala. Desse modo, os itens da escala foram submetidos à avaliação por acadêmicos especializados na área de marketing (apêndice A). Tais sujeitos foram responsáveis por avaliar cada um dos itens dos construtos de maneira subjetiva, em termos de adequação e clareza do enunciado para cada uma das afirmações. Assim, o Quadro 13 ilustra as qualificações dos construtos.

Quadro 13 - Avaliação de adequação do instrumento de pesquisa

Item	Adequação do item
Eu sei se posso ou não ser doador de sangue (pois, conheço os requisitos para ser um doador)	Boa e muito boa
Conheço bem onde é possível doar sangue	Boa
Eu conheço bem os benefícios que receberia se eu fosse doador de sangue regular	Boa e muito boa
Sei bem qual é destino do sangue que é doado	Boa
Sei bem quais as doenças que restringem a doação de sangue	Boa e muito boa
Sei bem porque alguém deve doar sangue	Boa e muito boa
Eu daria instruções a um estranho	Boa
Eu doaria dinheiro para caridade	Boa e muito boa
Eu doaria algum bem material meu para pessoas carentes	Boa e muito boa
Eu ajudaria a levar os pertences de um estranho	Boa e muito boa
Eu compraria algum objeto por saber que é para uma boa causa	Boa e muito boa
Quando eu vejo alguém tirar proveito de outra pessoa, eu sinto-me quase obrigado(a) a proteger a pessoa prejudicada	Boa e muito boa
Problemas de outras pessoas costumam me comover	Boa e muito boa
Quando eu vejo uma pessoa sendo tratada injustamente, eu sinto como se fosse comigo	Boa e muito boa
Sinto-me tocado(a) por alguns acontecimentos que presencio	Boa e muito boa
Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica	Boa e muito boa
Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva a ter tal atitude	Boa e muito boa
Para mim, doar sangue é um dever das pessoas	Boa e muito boa
Para mim é preciso se esforçar para ajudar outras pessoas	Boa e muito boa
Acredito que tenho responsabilidade e dever de ajudar as outras pessoas	Boa
Acredito que a doação de sangue é uma ação que salva vidas	Boa e muito boa
Você possui familiares que são doadores de sangue?	Boa e muito boa
Você possui amigos que são doadores de sangue?	Boa e muito boa
Se eu tivesse um amigo doador de sangue isto me influenciaria a doar	Boa e muito boa
Se eu tivesse um parente doador de sangue isto me influenciaria a doar	Boa e muito boa
Eu não desapontaria um amigo ou parente que me pedisse para doar sangue	Boa e muito boa
Tenho muito medo de agulhas	Boa e muito boa
Pessoalmente, evito ter que ver sangue	Boa e muito boa

Acho que doação de sangue me causaria fadiga ou náuseas	Boa e muito boa
Temo que a doação de sangue me cause alguma dor	Boa e muito boa
Acho que eu estaria perdendo tempo de estudo ou trabalho se fosse doar sangue	Boa e muito boa
Acredito que o tempo de espera para doar sangue é muito longo	Boa
Acredito que o processo de doação de sangue pode ser demorado	Boa e muito boa
Sou uma pessoa disposta à doar sangue	Boa e muito boa
Creio que um dia eu vou tentar doar sangue	Boa e muito boa
Eu acho que nunca doarei sangue (R)	Boa e muito boa
Eu tenho a intenção de doar sangue no futuro	Boa e muito boa

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Ao considerarmos as colocações apresentadas, pode-se observar que os itens definidos para os construtos mostram-se adequados ao propósito do estudo, na medida em que os resultados da adequação encontram-se entre “boa” a “boa e muito boa”. Ademais, ao estar baseado numa escala de diferencial semântico o construto da atitude passou por uma avaliação de adequação, onde os acadêmicos consideraram a relevância de cada item para o ato de doar sangue.

Embora, não tenha havido a necessidade de ajustes mais minuciosos nos itens, foi preciso adequar algumas afirmativas para melhor compreensão dos sujeitos pesquisados, em termos de nomenclatura de algumas variáveis, como por exemplo, a inserção de exemplos para que alguns itens se tornem mais objetivos. Com a avaliação dos itens, os questionários definido para aplicação apresenta-se nos apêndices B e C.

3.2.3 Procedimentos de amostragem

Com a definição inicial das escalas do instrumento de pesquisa, pode-se delimitar o escopo de aplicação do mesmo. Assim, inicialmente, a população da pesquisa foi formada por indivíduos não doadores de sangue e por doadores ocasionais, uma vez que a finalidade do estudo é compreender a motivação destas pessoas a adotar o comportamento de doação de sangue mais ativo.

Após a avaliação de adequação dos itens pelos profissionais da área de marketing, realizou-se um teste preliminar, onde foram coletados cerca de quinze questionários, em locais públicos e de aglomeração para verificação exploratória das escalas. Foi decidido que a abordagem dos sujeitos pesquisados ocorreria com base na acessibilidade, sendo os questionários aplicados em salas de aula ou nos corredores das instituições de ensino, assim como no bairro centro da cidade de João Pessoa, e pela disponibilidade na Internet.

Assim, mediante a consolidação dos questionários, a pesquisa se encaminhou para aplicação de aproximadamente trezentos e cinquenta questionários, que serviram de base para

a finalização do estudo e avaliação dos resultados. Este tamanho de amostra foi definido considerando a natureza das relações testadas, que demanda uma amostra de tamanho não inferior a duzentos, além disso buscou-se diversificar o contexto da coleta de dados para captar com heterogeneidade a amostra.

A operacionalização da coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora durante o mês de dezembro de 2011, sendo o tempo gasto pelos sujeitos pesquisados para preenchimento do instrumento de pesquisa em torno de 10 minutos. A amostra foi subdividida da seguinte maneira: foram obtidos 100 questionários entre estudantes do ensino médio, técnico e superior do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB) – Campina Grande/PB e de outras instituições de ensino; 94 questionários foram respondidos nas ruas centrais da cidade de João Pessoa/PB; e, ainda 150 indivíduos participaram da coleta de dados via internet, cujo questionário foi disponibilizado no Google Docs. Totalizando, assim cerca de 346 questionários coletados, que foi o tamanho preliminar da amostra, antes dos procedimentos de limpeza. Vale ressaltar que, os tamanhos específicos por grupo não foram relevantes, pelo fato desta amostragem ter sido não probabilística.

3.2.4 Procedimentos de análise estatística

Os procedimentos estatísticos que foram empregados para interpretação dos dados desta pesquisa referem-se à análise exploratória preliminar, à análise descritiva da amostra e das variáveis dos construtos, e, por fim, aos procedimentos multivariados para a modelagem de equações estruturais. Tais procedimentos serão executados nos softwares SPSS versão 20 (análise exploratória preliminar e análise descritiva da amostra) e no SmartPLS (modelagem de equações estruturais).

De modo inicial, a avaliação exploratória geral diz respeito à análise preliminar dos dados, em que foram observados os dados perdidos (*missing values*) e as observações atípicas (*outliers*). Os dados perdidos consistem na averiguação de informações não disponibilizadas pelos sujeitos pesquisados, que se forem negligenciadas podem comprometer os resultados da análise multivariada. Já as observações atípicas tratam especificamente das respostas extremas que distorcem a representatividade da amostra ao diferir do padrão de respostas (HAIR et al, 2005). Em consequência desta avaliação, a pesquisadora tomou decisões para melhor adequação do estudo, conforme descrito no tópico 4.1. Ademais, realizou-se a análise exploratória das variáveis dos construtos, com base nas medidas descritivas, na análise de correlação e consistência interna e com a aplicação da análise

fatorial exploratória, cujos valores são explicitados no item 4.4.

Em seguida, foi realizada a avaliação descritiva da amostra, que apresenta os sujeitos da pesquisa em termos de frequência das respostas para as variáveis demográficas e socioeconômicas, assim como para cada uma das variáveis dos construtos. Neste momento, também foram verificadas as medidas descritivas das variáveis de mensuração dos construtos de base da pesquisa.

A última fase dos procedimentos estatísticos foi à análise multivariada dos dados, que foi feita pela técnica estatística de modelagem de equações estruturais. Esta técnica tem como objetivo avaliar uma série de relações simultâneas, sendo possível uma única variável ser testada como dependente e independente, ou seja, ela combina aspectos regressão múltipla e análise fatorial. É caracterizada por dois elementos, o modelo estrutural, reconhecido como as relações entre as variáveis, e o modelo de mensuração, especifica os indicadores dos construtos e avalia a confiabilidade dos mesmos para estabelecer as relações causais (HAIR *et al.*, 2005, p.470).

De acordo com Hair *et al.*(2005), a modelagem de equações estruturais se subdivide em sete etapas: desenvolvimento de um modelo teórico, construção de um diagrama de caminhos de relações causais, conversão do diagrama de caminhos em um conjunto de modelos estrutural e de mensuração, seleção do tipo de matriz dos dados e estimação do modelo proposto, avaliação da identificação do modelo estrutural, avaliação dos critérios de qualidade de ajuste, interpretação e modificação do modelo.

As etapas de desenvolvimento de um modelo teórico e a construção de um diagrama de caminhos de relações causais foram realizadas durante a fundamentação teórica do estudo, constantes no capítulo 2.

Na fase de conversão do diagrama de caminhos em um conjunto de modelos estrutural e de mensuração, o modelo foi definido por meio de equações que delimitaram um conjunto de matrizes e indicaram as correlações entre as variáveis. Para isto, foi preciso identificar os construtos para determinar quais as variáveis que o representaram, com o intuito de confirmar as associações foi aplicada uma análise fatorial.

Na etapa subsequente, temos a avaliação do modelo estrutural que decorre dos critérios de medição empregados, através de diversos índices resultantes da mesma.

A avaliação dos critérios de análise e qualidade do ajuste decorre da análise dos índices adotados para a pesquisa anteriormente para ambos os modelos (estrutural e de mensuração). E, por fim, obtêm-se a interpretação dos resultados, mediante a teoria apresentada, assim como a modificação do modelo.

3.3 Etapa pós-empírica

Esta etapa se constitui por meio das considerações originárias da realização da fase empírica do estudo. Desse modo, é realizada a análise dos resultados obtidos pela aplicação dos procedimentos estatísticos à luz da literatura de marketing social, onde serão observados os fatores que influenciam os indivíduos a adotarem o comportamento de doação de sangue. Advinda desta análise pretende-se analisar como as ações de marketing social podem ser melhoradas, no intuito de promover a doação sanguínea de modo mais adequado.

De fato, as pesquisas consideram como ideal, abordar as limitações e recomendações para estudos futuros que contribuam com a eficiência dos trabalhos posteriores que tratem da temática da doação de sangue, especificamente. Tais análises constituem parte do capítulo referente às considerações finais desta pesquisa.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos pela pesquisa, com base na metodologia definida. Desse modo, são realizadas, ordenadamente, a análise exploratória preliminar da planilha, a análise descritiva da amostra, e a análise multivariada dos dados, através da modelagem de equações estruturais.

4.1. Análise exploratória preliminar

A partir da aplicação dos instrumentos de pesquisa, os dados coletados foram dispostos em uma planilha do software SPSS para uma avaliação inicial, no intuito de identificar erros e preparar o material para a análise estatística posterior.

Neste sentido, o primeiro procedimento adotado foi a verificação dos *missing values*. Como regra de análise, ficou decidido que cada entrada de dados que possuísse três ou mais variáveis com entradas faltantes seria excluída. Assim, ao aplicarmos tal critério restaram apenas questionários com no máximo duas entradas faltantes, que geralmente ocorre por desatenção do sujeito de pesquisa, mas que não compromete a análise geral da pesquisa. Este procedimento implicou na necessidade de eliminação de 15, o que correspondeu a 4,33% da amostra, reduzindo-a para 331 respondentes.

A segunda análise foi a de *outlier* (ou seja, dados com resposta discrepante em relação aos demais) das variáveis quantitativas que compõem os construtos. Para tanto, os dados foram padronizados em Z^1 , e foi como critério de caracterização de um dado como *outlier* se seu valor padronizado estivesse abaixo -3,5 ou acima +3,5. Em seguida, foram observadas as frequências de *outliers* por variável, optando-se, em uma primeira rodada, pela exclusão daquelas entradas que possuíam duas ou mais variáveis. Na segunda rodada de verificação dos *outliers* não foi necessária nenhuma remoção, visto que não existiam mais valores fora da margem estabelecida.

Esta etapa de análise implicou na necessidade de retirada de 16 questionários. Posterior à análise exploratória preliminar dos dados, a amostra de 346 questionários foi reduzida para 314, indicando um percentual de 8,95%.

Ademais, para a análise multivariada dos dados ser empregada não deve haver

1 Ou seja, cada valor era subtraído pela média da variável e em seguida dividido pelo desvio padrão da mesma variável. Esta padronização implica na redefinição da variável original em uma nova média 0 e desvio padrão 1 (COSTA, 2011).

valores faltantes, então para corrigir esta questão foi aplicado um procedimento no qual as lacunas vazias foram preenchidas pela média de cada item no qual o *missing value* se encontrava.

4.2. Descrição da amostra

Após a verificação da planilha de dados, realizou-se a descrição da amostra com base nas variáveis demográficas e socioeconômicas (situação de trabalho, gênero, idade e renda) definidas para cada estrato de respondentes, entretanto a diversificação da amostra exigiu a adequação da questão relativa à variável idade, no intuito de evitar uma tendência de concentração de sujeitos numa única categoria. Desse modo, as informações que tratam da variável idade são apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 1 - Descrição da variável idade

IDADE – Estudantes		IDADE – Outros	
Faixa	Percentuais	Faixa	Percentuais
Até 20 anos	43,6%	Até 25 anos	58,1%
Mais de 20 até 22 anos	18,1%	Mais de 25 até 35 anos	23,6%
Mais de 22 até 24 anos	23,4%	Mais de 35 até 45 anos	11,8%
Acima de 24 anos	14,9%	Acima de 45 anos	6,4%

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

No que se refere à categorização da idade dos estudantes, a maior quantidade de respondentes encontra-se na faixa de “Até 20 anos” com 43,6%, em seguida estão os indivíduos com “Mais de 22 até 24 anos” de valor percentual 23,4%, o terceiro lugar é composto pelos sujeitos de “Mais de 20 até 22 anos” equivalente a 18,1%, e em quarto lugar a faixa “Acima de 24 anos” que corresponde a 14,9% do total dos estudantes pesquisados. Nesse contexto, ressalta-se que existe uma maior participação de indivíduos com idade inferior a 22 anos, devido ao fato de parte desta amostra ter sido coletada numa instituição de educação federal (IFPB) que inclui diferentes níveis de ensino (médio integrado, técnico, tecnólogo e superior).

Os respondentes oriundos da segunda amostra foram classificados por idade de acordo com o percentual a ser apresentado. A maioria dos sujeitos representa a faixa de “Até 25 anos” com percentual igual a 58,1%, na segunda posição estão os respondentes “Mais de 25 até 35 anos” que, proporcionalmente, equivalem a 23,6%, em sequência estão os indivíduos com idade “Mais de 35 até 45 anos” referente a 11,8% deste estrato da amostra, e,

por fim, os pesquisados “Acima de 45 anos” correspondem a 6,4%.

Conforme o que foi descrito, percebe-se que as faixas etárias predominantes na pesquisa são de indivíduos mais jovens, principalmente, pelo fato da participação dos estudantes da primeira amostragem. Além disso, na segunda amostra há uma maior participação de pessoas com menos de 35 anos (81,7%), tanto pela questão desta faixa etária possuir uma vida economicamente e socialmente mais ativa, assim como ter o hábito de acessar a internet com maior frequência que os sujeitos de mais idade.

Num segundo momento, as variáveis relativas à situação de trabalho, ao gênero, e a renda de todos os respondentes estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 - Descrição das variáveis

SITUAÇÃO DE TRABALHO		RENDA MÉDIA FAMILIAR	
Categorias	Percentuais	Categorias	Percentuais
Não está trabalhando	46,8%	Até R\$1000,00	30,3%
Está trabalhando meio turno	16,9%	Acima de R\$1000,00 até R\$2000,00	22,3%
Está trabalhando integralmente	36,3%	Acima de R\$2000,00 até R\$3000,00	18,7%
		Acima de R\$3000,00	28,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

No que concerne à variável situação de trabalho, observou-se que 46,8% dos sujeitos respondeu “Não está trabalhando”, enquanto que 36,3% respondeu “Está trabalhando integralmente”, e 16,9% dos pesquisados respondeu “Está trabalhando meio turno”. Assim, a informação é de que 53,2% da amostra exerce alguma atividade de trabalho remunerada, o que decorre do fato de a maioria dos respondentes estar inserida numa faixa etária considerada economicamente ativa. Por parte dos estudantes, entende-se que o estágio obrigatório os mantêm ocupados durante meio período do dia, e isto deve explicar o percentual neste quesito. No entanto, é interessante perceber que a renda obtida por estes indivíduos, normalmente, não oferece contribuições econômicas relevantes à subsistência familiar. E, ainda considera-se que os respondentes da segunda amostragem já estão incluídos formalmente no mercado de trabalho.

Quanto ao quesito renda média familiar, constata-se que 30,3% informaram receber “Até R\$1000,00”, 28,7% informaram ter rendimento “Acima de R\$3000,00”, 22,3% possuem renda familiar “Acima de R\$1000,00 até R\$2000,00”, e 18,7% das famílias têm uma renda “Acima de R\$2000,00 até R\$3000,00”. De fato, verifica-se que 69,7% possuem renda média familiar superior a R\$1000,00, o que corrobora a visão de que vários integrantes de

uma família exercem atividade remunerada que contribua efetivamente para o sustento do sujeito em questão, como de seus familiares.

Em se tratando da variável gênero, observamos que 58,7% dos sujeitos de pesquisa foram do sexo “Feminino”, enquanto que 41,3% foram do sexo “Masculino”. Isto é positivo, pois os percentuais refletem a ascensão demográfica feminina na sociedade brasileira.

De modo geral, identificou-se que o respondente médio é do sexo feminino (58,7%), com renda familiar de acima R\$1000,00 (69,7%), trabalha (53,2%) e possui menos de 25 anos (58,1%). Desse modo, entende-se que os dados observados estão coerentes com a realidade de estudantes e jovens trabalhadores, os quais são possíveis doadores de sangue, além de condizer com as expectativas da pesquisadora para tal estudo.

4.3. Análise descritiva das variáveis categóricas sobre doação de sangue

As variáveis categóricas associadas à doação de sangue que foram empregadas na pesquisa relacionam-se com os construtos referentes à influência das experiências do grupo de referência e à recepção de sangue, sendo descritas a partir da análise da frequência das respostas através das opções “Sim” ou “Não”. A Tabela 3 apresenta o primeiro bloco de questões sobre as variáveis (GR1 e GR2) que integram a influência dos grupos de referência.

Tabela 3 - Variáveis categóricas GR1 e GR2

Categorias	GR1 - Familiares doadores	GR 2 - Amigos doadores
Sim	61,4%	72,5%
Não	38,6%	27,5%

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

A variável GR1 (relativa à questão: você possui familiares que são doadores de sangue?) obteve 61,4% para “Sim”, e 38,6% para “Não”. Já a variável GR2 (relativa à questão: você possui amigos que são doadores de sangue?) alcançou 72,5% para “Sim”, enquanto que o “Não” atingiu 27,5%. Diante desse cenário, observou-se que os indivíduos pesquisados indicaram possuir pessoas em seu círculo social mais próximo que seriam doadores de sangue, as quais poderiam influenciar diretamente na adoção do comportamento de doador de sangue ocasional ou regular (que será analisada na hipótese H7 pela aplicação da modelagem de equações estruturais).

Na Tabela 4, podem ser verificados os valores atribuídos as variáveis que compõem o construto que trata do recebimento de sangue pelos pesquisados.

Tabela 4 - Variáveis categóricas REC1, REC2 e REC3

Categorias	REC1 – Necessidade pessoal de receber sangue	REC2 – Familiares com necessidade de receber sangue	REC3 – Amigos com necessidade de receber sangue
Sim	10,2%	48,7%	54%
Não	89,9%	51,3%	46%

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Especificamente em relação ao construto do recebimento de sangue, a variável REC1 (relativa à pergunta: você já precisou receber sangue em algum tratamento médico?), obteve o percentual de “Sim” equivale a 10,2%, para a variável REC2 (relativa à pergunta: alguma pessoa em sua família já precisou receber sangue em algum tratamento médico) os valores indicam 48,7% para “Sim” e 51,3% para “Não”, já para a REC3 (relativa à pergunta: algum amigo ou colega próximo a você já precisou receber sangue em algum tratamento médico?) obteve-se 54% para “Sim” e 46% para “Não”.

Constata-se que, apesar da maioria dos indivíduos não ter recebido sangue em tratamentos médicos, no âmbito dos familiares e amigos tal necessidade já tenha ocorrido de modo equilibrado, gerando assim certa sensibilidade nos sujeitos pesquisados, o que não se mostra suficiente para modificar o comportamento do indivíduo.

Dito isso, verifica-se que o sujeito de pesquisa médio possui familiares e amigos que são doadores de sangue, que em algum momento precisaram receber sangue no tratamento médico, especialmente para os colegas e amigos mais próximos. No entanto, esta experiência ainda não foi vivenciada pela maioria dos pesquisados.

4.4. Análise exploratória das variáveis dos construtos

Essa fase foi composta por duas etapas distintas, inicialmente, foram descritas as variáveis quantitativas que compõem os construtos da pesquisa, a partir da verificação das medidas descritivas, que incluem a média, o desvio padrão, a assimetria e curtose. Em seguida, foi realizada a análise da correlação e da consistência interna de cada um dos construtos, e, a aplicação da análise fatorial exploratória.

De acordo com Hair *et al.* (2005), a média é uma medida de posição que identifica o valor central da amostra, sendo compreendida como uma medida que sintetiza os dados. Assim adota-se como parâmetro de análise dos construtos, quanto maior o valor da média, maior foi o nível de concordância do sujeito com a afirmação de cada variável. Já o desvio-padrão é aquele que descreve a dispersão de valores de distribuição da amostra, e, para fins de análise, ficou convencionado que variáveis que apresentaram valores até 2 indicam baixa

dispersão, entre 2 e 3 eram indicativos de dispersão moderada, e, acima de 3 considerou-se como dispersão elevada².

Com base na meta de analisar a normalidade de cada variável, em um procedimento exploratório, foram extraídas as medidas de assimetria e de curtose. A assimetria mensura se uma distribuição é simétrica horizontalmente, em relação às medidas centrais de distribuição; já a curtose avalia o grau de achatamento da curva de frequência de uma distribuição. Os coeficientes de assimetria e curtose, segundo as referências de extração do SPSS, têm como referências para indicação de normalidade as margens entre -1 até +1 (para ambas as medidas).

Com o foco na análise dos construtos, foi verificado o coeficiente de correlação, no intuito de analisar a significância estatística deste (cujo valor deve ser menor que 0,05), para que o nível de associação das variáveis dos construtos seja considerado válido. Desse modo, a força de associação entre duas ou mais variáveis pode ser estabelecida pelo coeficiente segundo os padrões: acima de 0,90 é uma correlação muito forte; entre 0,60 e 0,90 é considerada uma correlação forte; de 0,30 até 0,60 é uma correlação moderada; até 0,30 é considerada uma correlação fraca. Nesta perspectiva, aplicou-se ainda a análise da consistência interna que retrata a confiabilidade de uma escala, a qual é avaliada através do valor do *alpha* de Cronbach, cujo coeficiente pode variar de 0 a 1, onde um valor menor que 0,6 é tido como insatisfatório.

Em sequência, foram aplicados o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett para verificar a adequação de amostra dos itens. Para o KMO foi adotado como adequado o parâmetro acima de 0,70, enquanto que o teste de Bartlett identifica a significância estatística do qui-quadrado, cujo valor de p deve ser menor que 0,05 (HAIR *et al*; 2005). Ademais, foi analisada a extração de autovalores para avaliar o grau de explicação do construto, com base na porcentagem da variância total que deve estar acima de 50%, e, na avaliação dos escores fatoriais das variáveis, que devem apresentar valores acima de 0,70.

Conforme a determinação dos parâmetros, tais medidas são apresentadas para cada construto. No entanto, é necessário ressaltar que os resultados destas análises não foram definitivos, já que foi analisada a melhor formatação do construto, em termos de conteúdo das afirmações dos itens. Desse modo, tanto o modelo completo quanto o modelo ajustado (de acordo com estas análises) foram testados.

² Estes valores são de referência meramente para averiguação, exploratória, da dispersão das respostas da amostra não indicando referências universais para análise do tipo.

4.4.1. Construto “Informação”

- Estatística descritiva

O primeiro construto solicitou que os indivíduos pesquisados analisassem o nível de conhecimento que possuíam acerca da doação de sangue, mediante a avaliação das afirmações determinadas para cada variável. A mensuração das respostas dos sujeitos estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Medidas descritivas da informação

VA	Itens da escala	Média	Desvio	Assimetria	Curtose
INF1	Eu sei se posso ou não ser doador de sangue (pois, conheço os requisitos para ser doador de sangue)	7,24	3,01	-0,84	-0,55
INF2	Sei bem qual é destino do sangue que é doado	7,15	2,85	-0,65	-0,70
INF3	Sei bem quais as doenças que restringem a doação de sangue	6,70	2,89	-0,57	-0,72
INF4	Conheço bem onde é possível doar sangue	8,12	2,61	-1,41	1,01
INF5	Sei bem porque alguém deve doar sangue	8,77	1,80	-1,81	3,33
INF6	Eu conheço bem os benefícios que receberia se eu fosse doador de sangue regular	6,72	2,98	-0,63	-0,80

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Com relação às médias, percebeu-se que, das seis variáveis, quatro (INF1, INF2, INF4 e INF5) apresentaram valores superiores a 7, sendo considerados como médio nível de concordância. Apenas duas variáveis (INF3 e INF6) apresentaram médias menores que 7, o que demonstra ainda assim um valor intermediário de concordância dos respondentes com as afirmações relacionadas. Isto mostra que, em geral, o nível de conhecimento das pessoas sobre a doação de sangue é intermediário, o que gera boas expectativas na disseminação do comportamento de doação de sangue.

No tocante ao desvio-padrão, verificou-se que quatro variáveis (INF2, INF3, INF4 e INF6) apresentaram valor moderado de dispersão, com escores próximos a 3. A variável INF1 exibiu estimativa superior a 3, indicando um alto grau de dispersão, o que sugere que, mesmo em uma média intermediária, há uma larga dispersão de conhecimento na amostra. Apenas a variável INF5 apresentou desvio-padrão inferior a 2, demonstrando um baixo nível de dispersão.

Na análise da assimetria, foram identificadas apenas duas variáveis (INF4 e INF5) fora do padrão da normalidade. Estas mesmas variáveis apresentaram valores de curtose completamente fora do padrão da normalidade. Isto sugere que, do conjunto de variáveis do

construto, temos duas somente que não sinalizaram condição de normalidade, o que é positivo, tendo em vista as operacionalizações posteriores.

- Análise de correlação e consistência interna

A princípio realizou-se o cálculo da matriz de correlação entre as variáveis do construto 'Informação', e os resultados estão na Tabela 6. Observou-se que nenhum par de variáveis apresentou correlação nula (a $p < 0,05$). Destacam-se as relações entre os pares INF1 e INF2, INF2 e INF4, INF3 e INF5 e INF5 e INF6, que apresentaram coeficientes menores que 0,30, ou seja, uma correlação mais fraca. Já as associações dos pares de variáveis INF1 e INF3, INF2 e INF3, INF2 e INF6 e INF3 e INF6 apresentaram coeficientes com valores acima de 0,40 considerados um nível de correlação moderado. Em geral, as medidas de correlação estão alinhadas com as expectativas, considerando o entendimento do construto como refletivo em relação às variáveis aqui utilizadas.

Tabela 6 - Matriz de correlação da informação

VA	INF1	INF2	INF3	INF4	INF5	INF6
INF1	1					
INF2	0,23	1				
INF3	0,42	0,43	1			
INF4	0,32	0,23	0,31	1		
INF5	0,35	0,36	0,26	0,36	1	
INF6	0,31	0,43	0,44	0,32	0,29	1

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Em seguida, foi extraído o coeficiente *alpha* de Cronbach, para medição da confiabilidade por consistência interna. O valor obtido foi de 0,75 demonstrando um nível satisfatório de consistência do construto. Percebeu-se ainda nas saídas do SPSS que não haveria melhoria no valor do *alpha* de Cronbach com a exclusão de qualquer variável.

- Análise fatorial exploratória

De acordo com a sequência de procedimentos, para a análise fatorial, verificou-se inicialmente o teste KMO e o teste de esfericidade de Bartlett. O teste KMO resultou em 0,778, enquanto que o teste de Bartlett mostrou significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2 = 375,375$, $gl = 15$), o que sinalizou a adequação dos itens para realização da análise fatorial.

Nas saídas do SPSS, temos em seguida as informações sobre os autovalores, cujos resultados da primeira extração estão apresentados na Tabela 7. Constatou-se que o construto

em análise apresenta 1 (um) autovalor acima de 1, com grau de explicação equivalente a 44,98% da variância total. Isto não sinaliza uma boa adequação da extração, uma vez que este valor deve estar acima de 50%. Temos uma sinalização da necessidade de aplicação de outros procedimentos no sentido de melhorar este resultado.

Tabela 7 - Medidas de autovalores da informação

Componentes	Autovalores iniciais	
	Total	% da variância
1	2,69	44,98
2	0,88	14,69
3	0,75	12,55
4	0,69	11,51
5	0,54	8,99
6	0,43	7,26

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

A Tabela 8 apresenta, na segunda coluna, os escores fatoriais para cada variável na primeira extração. Mediante a análise dos valores fatoriais, identificou-se que as variáveis INF4 e INF5 possuem escores de 0,60 e 0,63, abaixo da margem indicada (acima de 0,7), o que sinaliza a possibilidade de sua exclusão neste construto.

Tabela 8 - Matriz de escores da informação

VA	Escores por extração	
	Extração 1	Extração 2
INF1	0,64	0,64
INF2	0,67	0,72
INF3	0,74	0,80
INF4	0,60	
INF5	0,63	
INF6	0,71	0,75

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Assim, na tentativa de melhorar os resultados numéricos até aqui encontrados, foi procedida uma nova extração da análise fatorial, com a exclusão das variáveis INF4 e INF5. Desse modo, o teste do KMO apresentou valor de 0,723, e o teste de Bartlett indicou uma significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2 = 229,468$, $gl = 6$), o que demonstrou que os itens restantes estavam adequados para o emprego da análise fatorial.

Na extração de autovalores, o construto obteve 1 autovalor acima de 1, explicando 53,66% da variação total, o que sugeriu adequação aos parâmetros definidos, indicando assim a existência de um fator subjacente a este conjunto de variáveis. Pelos resultados dos escores,

que estão indicados na terceira coluna da Tabela 8, observou-se que não havia mais a necessidade de excluir mais variáveis deste construto, visto que seus valores apresentam-se próximas ao valor determinado (acima de 0,7).

Em termos de consistência interna (*alpha* de Cronbach), a retirada de duas variáveis reduziu seu valor para 0,70, permanecendo adequado para o construto. Assim, as variáveis finais para este construto são: INF1, INF2, INF3 e INF6. Os enunciados são os seguintes:

Quadro 14 - Enunciado das variáveis da informação

VA	Enunciado das variáveis
INF1	Eu sei se posso ou não ser doador de sangue (pois, conheço os requisitos para ser doador de sangue)
INF2	Sei bem qual é destino do sangue que é doado
INF3	Sei bem quais as doenças que restringem a doação de sangue
INF6	Eu conheço bem os benefícios que receberia se eu fosse doador de sangue regular

Fonte: Elaboração própria (2012)

No que diz respeito ao conteúdo das afirmações das variáveis, notou-se que a exclusão de INF4 e INF5 não afetou o alinhamento do construto, uma vez que os itens conseguem retratar adequadamente as facetas e nuances essenciais da definição do construto.

4.4.2. Construto “Grupo de referência”

- Estatística descritiva

Neste construto, os respondentes avaliaram a influência do grupo de referência, amigos e familiares, na sua própria conduta como possível doador de sangue, assim os resultados das variáveis são apresentados na Tabela 9.

Observou-se que, no que diz respeito à média, a variável GR4 expõe um alto nível de concordância, o que é positivo, haja vista a preocupação por parte dos sujeitos em não prejudicar a relação familiar e de amizade mantida. Já as variáveis GR3 e GR5 apresentaram uma média próxima a 7, que é considerado um nível intermediário de concordância. Dito isso, sugere-se que, mesmo os indivíduos possuindo familiares e amigos doadores de sangue, isto não se mostra determinante direto do comportamento de doação de sangue.

Tabela 9 - Medidas descritivas do grupo de referência

VA	Itens da escala	Média	Desvio	Assimetria	Curtose
GR3	Se eu tivesse um amigo doador de sangue isto me influenciaria a doar	6,44	3,09	-0,54	-0,99
GR4	Eu não desapontaria um amigo ou parente que me pedisse para doar sangue	9,06	1,90	-2,61	6,78
GR5	Se eu tivesse um parente doador de sangue isto me influenciaria a doar	6,93	3,08	-0,79	-0,69

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Em termos de desvio padrão, apenas uma variável (GR4) apresentou um baixo valor de dispersão, enquanto que duas variáveis (GR3 e GR4) exibem uma dispersão elevada, indicando a variabilidade das respostas dos indivíduos.

Quanto à análise de assimetria e de curtose, observamos que apenas a variável GR4 encontra-se fora do padrão da normalidade, sendo este um aspecto positivo do construto já que os itens GR3 e GR5 estão enquadrados na normalidade.

- Análise de correlação e consistência interna

De maneira inicial, aplicou-se o cálculo da matriz de correlações entre as variáveis do construto, onde os valores obtidos foram apresentados na Tabela 10. Constatou-se que não houve correlação nula em nenhuma das variáveis (a $p < 0,05$). Entretanto, a associação do pares de variáveis GR3 e GR4 apresentou-se com valor próximo a 0,10, sinalizando assim uma correlação fraca, o mesmo se ocorrendo nas variáveis GR4 e GR5. Em contrapartida, o par de variáveis GR3 e GR5 apresentou um nível de correlação considerado forte, na medida em que seu coeficiente encontra-se entre a margem de 0,30 a 0,60.

Tabela 10 - Matriz de correlação do grupo de referência

VA	GR3	GR4	GR5
GR3	1		
GR4	0,09	1	
GR5	0,61	0,19	1

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Em seguida foi realizada a extração do coeficiente do *alpha* de Cronbach, para verificar a consistência interna do construto. O valor obtido foi de 0,60, considerado um valor adequado a margem definida (acima de 0,6). Entretanto, a Tabela 11 sinaliza, que se fosse retirada à variável GR4, o valor do *alpha* de Cronbach receberia uma considerável elevação (para 0,76).

Tabela 11 - *Alpha* de Cronbach do grupo de referência

VA	<i>Alpha se o item for excluído</i>
GR3	0,29
GR4	0,76
GR5	0,15

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Em suma, é evidente, nestas duas primeiras análises, que há um problema com a variável GR4. As medidas sugeriram que a causa provável é a forte concentração de respostas em torno da média, e os elevados níveis de assimetria e de curtose. Isto sugere a necessidade de exclusão desta variável, mas antes é necessário avaliar os resultados da análise fatorial.

- Análise fatorial exploratória

Posteriormente, procedeu-se à análise fatorial com a aplicação do teste KMO e do teste de Bartlett. Para o teste KMO, o resultado obtido foi de 0,513, enquanto que o valor do teste de esfericidade de Bartlett apresentou significância estatística do valor do qui-quadrado equivalente a $p < 0,001$ ($X^2=160,624$, $gl=3$). Apesar do teste do KMO apresentar um valor abaixo do apropriado, o teste de Bartlett sinalizou a adequação das variáveis para análise fatorial.

A análise de autovalores é apresentada na Tabela 12, onde foi possível observar na primeira extração do construto a existência de 1(um) autovalor acima de 1, com grau de explicação considerado satisfatório para o construto (55,95% da variância total), sugerindo assim que o conjunto de variáveis possui apenas um fator subjacente, conforme esperado.

Tabela 12 - Medidas de autovalores do grupo de referência

Componentes	Autovalores iniciais	
	Total	% da variância
1	1,67	55,95
2	0,94	31,50
3	0,37	12,53

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Em seguida, foram analisados os escores fatoriais de cada variável conforme a Tabela 13. Observou-se que apenas a variável GR4 apresentou o valor de 0,37, considerado muito discrepante da margem definida (acima de 0,7), o que ressaltou a possibilidade da sua exclusão.

Tabela 13 - Matriz de escores do grupo de referência

VA	Escores por extração	
	Extração 1	Extração 2
GR3	0,86	0,89
GR4	0,37	
GR5	0,89	0,89

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Ao retirarmos a variável GR4 da segunda extração da análise fatorial, averiguou-se que o teste KMO apresentou uma redução no seu valor para 0,500, e o teste de esfericidade de Bartlett obteve significância estatística do valor do qui-quadrado equivalente a $p < 0,001$ ($X^2 = 148,529$, $gl = 1$). Além disso, apenas um componente da análise de autovalores apresentou valor acima de 1 (um) com elevado grau de explicação do construto, equivalente a 80,791% da variância total. Quanto aos escores fatoriais, todas as variáveis apresentaram valores condizentes com a margem estipulada (acima de 0,7), conforme mostra a segunda coluna da Tabela 13. Portanto, isto sugere que devem permanecer no estudo as variáveis GR3 e GR4, cujos enunciados são os seguintes:

Quadro 15 - Enunciado das variáveis do grupo de referência

VA	Enunciado das variáveis
GR3	Se eu tivesse um amigo doador de sangue isto me influenciaria a doar
GR5	Se eu tivesse um parente doador de sangue isto me influenciaria a doar

Fonte: Elaboração própria (2012)

Assim, após a exclusão da variável GR4, o construto ‘grupo de referência’ passou a ter apenas duas afirmações quantitativas, as quais se mostram satisfatórias quanto ao conteúdo, na medida em que conseguem indicar de maneira objetiva o nível de influência dos amigos e familiares na adoção do comportamento de doação de sangue. No entanto, é evidente que a retirada da variável GR4 desfavoreceu ao conteúdo do construto, uma vez que sua afirmação permitia aos entrevistados analisar a relação estabelecida com seus amigos e familiares por meio da possibilidade de decepção deles caso o sujeito pesquisado se recusasse a doar sangue. Logo, entende-se adequado realizar o teste do construto com a exclusão da variável.

4.4.3. Construto “Medo”

- Estatística descritiva

Para este construto foram definidas quatro variáveis responsáveis por relatar as principais barreiras que desfavorecem a adoção do comportamento de doação de sangue, as quais foram submetidas à análise dos sujeitos de pesquisa. A Tabela 14 apresenta as medidas obtidas pelos respondentes.

As médias das variáveis estudadas estão inseridas num patamar entre 4 e 5, que retratou um baixo nível de concordância com as afirmações. Isto expõe que, apesar das barreiras serem percebidas, parte dos respondentes não as consideram como os maiores impedimentos para não realizar a doação de sangue.

Tabela 14 - Medidas descritivas do medo

VA	Itens da escala	Média	Desvio	Assimetria	Curtose
MED1	Pessoalmente, evito ver sangue	4,06	3,24	0,67	-0,98
MED2	Tenho muito medo de agulhas	4,28	3,25	0,55	-1,11
MED3	Acho que a doação de sangue me causaria fadiga ou náuseas	4,31	2,87	0,48	-0,85
MED4	Temo que a doação de sangue me cause alguma dor	4,08	3,09	0,66	-0,91

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Ao tratarmos do desvio padrão, foi possível perceber que três variáveis (MED1, MED2 e MED4) possuem valores semelhantes superiores a 3, indicando uma dispersão elevada. A variável MED3 possui um valor menor que 3, inserindo-a numa dispersão moderada das respostas, embora esteja já próxima do valor 3.

De modo geral, todas as variáveis apresentam valores dentro do padrão da normalidade para a assimetria. Na perspectiva dos índices de curtose, apenas a estimativa da curtose referente à variável MED2 indica a não normalidade. Ou seja, praticamente, podemos aceitar que estas quatro variáveis apresentaram característica de normalidade.

- Análise de correlação e consistência interna

Inicialmente, extraiu-se a matriz de correlações das variáveis do construto, observadas na Tabela 15. Constatou-se que não ocorreu nenhum caso que apresentasse uma correlação nula ($p > 0,05$). Além disto, observou-se que todos os pares das variáveis apresentaram os valores dos coeficientes entre a margem de 0,30 a 0,60, incluído-as no nível moderado de correlação.

Para analisar a consistência interna do construto 'Medo', procedeu-se o cálculo do coeficiente do *alpha* de Cronbach, que resultou no valor de 0,76, demonstrando assim um considerável nível de consistência interna das variáveis. Ademais, observou-se que não

haveria melhoria no valor do *alpha* de Cronbach mesmo com a exclusão de alguma variável.

Tabela 15 - Matriz de correlação do medo

VA.	MED1	MED2	MED3	MED4
MED1	1			
MED2	0,54	1		
MED3	0,39	0,35	1	
MED4	0,42	0,55	0,43	1

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

- Análise fatorial exploratória

Em sequência, aplicou-se o cálculo do teste KMO e do teste de esfericidade de Bartlett. Respectivamente, foi alcançado o valor de 0,739 para o teste KMO, e, para o teste de esfericidade de Bartlett foi obtida a significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2=319,103$, $gl=6$). Ambos os valores apontaram para a adequação dos itens para a análise fatorial.

Com a realização da análise fatorial, a Tabela 16 apresenta os resultados da análise de autovalores. Assim, averiguou-se na primeira extração a existência de apenas 1(um) autovalor com grau de explicação para o construto de 58,97% da variância total, o que indicou com maior segurança que o conjunto de variáveis dispõe de apenas um fator subjacente.

Tabela 16 - Medidas de autovalores do medo

Componentes	Autovalores iniciais	
	Total	% da variância
1	2,35	58,97
2	0,67	16,88
3	0,57	14,33
4	0,39	9,80

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

A seguir, foram observados os valores dos escores fatoriais, o que permitiu verificar que todas as variáveis do construto ‘Medo’, apresentaram escores acima de 0,70. Desse modo, como não houve a necessidade de remoção de nenhuma das variáveis, ou seja, o construto permaneceu com todas as variáveis iniciais.

4.4.4. Construto “Indisponibilidade de tempo”

- Estatística descritiva

Para o construto da indisponibilidade de tempo foi solicitado que os respondentes avaliassem as barreiras de tempo que influenciam na conduta de um indivíduo como doador de sangue. Desse modo, a Tabela 17 expõe as estimativas obtidas pelas respostas dos sujeitos pesquisados.

Para a média, constatou-se que duas variáveis (INDTEMP1 e INDTEMP3) possuem valores próximos a 5, já considerado como um nível baixo de concordância; porém de forma mais destacada foi a média da variável INDTEMP2, que apresentou média de 2,83, bem inferior as demais. Isto permite afirmar que, na amostra, os indivíduos não identificaram a falta de tempo como uma barreira efetiva para a doação de sangue.

Tabela 17 - Medidas descritivas da indisponibilidade de tempo

VA	Itens da escala	Média	Desvio	Assimetria	Curtose
INDTEMP1	Acredito que o tempo de espera para doar sangue é muito longo	4,66	2,85	0,23	-1,01
INDTEMP2	Acho que eu estaria perdendo tempo de estudo ou trabalho se fosse doar sangue	2,83	2,89	0,13	0,80
INDTEMP3	Acredito que o processo de doação de sangue pode ser demorado	4,67	2,83	0,25	-1,02

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

No que diz respeito ao desvio padrão, ocorreu uma proximidade interessante entre as variáveis, pois todas apresentaram desvio na casa de 2,8. Logo, todas as variáveis apresentaram um moderado grau de dispersão.

As medidas de assimetria das três variáveis encontram-se inseridas dentro do padrão da normalidade. No entanto, averiguou-se que no âmbito da curtose as variáveis INDTEMP1 e INDTEMP2 não apresentam valor compatível com a normalidade, o que exige maior cuidado nos procedimentos que serão aplicados posteriormente, embora estejam muito próximas do limite (de -1).

- Análise de correlação e consistência interna

Neste momento, foi extraída a matriz de correlação das variáveis do construto 'Indisponibilidade de tempo', apresentada na Tabela 18. Ao observarmos os valores, foi constatado que não ocorreu nenhum caso de correlação nula (a $p > 0,05$). Adicionalmente, verificou-se que a associação entre os pares de variáveis exibiram valores de correlação de nível moderado.

Tabela 18 - Matriz de correlação da indisponibilidade de tempo

VA.	INDTEMP1	INDTEMP2	INDTEMP3
INDTEMP1	1		
INDTEMP2	0,32	1	
INDTEMP3	0,62	0,41	1

Fonte: Elaboração Própria (2012)

Aplicou-se o teste de consistência interna do construto por meio do cálculo do coeficiente *alpha* de Cronbach. O resultado obtido foi igual a 0,71 demonstrando uma considerável consistência interna. Na Tabela 19, pode-se observar que com a exclusão da variável INDTEMP2 o valor do *alpha* de Cronbach seria aperfeiçoado, ainda que não muito.

Tabela 19 - *Alpha* de Cronbach da indisponibilidade de tempo

VA	<i>Alpha se o item for excluído</i>
INDTEMP1	0,58
INDTEMP2	0,76
INDTEMP3	0,49

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

- Análise fatorial exploratória

A seguir, realizou-se a verificação do teste do KMO e do teste de esfericidade de Bartlett. Para o teste do KMO foi obtido o valor de 0,619, já o teste de esfericidade de Bartlett apontou uma significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2 = 213,453$, $gl = 3$). Assim considerou-se boa a adequação das variáveis para a aplicação da análise fatorial.

Procedeu-se a análise dos autovalores contidos na Tabela 20. Na primeira extração foi possível perceber a existência de apenas um autovalor com um elevado grau de explicação para o construto analisado (64,04% da variância total), indicando que o conjunto de variáveis possui um fator subjacente, de acordo com o esperado.

Tabela 20 - Medidas de autovalores da indisponibilidade de tempo

Componentes	Autovalores iniciais	
	Total	% da variância
1	1,92	64,04
2	0,70	23,64
3	0,37	12,32

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Além disso, avaliou-se que os valores dos escores fatoriais enquadraram-se na margem definida como adequada (acima de 0,7), embora a variável INDTEMP2 tenha apresentado um valor um pouco abaixo desta margem (0,69). Sendo assim, a formatação do

construto não foi alterada, uma vez que todas as variáveis do construto mostraram-se adequadas para mensurar o nível de influência que a indisponibilidade de tempo dos sujeitos afeta o comportamento de doação de sangue.

4.4.5. Construto “Responsabilidade social”

- Estatística descritiva

O construto da responsabilidade trata especificamente da percepção dos indivíduos acerca das suas obrigações sociais, e as medidas descritivas estão expostas na Tabela 21.

No que se refere às médias, praticamente todas as variáveis tiveram médias elevadas (REPSOC1, REPSOC2, REPSOC3 e REPSOC4), pois possuem valores entre 7,99 e 9,62, observou-se um alto grau de concordância das afirmações por parte dos respondentes. Portanto, considera-se que os indivíduos estão preocupados em exercer seu papel social, ao compreender a necessidade de ajudar as outras pessoas como uma verdadeira obrigação.

Tabela 21 - Medidas descritivas da responsabilidade social

VA	Itens da escala	Média	Desvio	Assimetria	Curtose
REPSOC1	Para mim, doar sangue é um dever das pessoas	7,99	2,41	-1,40	1,43
REPSOC2	Acredito que a doação de sangue é uma ação que salva vidas	9,62	1,13	-4,63	26,24
REPSOC3	Para mim é preciso se esforçar para ajudar outras pessoas	8,34	2,20	-1,53	1,92
REPSOC4	Acredito que tenho a responsabilidade e dever de ajudar outras pessoas	8,50	1,92	-1,59	2,67

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

O desvio padrão possui duas variáveis (REPSOC1 e REPSOC3) com dispersão inseridas na margem entre 2 e 3, consideradas de moderado valor, ao passo que outras duas variáveis (REPSOC2 e REPSOC4) estão com um valor baixo de dispersão. No entanto, o que chamou mais atenção foram as medidas de assimetria e de curtose.

Como se observa nas duas últimas colunas, todas as variáveis comportam-se fora do padrão da normalidade, em ambas as medidas. Entretanto, a variável REPSOC2 apresentou um comportamento ‘incomum’, com um dos valores muito elevado tanto para a assimetria quanto para curtose. Isto implica na necessidade de um acompanhamento mais cuidadoso desta variável e do construto como um todo, uma vez que esta situação pode dificultar a operacionalização dos procedimentos estatísticos posteriores.

- Análise de correlação e consistência interna

Inicialmente, realizou-se a extração da matriz de correlação entre variáveis do construto, a qual é apresentada na Tabela 22. As correlações calculadas não apresentaram nenhum valor nulo (a $p > 0,05$). Todavia, observou-se que as relações entre os pares de variáveis REPSOC1 e REPSOC2, REPSOC1 e REPSOC3, REPSOC2 e REPSOC3, REPSOC2 e REPSOC4 e REPSOC3 e REPSOC4 detiveram coeficientes de correlação considerados fracos, o que compromete o nível de associação do construto.

Tabela 22 - Matriz de correlação da responsabilidade social

VA	REPSOC1	REPSOC2	REPSOC3	REPSOC4
REPSOC1	1			
REPSOC2	0,22	1		
REPSOC3	0,13	0,10	1	
REPSOC4	0,36	0,12	0,28	1

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Quanto à avaliação da consistência interna, percebeu-se que o cálculo do coeficiente do *alpha* de Cronbach resultou em um valor igual a 0,50, abaixo da margem (acima de 0,6). No entanto, observou-se que mesmo com a exclusão de uma variável não haveria aperfeiçoamento no valor do *alpha* de Cronbach, o que se pode verificar na Tabela 23.

Tabela 23 - *Alpha* de Cronbach da responsabilidade social

VA	<i>Alpha</i> se o item for excluído
REPSOC1	0,39
REPSOC2	0,49
REPSOC3	0,48
REPSOC4	0,31

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

- Análise fatorial exploratória

Em seguida, realizou-se o cálculo do teste de KMO e do teste de esfericidade de Bartlett. Para o teste de KMO foi obtido o resultado de 0,586, já o teste de esfericidade de Bartlett demonstrou a significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2=88,353$, $gl=6$), o que qualifica as variáveis para a análise fatorial.

A análise de autovalores é apresentada na Tabela 24. Averiguou-se a existência de um autovalor com baixo grau de explicação para o construto analisado (40,95% da variância total). Isto sugere que o conjunto de variáveis possui apenas um fator subjacente, porém com um poder muito baixo de explicação em relação ao total da variância.

Tabela 24 - Medidas de autovalores da responsabilidade social

Componentes	Autovalores iniciais	
	Total	% da variância
1	1,63	40,95
2	0,94	23,54
3	0,83	20,94
4	0,58	14,55

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Com os dados resultantes apresentados na Tabela 25, pôde-se verificar que os valores dos escores fatoriais das variáveis apresentaram valores próximos a 0,7. No entanto, as variáveis REPSOC2 e REPSOC3 apresentaram valores discrepantes da margem determinada (acima de 0,7).

Tabela 25 - Matriz de escores da responsabilidade social

VA	Extração 1
REPSOC1	0,71
REPSOC2	0,49
REPSOC3	0,56
REPSOC4	0,75

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Este resultado impôs a necessidade de reavaliação dos conteúdos dos itens, e de outras possibilidades de mensuração. Esta atividade sugeriu que o construto provavelmente tem relação formativa em relação a este conjunto de itens. A análise do modelo será realizada desta forma, com as duas alternativas de abordagem.

4.4.6. Construto “Altruísmo”

- Estatística descritiva

No construto do altruísmo solicitou-se aos sujeitos pesquisados que analisassem possibilidade de realizarem um comportamento altruísta, conforme as afirmações da escala adotada. Neste sentido, a Tabela 26 apresenta as medidas que resumem as respostas.

Inicialmente, observou-se que os valores das médias das variáveis ALT1, ALT2, ALT3 e ALT5 indicaram um alto grau de concordância com as afirmações, e apenas a variável ALT4 apresentou uma medida menor que as anteriores, demonstrando assim um moderado nível de concordância. Este conjunto de variáveis sugeriu que os respondentes se preocupam em elevado nível em realizar comportamentos filantropos e dedicados as pessoas

mais necessitadas.

Tabela 26 - Medidas descritivas do altruísmo

VA	Itens da escala	Média	Desvio	Assimetria	Curtose
ALT1	Eu daria instruções a um estranho (ex. atravessar a rua)	8,68	1,89	-1,55	1,98
ALT2	Eu doaria dinheiro para caridade	8,35	1,98	-1,14	0,48
ALT3	Eu doaria algum bem material meu para pessoas carentes	8,95	1,50	-1,81	3,90
ALT4	Eu ajudaria a levar os pertences de um estranho	7,43	2,68	-1,00	0,13
ALT5	Eu compraria algum objeto (ex.cartões) por saber que é para uma boa causa	8,44	1,81	-1,35	1,67

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Quanto ao desvio padrão, verificou-se que quatro variáveis (ALT1, ALT2, ALT3 e ALT5) estiveram com valores menores que 2, sendo consideradas de baixa dispersão; somente a variável ALT4 exibiu uma estimativa de valor entre 2 e 3, avaliada como dispersão moderada.

No que se refere à assimetria, todas as variáveis apresentaram valores ligeiramente menores que -1, o que as coloca fora do padrão da normalidade. Para a curtose, três variáveis (ALT1, ALT3 e ALT5) indicaram valores acima do adequado. Tais constatações determinam um tratamento mais particular para as variáveis que não sinalizaram distribuição normal.

- Análise de correlação e consistência interna

Seguindo os procedimentos definidos, foi realizada a matriz de correlação entre as variáveis do construto, que está apresentada na Tabela 27. Destacou-se, principalmente, que as correlações calculadas não apresentaram nenhum valor nulo (a $p < 0,05$). Assim, verificou-se que o coeficiente de correlação dos pares de variáveis ALT1 e ALT2, ALT1 e ALT3, ALT2 e ALT3, ALT2 e ALT5 e ALT3 e ALT5 foi considerado moderado, visto que seus valores encontram-se entre 0,30 e 0,60. Já as associações entre as variáveis ALT1 e ALT4, ALT1 e ALT5, ALT2 e ALT4, ALT3 e ALT4 e ALT4 e ALT5 exibiram coeficientes menores que 0,30, o que indica uma correlação fraca.

Tabela 27 - Matriz de correlação do altruísmo

VA	ALT1	ALT2	ALT3	ALT4	ALT5
ALT1	1				
ALT2	0,35	1			
ALT3	0,35	0,48	1		
ALT4	0,23	0,16	0,20	1	

ALT5	0,19	0,38	0,33	0,27	1
------	------	------	------	------	---

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Em se tratando da consistência interna, avaliou-se o valor do coeficiente do *alpha* de Cronbach que foi igual a 0,65, que pode ser considerado um valor razoável (acima de 0,6). Ao analisarmos a Tabela 28, percebeu-se que haveria uma mudança pouco significativa com a remoção da variável ALT4.

Tabela 28 - *Alpha* de Cronbach do altruísmo

VA	<i>Alpha</i> se o item for excluído
ALT1	0,59
ALT2	0,56
ALT3	0,57
ALT4	0,67
ALT5	0,58

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

- Análise fatorial exploratória

Na sequência dos procedimentos, foram aplicados o teste de KMO e o teste de esfericidade de Bartlett. O resultado para o teste de KMO foi igual a 0,731, ao mesmo tempo em que o teste de esfericidade de Bartlett mostrou significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2 = 237,776$, $gl = 10$), o que evidenciou a adequação das variáveis a análise fatorial.

Nas saídas do SPSS, foi analisada a primeira extração de autovalores apresentada na Tabela 29. Observou-se a existência de apenas um autovalor acima de 1, mas com baixo grau de explicação para o construto (44,42% da variância total), uma vez que o valor da variância total deve estar acima de 50%. Neste sentido, pareceu ser necessária a aplicação de outra extração no intuito de aprimorar este resultado.

Tabela 29 - Medidas de autovalores do altruísmo

Componentes	Autovalores iniciais	
	Total	% da variância
1	2,22	44,42
2	0,89	17,86
3	0,79	15,95
4	0,58	11,77
5	0,49	9,97

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Com a obtenção dos valores dos escores fatoriais, apresentados na Tabela 30, verificou-se que a variável ALT4 expôs um valor bem abaixo do adequado (acima de 0,7), o

que indica que a remoção desta variável permitirá, provavelmente, alcançar uma melhoria, tanto na extração dos autovalores quanto nos valores dos escores fatoriais.

Tabela 30 - Matriz de escores do altruísmo

VA	Escore por extração	
	Extração 1	Extração 2
ALT1	0,63	0,65
ALT2	0,75	0,79
ALT3	0,75	0,77
ALT4	0,49	
ALT5	0,65	0,65

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Assim, a partir da exclusão da variável ALT4, foram verificados novamente os testes de KMO e o de esfericidade de Bartlett. O resultado do teste de KMO foi igual a 0,720, já o teste de esfericidade de Bartlett apresentou significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2 = 201,098$, $gl = 6$). Nos dois casos, verificamos uma adequação dos itens restantes para a análise fatorial.

Ao analisarmos a segunda extração de autovalores, observou-se a existência de um autovalor com razoável grau de explicação para o construto (51,71% da variância total), indicando que as variáveis possuem apenas um fator subjacente. No que diz respeito aos valores dos escores fatoriais desta extração (segunda coluna da Tabela 30), as variáveis exibiram valores próximos a margem (0,70).

Adicionalmente, verificou-se que a medida do valor da consistência interna, pelo *alpha* de Cronbach, apresentou um aperfeiçoamento para 0,72. Desse modo, as variáveis que continuam no construto ‘Altruísmo’ são: ALT1, ALT2, ALT3 e ALT5 (Quadro 16).

Quadro 16 - Enunciado das variáveis do altruísmo

VA	Itens da escala
ALT1	Eu daria instruções a um estranho (ex. atravessar a rua)
ALT2	Eu doaria dinheiro para caridade
ALT3	Eu doaria algum bem material meu para pessoas carentes
ALT5	Eu compraria algum objeto (ex. cartões) por saber que é para uma boa causa

Fonte: Dados da pesquisa

Com base no Quadro 16, percebeu-se que as variáveis restantes do construto permanecem adequadas quanto ao conteúdo, já que refletem a capacidade dos sujeitos em exercer um comportamento solidário e preocupado com o bem-estar dos demais indivíduos. Além disso, esta formatação do construto enfatizou a questão da doação, o que de fato

compõem o comportamento de doação de sangue, reafirmando sua adequação ao propósito do estudo.

4.4.7. Construto “Empatia”

- Estatística descritiva

O construto empatia aplicado a esta pesquisa tratou da preocupação empática dos indivíduos em relação a outras pessoas. A Tabela 31 expõe as variáveis que o compõem, em conjunto com as medidas descritivas.

As médias das variáveis EMP2, EMP3 e EMP5 se encontraram num patamar de elevada concordância, com valores superiores a 8. Já as variáveis EMP1, EMP4 e EMP6 apresentaram uma razoável diferença, com valores na casa de 7 (embora próximos de 8), o que as colocou no nível intermediário de concordância. Dito isso, as medidas indicaram um considerável nível de concordância com as afirmações, que podem ser compreendidas como medidas favoráveis à adoção de comportamentos que defendem o bem-estar das outras pessoas.

Tabela 31 - Medidas descritivas da empatia

VA	Itens da escala	Média	Desvio	Assimetria	Curtose
EMP1	Quando eu vejo alguém tirar proveito de outra pessoa, sinto-me obrigado(a) a proteger a pessoa prejudicada	7,90	2,24	-1,10	0,80
EMP2	Sinto-me tocado(a) por alguns acontecimentos que presencio	8,84	1,62	-1,88	4,16
EMP3	Quando eu vejo uma pessoa sendo tratada injustamente, eu sinto como se fosse comigo	8,42	1,88	-1,23	1,02
EMP4	Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica	7,22	2,33	-0,73	0,03
EMP5	Problemas de outras pessoas costumam me comover	8,31	1,95	-1,32	1,75
EMP6	Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva ter tal atitude	7,90	1,95	-1,11	1,41

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Para o desvio padrão, observou-se que quatro variáveis (EMP2, EMP3, EMP5 e EMP6) estão inseridas no intervalo de baixo valor de dispersão, ou seja, estimativas menores que 2. Enquanto que, as variáveis EMP1 e EMP4 apresentam valores entre 2 e 3, considerados níveis de dispersão moderados. Isto sugere que os respondentes são bem convergentes em relação às suas posições indicadas nas médias.

Em termos de assimetria, constatou-se que somente a variável EMP4 está inserida

na margem de normalidade, apresentando um comportamento adequado para a distribuição simétrica. No âmbito da curtose apenas as variáveis EMP1 e EMP4 apontaram para a normalidade. E, em geral, do conjunto de seis variáveis somente uma apresentou condições de normalidade.

- Análise de correlação e consistência interna

Seguindo os procedimentos, extraiu-se a matriz de correlações entre as variáveis do construto, que estão apresentadas na Tabela 32. Observou-se que nenhuma das variáveis apresentou resultado de correlação nula (a $p > 0,05$). Dito isso, constatou-se que o coeficiente de correlação entre as variáveis EMP4 e EMP6 obteve o maior valor, sendo considerado um coeficiente de correlação moderado, assim como os pares de variáveis EMP1 e EMP2, EMP1 e EMP3, EMP2 e EMP3, EMP2 e EMP4, EMP2 e EMP5, EMP2 e EMP6, EMP3 e EMP4 e EMP3 e EMP5. Já as associações entre as demais variáveis, por possuírem coeficientes inferiores a margem de 0,30, são consideradas com correlação fraca.

Tabela 32 - Matriz de correlação da empatia

VA.	EMP1	EMP2	EMP3	EMP4	EMP5	EMP6
EMP1	1					
EMP2	0,34	1				
EMP3	0,41	0,42	1			
EMP4	0,28	0,31	0,33	1		
EMP5	0,28	0,42	0,44	0,21	1	
EMP6	0,23	0,40	0,23	0,55	0,29	1

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Quanto à análise da consistência interna, procedeu-se à extração do coeficiente do *alpha* de Cronbach que apresentou resultado igual a 0,75, demonstrando assim uma elevada consistência interna. Com a avaliação dos valores de *alpha* de Cronbach, observou-se que não haveria melhoria na consistência interna mesmo se alguma variável fosse excluída.

- Análise fatorial exploratória

Inicialmente, foram verificados os testes KMO e do esfericidade de Bartlett. Respectivamente, o resultado do teste KMO foi de 0,754, o que se mostra acima do adequado de 0,7, ao passo que o teste de esfericidade de Bartlett mostrou significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2 = 433,442$, $gl = 15$). Estes valores evidenciaram a adequação do construto para aplicação da análise fatorial.

Mediante a análise dos autovalores (Tabela 33), o resultado da primeira extração

indicou a existência de dois componentes com autovalores maiores que 1(um), sendo 45,74% e 16,80% os percentuais relativos à variância total, respectivamente, o que não sinalizou uma boa adequação da extração, tendo em vista que se esperava apenas um fator subjacente.

Tabela 33 - Medidas dos autovalores da empatia

Componentes	Autovalores iniciais	
	Total	% da variância
1	2,74	45,71
2	1,00	16,80
3	0,74	12,42
4	0,58	9,80
5	0,53	8,85
6	0,38	6,39

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Ao analisarmos a extração dos escores fatoriais, mostrados na Tabela 34, constatou-se que, do conjunto de variáveis, originalmente aferido, de fato emergiram dois fatores subjacentes, o que exigiu uma avaliação criteriosa do sentido dos enunciados das variáveis da cada fator.

Tabela 34 - Matriz de escores da empatia

VA	Extração 1	
	Fator 1	Fator 2
EMP1	0,66	0,14
EMP2	0,64	0,36
EMP3	0,79	0,13
EMP4	0,18	0,84
EMP5	0,74	0,11
EMP6	0,17	0,87

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Isto fez entender que o primeiro fator composto por quatro variáveis (EMP1, EMP2, EMP3 e EMP5) tem sentido associado à ideia de sensibilidade com os problemas alheios, remetendo a preocupação do sujeito com a situação vivida por outra pessoa, por exemplo, uma pessoa que necessita da doação de sangue. Desse modo, o primeiro fator foi nomeado como preocupação empática, conforme o estudo de Lemmens *et al.*(2009).

Já o segundo fator conteve duas variáveis (EMP4 e EMP6), cujo sentido dos enunciados deixaram evidente sua associação com a ideia de empatia, no sentido de buscar compreender a ideia ou conduta do outro, o que indica uma compreensão empática, por se referir à capacidade dos indivíduos em entender uma crítica por não adotar um comportamento em prol da doação de sangue. O Quadro 16 expõe o agrupamento das

variáveis segundo os dois fatores.

Desse modo, foram extraídos os *alpha* de Cronbach dos dois fatores, em separado, para o primeiro fator foi obtido o valor de 0,71, enquanto que o segundo fator alcançou o valor de 0,70, ambos os coeficientes de *alpha* de Cronbach apresentaram um razoável grau de consistência interna, o que corrobora a percepção da análise dos escores fatoriais.

Embora o construto ‘Empatia’ reúna todas as variáveis em torno da compreensão do posicionamento das outras pessoas, é possível perceber que o agrupamento em separado nos dois fatores abarcou aspectos distintos da conduta social dos indivíduos, na medida em que a abordagem dada à doação de sangue exigiu dos entrevistados uma análise da situação do sujeito que passa por alguma dificuldade, assim como da pessoa que questiona uma postura social inadequada.

Quadro 17 - Enunciado das variáveis da empatia

Fator 1 – Preocupação empática	
VA	Enunciado das variáveis
EMP1	Quando eu vejo alguém tirar proveito de outra pessoa, sinto-me obrigado(a) a proteger a pessoa prejudicada
EMP2	Sinto-me tocado(a) por alguns acontecimentos que presencio
EMP3	Quando eu vejo uma pessoa sendo tratada injustamente, eu sinto como se fosse comigo
EMP5	Problemas de outras pessoas costumam me comover
Fator 2 – Compreensão empática	
VA	Enunciado das variáveis
EMP4	Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica
EMP6	Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva ter tal atitude

Fonte: Elaboração própria (2012)

4.4.8. Construto “Atitude”

- Estatística descritiva

Para o construto da atitude, os indivíduos deveriam analisar o ato concreto de doar sangue, segundo suas próprias experiências. A Tabela 35 mostra as medidas de cada uma das variáveis.

Concernente às médias, observou-se que as variáveis ATIT1 e ATIT2 alcançaram os maiores valores, evidenciando assim o alto nível de concordância com as duas afirmações referentes às estas variáveis. Logo, sugere-se que os respondentes entendem que o ato de doar sangue é uma ação boa e gratificante. Em segundo lugar, verificou-se que as variáveis ATIT3,

ATIT4 e ATIT7 apresentaram valores em torno de 8, o que demonstra um considerável nível de concordância com as afirmações, o que permite entender que os respondentes avaliam a doação de sangue como uma ação segura, vantajosa e estimulante. Já as variáveis ATIT5 e ATIT6 obtiveram médias próximas a 6, o que sugere certo receio dos sujeitos ao entenderem a doação de sangue como um ato pouco agradável e confortável, por considerarem as afirmações com um grau intermediário de concordância.

Tabela 35- Medidas descritivas da atitude

VA	Itens da escala	Média	Desvio	Assimetria	Curtose
ATIT1	Não Gratificante / Gratificante	9,44	1,14	-2,48	6,11
ATIT2	Ruim/ Bom	9,13	1,55	-2,60	8,27
ATIT3	Arriscado / Seguro	8,02	2,18	-1,19	1,01
ATIT4	Desvantajoso / Vantajoso	8,70	1,67	-1,45	2,19
ATIT5	Desagradável / Agradável	6,98	2,37	-0,66	-0,10
ATIT6	Desconfortável / Confortável	6,18	2,55	-0,28	-0,79
ATIT7	Desestimulante / Estimulante	8,13	2,18	-1,35	1,38

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Os desvios padrão obtiveram resultados de dispersão entre baixa e moderada. A baixa dispersão foi identificada nos itens com valores inferiores a 2, ou seja, ATIT1, ATIT2 e ATIT4. No que se refere à dispersão moderada, as variáveis ATIT3, ATIT5, ATIT6 e ATIT7 apresentaram valores entre 2 e 3.

Em termos de assimetria, cinco variáveis (ATIT1, ATIT2, ATIT3, ATIT4 e ATIT7) apresentaram valores inadequados para o padrão da normalidade. Para a curtose, constatou-se que as mesmas variáveis exibiram valores fora da margem adotada para a distribuição normal. Especificamente, os itens ATIT1 e ATIT2 apresentaram estimativas de curtose muito discrepantes, o que exige um acompanhamento mais próximo nas análises posteriores.

- Análise correlação e consistência interna

De acordo com a sequência de análise, extraiu-se a matriz de correlações do construto, cujos resultados são apresentados na Tabela 36. Mediante tais resultados, não foi identificado nenhuma variável que tenha correlação nula com as demais, visto que o nível de significância de 0,05 não foi ultrapassado. Dito isso, observou-se que a correlação entre as variáveis ATIT5 e ATIT6 apresentou maior valor, sendo considerado o coeficiente como

forte. Já as associações entre os pares de variáveis ATIT1 e ATIT3, ATIT1 e ATIT5, ATIT1 e ATIT6, ATIT2 e ATIT3, ATIT2 e ATIT5 e ATIT2 e ATIT6 apresentaram coeficientes de correlação menores que 0,30, ou seja, um nível fraco de correlação.

Tabela 36 - Matriz de correlação da atitude

VA.	ATIT1	ATIT2	ATIT3	ATIT4	ATIT5	ATIT6	ATIT7
ATIT1	1						
ATIT2	0,40	1					
ATIT3	0,28	0,29	1				
ATIT4	0,48	0,39	0,44	1			
ATIT5	0,25	0,24	0,42	0,33	1		
ATIT6	0,29	0,27	0,45	0,34	0,78	1	
ATIT7	0,41	0,45	0,35	0,47	0,45	0,48	1

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Num segundo momento, foi extraído o coeficiente *alpha* de Cronbach para mensuração da consistência interna. O resultado obtido foi de 0,81, demonstrando assim um alto nível de adequação do construto, uma vez que não haveria melhoria no valor do *alpha* de Cronbach com a exclusão de qualquer variável.

- Análise fatorial exploratória

Conforme a sequência de procedimentos, aplicou-se o teste KMO e o teste de esfericidade de Bartlett, no intuito de verificar a adequação dos itens para realização da análise fatorial. Desse modo, o resultado para o teste KMO foi de 0,799, e para o teste de esfericidade de Bartlett obteve-se significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2=794,172$, $gl=21$), o que sinalizou para a possibilidade de aplicação da análise fatorial. Em seguida foram obtidas as informações sobre os autovalores, apresentadas na Tabela 37.

Tabela 37 - Medidas de autovalores da atitude

Componentes	Autovalores iniciais	
	Total	% da variância
1	3,40	48,57
2	1,12	16,10
3	0,70	10,06
4	0,61	8,76
5	0,51	7,31
6	0,43	6,18
7	0,21	2,99

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Constatou-se que o construto 'Atitude' apresenta 2 (dois) autovalores em análise,

com os respectivos graus de explicação, 48,57% e 16,10%. Isto sugere que as variáveis possuem dois fatores subjacentes, o que contraria a expectativa inicial de que estas variáveis medissem apenas um fator.

Na primeira extração dos escores fatoriais indicados na Tabela 38, verificou-se que as variáveis ATIT3, ATIT5 e ATIT6 permaneceram reunidas no primeiro fator (segunda coluna da Tabela 38), já as variáveis ATIT1, ATIT2, ATIT4 e ATIT7 isolaram-se no segundo fator (terceira coluna da Tabela 38). Contudo, as variáveis ATIT3 e ATIT7 apresentaram escores mais baixos.

Tabela 38 - Matriz de escores da atitude

VA	Extração 1	
	Fator 1	Fator 2
ATIT1	0,10	0,77
ATIT2	0,12	0,74
ATIT3	0,57	0,37
ATIT4	0,27	0,73
ATIT5	0,91	0,12
ATIT6	0,90	0,17
ATIT7	0,45	0,60

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Ao avaliarmos os conteúdos das variáveis de cada fator, observou-se que o grupo de variáveis pertencentes ao primeiro fator (ATIT3, ATIT5 e ATIT6) tem o sentido das afirmações relacionado à atitude afetiva, ou seja, os sujeitos pesquisados analisaram a doação de sangue sob a ótica subjetiva das emoções envolvidas neste ato. Já as variáveis do segundo fator (ATIT1, ATIT2, ATIT4 e ATIT7) referem-se à atitude com base numa perspectiva cognitiva (LEMMENS *et al*, 2009). Assim, os entrevistados observaram a ação de doar sangue conforme o conhecimento que os mesmos detinham sobre o tema.

Considerando os dois fatores, foram extraídos para cada um deles os coeficientes do *alpha* de Cronbach. O resultado do *alpha* de Cronbach para primeiro fator foi igual a 0,79, considerado um bom nível de consistência interna. Entretanto com a exclusão da variável ATIT3 haveria uma considerável melhoria na consistência interna do fator, uma vez que o coeficiente de *alpha* passaria para 0,88. Logo, optou-se pela remoção desta variável do construto, uma vez que é notória sua proximidade com o sentido da atitude cognitiva, na medida em que foi solicitado que os entrevistados avaliassem se o ato de doar de sangue é arriscado ou seguro.

Já para o segundo fator, o resultado do *alpha* de Cronbach foi de 0,74,

considerado um razoável nível de consistência interna para o fator, corroborando o resultado dos escores fatoriais que subdividiram o construto conforme o modelo proposto por Lemmens *et al* (2009).

Neste sentido, o quadro abaixo apresentam os enunciados das variáveis que permaneceram em análise para cada fator gerado no construto atitude.

Quadro 18 - Enunciado das variáveis da atitude

Fator 1 – Atitude Afetiva	
VA	Enunciado das variáveis
ATIT5	Desagradável / Agradável
ATIT6	Desconfortável / Confortável
Fator 2 – Atitude Cognitiva	
VA	Enunciado das variáveis
ATIT1	Não Gratificante / Gratificante
ATIT2	Ruim/ Bom
ATIT4	Desvantajoso / Vantajoso
ATIT7	Desestimulante / Estimulante

Fonte: Elaboração própria (2012)

4.4.9. Construto “Predisposição”

- Estatística descritiva

O construto da predisposição exigiu que os respondentes analisassem do interesse em adotar um comportamento em prol da doação de sangue. As variáveis que compõem o construto estão apresentadas na Tabela 39.

Tabela 39 - Medidas descritivas da predisposição

VA	Itens da escala	Média	Desvio	Assimetria	Curtose
PRED1	Eu acho que nunca doarei sangue (R)	6,45	3,31	1,00	-0,56
PRED2	Sou uma pessoa predisposta à doar sangue	8,12	2,41	-1,35	1,08
PRED3	Creio que um dia vou tentar doar sangue	8,75	2,26	-2,28	4,69
PRED4	Eu tenho a intenção de doar sangue no futuro	8,71	2,16	-2,05	3,94

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

As médias dos itens PRED2, PRED3 e PRED4 obtiveram resultados semelhantes, indicando uma tendência dos sujeitos pesquisados em adotar um comportamento de doador de

sangue. No que se refere à variável PRED1, observou-se que por ter sido mensurada de maneira reversa seu comportamento é diferente das demais variáveis. Na análise do conteúdo, é possível afirmar que as respostas desta variável seguem a tendência de maior predisposição à doação de sangue apresentada nas outras três.

O desvio padrão apresentou valores que variam da dispersão moderada a alta. Assim, as variáveis PRED2, PRED3 e PRED4 apontaram para uma dispersão moderada, uma vez que seus valores estão entre 2 e 3. Já o item PRED1 demonstrou uma dispersão acima de 3, indicando um alto nível de dispersão.

Para a assimetria e curtose, as variáveis PRED2, PRED3 e PRED4 mostraram-se fora do padrão da normalidade, implicando que estes itens não possuem uma distribuição simétrica. Estas mesmas variáveis apresentaram de curtose que configura não normalidade. Apenas a primeira variável estaria na condição de normalidade, segundo os critérios aqui adotados.

- Análise de correlação e consistência interna

Inicialmente, realizou-se a extração da matriz de correlação entre as variáveis do construto. Observou-se que nenhuma das variáveis apresentou correlação nula a $p > 0,05$. Os valores resultantes da análise de correlação estão apresentados na Tabela 40. Constatou-se que os pares de variáveis PRED1 e PRED2, PRED1 e PRED3 e PRED1 e PRED4 apresentaram coeficientes de correlação negativos e menores que 0,30, indicando assim uma correlação fraca entre as variáveis. Em contrapartida, os pares de variáveis PRED2 e PRED3, PRED2 e PRED4 demonstraram coeficientes de correlação entre 0,30 e 0,60, expondo um nível moderado de relação, ao passo que as variáveis PRED3 e PRED4 apresentaram uma forte correlação, com coeficiente no valor de 0,76.

Tabela 40 - Matriz de correlação da predisposição

VA.	PRED1	PRED2	PRED3	PRED4
PRED1	1			
PRED2	-0,13	1		
PRED3	-0,26	0,57	1	
PRED4	-0,25	0,68	0,76	1

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Em termos de consistência interna, procedeu-se a extração coeficiente do *alpha* de Cronbach, o valor obtido foi de 0,39, representando assim um baixo nível de consistência interna. No entanto, ao analisarmos a influência das variáveis no coeficiente do *alpha* de

Cronbach, observou-se que com a exclusão da variável PRED1 haveria um relevante aumento na consistência interna (Tabela 41), que sinaliza a necessidade de sua remoção.

Tabela 41 - *Alpha* de Cronbach da predisposição

VA	<i>Alpha</i> se o item for excluído
PRED1	0,85
PRED2	-0,01
PRED3	0,08
PRED4	0,01

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

- Análise fatorial exploratória

De acordo com a ordem dos procedimentos, aplicou-se para verificar a adequação das variáveis para a análise fatorial, primeiramente, o teste KMO e o teste de esfericidade de Bartlett. O resultado do teste KMO foi igual a 0,712, já o teste de esfericidade de Bartlett obteve significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2 = 496,574$, $gl = 6$), sinalizando assim a adequação dos itens para a análise fatorial.

Nas saídas do SPSS, observa-se em seguida as informações relativas aos autovalores, cujos resultados são apresentados na Tabela 42. Verificou-se que o construto em análise possui 1 (um) autovalor, com grau de explicação equivalente a 61,24% da variância total, o que indica uma boa adequação da extração.

Tabela 42 - Medidas de autovalores da predisposição

Componentes	Autovalores iniciais	
	Total	% da variância
1	2,45	61,24
2	0,91	22,85
3	0,42	10,54
4	0,21	5,35

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

A Tabela 43 apresenta os escores fatoriais para cada variável. A partir da análise dos valores fatoriais, identificou-se que a variável PRED1 possui um escore muito discrepante da margem definida, o que indica a necessidade de sua exclusão neste construto.

Tabela 43 - Matriz de escores de predisposição

VA	Extração 1	Extração 2
PRED1	-0,40	
PRED2	0,81	0,84
PRED3	0,88	0,88
PRED4	0,91	0,92

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Foi procedida uma nova extração da análise fatorial, com a exclusão da variável PRED1. Sendo assim, para o teste KMO foi obtido o resultado de 0,692, já o teste de esfericidade de Bartlett novamente mostrou significância estatística do valor do qui-quadrado a $p < 0,001$ ($X^2=471,185$, $gl=3$), indicando que os itens atendiam os requisitos para a análise fatorial.

Na segunda extração de autovalores foi obtido um autovalor acima de 1, com grau de explicação igual a 78,29%, o que sinalizou a existência de um fator subjacente a este conjunto de variáveis. Além disso, observou-se na segunda extração (segunda coluna da Tabela 43), que não há a necessidade de exclusão de mais variáveis, visto que seus valores apresentam-se acima de 0,7.

Em termos de consistência interna, o coeficiente *alpha* de Cronbach apresentou um elevado valor de 0,85. Assim, as variáveis finais para este construto são: PRED1, PRED3 e PRED4, conforme o Quadro 19.

Quadro 19 - Enunciado das variáveis da predisposição

Variável	Enunciado
PRED2	Sou uma pessoa predisposta a doar sangue
PRED3	Creio que um dia vou tentar doar sangue
PRED4	Eu tenho a intenção de doar sangue no futuro

Fonte: Elaboração própria (2012)

As variáveis restantes do construto ‘Predisposição’ mostraram-se adequadas quanto ao seu conteúdo, ao explorar de maneira objetiva a tendência dos sujeitos em aderir ao comportamento de doação de sangue. De maneira geral, a variável excluída não comprometeu o sentido do construto, visto que a variável PRED1 mostrava-se inadequada na perspectiva estatística.

4.5. Análise das hipóteses

Nesta fase do estudo, realizamos os procedimentos de avaliação das hipóteses definidas no referencial teórico. Diante disso, foram expostos os resultados da aplicação da Modelagem de equações estruturais por meio do software SmartPLS. A princípio, com a análise fatorial confirmatória (AFC) e em seguida com a análise do modelo estrutural. Seguindo a tradição de pesquisas realizadas por meio deste software, inicialmente

apresentamos a análise fatorial confirmatória (AFC), em seguida a análise de validade convergente, e, ao final, a análise do modelo estrutural. Para tanto, serão analisados o modelo teórico, o modelo ajustado pelos resultados da análise fatorial exploratória, e, o modelo da análise incremental.

4.5.1. Análise confirmatória pelo SmartPLS

A análise fatorial confirmatória foi empregada a partir da análise dos escores gerados da primeira extração do modelo de equações estruturais, pelo método *Partial Least Squares* (PLS) do SmartPLS, juntamente com os valores relativos aos escores fatoriais (margem definida acima de 0,50) e o valor da estatística *t* oriundas do procedimento *bootstrapping* (margem definida acima de 1,96) do mesmo software. Assim, são apresentados a seguir os respectivos valores para cada um dos modelos testados.

1º Modelo: análise fatorial confirmatória a partir do modelo teórico

Embora o primeiro modelo não venha a ser o modelo de base para o teste das hipóteses, em razão dos ajustes realizados na análise fatorial exploratória, foi feita a avaliação no primeiro modelo. Este foi construído no software para testar se as relações entre os construtos e suas respectivas variáveis poderiam ser consideradas estatisticamente não nulas por meio da avaliação dos escores fatoriais e do valor de *t* (do *bootstrapping*), cujos valores estão apresentados em anexo A.

Inicialmente, constatou-se que os valores da estatística *t* comprovam a vinculação das variáveis aos respectivos construtos, uma vez que os resultados encontram-se superiores a 1,96. Logo, constatou-se que os construtos empregados no estudo satisfazem a tal critério em relação às suas variáveis.

Entretanto, observou-se que dentro dos escores fatoriais das variáveis do construto altruísmo, a variável ALT4 (“Eu ajudaria a levar os pertences de um estranho”) apresentou um baixo escore, o que reafirma o resultado da análise fatorial exploratória, que a colocou como inadequada para o construto em questão, expondo a necessidade da sua retirada do modelo. O mesmo ocorreu para a variável PRED1 (“Eu acho que nunca doarei sangue (R)”) do construto predisposição, uma vez que a variável não retratou de modo adequado à tendência do indivíduo em adotar um comportamento de doação de sangue.

2º Modelo: análise fatorial confirmatória do modelo da análise fatorial exploratória

Com uma nova extração de medidas do modelo, agora alterado pelas indicações da análise fatorial exploratória, foi possível verificar se as relações entre variáveis e seus respectivos construtos seriam considerados estatisticamente não nulos através da análise dos valores dos escores fatoriais e do valor t do *bootstrapping*. Tais valores constam na Tabela abaixo.

Tabela 44 - Análise confirmatória do modelo da análise fatorial exploratória

Variável	Escore fatorial	Valor t do bootstrapping
ALTRUÍSMO		
ALT1	0,670454	3,475432
ALT2	0,777665	4,301907
ALT3	0,774757	4,595238
ALT5	0,640881	3,470945
ATITUDE COGNITIVA		
ATIT1	0,789105	11,864378
ATIT2	0,692563	6,136035
ATIT4	0,765919	9,744228
ATIT7	0,782527	11,496006
ATITUDE AFETIVA		
ATIT5	0,940312	55,115861
ATIT6	0,950010	69,881815
PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA		
EMP1	0,494432	1,954370
EMP2	0,645949	3,177710
EMP3	0,726085	3,223048
EMP5	0,910796	3,995613
COMPREENSÃO EMPÁTICA		
EMP4	0,884857	10,469740
EMP6	0,876787	11,484627
GRUPO DE REFERÊNCIA		
GR3	0,890252	17,694769
GR5	0,907116	24,057272
INDISPONIBILIDADE DE TEMPO		
INDTEMP1	0,869664	5,152216
INDTEMP2	0,535694	2,224635
INDTEMP3	0,913030	4,789634
INFORMAÇÃO		
INF1	0,528127	3,368166
INF2	0,756007	8,815481
INF3	0,782893	9,360210
INF6	0,806835	13,168231
MEDO		
MED1	0,812876	5,799013
MED2	0,779439	4,734706
MED3	0,697293	4,732212
MED4	0,770206	6,311126
PREDISPOSIÇÃO		
PRED2	0,873731	21,972230
PRED3	0,856633	15,081397
PRED4	0,918186	28,360765
RESPONSABILIDADE SOCIAL		
REPSOC1	0,769548	5,685777
REPSOC2	0,628812	2,693914

REPSOC3	0,470994	2,293347
REPSOC4	0,626759	3,434940

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Observamos que o valor da estatística t (do *bootstrapping*) para os construtos mantiveram-se todas acima de 1,96, indicando a adequação das variáveis que permaneceram no estudo após a realização da análise fatorial exploratória, assim como as variáveis que subdividiram os construtos empatia e atitude. Isto sugere que os procedimentos exploratórios aprimoraram a relação dos construtos com suas variáveis correspondentes, o que torna este modelo mais ajustado à compreensão dos fatores que influenciam a doação de sangue.

Quanto aos escores fatoriais das variáveis, constatou-se que os valores das variáveis se mantiveram em torno da margem definida (acima de 0,50), isto decorre, principalmente, do aperfeiçoamento promovido pela exclusão das variáveis que influenciavam negativamente a constituição dos construtos.

Em evidência temos a variável REPSOC3, que ainda apresentou uma considerável discrepância no valor dos escores fatoriais e do valor da estatística t (do *bootstrapping*), que pode ser ocasionada pelo caráter formativo do construto responsabilidade social. Contudo, ao avaliarmos o conteúdo da afirmação da variável em questão optou-se pela sua manutenção no modelo, tendo em vista a colocação tratar do engajamento do sujeito em ajudar pessoas em situações problemáticas.

3º Modelo: análise fatorial confirmatória do modelo ajustado

Na terceira extração do modelo, somente com os construtos que exerceram um maior nível de influência na predisposição do sujeito a doar sangue, verificou-se a existência de valores não-nulos entre as relações dos construtos com suas variáveis, de acordo com os valores dos fatores escoriais e do valor da estatística t do *bootstrapping*. Desse modo, a Tabela 45 apresenta os valores correspondentes.

Tabela 45 - Análise fatorial confirmatória do modelo ajustado

Variável	Score fatorial	Valor t do bootstrapping
ALTRUÍSMO		
ALT1	0,668629	3,023975
ALT2	0,829732	3,962326
ALT3	0,739914	4,022738
ALT5	0,611494	3,154563
PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA		
EMP1	0,510788	2,130773
EMP2	0,695444	2,888000
EMP3	0,682040	3,129265

EMP5	0,904678	4,626558
COMPREENSÃO EMPÁTICA		
EMP4	0,876465	9,632257
EMP6	0,885168	10,576206
GRUPO DE REFERÊNCIA		
GR3	0,888085	21,354733
GR5	0,909100	28,629449
MEDO		
MED1	0,812676	8,272091
MED2	0,775727	8,032264
MED3	0,701055	6,758806
MED4	0,770148	7,146234
PREDISPOSIÇÃO		
PRED2	0,855487	17,855606
PRED3	0,870563	16,183994
PRED4	0,925567	30,011517
RESPONSABILIDADE SOCIAL		
REPSOC1	0,821933	4,318080
REPSOC2	0,464272	1,817394
REPSOC3	0,569860	2,307881
REPSOC4	0,605512	2,114794

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Em se tratando dos escores fatoriais, observou-se que as variáveis que permaneceram no modelo final satisfazem a margem definida (acima de 0,50). Neste ponto, apenas a variável REPSOC2 apresentou um valor inferior, ainda assim próximo a 0,50, o que reforça o aperfeiçoamento promovido pelos procedimentos estatísticos da análise fatorial exploratória, além da análise das hipóteses mais relevantes.

Ao analisarmos os valores da estatística *t* (do *bootstrapping*), constatou-se que os valores das variáveis mantiveram-se acima de 1,96, remetendo para a adequação dos valores dos construtos.

De maneira geral, os resultados apresentados reafirmam o aprimoramento do modelo teórico, assim como do modelo oriundo da análise fatorial exploratória, na medida em que as variáveis indicam a conformidade com seus respectivos construtos, que por sua vez, mostram-se adequados ao propósito do estudo.

4.5.2. Análise de validade convergente

Na análise de validade convergente é avaliado o nível em que as variáveis de um mesmo construto estão correlacionadas, sendo adotados como padrão de avaliação os valores da variância média extraída (margem estimada acima de 0,50), do índice de confiabilidade do *alpha* de Cronbach (margem acima de 0,60) e o valor da confiabilidade composta (margem

definida como acima 0,70), todas medidas geradas pelo SmartPLS. Mediante tais colocações, os modelos do estudo são analisados a seguir.

1º Modelo: análise de validade convergente do modelo teórico

A análise convergente do modelo teórico expôs que as variáveis realmente convergiram para os seus respectivos construtos, conforme as margens apresentadas anteriormente. O anexo A apresenta os resultados obtidos na análise de convergência.

Em termos da variância extraída, apenas os construtos ‘Grupo de referência’, ‘Indisponibilidade de tempo’, ‘Medo’ e ‘Predisposição’ mantiveram-se adequados, corroborando com a análise fatorial exploratória, que sugeriu a necessidade de aprimoramento dos demais construtos do modelo teórico, na medida em que recomendou uma averiguação posterior dos índices de confiabilidade, e, ainda do seu próprio conteúdo.

Nessa medida, os construtos da ‘Predisposição’ e da ‘Grupo de referência’ apresentaram os coeficientes de *alpha* de Cronbach inferiores ao valor definido (acima de 0,60), o que também remeteu às mudanças apregoadas pela análise fatorial exploratória. Vejamos a seguir como ficou o modelo.

2º Modelo: análise de validade convergente do modelo da análise fatorial exploratória

Na análise de validade convergente dos construtos do segundo modelo, que foi definido a partir da análise fatorial exploratória observou-se que as variáveis conduziram-se, verdadeiramente, para os seus respectivos construtos, segundo os resultados da Tabela 46.

É evidente que as modificações realizadas pela análise fatorial promoveram no modelo teórico um relevante aperfeiçoamento, haja vista que os demais construtos mantiveram-se adequados aos padrões definidos na variância extraída, no *alpha* de Cronbach e na confiabilidade composta, expondo assim um alto nível de convergência das variáveis que permaneceram após o ajustamento.

Com o ajustamento do modelo, apenas o construto da responsabilidade social obteve um resultado abaixo do adequado para a variância extraída (acima de 0,50) e para o coeficiente do *alpha* de Cronbach. Desse modo, devido à natureza do construto responsabilidade social, é preciso ressaltar a relevância da sua permanência no estudo, já que o valor do índice de confiabilidade composta mostrou-se adequado, ao mesmo tempo em que seu conteúdo retrata o sentimento de obrigação que os indivíduos possuem sobre a manutenção do bem estar na sociedade.

Tabela 46 - Análise de validade convergente do modelo da análise fatorial

CONSTRUTO	AVE	ALPHA DE CRONBACH	CONFIABILIDADE COMPOSTA
Altruísmo	0,516324	0,683994	0,809126
Atitude afetiva	0,893353	0,880839	0,943671
Atitude cognitiva	0,575330	0,756088	0,843876
Preocupação empática	0,502122	0,719701	0,793581
Compreensão empática	0,775866	0,711180	0,873787
Influência do grupo referência	0,807622	0,762273	0,893563
Indisponibilidade de empo	0,625647	0,715436	0,827174
Informação	0,528600	0,709365	0,814133
Medo	0,586929	0,766654	0,849992
Predisposição	0,779976	0,860329	0,913985
Responsabilidade Social	0,400568	0,508809	0,722109

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

3º Modelo: análise de validade convergente do modelo ajustado

Na análise de validade convergente do modelo final, determinado através das hipóteses que foram aceitas diante da estimativa de seus coeficientes, percebeu-se que os construtos preservados no estudo são retratados com fidedignidade por suas variáveis, o que pode ser verificado nos resultados da Tabela 47.

De modo geral, o modelo final apresentou um alto nível de adequação das variáveis aos seus respectivos construtos, uma vez que os valores referentes à variância extraída, ao *alpha* de Cronbach e a confiabilidade composta mantiveram-se de acordo com as margens definidas para cada um dos coeficientes. Vale ressaltar que o construto da predisposição obteve os resultados mais significativos, uma vez que os valores do coeficiente de *alpha* de Cronbach e da variância extraída indicaram um elevado grau de explicação do construto pelas variáveis que o compõem.

Tabela 47 - Análise de validade convergente do modelo ajustado

CONSTRUTO	AVE	ALPHA DE CRONBACH	CONFIABILIDADE COMPOSTA
Altruísmo	0,514230	0,683994	0,806933
Preocupação empática	0,507042	0,719701	0,798224
Compreensão empática	0,775857	0,711180	0,873781
Influência do grupo referência	0,807578	0,762273	0,893534
Medo	0,586700	0,766654	0,849906
Predisposição	0,782137	0,860329	0,914949
Responsabilidade Social	0,395627	0,508809	0,714812

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

De fato, os valores do construto da responsabilidade social não atenderam aos requisitos dos coeficientes da variância extraída e do *alpha* de Cronbach, no entanto, optou-se

pela sua manutenção no modelo final, mediante o valor da confiabilidade composta ter sido significativo, além do fato da relevância do seu conteúdo para o propósito do estudo, já que uma das hipóteses indicou a sua influência.

4.5.3. Análise do modelo

Mediante a análise dos construtos, pode-se avaliar as hipóteses dos modelos seguindo os valores obtidos para o coeficiente *beta* e para o valor da estatística *t* gerada pelo procedimento do *bootstrapping* no SmartPLS.

1º Modelo: análise do modelo teórico

No primeiro momento, foram avaliados os coeficientes das hipóteses do modelo original, com as variáveis de mensuração inicialmente propostas. O resultado está na Tabela 48, que apresenta as hipóteses e sua respectiva representação, além do valor de *beta* e do valor *t*, e, por fim, a avaliação da hipótese segundo os valores previamente avaliados.

Tabela 48 - Hipóteses do modelo teórico

Hipótese	Representação	Valor de beta	Valor t	Situação
H1	Informação → Predisposição (+)	0,018	0,137	Rejeitada
H2	Altruísmo → Predisposição (+)	-0,055	0,463	Rejeitada
H3	Empatia → Predisposição (+)	0,007	0,048	Rejeitada
H4	Responsabilidade Social → Predisposição (+)	0,099	0,623	Rejeitada
H5	Atitude → Predisposição (+)	0,174	1,384	Rejeitada
H6	Medo → Predisposição (-)	0,505	1,991	Aceita
H7	Indisponibilidade de tempo → Predisposição (-)	-0,054	0,434	Rejeitada
H8	Grupo de referência → Predisposição (+)	0,451	3,589	Aceita
H9	Grupo de referência → Informação (+)	0,179	1,819	Rejeitada
H10	Grupo de referência → Altruísmo (+)	0,256	2,346	Aceita
H11	Grupo de referência → Empatia (+)	0,350	4,447	Aceita
H12	Grupo de referência → Responsabilidade Social (+)	0,354	3,596	Aceita
H13	Informação → Atitude (+)	0,505	6,429	Aceita
H14	Informação → Medo (+)	-0,002	0,016	Rejeitada
H15	Informação → Indisponibilidade de tempo (+)	-0,063	0,521	Rejeitada

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Tomando por base os valores de *beta* e da estatística *t* verificou-se que as hipóteses H6 e H8 se confirmaram, na medida em que seus valores mostraram-se significativamente maiores que a margem de 1,96. Isto indica que a intenção dos indivíduos para doar sangue é diretamente influenciada pelo medo (negativamente) e pelos familiares e amigos (positivamente).

No entanto, as hipóteses restantes não apresentaram valores satisfatórios, ocasionando assim a rejeição das suas relações. Como vimos, em geral o modelo inicial não apresentou condições adequadas de mensuração e estimação, o que sugeriu a necessidade de várias modificações. Por esta razão, as relações acima não são indicativas de um resultado final do teste de hipóteses. Tal resultado virá da análise do segundo modelo, que está exposto a seguir.

2º Modelo: análise do modelo da análise fatorial exploratória

Com a aplicação do modelo originário da análise fatorial exploratória, verificaram-se novamente os coeficientes das hipóteses definidas para este modelo. Na Tabela 49, temos os resultados obtidos para os valores de *beta* e da estatística *t* para cada uma das hipóteses mensuradas.

Nesse momento, com as alterações promovidas no modelo pela análise fatorial exploratória, observou-se que, das hipóteses associadas à influência direta sobre a predisposição do sujeito em doar sangue, novamente, H6 e H8 confirmaram sua influência, na medida em que seus valores correspondem às margens delimitadas.

Tabela 49 - Hipóteses do modelo da análise fatorial exploratória

Hipótese	Representação	Valor de beta	Valor t do <i>bootstrapping</i>	Situação
H1	Informação → Predisposição (+)	-0,001	0,008	Rejeitada
H2	Altruísmo → Predisposição (+)	0,060	0,411	Rejeitada
H3a	Preocupação empática → Predisposição (+)	0,035	0,248	Rejeitada
H3b	Compreensão empática → Predisposição (+)	0,054	0,473	Rejeitada
H4	Responsabilidade social → Predisposição (+)	0,197	1,198	Rejeitada
H5a	Atitude cognitiva → Predisposição (+)	0,202	1,339	Rejeitada
H5b	Atitude afetiva → Predisposição (+)	0,058	0,423	Rejeitada
H6	Medo → Predisposição (-)	-0,263	2,559	Aceita
H7	Indisponibilidade de tempo → Predisposição (-)	-0,046	0,445	Rejeitada
H8	Grupo de referência → Predisposição (+)	0,260	2,943	Aceita
H9	Grupo de referência → Informação (+)	0,095	0,904	Rejeitada
H10	Grupo de referência → Altruísmo (+)	0,172	1,412	Rejeitada
H11a	Grupo de referência → Preocupação empática (+)	0,228	1,888	Rejeitada
H11b	Grupo de referência → Compreensão empática (+)	0,266	2,742	Aceita
H12	Grupo de referência → Responsabilidade Social (+)	0,213	2,173	Aceita
H13a	Informação → Atitude cognitiva (+)	0,359	4,108	Aceita
H13b	Informação → Atitude afetiva (+)	0,409	4,408	Aceita
H14	Informação → Medo (+)	0,013	0,106	Rejeitada
H15	Informação → Indisponibilidade de tempo (+)	-0,021	0,158	Rejeitada

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Percebe-se ainda que o construto experiência do grupo de referência exerce influência na conduta pró-social dos indivíduos, uma vez que os valores de base (valor de beta e valor t) das hipóteses que tratam destas relações (H10, H11b e H12) encontram-se dentro da

margem estipulada. Porém isto não se mostra suficiente para efeito de geração de predisposição à doação, na medida em que as hipóteses que tratam do altruísmo, da preocupação empática, da compreensão empática e da responsabilidade social exercendo influência na predisposição para a doação de sangue (H2, H3a, H3b e H4) foram rejeitadas, dados os baixos valores dos coeficientes extraídos.

Além disso, observou-se que as hipóteses (H5a e H5b) que retrataram as influências da atitude cognitiva e afetiva na predisposição do indivíduo doador de sangue obtiveram valores que não corresponderam a margem definida, o que ressalta a necessidade da sua rejeição no estudo.

Por fim, as hipóteses H1, H13a, H13b, H14 e H15, relativas à influência da informação demonstram que, mesmo os indivíduos dispondo das informações necessárias para a doação de sangue, não há um considerável alcance desta na mudança comportamental.

Naturalmente, estes resultados não eram esperados, considerando os resultados dos estudos pesquisados na literatura especializada. Por agora, é possível supor que os resultados tenham associação com a tradição e a cultura nacional brasileira. Diante destas constatações, torna-se possível a proposição de um modelo final, composto pelas hipóteses que satisfizeram os valores de beta e da estatística t, no intuito de aprimorar a compreensão da predisposição dos sujeitos a doar sangue em uma perspectiva brasileira.

3º Modelo: análise do modelo ajustado

O terceiro modelo, que chamaremos de ajustado, envolve as hipóteses aceitas anteriormente, as quais foram avaliadas segundo os valores de beta e o valor da estatística t, que podem ser observados na Tabela 50.

Tabela 50 - Análise das hipótese do modelo ajustado

Hipótese	Representação	Valor de beta	Valor t	Situação
H6	Medo → Predisposição (-)	-0,341	4,527	Aceita
H8	Grupo de referência → Predisposição (+)	0,379	4,735	Aceita
H11a	Grupo de referência → Preocupação empática (+)	0,229	1,511	Rejeitada
H11b	Grupo de referência → Compreensão empática (+)	0,266	2,701	Aceita
H12	Grupo de referência → Responsabilidade Social (+)	0,231	1,738	Rejeitada

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

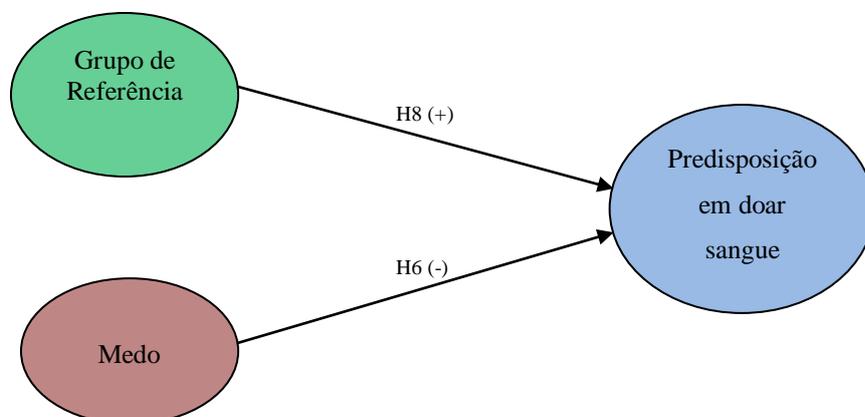
Em primeiro lugar, observou-se que as hipóteses que atestam maior influência na predisposição foram H6 e H8, na medida em que seus valores são significativos para beta, assim como para o valor de t, que estão bem acima da margem de 1,96. Portanto, foi

comprovado que a predisposição do sujeito em adotar um comportamento de doação de sangue é fortemente influenciada pelo medo que o indivíduo alimenta acerca dos procedimentos técnicos aplicados na extração do sangue, assim como dos efeitos colaterais que o ato de doar sangue pode gerar no seu organismo. Em contrapartida, o papel dos familiares e amigos em fazer com que o indivíduo supere tais barreiras mostra-se extremamente relevante, ao passo que, só com a indicação e opinião destas pessoas é que um sujeito pode modificar o seu comportamento.

Nesta perspectiva, as hipóteses que trataram da relação do grupo de referência na conduta pró-social foram indicadas com base nos construtos da preocupação empática, compreensão empática e da responsabilidade social. Nesse âmbito, as hipóteses H11b e H12 se confirmaram, o que expõe a capacidade de influência que os familiares e amigos exercem no comportamento socialmente responsável dos indivíduos. Assim, se faz notório que os sujeitos se preocupam em agradar as pessoas próximas, na medida em que tentam reproduzir comportamentos que disseminam o bem-estar pela sociedade. Por outro lado, a hipótese H11a, apesar de fazer parte do conjunto pró-social, não atendeu aos critérios definidos, o que remeteu a sua rejeição, haja vista o baixo nível de influência que os amigos e familiares exercem sobre a capacidade de uma pessoa desenvolver uma consciência empática.

Desse modo, embora os elementos do comportamento pró-social tenham sido inseridos na análise do modelo final, notou-se que não houve uma contribuição efetiva na predisposição dos indivíduos em doar sangue, o que enfatizou a necessidade de permanência dos construtos que interferem diretamente na conduta dos sujeitos da pesquisa, como expõe a Figura 11.

Figura 11 - Modelo ajustado



Fonte: Elaboração própria (2012)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo são apresentadas as considerações finais do estudo, que foi realizado mediante o levantamento do problema de pesquisa, dos objetivos da pesquisa e do modelo do trabalho com suas respectivas hipóteses. Em sequência são expostas as implicações acadêmicas e gerenciais para o marketing social, e, por fim, as limitações da pesquisa e as sugestões para novos estudos.

5.1 Resumo dos resultados e comentários

Neste tópico do estudo, com base nos resultados obtidos pelos procedimentos estatísticos, são discutidas as hipóteses adotadas para compreensão dos fatores que influenciam a predisposição dos indivíduos em doar sangue. Para isto, o Quadro 20 apresenta uma síntese dos resultados dos três modelos testados neste trabalho, quais sejam, o modelo teórico, o modelo da análise fatorial exploratória e o modelo ajustado.

Quadro 20 - Resumo das hipóteses do estudo

Hipótese	Representação	Modelo Teórico	Modelo AFE	Modelo ajustado
H1	Informação → Predisposição (+)	Rejeitada	Rejeitada	-
H2	Altruísmo → Predisposição (+)	Rejeitada	Rejeitada	-
H3	Empatia → Predisposição (+)	Rejeitada	-	-
H3a	Preocupação empática → Predisposição (+)	-	Rejeitada	-
H3b	Compreensão empática → Predisposição (+)	-	Rejeitada	-
H4	Responsabilidade Social → Predisposição (+)	Rejeitada	Rejeitada	-
H5	Atitude → Predisposição (+)	Rejeitada	-	-
H5a	Atitude cognitiva → Predisposição (+)	-	Rejeitada	-
H5b	Atitude afetiva → Predisposição (+)	-	Rejeitada	-
H6	Medo → Predisposição (-)	Aceita	Aceita	Aceita
H7	Indisponibilidade de tempo → Predisposição (-)	Rejeitada	Rejeitada	-
H8	Grupo de referência → Predisposição (+)	Aceita	Aceita	Aceita
H9	Grupo de referência → Informação (+)	Rejeitada	Rejeitada	-
H10	Grupo de referência → Altruísmo (+)	Aceita	Rejeitada	-
H11	Grupo de referência → Empatia (+)	Aceita	-	-
H11a	Grupo de referência → Preocupação empática (+)	-	Rejeitada	Rejeitada
H11b	Grupo de referência → Compreensão empática (+)	-	Aceita	Aceita
H12	Grupo de referência → Responsabilidade Social (+)	Aceita	Aceita	Rejeitada
H13	Informação → Atitude (+)	Aceita	-	-
H13a	Informação → Atitude cognitiva (+)	-	Aceita	-
H13b	Informação → Atitude afetiva (+)	-	Aceita	-
H14	Informação → Medo (+)	Rejeitada	Rejeitada	-
H15	Informação → Indisponibilidade de tempo (+)	Rejeitada	Rejeitada	-

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Inicialmente, temos a hipótese H1 (a informação influencia positivamente a predisposição do indivíduo em doar sangue), foi rejeitada nas manipulações estatísticas do modelo teórico. Diante disso, entende-se que a disseminação das informações acerca da problemática da doação de sangue, assim como das questões relativas aos próprios procedimentos envolvidos na extração de sangue não influenciam diretamente o indivíduo a adotar um comportamento favorável a este ato.

Esta situação contraria a perspectiva de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) que reconhece a disponibilidade de informação como um dos fatores mais influentes na predisposição do sujeito em doar sangue, haja vista a necessidade dos indivíduos em compreender o contexto da doação sanguínea para exercer tal ato. Nesta perspectiva, é possível evidenciar que, embora as atividades de educação para doação de sangue desenvolvidas pelas instituições públicas de saúde sejam necessárias para que as pessoas tenham conhecimento sobre aspectos de saúde e segurança envolvidos nos procedimentos executados nos hemocentros, há uma necessidade de transformação na abordagem adotada, tendo em vista que este fator não é determinante numa ação de marketing social, a qual exige uma aplicação mais aprofundada para superação das barreiras intrínsecas e conscientização dos sujeitos, na medida em que compreende as alterações ambientais que tornam propício a adoção do comportamento (QUINN *et al*, 2009).

Assim, com base no resultado do modelo ajustado, as atividades de marketing social, essencialmente as ações de comunicação, devem priorizar os elementos centrais que influenciam a mudança comportamental de um não doador ou de um doador ocasional, que são o medo e a influência do grupo de referência. Nesta perspectiva, para a elaboração do mix de marketing social associado à doação de sangue, apresenta-se inicialmente o produto, com os benefícios gerados pelo ato de doar sangue, ou seja, as vantagens de ser um doador regular devem ser enfatizadas, como por exemplo, o fato do indivíduo realizar exames de sangue completos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), além de exibir como provável resultado da ação do indivíduo doador um maior entrosamento entre as pessoas participantes do grupo de referência.

Ao tratarmos do preço, as barreiras de tempo, além das físicas e psicológicas devem ser minimizadas, na medida em que são ofertados diversos horários para doação de sangue e disseminadas as informações que esclarecem as dúvidas dos sujeitos doadores acerca dos procedimentos executados na entidade coletora de sangue, como por exemplo, as questões referentes ao material utilizado e aos sintomas que podem surgir após a doação.

Já na perspectiva da distribuição, é fundamental que as instituições responsáveis pela execução do serviço estejam aptas a receber os indivíduos num momento de vulnerabilidade, tendo em vista que as pessoas durante o processo de doação necessitam de um ambiente tranquilo, seguro e confiável, ou seja, que de algum modo reduza o estado de tensão estabelecido na retirada do sangue. De maneira geral, é fundamental que os construtos que influenciam a predisposição sejam abordados por todos os componentes do mix de marketing social, para que as ideias acerca da doação de sangue sejam entregues eficazmente, criando consciência sobre a necessidade deste comportamento, ao passo em que ele é efetivamente executado (STRAND *et al.*; 2004).

As hipóteses H2 (o altruísmo influencia positivamente a predisposição do indivíduo em doar sangue), H3 (a empatia influencia positivamente a predisposição do indivíduo em doar sangue), H3a (a preocupação empática influencia positivamente a predisposição do indivíduo em doar sangue), H3b (a compreensão empática influencia positivamente a predisposição do indivíduo em doar sangue) e H4 (a responsabilidade social influencia positivamente a predisposição do indivíduo em doar sangue) todas componentes da personalidade pró-social foram rejeitadas em todos os modelos testados, na medida em que os sujeitos não reconheceram o comportamento pró-social como elemento influenciador da doação de sangue.

Interessa lembrar que, os autores Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) e Steele *et al.* (2008) ressaltaram que o altruísmo, a empatia e o sentimento de responsabilidade social seriam fatores determinantes da motivação do doador de sangue, tendo em vista que este comportamento enfatiza a preocupação dos sujeitos em contribuir de maneira efetiva com o bem-estar da sociedade, além desta conduta ser bem vista pelas pessoas que compõem o círculo social dos doadores de sangue. Entretanto, esta constatação não se comprova no contexto brasileiro, na medida em que as campanhas desenvolvidas tanto pelo Ministério da Saúde como por outras instituições de saúde que aplicam o conteúdo dos construtos da personalidade pró-social em prol da doação de sangue não se mostram efetivas, já que não conseguem compreender o que promove uma mudança comportamental duradoura, se limitando apenas ao caráter apelativo da solidariedade dos indivíduos para a temática.

Para o marketing social, é fundamental que conceitos mais objetivos sejam empregados nas atividades de disseminação do comportamento desejado, pelo fato de que os sujeitos são fortemente influenciados quando conseguem se identificar numa situação, ao mesmo tempo em que atribuem significado para aquela ação.

Figura 12 - Campanha de doação de sangue



Fonte: Ministério da saúde (2012)

Como afirma Wood (2008), é natural que as ações de marketing social para a saúde se concentrem na sensibilização das pessoas, ao invés de promover os benefícios de ser doador de sangue, fomentando a motivação dos indivíduos pesquisados. De fato, os profissionais de saúde não se encontram aptos a desenvolver campanhas de marketing social, na medida em que apresentam dificuldades para construir argumentos sobre os benefícios de ser doador de sangue. Devido a isto, não alcançam com efetividade o público-alvo, já que a maior parte dos doadores de sangue são jovens e adultos que estão inseridos nos meios eletrônicos de comunicação, o que expõe uma fragilidade nas campanhas publicitárias, cuja única peça publicitária na internet para o ano vigente é um web cartaz. Em termos de ilustrações, temos as peças publicitárias utilizadas pelo Ministério da Saúde para a doação de sangue nos anos de 2011 e 2012.

A hipótese H5 (a atitude influencia positivamente a predisposição do indivíduo em doar sangue) e suas sub-hipóteses H5a (a atitude cognitiva influencia positivamente a predisposição do indivíduo em doar sangue) foram rejeitadas nos modelos testados, contrariando as constatações do estudo de Lemmens *et al.* (2009) que indicam uma forte influência da atitude afetiva na intenção do indivíduo em doar sangue. No entanto, o que se comprovou no contexto desta pesquisa foi a capacidade de influência que a atitude cognitiva exerce nos sujeitos. Tais resultados revelam uma inconsistência nesta relação indo de encontro com a expectativa de um melhor desempenho do construto da atitude nesta pesquisa, reforçando o entendimento de que existem distinções extremamente relevantes nas motivações dos brasileiros para adotar um comportamento favorável à doação de sangue.

Em se tratando da hipótese H6 (o medo influencia negativamente a predisposição do indivíduo em doar sangue), verificou-se sua aceitação em todos os modelos empregados. Tal constatação corrobora a visão de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) e Hupfer *et al* (2005), que afirmam existir diferentes inibidores de comportamento que impedem os

indivíduos a realizar a doação de sangue, isto explica o receio que os sujeitos possuem acerca das consequências físicas e psicológicas relacionadas a este ato.

Além das barreiras físicas relacionadas aos procedimentos de doação, existe a questão dos indivíduos não doadores de sangue mostrarem-se fortemente influenciados pela situação desfavorável do ato de doar sangue, que pode gerar ansiedade, e, traumas experienciais diversos, assim como a dor e a fadiga oriundas da execução do procedimento em si. Neste sentido, entende-se que os indivíduos, geralmente, não adotam uma conduta de doador de sangue por temer os efeitos colaterais que o procedimento pode gerar no seu organismo. Esta sensação deve ser minimizada nas ações de marketing social tanto nos indivíduos que já são doadores, como nos possíveis doadores, haja vista que a promoção da segurança e do conforto no desenvolvimento da transfusão de sangue é determinante para a adoção duradoura deste comportamento. Isto torna evidente a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde, para que estejam aptos a esclarecer dúvidas e anseios, reduzindo o medo de sangue e de agulhas das pessoas.

Quanto à barreira de tempo para doar sangue, a hipótese H7 (a indisponibilidade de tempo influencia negativamente a predisposição do indivíduo em doar sangue) foi rejeitada nos modelos aplicados, e constatou-se que não há uma influência na disposição do indivíduo em adotar tal conduta. Isto sugere que os sujeitos da pesquisa não consideram a falta de tempo como um fator que determina o comportamento do doador, ao reconhecer a possibilidade da superação destes obstáculos, o que vai de encontro à suposição de Hupfer *et al* (2005), que entende a indisponibilidade de tempo como um dos elementos que impedem a doação de sangue.

Sob a perspectiva da hipótese H8 (o grupo de referência influencia positivamente a predisposição do indivíduo a doar sangue), averiguou-se a sua aceitação nos modelos estatísticos testados. De acordo com Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009), a influência do grupo de referência na conduta do indivíduo é significativa, ao reconhecer que os não doadores são fortemente influenciados quando há um pedido de doação de sangue oriundo das necessidades familiares.

Partindo disto, observou-se que o maior nível de interferência na predisposição do indivíduo em adotar um comportamento favorável à doação de sangue vem, principalmente, da opinião esboçada pelos familiares e amigos das pessoas acerca desta temática, assim como das experiências vivenciadas por eles. Seguindo o conteúdo dos itens aplicados para mensuração da influência do grupo de referência, é notório que as médias obtiveram resultados satisfatórios, porém as ações de marketing social podem atuar sobre esta

perspectiva, de modo que a opinião dos indivíduos doadores de sangue se torne determinante para a adoção do comportamento pelos seus familiares e amigos.

A partir do momento em que os familiares e amigos dos mesmos já exercem tal comportamento, e informam os não doadores acerca dos benefícios gerados pela doação de sangue, há uma superação das barreiras que influenciam negativamente o comportamento de doador. Ademais, os sujeitos da pesquisa ao refletirem sobre o ato de doar sangue, entendendo-o como uma situação agradável, confortável e segura, são incentivados a realizar a doação de sangue, mesmo com as barreiras associadas.

Desse modo, as ações de marketing social devem, antes de tudo, explorar esta relação de confiança entre os doadores de sangue regulares e seus familiares e amigos, no sentido de compreender como as barreiras físicas e psicológicas são superadas, e, a partir disto definir uma maneira eficaz para disseminar as experiências e os depoimentos dos doadores de sangue, de modo que os doadores ocasionais e os não doadores sejam sensibilizados.

A hipótese H9 (o grupo de referência influencia positivamente a informação) foi rejeitada pelos modelos testados, embora que nos estudos de Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009) esta tenha sido identificada. Isto sugere que as informações fornecidas pelos familiares e amigos dos sujeitos não atendem toda a demanda de conhecimento que os indivíduos devem ter acerca do processo de doar sangue.

Já as hipóteses H10 (o grupo de referência influencia positivamente o altruísmo), H11 (o grupo de referência influencia positivamente a empatia) e H11b (o grupo de referência influencia positivamente a compreensão empática) sugeriram uma relação intrínseca entre o grupo de referência e os componentes da personalidade pró-social (BEERLI-PALACIO; MARTÍN-SANTANA, 2009), o que não se confirmou nos testes dos modelos estatísticos para hipótese H10.

De maneira geral, entende-se que as hipóteses que enfatizam a interação entre o grupo de referência e a empatia foram confirmadas, sugerindo que os indivíduos mais próximos (familiares e amigos) aos sujeitos pesquisados são capazes de incentivar um comportamento voltado a compreender as necessidades das pessoas em situações desfavoráveis. Isto também ocorreu entre os construtos do grupo de referência e da responsabilidade social, reforçando o entendimento de que a família ao educar um indivíduo pode gerar uma conduta social favorável ao bem-estar de todos na sociedade. Entretanto, estas constatações não contribuem, fundamentalmente, para o resultado final desta pesquisa, já que

se pretende entender quais os fatores que influenciam a predisposição dos indivíduos em doar sangue.

Ao tratarmos das hipóteses referentes à influência da informação, sugerida por temos H13 (a informação influencia positivamente a atitude), H13a (a informação influencia positivamente a atitude cognitiva), H13b (a informação influencia positivamente a atitude afetiva) e H14 (a informação positivamente o medo) e H15 (a informação influencia positivamente a indisponibilidade de tempo), inicialmente, observou-se que as hipóteses H13, H13a e H13b, foram aceitas no modelo teórico, no entanto elas não foram acrescentadas no modelo final, uma vez que não havia relação dos construtos em análise com a predisposição dos sujeitos. No entanto, constatou-se que a informação é um veículo que influencia diretamente a opinião das pessoas sobre o ato de doar sangue, o que remete a necessidade de disseminação dos aspectos relativos tanto a seleção dos doadores, como aos procedimentos de saúde envolvidos na doação de sangue.

As hipóteses H14 e H15 retrataram as relações entre a informação, o medo e a indisponibilidade do tempo, cujos valores dos testes estatísticos foram rejeitados em todos os modelos. Portanto, entendeu-se que, mesmo com a disseminação de informações sobre a problemática da doação de sangue, o medo que os sujeitos possuem, assim como a indisponibilidade de tempo ocupado pelas outras atividades que exerce, só podem ser suplantados com o auxílio da família e dos amigos, que reafirmam as informações passadas previamente pelas instituições de saúde responsáveis pelas atividades de captação e retenção de doadores de sangue. Além disso, como fundamento do marketing social, o custo ou sacrifício associado à troca dos benefícios da ação, assim como forma de minimizar as barreiras de tempo o Ministério da Saúde (2012) oferta uma folga de no mínimo 12 horas para os doadores de sangue, todavia esta instituição não agenda os procedimentos de doação, o que poderia ser um incentivo para as pessoas que necessitam de um planejamento prévio.

Diante destes elementos, apresenta-se um modelo final com as hipóteses confirmadas pelo estudo. Adicionalmente, é possível verificar que há o entendimento de que a predisposição em doar sangue é fortemente influenciada pelo medo e pelo grupo de referência das pessoas, o que implica na necessidade de que as ações de marketing social da doação de sangue estejam focadas em compreender o processo de interação entre estes construtos, tornando mais efetiva as campanhas elaboradas para captação e retenção dos doadores de sangue.

5.2 Implicações acadêmicas da pesquisa

Sob a perspectiva acadêmica, observou-se que esta pesquisa contribuiu para o desenvolvimento do campo de estudos do marketing social, na medida em que se elaborou um modelo que pode subsidiar a elaboração ações de marketing para a doação de sangue no Brasil, ao mesmo tempo em que possibilitou compreender com maior profundidade os fatores motivacionais que influenciam as pessoas a adotarem um comportamento de doador de sangue.

Neste sentido, a pesquisa em questão complementa os estudos da doação de sangue já desenvolvidos internacionalmente com semelhantes finalidades, a partir do momento em que conseguiu aliar diversos aspectos, que antes foram estudados separadamente, como a personalidade pró-social (STEELE *et al*; 2008), a interação entre o modelo transteórico de mudança comportamental e os diferentes grupos de doadores de sangue (FERGUSON; CHANDLER, 2005), aspectos próprios da teoria do comportamento planejado (LEMMENS *et al*; 2009), e, ainda os fatores de influência direta na doação (BEERLI-PALACIO; MARTÍN-SANTANA,2009), no intuito de tornar as ações de marketing social mais eficazes, ao considerar os aspectos relevantes de cada um dos estudos abordados.

Além destes, outros estudos investigaram os fatores motivacionais e as barreiras que influenciam o comportamento de doação sangue dos indivíduos, quais sejam: Glynn *et al*. (2002) Misje *et al*. (2005), Reid e Wood (2008), Sojka e Sjoka (2008), Shaz *et al*. (2009) e Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009), no entanto este trabalho favorece o contexto geral da doação de sangue no Brasil, na medida em que explica, através da aplicação da técnica de modelagem de equações estruturais, os aspectos que interferem na tomada de decisão dos não doadores e dos doadores de sangue ocasionais, o que constitui referência para as próximas pesquisas que abordem a relação entre o marketing social e a doação de sangue, e, fundamentalmente, nas relações aqui comprovadas. Isto se torna relevante, ao passo que os estudos de marketing social na área da saúde desenvolvem um caráter prático que deve estar alinhado ao conhecimento gerado pela pesquisa, ou seja, os profissionais da saúde devem prezar pela minimização do medo e pelo aumento da influência dos familiares e amigos na opinião dos sujeitos da pesquisa.

Adicionalmente, os resultados obtidos nesta pesquisa vão de encontro à literatura vigente no campo de estudos, haja vista que as hipóteses referentes à análise da personalidade pró-social, à atitude e à indisponibilidade de tempo foram rejeitadas, o que não foi observado em outros estudos (STEELE *et al*, 2008; LEMMENS *et al*, 2009; HUPFER *et al*, 2005),

reforçando assim a necessidade de investigações mais minuciosas que expliquem como a intenção em doar sangue pode ser influenciada.

5.3 Limitações e comentários

Com base na realização dos objetivos desta pesquisa, na abordagem teórica e nas análises desenvolvidas acerca da temática do marketing social e a doação de sangue, torna-se necessário o levantamento de algumas limitações para este estudo, além das possíveis recomendações para estudos futuros.

Uma das limitações deste estudo trata do tamanho do universo da pesquisa que não foi determinado, tendo em vista que qualquer indivíduo não doador de sangue ou os doadores ocasionais poderia responder os questionários da pesquisa. Assim, pelo fato da amostra ser não probabilística e acessada por conveniência da pesquisadora, já que havia restrições de tempo, o que compromete as generalizações dos resultados encontrados. Desse modo, recomendam-se estudos que prezem pelo emprego de amostras mais significativas e rigorosas, tanto em termos quantitativos como qualitativos, o que ressalta a necessidade da realização de pesquisas em contextos mais amplo, tendo em vista que o processo de amostragem buscou a heterogeneidade dos respondentes, tornando necessário a realização de estudos que contemplem as diferenças entre os grupos sociais.

Em termos teóricos, entende-se que a seleção dos modelos de doação de sangue priorizou aspectos relativos às motivações comportamentais para doar sangue dos indivíduos, o que representa uma limitação, já que outros aspectos devem ser considerados, como o contexto cultural, os fatores demográficos, sociais e psicológicos que influenciam os doadores regulares, para que se compreendam os aspectos que os caracterizam.

No âmbito das escalas adotadas nesta pesquisa, é notório que alguns construtos obtiveram resultados insatisfatórios, isto ocorreu, principalmente, para a responsabilidade social, devido aos itens empregados não retratarem com clareza o conteúdo do construto, o que desfavoreceu os resultados da operacionalização estatística. Assim, como para o construto da indisponibilidade de tempo, que não obteve resultados representativos de influência na predisposição em doar sangue dos indivíduos.

Ademais, os resultados obtidos nas análises desta pesquisa orientam para as especificidades do público-alvo brasileiro, uma vez que aspectos relevantes no contexto internacional não se confirmaram como determinantes comportamentais do ato de doar sangue, como a informação sobre o processo de doação, e, a atitude afetiva e cognitiva.

Diante disso, sugere-se a criação de um conjunto de escalas que mensure os fatores motivacionais da doação de sangue adaptado a realidade brasileira, considerando os aspectos referentes à personalidade pró-social (altruísmo, empatia e responsabilidade social) e as barreiras que impedem os indivíduos de doar sangue, além da inclusão dos aspectos identificados nesta pesquisa, como o medo e a influência da família e dos amigos na decisão de doar sangue.

Sendo assim, torna-se interessante o aprofundamento das análises estatísticas, de modo que sejam comprovadas as evidências dos fatores influentes da doação de sangue encontradas nesta pesquisa, no intuito de direcionar as instituições de saúde para a criação de programas de marketing social que estimulem uma mudança comportamental favorável à doação de sangue, essencialmente, nos não doadores e nos doadores ocasionais. Para isto, sugere-se um maior entrosamento entre as instituições que operacionalizam as práticas de marketing social para doação de sangue e as entidades de pesquisa.

REFERÊNCIAS

ANDREASEN, A. R. Social Marketing: Its Definition and Domain. **Journal of Public Policy & Marketing**, vol. 13, n°. 1, p. 108-114, 1994.

ANDREASEN, A. R. Marketing Social Marketing in the social change market place. **Journal of Public Policy of Marketing**, vol. 21, p. 3-13, 2002.

ANDREASEN, A. R. The life trajectory of social marketing – some implications. **Marketing Theory**, vol. 3, p. 293-303, 2003.

ANDREASEN, A. R. Social marketing in the 21st century. Thousand Oaks: SAGE, 2006.

ATRASH, H. K.; PARKER, C. S. The Public Health Response to Blood Disorders. **American Journal of Preventive Medicine**, vol. 38, n°. 4, 2010.

AL-ALAK, B.A.M. Impact of marketing actions on the relationship quality in the health and fitness sector in Jordan and its implications for social marketing: a field/analytical study. **Social Marketing Quartely**, vol. XVI, n°2, 2010.

BAGOZZI, R.P. Marketing as exchange. **Journal of Marketing**, vol. 39, p. 32-39, 1975.

BARTELS, R.; JENKINS, R L. Macromarketing: What is it? How should it be managed and taught? **Journal of Marketing** (pre-1986), vol. 41, 1977.

BATSON, C. D. The Altruism Question. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1991.

BEERLI-PALACIO, A; MARTÍN-SANTANA, J. D. Model explaining the predisposition to donate blood from the social marketing perspective. **International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing**, vol. n°14, p.205–214, 2009.

BELOWS, L.; ANDERSON, J.; DAVIES, P.; KENNEDY, C. Integration of social marketing elements in the design of a physical activity program for preschoolers. **Social Marketing Quartely**, vol. XV, n°1, 2009.

BOEHM, A. Applying social marketing in development of a volunteer program. **Social Marketing Quartely**, vol. XV, n°3, 2009.

BRENNAN, R.; DAHL, S.; EAGLE, L.; Persuading young consumers to make healthy nutritional decisions. **Journal of Marketing Management**, vol. 26, n°7-8, p. 635-655, 2010.

BURGUETE, J. L V.; Pasado, presente y futuro de las dimensiones pública y social en El desarrollo conceptual Del marketing. **Revista Internacional de Marketing Público y No Lucrativo**, vol. 1, p. 9-34, 2004.

CARNEIRO-PROIETTI, A B.; SABINO, E. C.; SAMPAIO, D.; PROIETTI, F. A.; GONÇALEZ, T.T.; OLIVEIRA, C.D.L.; FERREIRA, J.E.; LIU, J.; CUSTER, B.; SCHREIBER, G. B.; MURPHY, E. L.; BUSCH, M. P. Demographic profile of blood donors at three major Brazilian blood centers: results from the international REDS-II study, 2007 to

2008. **Transfusion**, vol. 50, p. 918-925, 2010.

CARROL, T. E.; VAN VEE, L. Public health social marketing: the immunise Australia program. **Social Marketing Quartely**, vol.VIII, n°1, 2002.

CASSADY, D.; CULP, J.; WATNICK, M.; Using social marketing to promote a healthy diet and physical activity: the need for training public health professionals. **Social Marketing Quartely**, vol. VIII, n°4, 2002.

CISMARU, M.; LAVACK, A. M.; HADJISTAVROPOULOS, H.; DORSH, K D. Understanding health behavior: an integrated model for social marketers. **Social Marketing Quartely**, vol. XIV, n°2, 2008.

COSTA, F.J. Mensuração e desenvolvimento de escalas: Aplicações em administração. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2011.

COSTA, F. J. Marketing e sociedade – uma visão disciplinar. Disponível em: < <http://www.franzcosta.com/spaw2/arquivos/textos/MATERIAL%20DE%20MARKETING%20SOCIAL.pdf> > Acesso em: 20/11/2010.

DANN, S. Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions. **Journal of Business Research**, vol. 63, p. 147-153, 2010.

EVANS, D.; BLISTEIN, J.; LYNCH, C.; DE VILLIERS, A.; DRAPER, C.; STEYN, N.; LAMBERT, E. Childhood obesity prevention in South Africa: media, social influences, and social marketing opportunities. **Social Marketing Quartely**, vol. XV, n°1, 2009.

FALCONE, E.M.; O. FERREIRA, M. C.; LUZ, R. C. M.; FERNANDES, C. S.; FARIA, C. A.; D'AUGUSTIN, J. F.; SARDINHA, A.; PINHO, V. D. Inventário de empatia (I.E.): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, vol.7, n°3, p.321-334, 2008.

FARR, M.; WARDLAW, J.; JONES, C. Tackling health inequalities using geodemographics: a social marketing approach. **Internacional journal of market research**, vol. 50, n°4, 2008.

FERGUSON, E. Predictors of future behaviour: A review of the psychological literature on blood donation. **British Journal of Health Psychology**, vol.1, n°4, p.287-308, 1996.

FERGUNSON, E.; CHANDLER, S. A stage model of blood donor behavior: assessing volunteer behavior. **Journal of Health Psychology**, vol. 10, n°3, p. 359-372, 2005.

FERNÁNDEZ-MONTOYA, A. Altruism and payment in blood donation. **Transfusion**, vol. 18, n°. 3, p. 379-386, 1997.

FRANCE, J. L.; FRANCE, C. R.; HIMAWAM, L. K.; Re-donation intentions among experienced blood donors: Does gender make a difference? **Tranfusión and Apheresis Science**, vol.38, p. 159-166, 2008.

FRIDINGER, F.; ALFONSO, M. L.; BRYANT, C.; BENTON-DAVIS, S.; GRUMMER-STAWN, L. A multi-year profile of public beliefs and attitude regarding breastfeeding

practices. **Social Marketing Quartely**, vol.IX, nº4, 2003.

GILES, M.; CAIRNS, E. Blood donation and Ajzen's theory of planned behaviour: An examination of perceived behavioural control. **British Journal of Social Psychology**, vol. 34, p. 173-188, 1995.

GLYNN, S. A.; KLEINMAN, S. H.; SCHREIBER, G. B.; ZUCK, T.; McCOMBS, S.; BETHEL, J.; GARRATY, G.; WILLIAMS, A. E. **Transfusion**, vol.42, p. 216-225, 2002.

GONÇALEZ, T.; SABINO E. C.; CHAMONE, D. F. Trends in the profile of blood donors at a large blood center in the city of São Paulo, Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, vol. 13, p. 144-8, 2003.

GRIER, S.; BRYANT, C. A. Social marketing in public health. **Annu. Rev. Public Health**, vol. 26, p. 319-339, 2005.

HAIR, J. F. ANDERSON, R.E.TATHAM, R.L. BLACK,W.C. Análise Multivariada de dados. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HASTINGS, G.; SAREN, M. The critical contribution of social marketing: theory and application. **Marketing Theory**, Vol. 3, 305-322, 2003.

HUNT, S. D; BURNETT J. J. The macromarketing/ micromarketing dichotomy: a taxonomical model. **Journal of Marketing** (pre-1986), vol.46, 1982.

HUPFER, M.E.; TAYLOR, D.W.; LETWIN, J.A. Understanding Canadian student motivations and beliefs about giving blood. **Transfusion**, vol. 45, p.149-161, 2005.

JONES, D.G.; MONIESON, D. D. Early development of the philosophy of marketing thought. **Journal of Marketing**, vol. 54, p. 102-113, 1990.

KOTLER, P.; LEE, N. Social marketing: influencing behaviors for good. Thousand Oaks: SAGE, 2008. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=V4v1WTiFmIYC&pg=PA13&dq=social+marketing+process&hl=pt-BR&ei=OrEITv2QAsTf0QHV_fywCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC4Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false> Acesso em: 20/07/2010.

KOTLER, Philip, LEVY, Sidney J. Broadening the concept of marketing. **Journal of Marketing**, vol. 88, p. 10-15, 1969.

KOTLER, P.; ZALTMAN, G.; Social marketing: an approach to planned social change. **Journal of Marketing**, vol. 35, nº 3, p. 3-12, 1971.

KNIBBS, K.; STAMLER, L. L. Exploring perceived enablers and barriers to social marketing use in pulic health nursing. **Social Marketing Quartely**, vol. XV, nº3, 2009.

LAYTON, R. A.; GROSSBART, S. Macromarketing: Past, Present, and Possible Future. **Journal of Macromarketing**, vol. 26, nº2, p.193-213, 2006.

LEE, N. R.; SPOETH, S.; SMITH, K.; McELROY, L.; FRAZE, J. L. ROBINSON, A.;

TAYLOR, M. K. Encouraging African-american women to “To take charge. Take the test”: The audience segmentation process for CDC’s HIV testing social marketing campaign. **Social Marketing Quartely**, vol. XII, nº3, 2006.

LEMMENS, K. P.; ABRAHAM, C.; RUITER, R.A.C.; VELDHUIZEN, I.J.T.; DEHING, C.J.G.; BOS, A.E.R.; SCHAALMA, H.P. Modelling antecedents of blood donation motivation among non-donors of varying age and education. **British Journal of Psychology**, vol.100, p. 71-90, 2009.

LI, B. N. On decision making support in blood bank information systems. **Expert Systems with Applications**, vol. 34, p. 1522–1532, 2008.

LONG, T.; TAUBNHEIM, A. M.; WAYMAN, J.; TEMPLE, S.; RUOFF, B. A. The Heart Truth: using the power of branding and social marketing to increase awareness to heart disease in women. **Social Marketing Quartely**, vol. XIV, nº3, 2008.

LOWRY, R.; ARCHER, A.; HOWE, D.; RUSSEL, R.; HIOM, S. Social marketing approach to a successful oral cancer case-finding pilot. **Social Marketing Quartely**, vol.XV, nº4, 2009.

MAIBACH, E. W. Explicating social marketing: what is it, and what isn’t it? **IMQ applications**, vol VIII, nº4, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada. Gestão de hemocentros: relatos de práticas desenvolvidas no Brasil: I curso de especialização em gestão de hemocentros: resumos das monografias finais. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Campanha nacional de Doação de Sangue vai até o dia 30. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11427 Acesso em: 20/03/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Campanha de doação de sangue. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=4324 Acesso em: 01/03/2012.

MISJE, A.H.; BOSNES, V.; GÂSDAL, O.; HEIER, H.E. Motivation, recruitment and retention of voluntary non-remunerated blood donors: a survey-based questionnaire study. **Vox Sanguinis**, vol. 89, p. 236-244, 2005

NAGURNEY, A. Supply Chain Network Operations Management of a Blood Banking System with Cost and Risk Minimization. Isenberg School of Management, University of Massachusetts, Amherst, Massachusetts, 2010.

NOVELLI, W. D. Creating social change: the synergy of combining marketing and policy – the ROI of health promotion and disease prevention. **Social Marketing Quartely**, vol. XIII, nº3, 2007.

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde – OMS, A saúde no Brasil. Representação da OPS/OMS no Brasil, 1998. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/SAUDEBR.PDF> Acesso em: 25/03/2011.

OWNBY, H.E.; KONG, F.; WATANABE, K.; TU, Y.; NASS, C.C. Analysis of donor return behavior. **Transfusion**, vol.39, p.1128-1135, 1999.

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F.; DICLEMENTE, C. C.; FAVA, J. Measuring processo f change: applications to the cessation of smoking. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 56, n°4, p. 520-528, 1988.

QUINN, G.; ELLERY, J.; DETMAN, L. A., JEFFERS, D.; GORSKI, P. A.; SINGER, T.; MAHAN, C. S. Creating patient-centred healthcare practices: social marketing tools and strategies. **Journal of Management and Marketing in Healthcare**, vol.2, n°3, p. 221-237, 2009.

REID, M.; WOOD, A. An investigation into blood donation intentions among non-donors. **International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing**, vol. 13, p. 31-43, 2008.

RIMAL, R. N.; BROWN, J.; MKANDAWIRE, G.; FOLDA, L.; BÖSE, K.; CREEL, A. H. Audience segmentation as social-marketing tool in health promotion: use of risk perception attitude framework in HIV prevention in Malawi. **American Journal of Public Health**, vol. 99, n°12, 2009.

RIVERA, F.I.; LIEBERMAN, L. S.; RIVADENEYRA, G. M.; SALLAS, A. M. Using a social marketing framework to transform a education program: lessons from hispanic obesity prevetion and education (PESO) program. **Social Marketing Quartely**, vol. XVI, n°2, 2010.

ROTHSCHILD, M. L. Carrots, sticks, and promises: A conceptual framework for the management of public health and social issue behaviours. **Journal of Marketing**, vol. 63, p. 24-37, 1999.

ROTHSCHILD, M. L. Separating products and behaviors. **Social Marketing Quartely**, vol. XV, n°1, 2009.

RUSHTON, J.P.; CHRISJOHN, R.D.; FEKKEN, G.C. The altruistic personality and the self-report altruism scale. **Personality and Individual Differences**, vol. 2, p. 293-302, 1981.

SAMAD, N.; NWANKWO, S.; GBADAMOSI, A. Brandind in contraceptive social marketing: the Pakistan experience. **Social Marketing Quartely**, vol. XVI, n°2, 2010.

SHAW, E. H.; JONES, D.G B. A history of schools of marketing thought. **Marketing Theory**, vol. 5, p. 239-281, 2005.

SHAZ, B. H.; DEMMONS, D. G.; CRITTENDEN, C. P.; CARNEVALE, C. V.; LEE, M.; BURNETT, M.; EASLEY, K.; HILLYER, C. D. Motivators and barriers to blood donation in African American college students. **Transfusion Apher Science**, vol. 41, n°3, p.191-197, 2009.

SHETH, J. N.; FRAZIER, G. L. A model of strategy mix choice for planned social change. **Journal of Marketing**, vol. 46, p.15-26, 1982.

SMITH, W. A. Social marketing and its potential contribution to a modern synthesis of social change. **Social Marketing Quartely**, vol. VIII, nº 2, 2002.

SOJKA, B. N.; SOJKA, P. The blood donation experience: self-reported motives and obstacles for donation blood. **Vox Sanguinis**, vol. 94, p. 56-63, 2008.

SORENSEN, J. A.; JENKINS, P.L.; EMMELIN, M.; STENLUND, H.; WEINEHALL, L.; EARLE-RICHARDSON, G. B.; MAY, J. The social marketing of safety behaviors: a quasi-randomized controlled trial of tractor retrofitting incentives. **American Journal of Public Health**, vol.101, nº4, 2011.

STEAD, M.; HASTINS, G.; MCDERMOTT, L. The meaning, effectiveness and future of social marketing. **Obesity Reviews**, vol. 8, p. 189-193, 2007.

STEELE, W. R.; SCHREIBER, G. B.; GUILTINAN, A.; NASS, C.; GLYNN, S. A.; WRIGHT, D. J.; KESSLER, D.; SCHLUMPF, K. S.; TU, Y.; SMITH, J. W.; GARRATY, G. The role of altruistic behavior, empathetic concern, and social responsibility motivation in blood donation behavior. **Blood Donors and Blood Collection**, vol. 48, p. 43-54. 2008.

STRAND, J.; ROTHSCHILD, M. L.; NEVIN, J. R. "Place" and channels of distribution. **Social Marketing Quartely**, vol. X, nº 3-4, 2004.

SUÁREZ, I.M.B.; FERNÁNDEZ-MONTOYA, A.; FERNÁNDEZ, A. R.; LÓPEZ-BERRIO, A.; CIRRELO-PEÑUELA, M. How regular blood donors explain their behavior. **Transfusion**, vol. 44, p. 1441-1446, 2004.

SUBLET, V.; LUM, M. R. Use of health communication and social marketing principles in planning occupational safety and health interventions. **Social Marketing Quartely**, vol. XIV, nº4, 2008.

SZTOMPKA, P. A sociologia da mudança social. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

TAN, E.; TANNER, E. K.; SEEMAN, T. E.; XUE, Q.; REBOK, G. W.; FRICK, K. D.; CARLSON, M. C.; WANG, T.; PIFERI, R. L.; MCGILL, S.; WHITFIELD, K. E.; FRIED, L. P. Marketing public health through older adult volunteering experience corps as a social marketing intervention. **American Journal of Public Health**, vol. 100, nº4, 2010.

THACKERAY, R.; BROWN, K. M. Social Marketing's Unique Contributions to Health Promotion Practice. **Health Promotion Practice**, Vol. 6, nº 4, 365-368, 2005.

TUCKER, P.; IRWIN, J. D. Effective social marketing to promote a campus-based physical activity intervention: students perspectives. **Social Marketing Quartely**, vol. XI, nº2, 2005.

WEINREICH, N. Hands-on social marketing: A step-by-step guide. Thousand Oaks: SAGE, 2006. Disponível em: <
http://books.google.com.br/books?id=g8iiKZulTtEC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false > Acesso em: 20/07/2011.

WILKIE, W. L.; MOORE, E. S. Scholarly Research in Marketing: Exploring the "4 Eras" of

Thought Development. **Journal of Public Policy & Marketing**, vol. 22, n°2, p. 116–146, 2003.

WOOD, M. Applying commercial marketing theory to social marketing: A tale of 4Ps (and B). **Social Marketing Theory**, vol. XIV, n°1, 2008.

WYMER, W. W. Jr. Using Social Marketing Strategies to Reform Social Policy: A Lesson from British History. **Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing**, vol. 12, n°2, 2004.

WYMER, W. W. Rethinking the boundaries of social marketing: activism or advertising? **Journal of Business Research**, vol. 63, p. 99-103, 2010.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ADEQUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

AVALIAÇÃO DE ADEQUAÇÃO
Aluna: Stephanie Ingrid Souza Barboza
Orientador: Francisco José da Costa

Prezados,

Estou desenvolvendo um estudo sobre os fatores comportamentais que influenciam os indivíduos a doar sangue, sob a perspectiva do Marketing Social, que faz parte do meu trabalho de dissertação no Programa de Pós-Graduação em Administração da UFPB.

Dito isso, pretende-se aplicar uma escala que estime a predisposição para a doação de sangue, a partir dos construtos que foram identificados na etapa exploratória: informação acerca do processo de doação de sangue, comportamento pró-social (altruísmo, empatia, responsabilidade social), as experiências do grupo de referência, atitude, medo, e indisponibilidade de tempo.

Desse modo, conto com a vossa experiência acadêmica para realizar a avaliação de adequação dos itens da escala.

Os comentários dos itens deverão ser efetuados de acordo com os critérios abaixo:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Adequação do item com o construto;- Compreensão do item, em termos linguagem e conteúdo. |
|---|

Agradeço a colaboração!

Stephanie Ingrid Souza Barboza
Mestranda – PPGA/UFPB

INFORMAÇÃO: trata do nível de conhecimento que o indivíduo dispõe sobre a doação de sangue	Comentários
Eu sei se posso ou não ser doador de sangue (pois, conheço os requisitos para ser um doador)	
Conheço bem onde é possível doar sangue.	
Eu conheço bem os benefícios que receberia se eu fosse doador de sangue regular	
Sei bem qual é destino do sangue que é doado	
Sei bem quais as doenças que restringem a doação de sangue	
Sei bem porque alguém deve doar sangue	

ALTRUIÍSMO: refere-se à possibilidade do indivíduo exercer um comportamento altruísta	Comentários
Eu daria instruções a um estranho (ex. atravessar a rua)	
Eu doaria dinheiro para caridade	
Eu doaria algum bem material meu para pessoas carentes	
Eu ajudaria a levar os pertences de um estranho	
Eu compraria algum objeto (ex. cartões) por saber que é para uma boa causa	

EMPATIA: trata a preocupação empática dos indivíduos em relação a outras pessoas	Comentários
Quando eu vejo alguém tirar proveito de outra pessoa, eu sinto-me quase obrigado(a) a proteger a pessoa prejudicada	
Problemas de outras pessoas costumam me comover	
Quando eu vejo uma pessoa sendo tratada injustamente, eu sinto como se fosse comigo	
Sinto-me tocado(a) por alguns acontecimentos que presencio	
Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica	
Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva a ter tal atitude	

RESPONSABILIDADE SOCIAL: trata da percepção de obrigação social do indivíduo	Comentários
Para mim, doar sangue é um dever das pessoas	
Para mim é preciso se esforçar para ajudar outras pessoas	
Acredito que tenho responsabilidade e dever de ajudar as outras pessoas	
Acredito que a doação de sangue é uma ação que salva vida	

EXPERIÊNCIAS DO GRUPO DE REFERÊNCIA: refere-se à influência do grupo na conduta do indivíduo	Comentários
Você possui familiares que são doadores de sangue?	
Você possui amigos que são doadores de sangue?	
Se eu tivesse um amigo doador de sangue isto me influenciaria a doar	
Se eu tivesse um parente doador de sangue isto me influenciaria a doar	
Eu não desapontaria um amigo ou parente que me pedisse para doar sangue	

MEDO: trata das barreiras que desfavorecem o comportamento de doação de sangue	Comentários
Tenho muito medo de agulhas	
Pessoalmente, evito ter que ver sangue	
Acho que doação de sangue me causaria fadiga ou náuseas	
Temo que a doação de sangue me cause alguma dor	

INDISPONIBILIDADE DE TEMPO:	Comentários
Acho que eu estaria perdendo tempo de estudo ou trabalho se fosse doar sangue	
Acredito que o tempo de espera para doar sangue é muito longo	
Acredito que o processo de doação de sangue pode ser demorado	

PREDISPOSIÇÃO EM DOAR SANGUE: a intenção do indivíduo em doar sangue	Comentários
Sou uma pessoa predisposta à doar sangue	
Creio que um dia eu vou tentar doar sangue	
Eu acho que nunca doarei sangue (R)	
Eu tenho a intenção de doar sangue no futuro	

Escala de diferencial semântico para avaliar a atitude, ou seja, a avaliação geral, que o sujeito faz em relação à doação de sangue.

ATITUDE: Avaliação do indivíduo sobre o ato de doar sangue												Comentários
Não-gratificante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gratificante	
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bom	
Arriscado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Seguro	

Desvantajoso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vantajoso	
Desagradável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Agradável	
Desconfortável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Confortável	
Desestimulante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Estimulante	

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ESTUDANTES)

QUESTIONÁRIO

1. Atualmente você?

a) Não está trabalhando

b) Está trabalhando meio turno

c) Está trabalhando integralmente

2. Qual o seu gênero?

a) Feminino

b) Masculino

3. Qual a sua idade?

a) Até 20 anos

b) Mais de 20 até 22 anos

c) Mais de 22 até 24 anos

d) Mais de 24 anos

4. Qual a sua renda média familiar mensal (a renda somada de todas as pessoas que moram na sua casa)?

a) Até R\$1000,00

b) Acima de R\$1000,00 até R\$2000,00

c) Acima de R\$2000,00 até R\$3000,00

d) Acima de R\$3000,00

5. Temos uma série de colocações sobre a doação de sangue. Solicitamos que você indique o quanto DISCORDA ou CONCORDA com cada uma das colocações. Na escala, 1 representa que você discorda totalmente e 10 representa que você concorda totalmente, os outros valores representam níveis de concordância intermediários.

Eu sei se posso ou não ser doador de sangue (pois, conheço os requisitos para ser um doador)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para mim, doar sangue é um dever das pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se eu tivesse um amigo doador de sangue isto me influenciaria a doar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que a doação de sangue é uma ação que salva vidas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sei bem qual é destino do sangue que é doado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu acho que nunca doarei sangue (R)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sei bem quais as doenças que restringem a doação de sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para mim é preciso se esforçar para ajudar outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que tenho responsabilidade e dever de ajudar as outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sou uma pessoa disposta à doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu não desapontaria um amigo ou parente que me pedisse para doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conheço bem onde é possível doar sangue.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Você possui familiares que são doadores de sangue?

a) Sim

b) Não

7. Você possui amigos que são doadores de sangue?

a) Sim

b) Não

8. Peço que você faça uma análise sobre as barreiras para a doação de sangue, utilizando o quanto DISCORDA ou CONCORDA com cada uma das afirmações, a partir da escala empregada anteriormente.

Pessoalmente, evito ver sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que o tempo de espera para doar sangue é muito longo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenho muito medo de agulhas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acho que eu estaria perdendo tempo de estudo ou trabalho se fosse doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Acho que doação de sangue me causaria fadiga ou náuseas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que o processo de doação de sangue pode ser demorado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Temo que a doação de sangue me cause alguma dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Você já precisou receber sangue em algum tratamento médico?

a) Sim

b) Não

10. Alguma pessoa de sua família já precisou receber sangue em algum tratamento médico?

a) Sim

b) Não

11. Algum amigo ou colega próximo a você já precisou receber sangue em algum tratamento médico?

a) Sim

b) Não

12. A seguir, temos um conjunto de afirmações sobre a conduta social de uma pessoa. Solicitamos que você indique o quando DISCORDA ou CONCORDA com cada uma das colocações, com base na escala empregada anteriormente.

Eu daria instruções a um estranho (ex. atravessar a rua)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando eu vejo alguém tirar proveito de outra pessoa, sinto-me obrigado(a) a proteger a pessoa prejudicada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu doaria dinheiro para caridade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sinto-me tocado(a) por alguns acontecimento que presencio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu doaria algum bem material meu para pessoas carentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando eu vejo uma pessoa sendo tratada injustamente, eu sinto como se fosse comigo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu ajudaria a levar os pertences de um estranho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sei bem porque alguém deve doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Creio que um dia eu vou tentar doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Agora gostaria de saber como você avalia o ato de doar sangue. Na escala, os números mais próximos de cada palavra indicam sua avaliação do ato de doar sangue.

Por exemplo, no primeiro, se você marca 10, então considera o ato de doar altamente gratificante. Se marcar 3, então indica uma avaliação da doação como algo mais não-gratificante.

Para mim, doar sangue é um ato...											
Não-gratificante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gratificante
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bom
Arriscado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Seguro
Desvantajoso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vantajoso
Desagradável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Agradável
Desconfortável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Confortável
Desestimulante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Estimulante

15. Por fim, peço que você analise as afirmações a seguir e indique o quanto DISCORDA ou CONCORDA com cada uma das colocações, mediante a escala utilizada anteriormente.

Eu conheço bem os benefícios que receberia se eu fosse doador de sangue regular	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu tenho a intenção de doar sangue no futuro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se eu tivesse um parente doador de sangue isto me influenciaria a doar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas de outras pessoas costumam me comover	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu compraria algum objeto (ex. cartões) por saber que é para uma boa causa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

a ter tal atitude										
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AGRADEÇO SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (COLETA NA RUA E INTERNET)

QUESTIONÁRIO

1. Atualmente você?

a) Não está trabalhando

b) Está trabalhando meio turno

c) Está trabalhando integralmente

2. Qual o seu gênero?

a) Feminino

b) Masculino

3. Qual a sua idade?

a) Até 25 anos

b) Mais de 25 até 35 anos

c) Mais de 35 até 45 anos

d) Mais de 45 anos

4. Qual a sua renda média familiar mensal (a renda somada de todas as pessoas que moram na sua casa)?

a) Até R\$1000,00

b) Acima de R\$1000,00 até R\$2000,00

c) Acima de R\$2000,00 até R\$3000,00

d) Acima de R\$3000,00

5. Temos uma série de colocações sobre a doação de sangue. Solicitamos que você indique o quanto DISCORDA ou CONCORDA com cada uma das colocações. Na escala, 1 representa que você discorda totalmente e 10 representa que você concorda totalmente, os outros valores representam níveis de concordância intermediários.

Eu sei se posso ou não ser doador de sangue (pois, conheço os requisitos para ser um doador)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para mim, doar sangue é um dever das pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se eu tivesse um amigo doador de sangue isto me influenciaria a doar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que a doação de sangue é uma ação que salva vidas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sei bem qual é destino do sangue que é doado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu acho que nunca doarei sangue (R)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sei bem quais as doenças que restringem a doação de sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para mim é preciso se esforçar para ajudar outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que tenho responsabilidade e dever de ajudar as outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sou uma pessoa disposta a doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu não desapontaria um amigo ou parente que me pedisse para doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conheço bem onde é possível doar sangue.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Você possui familiares que são doadores de sangue?

a) Sim

b) Não

7. Você possui amigos que são doadores de sangue?

a) Sim

b) Não

8. Peça que você faça uma análise sobre as barreiras para a doação de sangue, utilizando o quanto DISCORDA ou CONCORDA com cada uma das afirmações, a partir da escala empregada anteriormente.

Pessoalmente, evito ver sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que o tempo de espera para doar sangue é muito longo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenho muito medo de agulhas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acho que eu estaria perdendo tempo de estudo ou trabalho se	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

fosse doar sangue										
Acho que doação de sangue me causaria fadiga ou náuseas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acredito que o processo de doação de sangue pode ser demorado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Temo que a doação de sangue me cause alguma dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Você já precisou receber sangue em algum tratamento médico?

a) Sim

b) Não

10. Alguma pessoa de sua família já precisou receber sangue em algum tratamento médico?

a) Sim

b) Não

11. Algum amigo ou colega próximo a você já precisou receber sangue em algum tratamento médico?

a) Sim

b) Não

12. A seguir, temos um conjunto de afirmações sobre a conduta social de uma pessoa. Solicitamos que você indique o quanto DISCORDA ou CONCORDA com cada uma das colocações, com base na escala empregada anteriormente.

Eu daria instruções a um estranho (ex. atravessar a rua)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando eu vejo alguém tirar proveito de outra pessoa, sinto-me obrigado(a) a proteger a pessoa prejudicada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu doaria dinheiro para caridade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sinto-me tocado(a) por alguns acontecimento que presencio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu doaria algum bem material meu para pessoas carentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando eu vejo uma pessoa sendo tratada injustamente, eu sinto como se fosse comigo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu ajudaria a levar os pertences de um estranho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sei bem porque alguém deve doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Creio que um dia eu vou tentar doar sangue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Agora gostaria de saber como você avalia o ato de doar sangue. Na escala, os números mais próximos de cada palavra indicam sua avaliação do ato de doar sangue.

Por exemplo, no primeiro, se você marca 10, então considera o ato de doar altamente gratificante. Se marcar 3, então indica uma avaliação da doação como algo mais não-gratificante.

Para mim, doar sangue é um ato...											
Não-gratificante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gratificante
Ruim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bom
Arriscado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Seguro
Desvantajoso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vantajoso
Desagradável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Agradável
Desconfortável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Confortável
Desestimulante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Estimulante

15. Por fim, peço que você analise as afirmações a seguir e indique o quanto DISCORDA ou CONCORDA com cada uma das colocações, mediante a escala utilizada anteriormente.

Eu conheço bem os benefícios que receberia se eu fosse doador de sangue regular	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu tenho a intenção de doar sangue no futuro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se eu tivesse um parente doador de sangue isto me influenciaria a doar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas de outras pessoas costumam me comover	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu compraria algum objeto (ex. cartões) por saber que é para uma boa causa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva a ter tal atitude										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AGRADEÇO SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO A – ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA E ANÁLISE DE VALIDADE CONVERGENTE DO MODELO TEÓRICO

Variável	Escore fatorial	Valor t do bootstrapping
ALTRUÍSMO		
ALT1	0,663253	3,863416
ALT2	0,773973	5,731970
ALT3	0,754094	5,354132
ALT4	0,449872	2,315877
ALT5	0,636714	4,963909
ATTITUDE		
ATIT1	0,648411	8,975148
ATIT2	0,578872	6,804112
ATIT3	0,681628	9,245628
ATIT4	0,695187	10,989504
ATIT5	0,741561	11,005621
ATIT6	0,774129	13,008428
ATIT7	0,732168	11,877017
EMPATIA		
EMP1	0,509404	3,331657
EMP2	0,639566	5,320856
EMP3	0,674659	4,278175
EMP4	0,710061	6,696247
EMP5	0,711874	6,682116
EMP6	0,724290	5,884862
GRUPO DE REFERÊNCIA		
GR3	0,671874	5,392387
GR4	0,730045	6,795571
GR5	0,752533	7,289751
INDISPONIBILIDADE DE TEMPO		
INDTEMP1	0,842061	2,095014
INDTEMP2	0,627979	1,940562
INDTEMP3	0,900434	2,046440
INFORMAÇÃO		
INF1	0,579052	5,301985
INF2	0,707579	8,124231
INF3	0,714084	8,228526
INF4	0,577794	4,455212
INF5	0,677479	8,446820
INF6	0,738481	9,976982
MEDO		
MED1	0,803872	3,497920
MED2	0,779991	4,021118
MED3	0,702116	3,174510
MED4	0,776595	3,084226
PREDISPOSIÇÃO		
PRED1	-0,358250	2,492759
PRED2	0,851196	16,747883
PRED3	0,863448	15,873411
PRED4	0,917364	31,053713
RESPONSABILIDADE SOCIAL		
REPSOC1	0,737816	4,419017
REPSOC2	0,596233	2,914700
REPSOC3	0,542403	2,885887

REPSOC4	0,652264	4,106475
---------	----------	----------

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

CONSTRUTO	AVE	ALPHA DE CRONBACH	CONFIABILIDADE COMPOSTA
Altruísmo	0,443077	0,680543	0,794179
Atitude	0,484099	0,821653	0,867000
Empatia	0,443209	0,761445	0,825096
Influência do grupo referência	0,516895	0,565388	0,762056
Indisponibilidade de Tempo	0,638069	0,715436	0,838061
Informação	0,447344	0,756652	0,827938
Medo	0,587666	0,766654	0,850450
Predisposição	0,609994	0,540781	0,768198
Responsabilidade Social	0,404879	0,508809	0,728716

Fonte: Dados da pesquisa (2012)