



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# O Marketing Social e as Barreiras à Dádiva de Sangue

**Joana Sofia Aparício Barreiro**

Versão Final Após Defesa Pública

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Marketing**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Ricardo José de Ascensão Gouveia Rodrigues

**Covilhã, Outubro de 2015**



# Agradecimentos

Depois de muitas lágrimas e suor, chegou o momento de enorme satisfação e alegria por mais uma etapa concluída.

Não foi fácil chegar até aqui e, por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que acreditaram nas minhas capacidades, desde o início desta etapa.

Quero começar por agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo José de Ascensão Gouveia Rodrigues, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade e generosidade reveladas ao longo destes anos de trabalho, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

Não podia deixar de agradecer aos meus pais, por me terem dado educação, valores e por me terem ensinado a crescer. Obrigada por nunca deixarem de acreditar que eu ia superar esta etapa, mesmo quando eu própria já não acreditava. Obrigada pai, por teres sido um patrão compreensível e não teres levantado problemas nos inúmeros dias que tive que faltar para me dedicar ao mestrado. Obrigada também por tudo o que me ensinaste, pelo teu amor, pela tua generosidade e pela tua simplicidade. Muito obrigada mãe, por estares sempre ao meu lado nos bons e maus momentos. Obrigada por todos os conselhos, pelo amor incondicional, pelo carinho, pelo afeto, pela fé e por todas as lágrimas que me secaste. Não encontro palavras para demonstrar o meu agradecimento, simplesmente fico completamente envolvida por um enorme sentimento de gratidão para convosco.

Um enorme obrigado ao meu namorado, que me ajudou a crescer pessoal e cientificamente, pelas inúmeras trocas de impressões, correções e comentários ao trabalho. Obrigada também pela força constante que me transmitiste, demonstrando-me sempre que eu era capaz. Acima de tudo, obrigada pelo inestimável apoio que preencheu as diversas falhas que fui tendo por força das circunstâncias, e pela paciência e compreensão reveladas ao longo destes anos.

Por último, mas não menos importantes, quero agradecer aos meus familiares, amigos, colegas de trabalho e de faculdade, que sempre me apoiaram e me deram forças para terminar esta etapa. Um especial obrigado à minha prima, Clara Gomes, pelo apoio incondicional na fase de conclusão da dissertação.



## Resumo

As controvérsias do tema do marketing social e da dádiva de sangue revelam-se importantes, uma vez que em conjunto contribuem para um melhor funcionamento dos centros de recolha de sangue, visto que os processos de angariação e fidelização de dadores demonstram a carência de compreensão dos aspetos comportamentais que influenciam os indivíduos a adotar tal atitude. Dessa forma, o objectivo principal deste estudo consiste em compreender quais as barreiras que impedem os indivíduos a dar sangue. Mediante a fundamentação teórica, com base no marketing social e na dádiva de sangue, foram construídas oito hipóteses. Para confirmação das hipóteses, efetuou-se recolha de dados através de questionário, originando um total de amostra de 499 inquiridos, dos quais 174 eram dadores de sangue e 325 não. Em geral, foram confirmadas as hipóteses propostas, como tal, há a necessidade de apostar nas ações de marketing social aplicadas à dádiva de sangue, tornando mais estável as campanhas concebidas para a captação e retenção de dadores de sangue.

## Palavras-chave

Marketing Social; Dádiva de Sangue; Dador; Sangue; Barreiras; Fobias; Motivação; Altruísmo.



## **Abstract**

The controversial around the theme social marketing and blood donation is becoming an important subject, as together they contribute to a better functioning of the blood collection centers, since the raising and maintenance processes of donors show a clear lack of understanding about the behavioral aspects that influence individuals to adopt such an attitude. Therefore, the main objective of this study is to understand the barriers that are preventing individuals to give blood. By taking into account theoretical substantiation, based on social marketing and in blood donation, eight hypotheses/assumptions were built and proposed. To confirm these hypotheses, data collection through a questionnaire was performed, yielding a total sample of 499 respondents, of which 174 were blood donors and 325 were not. In general, all the proposed hypotheses were confirmed. Thus, there is a need to invest in social marketing initiatives applied to blood donation, making the designed campaigns to capture and maintain blood donors more stable.

## **Keywords**

Social Marketing; Blood Donation; Donor; Blood; Barriers; Phobias; Motivation; Altruism.



# Índice

1. Introdução	1
1.1. Enquadramento do Problema	2
1.1.1. Justificação/ Importância do tema	2
1.1.2. Propósito/ Objectivo da investigação	2
1.1.3. Questões de investigação	3
1.2. Estrutura do Trabalho	3
2. Fundamentação Teórica	5
2.1. O Marketing Social	5
2.1.1. Diferença entre marketing social e marketing comercial	6
2.1.2. O marketing mix do marketing social	7
2.1.3. Marketing social e a mudança de comportamentos	7
2.1.4. Marketing social e as suas variáveis	8
2.1.5. Marketing social e saúde pública	9
2.2. Dívida de Sangue	11
2.2.1. Comportamento à dívida de sangue	11
2.2.2. Motivações à dívida de sangue	12
2.2.3. Barreiras à dívida de sangue	13
2.5. Construção de hipóteses	14
3. Procedimentos Metodológicos	15
3.1. Variáveis e escalas	15
3.2. Procedimento de amostragem	18
3.3. Descrição da recolha de dados	19
4. Análise e Discussão dos Resultados	21
4.1. Análise exploratória preliminar	21
4.2. Descrição da amostra	21
4.3. Análise descritiva das variáveis qualitativas sobre dívida de sangue	27
4.4. Análise exploratória das variáveis quantitativas sobre dívida de sangue	28
4.4.1. Análise das motivações dos dadores de sangue	28
4.4.2. Análise das barreiras, incentivos, motivações e intenções dos não dadores de sangue	33
4.5. Análise exploratória das variáveis da personalidade	37
4.6. Análise exploratória das variáveis da felicidade	40
5. Considerações finais	42
5.1. Resumo dos resultados e comentários	42
5.2. Implicações académicas do estudo	42
5.3. Limitações e recomendações para futuras investigações	43

Bibliografia

44

Anexos

50





# Lista de Figuras

Figura 1 - Tipos de Variáveis do Marketing Social.	9
Figura 2 - Os fatores causais de problemas sociais.	10
Figura 3 - Teoria do Comportamento Planeado.	11
Figura 4 - Grupo "A - Introdução" do questionário.	15
Figura 5 - Grupo "B - Dador" do questionário.	16
Figura 6 - Grupo "C - Não Dador" do questionário.	17
Figura 7 - Grupo "D - Personalidade" do questionário.	17



# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Descrição da Variável Atualmente é Dador de Sangue.	22
Tabela 2 - Descrição da Variável Idade por Escalão Etário.	22
Tabela 3 - Descrição da Variável Género.	22
Tabela 4 - Descrição da Variável Estado Civil.	23
Tabela 5 - Descrição da Variável Número de Filhos.	23
Tabela 6 - Descrição da Variável Grau de Instrução.	24
Tabela 7 - Descrição da Variável Ocupação ou Atividade Profissional Principal.	25
Tabela 8 - Descrição da Variável Distrito.	25
Tabela 9 - Descrição da Variável Grupo Sanguíneo.	26
Tabela 10 - Variável Qualitativa Necessidade de Sangue para Familiar.	27
Tabela 11 - Variável Qualitativa Necessidade de Sangue para Si.	27
Tabela 12 - Média das motivações referentes ao benefício próprio e razões externas.	28
Tabela 13 - Média das motivações referentes aos valores e dever moral.	29
Tabela 14 - Média das motivações referentes aos sentimentos positivos e estima.	30
Tabela 15 - Descrição das variáveis de benefício próprio e razões externas, valores e dever moral, e sentimentos positivos e estima.	31
Tabela 16 - Testes de t para amostras emparelhadas para as variáveis de benefício próprio e razões externas, valores e dever moral, e sentimentos positivos e estima.	31
Tabela 17 - Média das barreiras dos não dadores.	33
Tabela 18 - Média dos incentivos dos não dadores.	34
Tabela 19 - Média da motivação dos não dadores.	35
Tabela 20 - Média da intenção de dádiva dos não dadores.	36
Tabela 21 - Relação entre barreiras, incentivos e motivações, com a intenção de dar sangue.	36
Tabela 22 - Média da Personalidade.	38
Tabela 23 - Análise de igualdade de médias da personalidade.	39
Tabela 24 - Média da felicidade.	40
Tabela 25 - Média da Felicidade entre dadores e não dadores.	40



# Lista de Acrónimos

AASM	Associação Australiana de Marketing Social
AMA	Associação Americana de Marketing
ESMA	Associação Europeia de Marketing Social
iSMA	Associação Internacional de Marketing Social



# Capítulo 1

## 1. Introdução

O marketing social é uma ferramenta poderosa que pode mudar a vida de grandes ou pequenas formas (Andreasen, 1995).

A sociedades, por todo o mundo, enfrentam inúmeros problemas de saúde cada vez maiores, aumentando a importância dos esforços para uma mudança social. Devido a isso, uso do marketing social para elaborar e implementar programas para promover a mudança de comportamento para o tipo socialmente benéfico, tem crescido dentro da comunidade de saúde pública (Grier & Bryant, 2005).

A necessidade de produtos de sangue é constante e incessante, mas apenas uma pequena percentagem dos indivíduos responde ao apelo para a dádiva. Além disso, a maioria dos novos doadores não tornam a efetuar uma repetição da dádiva de sangue. A necessidade contínua de atrair e reter novos doadores tem levado à análise de fatores psicossociais que podem prever a probabilidade de um determinado comportamento de dádiva de sangue. Com o uso de técnicas de regressão, estudos anteriores têm demonstrado que os elementos da Teoria do Comportamento Planeado, por exemplo, atitude, norma subjetiva, norma moral pessoal e controle percebido ou autoeficácia, podem prever a intenção de dar entre indivíduos não doadores (J. L. France, France, & Himawan, 2007).

Perceber os fatores que motivam e impedem os indivíduos de dar sangue é fundamental para os centros de recolha otimizarem a angariação e retenção de doadores de sangue com o apoio de estratégias de marketing (Bednall & Bove, 2011).

As razões principais dos doadores para o facto de darem sangue é provavelmente o desejo geral de ajudar os outros, como também para ajudar alguém conhecido a quem fosse administrado uma transfusão, bem como uma antecipação de uma futura necessidade familiar, ou pelo simples facto de estar implícito na sua tradição (Howden-chapman & Carter, 1996).

Neste sentido, o problema da dádiva de sangue evidencia-se como tema de estudo do marketing social ao servir de fonte para a estabilização populacional. O objectivo deste estudo está na relação entre o marketing social e a dádiva de sangue, passando por compreender os factores que influenciam o comportamento dos indivíduos.

## **1.1. Enquadramento do Problema**

O enquadramento do problema passa pela justificação e explicação da importância do tema, pelo propósito da investigação e pelas questões de investigação.

### **1.1.1. Justificação/ Importância do tema**

O título do estudo é “O Marketing Social e as Barreiras à Dádiva de Sangue”.

O sangue é essencial à vida, sendo o dom mais precioso que alguém pode dar a outra pessoa. A decisão de dar sangue pode salvar várias vidas, por isso a dádiva espontânea e periódica é fundamental. O sangue é indispensável para mulheres com complicações da gravidez, crianças com anemia severa, pessoas com traumas graves na sequência de acidentes, pacientes cirúrgicos e com cancro (WHO, 2013).

Devido a mudanças demográficas, é previsível o agravamento das reservas mundiais de sangue (Ringwald, Zimmermann, & Eckstein, 2010). Em tempos de diminuição do número de doadores de sangue, é de extrema importância reter o máximo de doadores possíveis (Moog, 2009). O impacto do aumento da segurança na manutenção de uma reserva de sangue suficiente está-se a tornar um problema cada vez mais real (Reynolds, Wickenden, & Oliver, 2001). Em muitos países em desenvolvimento, o grande desafio continua a ser a necessidade de recolher sangue suficiente e seguro, de doadores de sangue voluntários e não remunerados, para apoiar o desenvolvimento de necessidades de cuidados de saúde. No entanto, no mundo desenvolvido, os desafios atuais enfrentados pelos serviços de sangue são mais complexos e estão em constante mudança (Carter, Wilson, Redpath, Hayes, & Mitchell, 2011).

Neste sentido, torna-se indispensável o desenvolvimento de estudos que demonstrem quais são as barreiras à dádiva de sangue, que posteriormente irão ajudar no desenvolvimento de campanhas de marketing social. O uso do marketing social no combate a este problema torna-se fundamental, pois é uma ferramenta que tem a capacidade de suscitar mudanças comportamentais duradouras e de consciencialização dos indivíduos.

### **1.1.2. Propósito/ Objectivo da investigação**

O objetivo geral desta investigação consiste em examinar e determinar os principais fatores que impedem os indivíduos de dar sangue. Com base neste objetivo geral e na justificação do tema, surgem os objetivos específicos da investigação.

O primeiro objetivo específico pretende analisar, através da revisão da literatura, os comportamentos que levam os indivíduos a não darem sangue.

O segundo objetivo específico consiste em verificar empiricamente os fatores que impedem os indivíduos de dar sangue, por meio de um estudo de campo, definido com base nos modelos teóricos encontrados na revisão de literatura.

O terceiro e último objetivo é analisar com base nos resultados obtidos pela pesquisa, como as ações de marketing social influenciam os indivíduos a dar sangue e como podem ser melhoradas.

### **1.1.3. Questões de investigação**

A questão fulcral deste trabalho de investigação é: Quais os fatores que influenciam os indivíduos a não darem sangue?

Depois de uma breve revisão de literatura sobre as temáticas do marketing social e da dádiva de sangue, surgiram algumas questões de investigação que potenciam o direcionamento do estudo.

As questões de investigação que surgiram foram: O que leva um indivíduo a não dar sangue? Qual o perfil de um não dador de sangue? Quais as principais características dos indivíduos que são contra a dádiva de sangue? Quais os aspectos inibidores para a dádiva de sangue? Quais os comportamentos que determinam os indivíduos a não darem sangue? Haverá correlação entre a quantidade de dádivas de sangue e as campanhas de marketing social?

## **1.2. Estrutura do Trabalho**

Com base nos objectivos definidos no primeiro capítulo, delimitou-se a estrutura do estudo, que assenta nos capítulos da fundamentação teórica, dos procedimentos metodológicos, da análise e discussão dos resultados e das considerações finais.

O segundo capítulo é referente à fundamentação teórica, onde se evidencia alguns aspectos sobre o marketing social e a dádiva de sangue. Referente ao marketing social é investigado a diferença entre marketing social e marketing comercial, o marketing mix do marketing social, o marketing social e a mudança de comportamentos, o marketing social e as suas variáveis, e o marketing social e saúde pública. No que diz respeito à dádiva de sangue é averiguado o comportamento, as motivações e as barreiras à dádiva de sangue. No fim deste capítulo, são construídas as hipóteses do estudo.

No terceiro capítulo são abordados os procedimentos metodológicos, onde são descritas as variáveis e escalas, o procedimento de amostragem e a descrição da recolha de dados.

O quarto capítulo apresenta a análise e discussão dos resultados. Inicialmente é feita uma análise exploratória preliminar e uma descrição da amostra. Em seguida, é feita uma análise descritiva das variáveis qualitativas sobre dádiva de sangue e uma análise exploratória das variáveis quantitativas sobre dádiva de sangue. Referente ao último tópico, a análise exploratória das variáveis quantitativas sobre dádiva de sangue, é feita a análise das motivações dos doadores de sangue e a análise das barreiras, incentivos, motivações e

intenções dos não doadores de sangue. Por fim, é feita a análise exploratória das variáveis da personalidade e a análise exploratória das variáveis da felicidade.

Por último, no quinto capítulo, as considerações finais são apresentadas como um resumo dos resultados e comentários, das implicações académicas do estudo e das limitações e recomendações para futuras investigações.

## Capítulo 2

### 2. Fundamentação Teórica

Este capítulo apresenta a fundamentação teórica do estudo, baseada no marketing social e na sua importância para o sector público, com relevância para a temática da dívida de sangue.

#### 2.1. O Marketing Social

O conceito de marketing social foi apresentado pela primeira vez por Kotler e Zaltman (1971), em que referiam que o marketing social era a conceção, implementação e controlo de programas calculados para influenciar a aceitação das ideias sociais, envolvendo considerações de planeamento de produto, preço, comunicação, distribuição e estudo de mercado. Porém, a temática de marketing aplicado a organizações sem fins lucrativos já tinha sido anteriormente referida por Kotler e Levy (1969), onde os autores interpretaram o significado de marketing e a natureza das suas funções, como produto, distribuição e comunicação, a esse tipo de organizações.

Poucos anos depois, Lazer e Kelley (1973) apresentaram outra definição do conceito de marketing social, em que mencionavam que o marketing social estava preocupado com a aplicação dos conhecimentos, conceitos e técnicas de marketing para melhorar não só fins sociais, mas também económicos. Mencionaram ainda que o marketing social também estava preocupado com a análise da consequência social das políticas de marketing, das decisões e das atividades.

Andreasen (1994) critica as primeiras propostas de definições de marketing social e justifica que o marketing social é a adaptação das tecnologias de marketing comercial para programas criados para influenciar o comportamento voluntário de públicos-alvo para melhorar o seu bem-estar pessoal e o da sua sociedade.

Segundo French e Blair-Stevens (2005), o marketing social é a aplicação sistemática de conceitos e técnicas de marketing para alcançar metas comportamentais específicas relevantes para o bem social.

Numa comunicação pessoal em 2006, Philip Kotler, Nancy Lee e Michael Rothschild declararam que o marketing social era um processo que aplicava princípios e técnicas de marketing para criar, comunicar e proporcionar valor a fim de influenciar comportamentos nos públicos-alvo que beneficiam tanto a sociedade (saúde pública, segurança, meio ambiente e comunidades) como os públicos-alvo propriamente ditos (Kotler & Lee, 2008).

O marketing social tem benefícios positivos tanto para os indivíduos, como para a sociedade em geral. Ele não só tenta procurar influenciar normas ou atitudes sociais, como também pode vir a persuadir os indivíduos a se envolverem em novos comportamentos (Douglas, 2008).

Apesar de muitas empresas se envolverem em campanhas de marketing social, o marketing social é principalmente utilizado por organizações sem fins lucrativos e governamentais. Ele é utilizado para incentivar comportamentos que, embora socialmente importantes, podem não ser pertinentes para as motivações pessoais do indivíduo (Brennan & Binney, 2010; McKay-Nesbitt, DeMoranville, & McNally, 2012).

### **2.1.1. Diferença entre marketing social e marketing comercial**

O conselho de administração da Associação Americana de Marketing (AMA), define o marketing como o processo de criar, comunicar e entregar valor aos clientes, com o objectivo de manter o benefício da organização e das partes interessadas como um todo (AMA, 2013).

Os conselhos da Associação Australiana de Marketing Social (AASM), da Associação Europeia de Marketing Social (ESMA) e da Associação Internacional de Marketing Social (iSMA) aprovaram em conjunto uma definição para marketing social, em que definiram que o marketing social procurava desenvolver e integrar conceitos de marketing com outras abordagens para influenciar comportamentos que beneficiam os indivíduos e as comunidades para um bem social maior. Definiram ainda que a prática de marketing social é orientada por princípios éticos, procurando integrar os estudos, as melhores práticas, a teoria, a audiência e a parceria de introspecção, de maneira a entregar uma concorrência sensível e segmentando os programas de mudança social que são eficazes, eficientes, equitativos e sustentáveis (iSMA, ESMA, & AASM, 2013).

Kotler e Lee (2008) explicam algumas diferenças importantes entre o marketing social e o marketing comercial, sendo que no caso do marketing comercial, o processo gira fundamentalmente em torno da venda de produtos e de serviços; no caso do marketing social, o processo de marketing é usado para vender um comportamento desejado. Porém, os princípios e as técnicas para influenciar são os mesmos em ambos os casos.

No entanto, do ponto de vista de Donovan e Henley (2010) o marketing social é mais do que a aplicação do marketing às questões sociais. A diferença do marketing social para os outros ramos do marketing é que os objetivos do marketing sociais estão relacionados com o bem-estar da comunidade, enquanto que para os outros ramos do marketing, os objetivos estão relacionados com o bem-estar do comerciante.

Se o bem-estar da comunidade não é o objetivo, então não é o marketing social. O objectivo do marketing social é beneficiar indivíduos específicos ou a sociedade em geral, e nunca um comerciante (Andreasen, 1995; Donovan & Henley, 2010).

O marketing comercial incentiva a aquisição de bens ou serviços para gerar lucros, ao mesmo tempo que protege da concorrência das outras empresas. O marketing social estimula a adoção de novos comportamentos que irão beneficiar o indivíduo e a sociedade em geral, ao mesmo tempo que protege contra a concorrência dos comportamentos já existentes (McKay-Nesbitt et al., 2012).

### **2.1.2. O marketing mix do marketing social**

O conceito de marketing mix foi inicialmente apresentado por Borden (1964). Posteriormente, McCarthy (1960) propôs um novo modelo que desde essa altura tem sido extensivamente usado. O modelo de marketing mix proposto por McCarthy (1960) é conhecido como 4P's, do inglês *Product* (produto), *Price* (preço), *Place* (distribuição) e *Promotion* (comunicação).

Vários modelos alternativos de marketing foram propostos (Gordon, 2012), no entanto o modelo dos 4P's de McCarthy é que tem dominado o pensamento de marketing (Grönroos, 1994), em particular no contexto de marketing social (Hastings, 2007).

A definição de marketing social de Kotler e Zaltman (1971) remete para os 4P's do marketing mix em marketing social. Andreasen (2002) e Kotler e Lee (2008) mencionam que o marketing social usa todos os 4P's do marketing mix tradicional.

Segundo Kotler e Lee (2008), os 4P's do marketing mix social são:

1. **PRODUTO:** É o benefício do comportamento desejado para o público-alvo, que muitas vezes envolve valores intangíveis como a adoção de uma ideia ou comportamento ou ofertas de produtos tangíveis.
2. **PREÇO:** Refere-se aos custos que o público-alvo tem que pagar e as barreiras que têm de superar para adotar o comportamento desejado.
3. **DISTRIBUIÇÃO:** São os canais pelos quais a mudança de comportamento é promovida ao público-alvo e os lugares em que a mudança é incentivada e apoiada. É também onde e quando se podem adquirir quaisquer produtos tangíveis e serviços.
4. **COMUNICAÇÃO:** É o meio pelo qual a mudança de comportamento é promovido para o público-alvo, através de mensagens, fontes e canais de comunicação.

Apesar de grande parte da literatura existente em marketing social se focar no modelo de marketing mix de Kotler e Lee (2008), alguns autores defendem que o modelo dos 4P's do marketing mix não é o mais apto para o efeito em marketing social contemporâneo (Gordon, 2012).

### **2.1.3. Marketing social e a mudança de comportamentos**

Vários escritores contemporâneos definem marketing social como um método para influenciar o comportamento voluntário dos públicos-alvo (Lefebvre, 2011).

O marketing social influencia comportamentos, utilizando princípios e técnicas de marketing tradicional (Andreasen, 1995; Kotler & Lee, 2008; Kotler, Roberto, & Lee, 2002; Wymer, 2004), procurando influenciar voluntariamente o comportamento de um público-alvo para beneficiar indivíduos, grupos ou a sociedade em geral (Andreasen, 2002; Kotler & Lee, 2008; Kotler et al., 2002).

Através dos agentes de mudança, o marketing social quer essencialmente influenciar o público-alvo a aceitar um novo comportamento, a rejeitar um comportamento potencialmente indesejável, a modificar um comportamento atual ou a abandonar um velho hábito indesejável (Kotler & Lee, 2008; Kotler et al., 2002).

De acordo com Wymer (2011), as estratégias de marketing social destinam-se a ajudar as pessoas a mudar de comportamentos doentes para comportamentos saudáveis. Geralmente, essas estratégias de marketing social são realizadas através de programas de comunicação, através de campanhas educativas e de campanhas de atitude (Evans, 2006; NCI, 2008; Wymer, 2011). Além desses programas de comunicação, por vezes oferecem-se produtos individuais para ajudar os indivíduos a substituir comportamentos doentes por comportamentos saudáveis (Wymer, 2011).

#### **2.1.4. Marketing social e as suas variáveis**

De acordo com o estudo de Helmig e Thaler (2010), as variáveis dos marketing social podem-se dividir em cinco categorias. Essas categorias são variáveis independentes, variáveis mediadoras, variáveis moderadoras, variáveis resultado e variáveis controlo, que contribuem para a eficácia das campanhas de marketing social. Essas variáveis moderadoras influenciam o impacto nas variáveis independentes sobre as variáveis mediadoras, bem como os efeitos das variáveis mediadoras sobre as variáveis de resultado (ver figura 1).

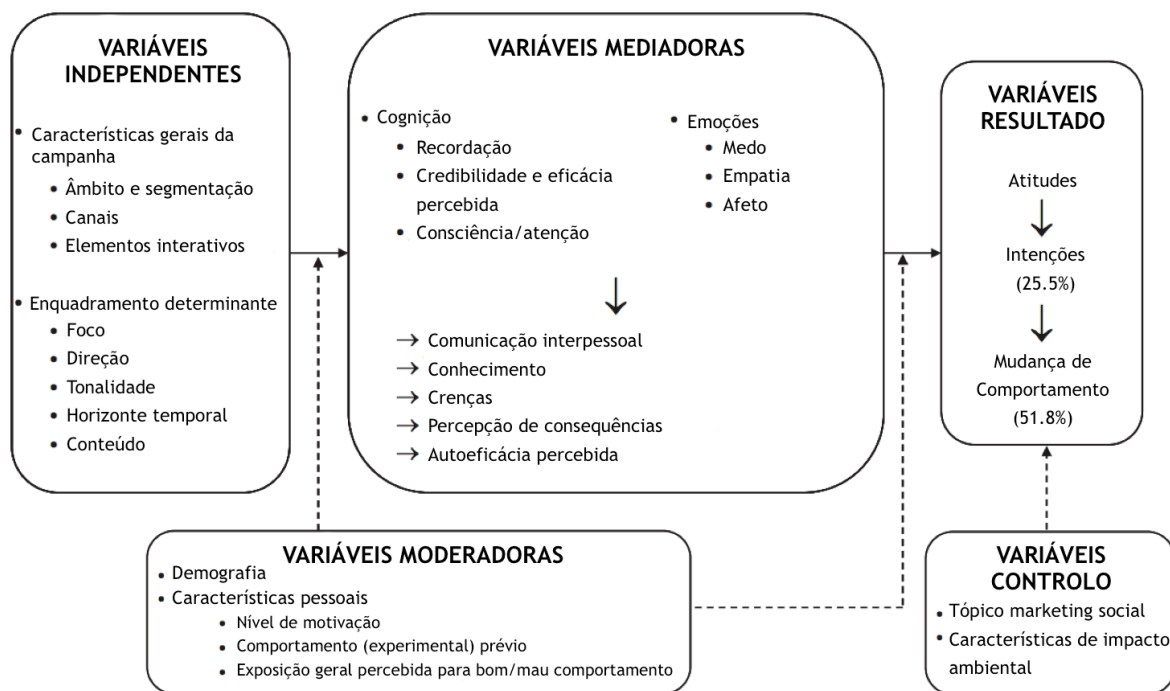


Figura 1 - Tipos de Variáveis do Marketing Social.

Fonte: Adaptado de Helmig e Thaler (2010).

No marketing social, as emoções são importantes mediadoras. Essas emoções podem ser medo, raiva, tristeza, empatia, afeto, culpa ou vergonha (Arthur & Quester, 2004; Bagozzi & Moore, 1994; Brennan & Binney, 2010; Helmig & Thaler, 2010).

### 2.1.5. Marketing social e saúde pública

O marketing social possui uma vasta área de ação, tendo quatro principais temas sociais que podem beneficiar de princípios e técnicas de marketing social que são os comportamentos relacionados com a saúde, os comportamentos de prevenção de acidentes, os comportamentos ambientais e os comportamentos de envolvimento com a comunidade (Kotler & Lee, 2008).

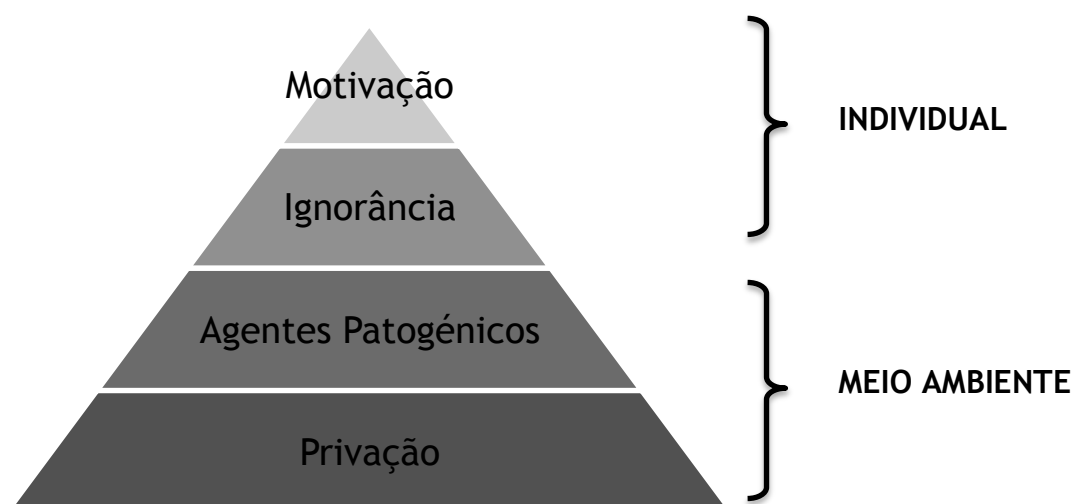
O marketing social é particularmente útil em esforços para mudar o comportamento do consumidor em áreas relacionadas com a saúde (Fox & Kotler, 1980), como tal tem sido frequentemente usado para fornecer soluções na área da saúde pública (Andreasen, 1995; Evans, 2006; Gordon, McDermott, Stead, & Angus, 2006; Grier & Bryant, 2005; Hoek & Jones, 2011; Lefebvre & Flora, 1988; Mackert & Love, 2011).

De acordo com Evans (2006), o marketing social utiliza estratégias de marketing comercial para promover a saúde pública, e conta com os profissionais de saúde para a sua eficácia.

Do ponto de vista de Wymer (2011), os profissionais de marketing social deviam-se preocupar mais com a introdução de conceitos na área de saúde pública, em vez de só usarem conceitos de marketing comercial, mas adequados à venda de bens de consumo que afetam a mudança social.

Embora o marketing social não seja suficiente para mudar o comportamento de todo o público-alvo, contribui, porém, com mais uma ferramenta para conquistar os benefícios de saúde e bem-estar, e em termos de saúde pública pode contribuir substancialmente para a mudança de estilos de vida necessários para combater determinados tipos de doenças, como doenças agudas e doenças crônicas não transmissíveis (Suarez-Almazor, 2011).

Como descrito por Wymer (2011), o seu modelo hierárquico sobre os fatores causais de problemas sociais, ajuda os profissionais de marketing social a compreender, a corrigir e a eliminar as barreiras que causam problemas sociais na saúde pública. O modelo é completo, pois não só inclui barreiras individuais, como também inclui barreiras ambientais (ver figura 2). Para que o modelo seja eficaz, têm que se remover as barreiras em série, do menor para o de maior ordem.



**Figura 2** - Os fatores causais de problemas sociais.

Fonte: Adaptado de Wymer (2011).

As duas categorias mais baixas da pirâmide são dirigidas para o meio ambiente, que se refere ao contexto social, ecológico, biofísico, cultural, legal, político e comercial dentro do qual uma comunidade vive. As duas categorias superiores são dirigidas para o individual, em que as barreiras da ignorância estão relacionadas com a educação e formação; as barreiras da motivação são aquelas em que os indivíduos têm uma falta de interesse ou de desejo de mudar de comportamento (Wymer, 2011).

## 2.2. Dádiva de Sangue

O apelo à dádiva de sangue é comum por todo o mundo (J. L. France et al., 2007). Segundo Ferguson (1996), é importante identificar os fatores que motivam ou inibem o número de dádivas futuras. Com esse propósito, examinou a eficácia relativa de diferentes modelos teóricos para prever o comportamento de dádiva de sangue no futuro.

### 2.2.1. Comportamento à dádiva de sangue

Apesar de várias teorias preverem o comportamento de dádiva de sangue, as relações mais fortes foram observadas em construções resultantes da Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1985).

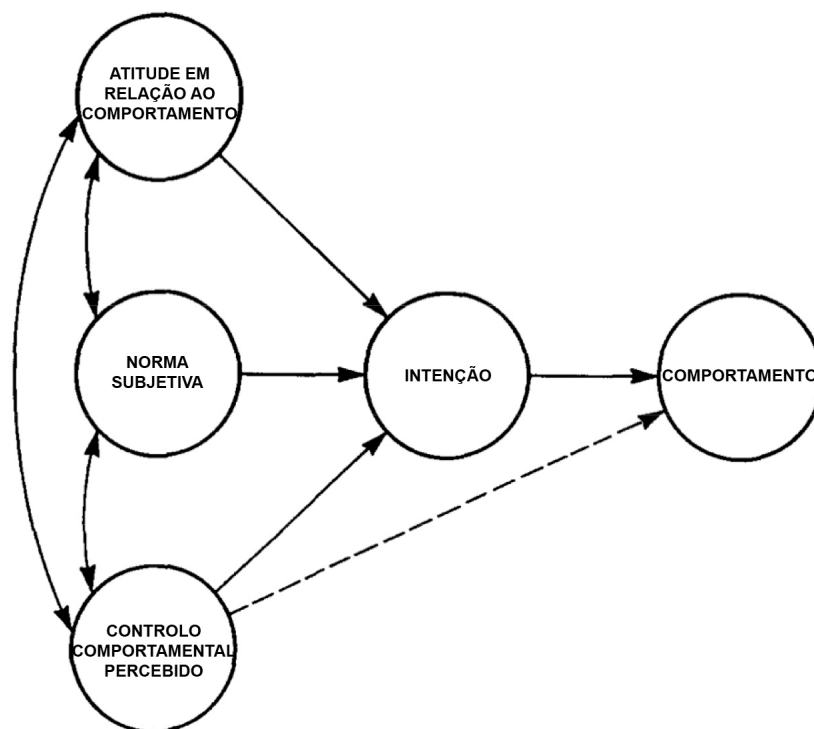


Figura 3 - Teoria do Comportamento Planeado.

Fonte: Adaptado de Ajzen (1991).

A Teoria do Comportamento Planeado (ver figura 3), pressupõe que o comportamento de um indivíduo pode ser determinado pela sua intenção, que por sua vez é afetada pela atitude em relação ao comportamento (avaliação positiva ou negativa do comportamento), pela norma subjetiva (percepção da pressão social) e pelo controlo comportamental percebido (facilidade ou dificuldade em realizar o comportamento percebido) (Ajzen & Madden, 1986; Ajzen, 1991).

Segundo Bednall, Bove, Cheetham e Murray (2013), a Teoria do Comportamento Planeado aplicada à dádiva de sangue prevê que a decisão de dar depende de uma perspectiva positiva em relação à dádiva de sangue (atitude), da percepção da pressão social para dar (norma subjetiva) e de que as crenças de dar estão sob controle do indivíduo (controle comportamental percebido). Este modelo básico foi posteriormente alargado por Masser, White, Hyde, Terry, e Robinson (2009) a fatores adicionais. Esses fatores adicionais incluem a medida em que os indivíduos estão confiantes na sua capacidade de dar sangue (autoeficácia), e nas percepções de outros indivíduos significativos como família, amigos ou colegas de trabalho, que dão sangue (norma descritiva).

Não só a Teoria do Comportamento Planeado, mas também a Teoria da Autoeficácia introduzida por Bandura (1977) está relacionada com a construção de controle comportamental percebido, pois a autoeficácia é definida como a convicção que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar comportamentos específicos. Como tal, ambas as teorias foram utilizadas em conjunto, em vários estudos como os de Armitage e Conner (2001), France et al. (2007), Giles, McClenahan, Cairns, e Mallet (2004) e Lemmens et al. (2005), para testar as suas utilidades em relação à dádiva de sangue.

### **2.2.2. Motivações à dádiva de sangue**

O altruísmo tem vindo a ser especialmente definido como um desejo geral de aumentar o bem-estar de outras pessoas, sem haver benefício explícito para si mesmo (Batson, Ahmad, & Tsang, 2002).

Na europa, a dádiva de sangue não é simplesmente feita por altruísmo, mas também por motivações particulares e por oportunidades oferecidas ao dar sangue. Dar sangue não é estritamente voluntário, mas igualmente dependente das formas específicas associadas à recolha de sangue (Healy, 2000).

Com base em Schwartz (1977), as medidas de obrigação têm vindo a ser baseadas na teoria das normas morais pessoais, em que o individuo possui normas internas de como se deve comportar, sendo estas ativadas situações específicas como um pedido para dar sangue.

Não só o altruísmo, como também as normas morais pessoais, podem ser consideradas como formas de motivação de comportamentos a favor da sociedade, na medida em que representam um desejo de ter um impacto positivo nas outras pessoas através da dádiva de sangue (Bednall et al., 2013).

Vários estudos, como o de C. R. France, Ditto, France e Himawan (2008), têm investigado a influência das experiências positivas e negativas nos centros de recolha de sangue. Essas experiências positivas, como a qualidade do serviço recebida e a satisfação no geral, estão relacionadas com a importância de incentivar os doadores a voltar a dar sangue.

Conforme as pesquisas de Bednall e Bove (2011), Gillespie e Hillyer (2002) e James, Schreiber, Hillyer e Shaz (2012), as principais fontes de motivação positiva para a dádiva de sangue são o altruísmo, a comunidade, os incentivos, o dinheiro, o benefício pessoal, a pressão geral para dar, a realização pessoal, o contato pessoal, a solicitação de outros doadores, a consciência, a autoestima, a curiosidade e a religiosidade.

### **2.2.3. Barreiras à dádiva de sangue**

Estudos como os de Lemmens et al. (2005) e Robinson, Masser, White, Hyde, e Terry (2008) mostram que umas das barreiras à dádiva de sangue é a ansiedade que as pessoas experienciam antes de dar sangue, como a preocupação com a dor. Outras barreiras à dádiva de sangue são as experiências com reações adversas, tais como tonturas, náuseas ou desmaios, pois desencoraja os doadores a voltar a dar sangue (Ferguson & Bibby, 2002).

Alguns estudos têm investigado a forma como os dados demográficos dos doadores, como por exemplo o sexo, a idade, a cultura e a educação, têm influência na dádiva de sangue. O doador típico tem sido descrito como uma pessoa com estudos, do sexo masculino, de cor branca e de meia-idade (Shaz, James, Hillyer, Schreiber, & Hillyer, 2011; Veldhuizen, Doggen, Atsma, & De Kort, 2009).

Para Oswalt e Hoff (1975), a principal razão pela qual a população não dá sangue é a desqualificação médica (inclui idade avançada, doença pulmonar, anemia, peso abaixo da média, hepatite e malária), o medo (inclui medo de agulhas, de sangue e de médicos/enfermeiros), apatia (que inclui respostas como “não sei”, “nunca pensei nisso” e “por nenhuma razão”) e inconveniência (que inclui falta de transporte, dificuldade em arranjar baby-sitter ou horários dos centros). Outras razões apontadas são o achar que o sangue não presta e de não saber como o dar.

Segundo um inquérito realizado em Portugal entre 2005 e 2006, 18,4% da população residente já tinha dado sangue pelo menos uma vez, sendo a frequência da dádiva de sangue mais elevada nos homens, do que nas mulheres. Este inquérito revelou ainda que a atitude de dar sangue aumentava com a idade, obtendo os valores mais elevados no grupo etário dos 55 aos 64 anos (INE & INSA, 2009).

O baixo número de mulheres que dá sangue poderá ser causado pela gravidez ou amamentação, pois nessa altura não poderá dar sangue (Misje, Bosnes, & Heier, 2010).

Segundo as investigações de Bednall e Bove (2011), Gillespie e Hillyer (2002) e James et al. (2012), as principais barreiras à dádiva de sangue são o medo geral, o medo de agulha, o medo da dor, o medo do diferimento, o medo de desqualificação médica, a ansiedade, o nervosismo, o desconhecimento da necessidade, a apatia e a ausência de pedidos para dar sangue.

## **2.5. Construção de hipóteses**

Para este estudo, construíram-se oito hipóteses em que serão testadas empiricamente.

Para se determinar as principais motivações que levam à prática da dádiva de sangue e quais as mais importantes para o dador, sustentado na escala de Karacan, Seval, Aktan, Ayli e Palabiyikoglu (2013), foi possível definir as três hipóteses seguintes:

- **H1** - O benefício próprio e razões externas são menos importantes que os valores e dever moral para os dadores de sangue.
- **H2** - O benefício próprio e razões externas são menos importantes que sentimentos positivos e estima para os dadores de sangue.
- **H3** - Os valores externos e dever moral são mais importantes que os sentimentos positivos e estima para os dadores de sangue.

Ao perceber que os fatores comportamentais dos não dadores são primordiais para perceber a intenção de dar sangue, utilizou-se o estudo de Martín-Santana e Beerli-Palacio (2008), para construir as três hipóteses a seguir indicadas:

- **H4** - As barreiras influenciam negativamente a intenção de dar sangue.
- **H5** - Os incentivos influenciam positivamente a intenção de dar sangue.
- **H6** - A motivação influenciam positivamente a intenção de dar sangue.

Para perceber se existem diferenças de personalidade entre dadores e não dadores, serviu de base a escala de Rammstedt e John (2007), como tal, definiu-se a hipótese 7 a seguir:

- **H7** - Os dadores apresentam diferenças de personalidade em relação aos não dadores.

Para além de perceber se existem diferenças de personalidade entre dadores e não dadores, quis-se também compreender se os dadores de sangue são mais felizes do que os não dadores. Para tal, usou-se a escala de Lyubomirsky e Lepper (1999) e, com base nisso, foi definida a hipótese oito:

- **H8** - Os dadores de sangue são mais felizes que os não dadores.

Depois destas delineações, pode-se considerar o capítulo da fundamentação teórica por finalizado. Para realizar estes levantamentos, serão enunciados os procedimentos metodológicos adotados para este estudo.

## Capítulo 3

### 3. Procedimentos Metodológicos

Neste capítulo vão ser apresentados os procedimentos metodológicos aplicados neste estudo. O estudo está dividido em três etapas, que são as variáveis e escalas, o procedimento de amostragem e a descrição da recolha de dados.

#### 3.1. Variáveis e escalas

Para alcançar as informações necessárias, foi necessário definir o questionário com instrumentos adequados. Como tal, a construção do instrumento de estudo ocorreu com base nas hipóteses do estudo.

Para o grupo “A - Introdução” do questionário, adotou-se a escala usada por Karacan, Seval, Aktan, Ayli e Palabiyikoglu (2013). Esta escala vai analisar se o inquirido já necessitou de sangue para a sua família, se já necessitou de sangue para si mesmo e se atualmente é dador de sangue (ver figura 4). A escala utilizada neste grupo é uma escala nominal de resposta “Sim” ou “Não”.

A - INTRODUÇÃO		
I. Vou fazer-lhe umas perguntas. Responda indicando se “Sim” ou “Não”.		
NOTA: ASSINALE 1 PARA “SIM” E 0 PARA “NÃO”.		
Q.1.	Já houve necessidade de sangue na sua família?	‘ ___ ’
Q.2.	Alguma vez necessitou de sangue para si mesmo?	‘ ___ ’
Q.3.	Atualmente é dador de sangue?	‘ ___ ’

NOTA: SE O ENTREVISTADOR RESPONDEU “NÃO” NA QUESTÃO Q.3., PASSA PARA O GRUPO C DO QUESTIONÁRIO.

Figura 4 - Grupo “A - Introdução” do questionário.

Fonte: Elaboração própria. Retirado do questionário.

Para o grupo “B - Dador” do questionário, optou-se também pela escala de (Karacan et al., 2013). Com esta escala, consegue-se analisar as motivações dos dadores referentes ao benefício próprio e razões externas, aos valores e dever moral, e sentimentos positivos e estima. A escala utilizada para responder a este grupo é uma escala tipo *Likert*, em que o inquirido tem que responder às questões indicando até que ponto concorda com elas, usando uma escala de 1 a 5, sendo que 1 “Discordo completamente”, 2 “Discordo”, 3 “Não concordo nem discordo”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo completamente” (ver figura 5).

B - DADOR		
II. Vou ler-lhe algumas frases. Responda às questões indicando até que ponto concorda com elas, usando uma escala de 1 a 5, sendo que 1 “Discordo completamente”, 2 “Discordo”, 3 “Não concordo nem discordo”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo completamente”.		
NOTA: ENTREGAR CARTÃO 1.		
Q.4.	A dádiva de sangue é uma causa que é importante para mim.	1 2 3 4 5
Q.5.	Dar sangue faz-me sentir importante.	1 2 3 4 5
Q.6.	A dádiva de sangue é uma forma de fazer novos amigos.	1 2 3 4 5
Q.7.	O meu agregado familiar acha que a dádiva de sangue é uma atividade importante.	1 2 3 4 5
Q.8.	Sempre que vejo o logótipo do banco de sangue ou um anúncio de dádiva de sangue eu tenho uma boa sensação.	1 2 3 4 5
Q.9.	Eu raramente penso sobre a dádiva de sangue, é um hábito.	1 2 3 4 5
Q.10.	Dar sangue faz-me sentir melhor comigo mesmo(a).	1 2 3 4 5
Q.11.	Eu acho que a dádiva de sangue beneficia a minha própria saúde.	1 2 3 4 5
Q.12.	Para mim, a dádiva de sangue é principalmente um dever moral.	1 2 3 4 5
Q.13.	Eu dou sangue porque sinto compaixão para com os recetores de produtos de sangue.	1 2 3 4 5
Q.14.	Os meus amigos acham que é importante que eu dê sangue.	1 2 3 4 5
Q.15.	Eu dou sangue porque é importante para ajudar outras pessoas.	1 2 3 4 5
Q.16.	Ao dar sangue eu posso explorar as minhas próprias forças.	1 2 3 4 5
Q.17.	Dar sangue faz-me sentir necessário(a).	1 2 3 4 5
Q.18.	Se eu não contribuir mais ninguém o fará.	1 2 3 4 5
Q.19.	A dádiva de sangue é uma parte importante de quem eu sou.	1 2 3 4 5
Q.20.	Os meus colegas e outras pessoas que conheço, valorizam muito o ser-se dador de sangue.	1 2 3 4 5
Q.21.	Uma razão importante para a dádiva de sangue é receber um exame de saúde gratuito.	1 2 3 4 5
Q.22.	Eu acho que a dádiva de sangue é uma tarefa para cada indivíduo.	1 2 3 4 5
Q.23.	Eu acredito que um dia eu também possa vir a precisar de sangue.	1 2 3 4 5
Q.24.	Eu dou sangue porque quando eu precisei para mim foi difícil de encontrar.	1 2 3 4 5
Q.25.	Ao dar sangue, eu tive a ideia de salvar uma vida.	1 2 3 4 5
Q.26.	Eu dou sangue por motivos religiosos (para ganhar a recompensa dada por Deus, etc.).	1 2 3 4 5
Q.27.	Eu dou sangue porque eu sei que o meu tipo sanguíneo é muito escasso.	1 2 3 4 5
Q.28.	Eu sinto-me forçado a dar sangue devido a pressões sociais (ex., supervisor, gerente, procurado por conhecidos).	1 2 3 4 5
Q.29.	Recebo elogios e apoio por parte dos funcionários do banco de sangue.	1 2 3 4 5
Q.30.	Eu dou sangue para recompensa da minha bondade.	1 2 3 4 5
Q.31.	Anúncios, campanhas de dádiva de sangue, publicações educativas, banners e cartazes influenciam-me a dar sangue.	1 2 3 4 5
NOTA: PASSAR AO GRUPO D DO QUESTIONÁRIO.		

Figura 5 - Grupo "B - Dador" do questionário.

Fonte: Elaboração própria. Retirado do questionário.

No grupo “C - Não Dador” do questionário, usou-se 2 escalas distintas. Para analisar as barreiras, os incentivos e as motivações dos não dadores, usou-se a escala de Martín-Santana e Beerli-Palacio (2008), em que as questões vão da questão Q.32 à questão Q.62. Para analisar a intenção de dádiva dos não dadores, usou-se a escala de J. L. France, France e Himawan (2008), em que as questões são Q.63 e Q.64. A escala utilizada para responder a este grupo é também uma escala tipo *Likert*, em que o inquirido tem que responder às questões indicando até que ponto concorda com elas, usando uma escala de 1 a 5, sendo que 1 “Discordo completamente”, 2 “Discordo”, 3 “Não concordo nem discordo”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo completamente” (ver figura 6).

C - NÃO DADOR		
III. Vou ler-lhe algumas frases. Responda às questões indicando até que ponto concorda com elas, usando uma escala de 1 a 5, sendo que 1 “Discordo completamente”, 2 “Discordo”, 3 “Não concordo nem discordo”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo completamente”.		
NOTA: ENTREGAR CARTÃO 1.		
Q.32.	Eu tenho medo de agulhas.	1 2 3 4 5
Q.33.	Eu tenho medo da transmissão de doenças infecciosas.	1 2 3 4 5
Q.34.	Eu não gosto de ver sangue.	1 2 3 4 5

Q.35.	Eu não tenho a certeza do destino final do sangue.	_____
Q.36.	Eu não tenho tempo para dar sangue.	_____
Q.37.	Dar sangue pode ser prejudicial para a minha saúde.	_____
Q.38.	Só as pessoas fisicamente mais fortes podem dar sangue.	_____
Q.39.	Dar sangue pode fazer-me sentir fraco ou com náuseas.	_____
Q.40.	Dar sangue pode causar fraqueza.	_____
Q.41.	Eu não tenho nenhuma informação sobre como dar sangue.	_____
Q.42.	Eu acredito que não há problemas de escassez de sangue.	_____
Q.43.	Não tenho conhecimento de centros onde o sangue pode ser dado.	_____
Q.44.	Os horários de abertura dos centros de sangue são inadequados.	_____
Q.45.	Há dificuldades de estacionamento nos centros de sangue.	_____
Q.46.	É importante o reconhecimento social através de diplomas, medalhas, certificados, etc. por se ser um dador regular.	_____
Q.47.	Sou recompensado ao receber uma análise completa do sangue.	_____
Q.48.	É fundamental receber conselhos médicos sobre o meu estado de saúde.	_____
Q.49.	É importante fazer-se homenagens em eventos públicos por se ser um dador de alta frequência.	_____
Q.50.	Devia-se criar dísticos para viaturas que indicassem que a pessoa é um dador de sangue.	_____
Q.51.	Devia haver unidades móveis perto da minha casa.	_____
Q.52.	Devia haver unidades móveis perto do meu trabalho.	_____
Q.53.	Devia haver promotores que me incentivassem a dar sangue.	_____
Q.54.	Devia existir um cartão de fidelidade com pontos por dádiva que pudessem ser trocados por brindes, descontos, etc.	_____
Q.55.	Daria sangue por uma causa de um pedido de sangue urgente.	_____
Q.56.	Ao ver ou ouvir uma campanha publicitária sobre dádiva de sangue poderia influenciar-me a dar sangue.	_____
Q.57.	Daria sangue só para cumprir um dever social.	_____
Q.58.	Não daria sangue só para ser solidário com a humanidade.	_____
Q.59.	Para satisfação pessoal ou para ajudar os outros eu daria sangue.	_____
Q.60.	Eu daria sangue só porque me poderia trazer benefícios de saúde.	_____
Q.61.	Não daria sangue só porque ele me poderia fazer sentir útil para a sociedade.	_____
Q.62.	Nunca daria sangue simplesmente porque é necessário.	_____
Q.63.	Não tenho a intenção de dar sangue.	_____
Q.64.	Vou tentar dar sangue.	_____

Figura 6 - Grupo “C - Não Dador” do questionário.

Fonte: Elaboração própria. Retirado do questionário.

Para o grupo “D - Personalidade”, usou-se a escala de Rammstedt e John (2007) para analisar a diferença de personalidade entre dadores e não dadores. Esta escala de 10 itens é a versão curta da escala *Big Five* de 44 itens. Optou-se pela escala curta, visto que o questionário já era longo e assim evitou-se de sobrecarregar ainda mais o inquirido. A escala utilizada para responder a este grupo é também uma escala tipo *Likert*, em que o inquirido tem que responder às questões indicando até que ponto concorda com elas, usando uma escala de 1 a 5, sendo que 1 “Discordo completamente”, 2 “Discordo”, 3 “Não concordo nem discordo”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo completamente” (ver figura 7).

D - PERSONALIDADE		
IV. Vou ler-lhe um número de características que podem ou não descreve-lo(a). Responda às questões indicando até que ponto concorda com elas, usando uma escala de 1 a 5, sendo que 1 “Discordo completamente”, 2 “Discordo”, 3 “Não concordo nem discordo”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo completamente”.		
NOTA: ENTREGAR CARTÃO 1.		
Q.65.	É reservado(a).	_____
Q.66.	Geralmente é de confiança.	_____
Q.67.	Tende a ser preguiçoso(a).	_____
Q.68.	É relaxado(a), lida bem com o stress.	_____
Q.69.	Tem poucos interesses artísticos.	_____
Q.70.	É sociável, amigável.	_____
Q.71.	Tende a encontrar os defeitos dos outros.	_____
Q.72.	Faz um trabalho exaustivo.	_____
Q.73.	Fica nervoso(a) facilmente.	_____
Q.74.	Tem uma imaginação ativa.	_____

Figura 7 - Grupo “D - Personalidade” do questionário.

Fonte: Elaboração própria. Retirado do questionário.

No grupo “E - Felicidade” do questionário, usou-se a escala de Lyubomirsky e Lepper (1999) para analisar a diferença de felicidade entre dadores e não dadores. A escala utilizada para responder às questões Q.75, Q. 76, Q.77 e Q.78 são diferentes, de forma que se utilizaram uns cartões para facilitar as respostas dos inquiridos (ver anexo 2). À questão Q.75 usou-se uma escala em que o inquirido tem que responder às questões, usando uma escala de 1 a 5, em que 1 “Muito Infeliz”, 2 “Infeliz”, 3 “Nem feliz nem infeliz”, 4 “Feliz” e 5 “Muito feliz”. Para a questão Q.76 o inquirido tem que responder às questões, usando uma escala de 1 a 5, em que 1 “Muito menos feliz”, 2 “Menos feliz”, 3 “Nem mais nem menos feliz”, 4 “Mais feliz” e 5 “Muito mais feliz”. À questão Q.77 e Q.78, a escala utilizada para responder é uma escala tipo *Likert*, em que o inquirido tem que responder às questões indicando até que ponto concorda com elas, usando uma escala de 1 a 5, sendo que 1 “Discordo completamente”, 2 “Discordo”, 3 “Não concordo nem discordo”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo completamente” (ver figura 8).

E - FELICIDADE			
V. Vou ler-lhe algumas frases sobre como se sente. Por favor responda de 1 a 5.			
Q.75.	Em geral considero-me uma pessoa ...	MOstrar CARTÃO 2.	‘ — ’
Q.76.	Comparando com as pessoas que me rodeiam, considero-me...	MOstrar CARTÃO 3.	‘ — ’
Q.77.	“Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Apreciam a vida independentemente do que lhes acontece, aproveitando tudo ao máximo.” Concordo que esta frase o/a caracterize a si?	MOstrar CARTÃO 1.	‘ — ’
Q.78.	“Algumas pessoas não são geralmente muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes como poderiam ser.” Concordo que esta frase o/a caracterize a si?	MOstrar CARTÃO 1.	‘ — ’

Figura 8 - Grupo “E - Felicidade” do questionário.

Fonte: Elaboração própria. Retirado do questionário.

O questionário ainda contem um grupo “F - Dados de Classificação”, onde neste grupo é analisada a idade, o género, o estado civil, o número de filhos, o grau de instrução, a ocupação ou atividade profissional, o distrito e o grupo sanguíneo do inquirido (ver anexo 1).

A fase preliminar dos itens do questionário foi realizada através da tradução e da adaptação das escalas para o contexto em análise. Para validar o instrumento de recolha de dados, efetuou-se um pré-teste do questionário com 15 inquiridos, para verificar falhas e realizar as devidas correções.

### 3.2. Procedimento de amostragem

A população do estudo é formada por indivíduos dadores e não dadores de sangue, uma vez que a finalidade do estudo é perceber quais os fatores motivacionais que levam ou impedem um indivíduo de dar sangue.

Os quinze questionários de pré-teste, foram realizados em locais públicos de grande afluência para uma rápida verificação das escalas.

Optou-se por se fazer uma abordagem aos sujeitos com base na acessibilidade, como tal os questionários foram aplicados na *Universidade da Beira Interior*, num posto de combustível em Abrantes e pela Internet, em que alguns questionários foram a membros de várias associações a nível nacional de dadores de sangue.

No total, foram recolhidos 503 questionários, sendo necessário eliminar 4 por conter vários dados em falta. No total, restaram 499 questionários que serviram de base para o estudo e avaliação dos resultados.

### **3.3. Descrição da recolha de dados**

A recolha de dados foi efectuada por 22 alunos da disciplina de estudos de mercado da licenciatura em marketing da *Universidade da Beira Interior* e pela própria investigadora, durante o mês de Maio e Junho de 2014, com um tempo de preenchimento por questionário de aproximadamente 10 minutos.

Do total da amostra de 503 questionários, foram obtidos 12 questionários por aluno, prefazendo um total de 264 questionários, enquanto que pela própria investigadora do estudo foram recolhidos 239 questionários.

Nem todos os questionários foram recolhidos em papel. Para os questionários efectuados via internet, usou-se o software *LimeSurvey*.

Para efetuar a análise dos dados recolhidos através do questionário, foi usado o software *IBM SPSS Statistics* versão 21.



## Capítulo 4

### 4. Análise e Discussão dos Resultados

Neste capítulo, os resultados obtidos através do questionário, vão ser analisados e discutidos com base na metodologia definida no capítulo anterior. Inicialmente será realizada uma análise exploratória preliminar dos dados recolhidos e posteriormente será feita uma análise descritiva da amostra.

#### 4.1. Análise exploratória preliminar

Após o trabalho de campo através do questionário, inseriu-se os dados recolhidos no software *IBM SPSS Statistics* para uma avaliação inicial, com o objetivo de identificar erros e preparar os dados para uma análise estatística futura.

Começou-se pela verificação dos *missing values*, excluindo todas as entradas de dados que contivessem mais de duas variáveis em falta. Adotou-se esta regra, visto que questionários com o máximo de duas entradas em falta não iriam interferir na análise geral do estudo, podendo estas ter acontecido por mera distração no preenchimento do referido questionário. Após a aplicação desta regra, houve a necessidade de se eliminar 4 questionários, o que correspondeu a 0,80% da amostra, reduzindo a amostra de 503 para 499 inquiridos.

#### 4.2. Descrição da amostra

A descrição da amostra foi analisada com base nas variáveis demográficas e socioeconómicas, tais como a idade, o género, o estado civil, o número de filhos, a escolaridade, a situação ocupacional e o distrito de residência dos inquiridos. Apesar destas variáveis, ainda se teve em consideração se o inquirido atualmente é dador de sangue e se sabe o seu grupo sanguíneo.

A variável “atualmente é dador de sangue”, serviu para dividir a amostra em dois grupos, os indivíduos que são dadores e os que não são dadores de sangue, dando a possibilidade de os comparar. Em 499 inquiridos, 174 (34,9%) são dadores e 325 (65,1%) não são dadores de sangue (ver tabela 1).

Tabela 1 - Descrição da Variável Atualmente é Dador de Sangue.

	Atualmente é Dador de Sangue?
Sim	174 (34,9%)
Não	325 (65,1%)
<b>Total</b>	<b>499 (100,0%)</b>

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Relativamente à variável “idade”, esta foi convertida em três escalões etários para facilitar a análise (ver tabela 2). Segundo os escalões etários, os inquiridos no geral encontram-se maioritariamente entre os “18 e os 30 anos” com 61,7%, em seguida encontram-se entre os “31 a 45 anos” com 25,7% e em menor percentagem no escalão dos “46 a 60 anos” que corresponde a 12,6% do total das inquiridos. À que salientar que os inquiridos têm maioritariamente a idade compreendida entre os “18 e 30 anos” devido a uma parte da amostra ter sido recolhida na *Universidade da Beira Interior*.

Tabela 2 - Descrição da Variável Idade por Escalão Etário.

	18 a 30 anos	31 a 45 anos	46 a 60 anos	Total
<b>Dadores</b>	109 (62,6%)	48 (27,6%)	17 (9,8%)	174 (100,0%)
<b>Não Dadores</b>	199 (61,2%)	80 (24,6%)	46 (14,2%)	325 (100,0%)
<b>Total</b>	<b>308 (61,7%)</b>	<b>128 (25,7%)</b>	<b>63 (12,6%)</b>	<b>499 (100,0%)</b>

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

No que diz respeito à variável “género”, os inquiridos não têm uma diferença significativa, visto que 261 (52,3%) inquiridos são femininos e 238 (47,7%) são masculinos (ver tabela 3).

Tabela 3 - Descrição da Variável Género.

	Masculino	Feminino	Total
<b>Dadores</b>	81 (46,6%)	93 (53,4%)	174 (100,0%)
<b>Não Dadores</b>	157 (48,3%)	168 (51,7%)	325 (100,0%)
<b>Total</b>	<b>238 (47,7%)</b>	<b>261 (52,3%)</b>	<b>499 (100,0%)</b>

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Em relação à variável “estado civil”, 297 (59,5%) dos inquiridos são “solteiros”, 170 (34,1%) são “casados ou em união de facto”, 30 (6,0%) são “divorciados” e 2 (0,4%) são “viúvos”. Maioritariamente, os inqueridos são “solteiros” devido ao facto, já mencionado anteriormente, de uma grande parte da amostra ter sido recolhida na *Universidade da Beira Interior* (ver tabela 4).

Tabela 4 - Descrição da Variável Estado Civil.

	Solteiro	Casado/ União de Facto	Divorciado	Viúvo	Total
<b>Dadores</b>	100 (57,5%)	64 (36,8%)	9 (5,2%)	1 (0,6%)	174 (100,0%)
<b>Não Dadores</b>	197 (60,6%)	106 (32,6%)	21 (6,5%)	1 (0,3%)	325 (100,0%)
<b>Total</b>	297 (59,5%)	170 (34,1%)	30 (6,0%)	2 (0,4%)	499 (100,0%)

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Comparativamente à variável “número de filhos”, não há uma grande variação do número de filhos dos dadores, para o número dos não dadores de sangue que foram inquiridos. A maioria dos indivíduos não têm nenhum filho (335 - 67,2%), 81 (13,8%) só têm um filho, 69 (13,8%) têm dois filhos, 12 (2,4%) têm três filhos e 2 (0,4%) dos inquiridos têm quatro filhos (ver tabela 5).

Tabela 5 - Descrição da Variável Número de Filhos.

	Nenhum Filho	1 Filho	2 Filhos	3 Filhos	4 Filhos	Total
<b>Dadores</b>	119 (68,4%)	31 (17,8%)	18 (10,3%)	6 (3,5%)	0 (0,0%)	174 (100,0%)
<b>Não Dadores</b>	216 (66,5%)	50 (15,4%)	51 (15,7%)	6 (1,8%)	2 (0,6%)	325 (100,0%)
<b>Total</b>	335 (67,2%)	81 (16,2%)	69 (13,8%)	12 (2,4%)	2 (0,4%)	499 (100,0%)

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

No que concerne à variável “grau de instrução”, 220 (44,1%) dos inquiridos no geral têm um grau de instrução de “12º ano (7º ano liceal/ 11º ano)”. Comparativamente aos dadores e não dadores de sangue, existem diferenças significativas entre o grau de instrução “universitário/ pós-graduação/ mestrado/ doutoramento” e o “9º ano (5º ano liceal)”. Na amostragem, verifica-se a existência de uma maior percentagem de dadores com grau de instrução “universitário/ pós-graduação/ mestrado/ doutoramento”, que não dadores. Em relação ao

“9º ano (5º ano liceal)”, os inquiridos não dadores têm uma percentagem superior que os dadores (ver tabela 6).

Tabela 6 - Descrição da Variável Grau de Instrução.

	Universitário / Pós-graduação / Mestrado / Doutoramento	Curso Médio / Politécnico	12º Ano (7º Ano Liceal / 11º Ano)	9º Ano (5º Ano Liceal)
Dadores	67 (38,5%)	14 (8,0%)	75 (43,1%)	6 (3,4%)
Não Dadores	103 (31,7%)	33 (10,2%)	145 (44,6%)	29 (8,9%)
Total	170 (34,1%)	47 (9,4%)	220 (44,1%)	35 (7,0%)

	6º Ano (2º Ano Liceal)	Instrução Primária Completa	Instrução Primária Incompleta / Analfabeto	Total
Dadores	6 (3,4%)	5 (2,9%)	1 (0,6%)	174 (100,0%)
Não Dadores	7 (2,2%)	8 (2,5%)	0 (0,0%)	325 (100,0%)
Total	13 (2,6%)	13 (2,6%)	1 (0,2%)	499 (100,0%)

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

A variável “ocupação ou atividade profissional principal” com maior percentagem é “outras”, estando nesta categoria 166 (33,3%) dos inquiridos. Há uma grande percentagem nesta categoria, visto que uma parte da amostra foi recolhida na *Universidade da Beira Interior* e na sua maioria a estudantes. Em relação aos dadores e não dadores de sangue, existem diferenças significativas no “quadro científico ou de direção”, no “inativo ou desempregado” e em “outras”. No caso do “quadro científico ou de direção” e no “inativo ou desempregado”, verifica-se uma maior percentagem de dadores do que não dadores. Ao contrário dos anteriores, o “outras” apresenta, maior percentagem de não dadores que do que dadores (ver tabela 7).

Tabela 7 - Descrição da Variável Ocupação ou Atividade Profissional Principal.

	Quadro Científico ou de Direção	Especialista ou Técnico	Pessoal Administrativo, dos Serviços ou de Comercio	Artesão ou Operário, Profissão de Base
Dadores	15 (8,6%)	27 (15,5%)	30 (17,2%)	20 (11,5%)
Não Dadores	21 (6,5%)	58 (17,8%)	51 (15,7%)	32 (9,8%)
Total	36 (7,2%)	85 (17,0%)	81 (16,2%)	52 (10,4%)

	Inativo ou desempregado	Outras	Total
Dadores	30 (17,2%)	52 (29,9%)	174 (100,0%)
Não Dadores	49 (15,1%)	114 (35,1%)	325 (100,0%)
Total	79 (15,8%)	166 (33,3%)	499 (100,0%)

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Os distritos de Portugal com maior número de inquiridos nesta amostra são Castelo Branco (32,9%), Santarém (19,0%), Porto (13,85%) e Guarda (11,85%), realçando-se o distrito do Porto com maior percentagem de dadores de sangue do que não dadores (ver tabela 8).

Tabela 8 - Descrição da Variável Distrito.

	Aveiro	Beja	Braga	Bragança	Castelo Branco	Coimbra
Dadores	6 (3,4%)	0 (0,0%)	3 (1,7%)	1 (0,6%)	44 (25,3%)	0 (0,0%)
Não Dadores	9 (2,8%)	0 (0,0%)	14 (4,3%)	3 (0,9%)	120 (36,9%)	1 (0,3%)
Total	15 (3,0%)	0 (0,0%)	17 (3,4%)	4 (0,8%)	164 (32,9%)	1 (0,2%)

	Évora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre
Dadores	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (11,5%)	4 (2,3%)	5 (2,9%)	0 (0,0%)
Não Dadores	0 (0,0%)	1 (0,3%)	39 (12,0%)	5 (1,5%)	9 (2,8%)	3 (0,9%)
Total	0 (0,0%)	1 (0,2%)	59 (11,8%)	9 (1,8%)	14 (2,8%)	3 (0,6%)

	Porto	Santarém	Setúbal	Viana do Castelo	Vila Real	Viseu
<b>Dadores</b>	51 (29,3%)	20 (11,5%)	2 (1,1%)	2 (1,1%)	4 (2,3%)	11 (6,3%)
<b>Não Dadores</b>	18 (5,5%)	75 (23,1%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	11 (3,4%)	15 (4,6%)
<b>Total</b>	69 (13,8%)	95 (19,0%)	3 (0,6%)	3 (0,6%)	15 (3,0%)	26 (5,2%)

	Região Autónoma dos Açores	Região Autónoma da Madeira	Total
<b>Dadores</b>	1 (0,6%)	0 (0,0%)	174 (100,0%)
<b>Não Dadores</b>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	325 (100,0%)
<b>Total</b>	1 (0,2%)	0 (0,0%)	499 (100,0%)

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Quanto à variável “grupo sanguíneo”, 139 (27,9%) dos inquiridos não sabe o seu grupo sanguíneo, em que desses 139 inquiridos, 126 não são dadores de sangue (ver tabela 9).

Tabela 9 - Descrição da Variável Grupo Sanguíneo.

	O+	A+	B+	AB+	O-
<b>Dadores</b>	50 (28,7%)	57 (32,8%)	13 (7,5%)	9 (5,2%)	18 (10,3%)
<b>Não Dadores</b>	55 (16,9%)	84 (25,8%)	18 (5,5%)	13 (4,0%)	7 (2,2%)
<b>Total</b>	105 (21,0%)	141 (28,3%)	31 (6,2%)	22 (4,4%)	25 (5,0%)

	A-	B-	AB-	Não Sabe	Total
<b>Dadores</b>	7 (4,0%)	6 (3,4%)	1 (0,6%)	13 (7,5%)	174 (100,0%)
<b>Não Dadores</b>	16 (4,9%)	2 (0,6%)	4 (1,2%)	126 (38,8%)	325 (100,0%)
<b>Total</b>	23 (4,6%)	8 (1,6%)	5 (1,0%)	139 (27,9%)	499 (100,0%)

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

No geral, os inquiridos dadores de sangue sabem o seu grupo sanguíneo e pertencem ao grupo sanguíneo “O+” e “A+”.

### 4.3. Análise descritiva das variáveis qualitativas sobre dádiva de sangue

As variáveis qualitativas associadas à dádiva de sangue que foram aplicadas no estudo, relacionam-se com os constructos referentes à necessidade de sangue para a sua família e para si mesmo. A análise foi feita através da frequência das respostas através das opções “Sim” ou “Não”.

A variável qualitativa referente à “necessidade de sangue para a sua família” obteve 364 (72,95%) respostas negativas e 135 (27,05%) respostas positivas dos inquiridos. Não houve diferenças significativas entre as respostas dos dadores e não dadores de sangue nesta variável (ver tabela 10).

Tabela 10 - Variável Qualitativa Necessidade de Sangue para Familiar.

	Já necessitou de sangue para familiar	Não necessitou de sangue para familiar	Total
Dadores	48 (27,6%)	126 (72,4%)	174 (100,0%)
Não Dadores	87 (26,8%)	238 (73,2%)	325 (100,0%)
Total	135 (27,1%)	364 (72,9%)	499 (100,0%)

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Na variável qualitativa “necessidade de sangue para si” verifica-se que no geral 475 (95,2%) dos inquiridos não necessitaram de sangue para si e que 24 (4,81%) já necessitaram. Entre dadores e não dadores de sangue, também não se verificou uma variação significativa (ver tabela 11).

Tabela 11 - Variável Qualitativa Necessidade de Sangue para Si.

	Já necessitou de sangue para si	Não necessitou de sangue para si	Total
Dadores	9 (5,2%)	165 (94,8%)	174 (100,0%)
Não Dadores	15 (4,6%)	310 (95,4%)	325 (100,0%)
Total	24 (4,8%)	475 (95,2%)	499 (100,0%)

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Observa-se que, apesar de haver inquiridos não dadores que necessitaram de sangue para a sua família e/ou para si mesmo, gerando de alguma forma uma certa sensibilidade, esta não foi suficiente para modificar o comportamento do indivíduo, ou seja, para torná-lo dador de sangue.

#### 4.4. Análise exploratória das variáveis quantitativas sobre dádiva de sangue

Nesta fase vão ser descritas as variáveis quantitativas que compõem o estudo, com base nas verificações das medidas descritivas, que incluem a média e o desvio-padrão. Vão ser ainda realizados testes de t e regressões lineares para uma análise mais aprofundada.

##### 4.4.1. Análise das motivações dos dadores de sangue

A análise das motivações dos dadores de sangue foi dividida em três variáveis distintas. Essas variáveis são o benefício próprio e razões externas, os valores e dever moral, e sentimentos positivos e estima.

Relativamente à variável “benefício próprio e razões externas”, em média os inquiridos discordaram das afirmações “Eu dou sangue porque quando eu precisei para mim foi difícil de encontrar”, “Eu dou sangue por motivos religiosos (para ganhar a recompensa dada por Deus, etc.)” e “Eu sinto-me forçado a dar sangue devido a pressões sociais (ex., supervisor, gerente, procurado por conhecidos)”. Os inquiridos, em média, nem concordaram nem discordaram das afirmações “Uma razão importante para a dádiva de sangue é receber um exame de saúde gratuito”, “Eu dou sangue porque eu sei que o meu tipo sanguíneo é muito escasso”, “Recebo elogios e apoio por parte dos funcionários do banco de sangue”, “Eu dou sangue para recompensa da minha bondade” e “Anúncios, campanhas de dádiva de sangue, publicações educativas, *banners* e cartazes influenciam-me a dar sangue”. Em média, os inquiridos só concordaram com a afirmação “Eu acredito que um dia eu também possa vir a precisar de sangue” (ver tabela 12).

Tabela 12 - Média das motivações referentes ao benefício próprio e razões externas.

	N	Média	Desvio-padrão
Uma razão importante para a dádiva de sangue é receber um exame de saúde gratuito.	174	2,5	1,126
Eu acredito que um dia eu também possa vir a precisar de sangue.	174	4,0	0,930
Eu dou sangue porque quando eu precisei para mim foi difícil de encontrar.	174	2,1	1,105

Eu dou sangue por motivos religiosos (para ganhar a recompensa dada por Deus, etc.).	174	1,7	1,014
Eu dou sangue porque eu sei que o meu tipo sanguíneo é muito escasso.	174	2,4	1,164
Eu sinto-me forçado a dar sangue devido a pressões sociais (ex., supervisor, gerente, procurado por conhecidos).	174	1,6	0,940
Recebo elogios e apoio por parte dos funcionários do banco de sangue.	174	3,2	1,177
Eu dou sangue para recompensa da minha bondade.	174	2,5	1,156
Anúncios, campanhas de dádiva de sangue, publicações educativas, <i>banners</i> e cartazes influenciam-me a dar sangue.	174	3,0	1,048

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

No que diz respeito à variável “valores e dever moral”, os inquiridos no geral nem concordaram nem discordaram com a afirmação “Os meus amigos acham que é importante que eu dê sangue”. Os indivíduos concordam com as afirmações “Dar sangue faz-me sentir melhor comigo mesmo(a)”, “Eu acho que a dádiva de sangue beneficia a minha própria saúde”, “Para mim, a dádiva de sangue é principalmente um dever moral”, “Eu dou sangue porque sinto compaixão para com os recetores de produtos de sangue”, “Eu acho que a dádiva de sangue é uma tarefa para cada indivíduo” e “Ao dar sangue, eu tive a ideia de salvar uma vida”. À afirmação “Eu dou sangue porque é importante para ajudar outras pessoas”, os inquiridos em geral concordam completamente (ver tabela 13).

Tabela 13 - Média das motivações referentes aos valores e dever moral.

	N	Média	Desvio-padrão
Dar sangue faz-me sentir melhor comigo mesmo(a).	174	4,4	0,736
Eu acho que a dádiva de sangue beneficia a minha própria saúde.	174	3,7	0,959
Para mim, a dádiva de sangue é principalmente um dever moral.	174	4,0	0,839
Eu dou sangue porque sinto compaixão para com os recetores de produtos de sangue.	174	3,8	1,028
Os meus amigos acham que é importante que eu dê	174	3,3	0,888

sangue.

Eu dou sangue porque é importante para ajudar outras pessoas.	174	4,5	0,669
Eu acho que a dádiva de sangue é uma tarefa para cada indivíduo.	174	3,8	0,910
Ao dar sangue, eu tive a ideia de salvar uma vida.	174	3,9	0,975

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Em relação à variável “sentimentos positivos e estima”, em geral os inquiridos nem concordaram nem discordaram com as afirmações “A dádiva de sangue é uma forma de fazer novos amigos”, “Eu raramente penso sobre a dádiva de sangue, é um hábito” e “Ao dar sangue eu posso explorar as minhas próprias forças”. Já às afirmações “Dar sangue faz-me sentir importante”, “O meu agregado familiar acha que a dádiva de sangue é uma atividade importante”, “Sempre que vejo o logótipo do banco de sangue ou um anúncio de dádiva de sangue eu tenho uma boa sensação”, “Dar sangue faz-me sentir necessário(a)” e “A dádiva de sangue é uma parte importante de quem eu sou”, os inquiridos concordaram de um modo geral (ver tabela 14).

Tabela 14 - Média das motivações referentes aos sentimentos positivos e estima.

	N	Média	Desvio-padrão
Dar sangue faz-me sentir importante.	174	3,6	1,144
A dádiva de sangue é uma forma de fazer novos amigos.	174	2,8	1,024
O meu agregado familiar acha que a dádiva de sangue é uma atividade importante.	174	4,0	0,836
Sempre que vejo o logótipo do banco de sangue ou um anúncio de dádiva de sangue eu tenho uma boa sensação.	174	4,0	0,762
Eu raramente penso sobre a dádiva de sangue, é um hábito.	174	3,4	1,059
Ao dar sangue eu posso explorar as minhas próprias forças.	174	3,2	1,087
Dar sangue faz-me sentir necessário(a).	174	4,0	0,957
A dádiva de sangue é uma parte importante de quem eu sou.	174	3,8	1,021

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Referente à variável “benefício próprio e razões externas”, em média os inquiridos responderam que nem concordam nem discordam com as afirmações. Em relação às variáveis

“valores e dever moral” e “sentimentos positivos e estima”, em média os inquiridos responderam que concordavam com as afirmações (ver tabela 15).

**Tabela 15** - Descrição das variáveis de benefício próprio e razões externas, valores e dever moral, e sentimentos positivos e estima.

	N	Média	Desvio-padrão
<b>Benefício Próprio e Razões Externas</b>	174	2,6	0,609
<b>Valores e Dever Moral</b>	174	3,9	0,490
<b>Sentimentos Positivos e Estima</b>	174	3,6	0,558

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Através de um teste de t para amostras emparelhadas para as variáveis “benefício próprio e razões externas”, “valores e dever moral” e “sentimentos positivos e estima”, verificou-se que os inquiridos dão mais importância aos valores e dever moral que ao benefício próprio e razões externas. Verificou-se, ainda, que os inquiridos dão mais importância às motivações referentes aos sentimentos positivos e estima, que às motivações de benefício próprio e razões externas (ver tabela 16).

**Tabela 16** - Testes de t para amostras emparelhadas para as variáveis de benefício próprio e razões externas, valores e dever moral, e sentimentos positivos e estima.

	Média das diferenças	Desvio-padrão das diferenças	t	gl	p
<b>Benefício Próprio e Razões Externas - Valores e Dever Moral</b>	-1,4	0,680	-26,479	173	0,000
<b>Valores e Dever Moral - Sentimentos Positivos e Estima</b>	0,3	0,480	9,060	173	0,000
<b>Sentimentos Positivos e Estima - Benefício Próprio e Razões Externas</b>	1,0	0,607	22,463	173	0,000

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

É de salientar que aos dadores, o benefício próprio e razões externas não são suficientemente importantes para os motivar a dar sangue.

Com base nos resultados obtidos pelos procedimentos estatísticos anteriores, podemos concluir que as hipóteses 1, 2 e 3, referentes às motivações dos dadores de sangue se verificaram.

**H1 - O BENEFÍCIO PRÓPRIO E RAZÕES EXTERNAS SÃO MENOS IMPORTANTES QUE OS VALORES E DEVER MORAL PARA OS DADORES DE SANGUE.**

Referente à hipótese 1, verificou-se a sua confirmação perante o estudo. Para os dadores, as motivações de carácter de benefício próprio e razões externas são menos importantes que as motivações ao nível dos valores e deveres morais.

É de relembrar o trabalho de Bednall et al. (2013), que ressaltaram que não só o altruísmo, como também as normas morais pessoais, podem ser consideradas como formas de motivação de comportamentos a favor da sociedade, na medida em que representam um desejo de ter um impacto positivo nas outras pessoas através da dádiva de sangue.

Também as pesquisas de Bednall e Bove (2011), Gillespie e Hillyer (2002) e James, Schreiber, Hillyer e Shaz (2012), mencionam que algumas das principais fontes de motivação positiva para a dádiva de sangue são o altruísmo e a comunidade.

Os dadores sentem-se bem a dar sangue, pois faz com que se sintam bem consigo mesmos. Eles sentem compaixão para com os recetores de produtos de sangue. Para eles, a dádiva de sangue é principalmente um dever moral. Estes motivos são das principais razões que os motivam a dar sangue.

**H2 - O BENEFÍCIO PRÓPRIO E RAZÕES EXTERNAS SÃO MENOS IMPORTANTES QUE SENTIMENTOS POSITIVOS E ESTIMA PARA OS DADORES DE SANGUE.**

No que diz respeito à hipótese 2, verificou-se a sua confirmação perante o estudo. Os dadores dão mais importância às motivações referentes aos sentimentos positivos e estima, que às motivações para benefício próprio e razões externas.

Os dadores dão importância aos sentimentos positivos e estima, visto que eles apreciam o facto de se sentirem importantes e necessários para a sociedade. Também é essencial para o dador sentir que a sua família também acha a dádiva de sangue uma atividade importante. Os dadores ainda realçaram que têm uma boa sensação quando veem o logótipo ou anúncios de dádiva de sangue.

**H3 - OS VALORES EXTERNOS E DEVER MORAL SÃO MAIS IMPORTANTES QUE OS SENTIMENTOS POSITIVOS E ESTIMA PARA OS DADORES DE SANGUE.**

Relativamente à hipótese 3, verificou-se a sua confirmação perante o estudo. Para os dadores, as motivações relacionadas com valores externos e deveres morais estão sempre em primeiro lugar, pois verificou-se que os dadores preocupam-se mais em ajudar o próximo, do que no seu próprio bem-estar.

#### 4.4.2. Análise das barreiras, incentivos, motivações e intenções dos não dadores de sangue

No que respeita às barreiras dos não dadores, observou-se que 325 inquiridos não dadores discordaram com as afirmações “Eu não tenho tempo para dar sangue”, “Dar sangue pode ser prejudicial para a minha saúde”, “Só as pessoas fisicamente mais fortes podem dar sangue” e “Eu acredito que não há problemas de escassez de sangue”. Em geral, os inquiridos nem concordaram nem discordaram com as afirmações “Eu tenho medo de agulhas”, “Eu tenho medo da transmissão de doenças infecciosas”, “Eu não gosto de ver sangue”, “Eu não tenho a certeza do destino final do sangue”, “Dar sangue pode fazer-me sentir fraco ou com náuseas”, “Dar sangue pode causar fraqueza”, “Eu não tenho nenhuma informação sobre como dar sangue”, “Não tenho conhecimento de centros onde o sangue pode ser dado”, “Há dificuldades de estacionamento nos centros de sangue” (ver tabela 17).

Tabela 17 - Média das barreiras dos não dadores.

	N	Média	Desvio-padrão
Eu tenho medo de agulhas.	325	2,6	1,436
Eu tenho medo da transmissão de doenças infecciosas.	325	3,1	1,392
Eu não gosto de ver sangue.	325	2,8	1,377
Eu não tenho a certeza do destino final do sangue.	325	2,8	1,202
Eu não tenho tempo para dar sangue.	325	2,4	1,122
Dar sangue pode ser prejudicial para a minha saúde.	325	2,0	1,053
Só as pessoas fisicamente mais fortes podem dar sangue.	325	2,1	1,088
Dar sangue pode fazer-me sentir fraco ou com náuseas.	325	2,9	1,174
Dar sangue pode causar fraqueza.	325	2,9	1,130
Eu não tenho nenhuma informação sobre como dar sangue.	325	2,5	1,167
Eu acredito que não há problemas de escassez de sangue.	325	2,4	1,130
Não tenho conhecimento de centros onde o sangue	325	2,5	1,150

pode ser dado.

Os horários de abertura dos centros de sangue são inadequados.	325	2,7	0,984
Há dificuldades de estacionamento nos centros de sangue.	325	2,5	1,011

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

No que concerne aos incentivos que podem levar à dádiva, os inquiridos responderam que nem concordavam nem discordavam com as afirmações “É importante o reconhecimento social através de diplomas, medalhas, certificados, etc. por se ser um dador regular”, “Sou recompensado ao receber uma análise completa do sangue”, “É importante fazer-se homenagens em eventos públicos por se ser um dador de alta frequência”, “Devia-se criar dísticos para viaturas que indicassem que a pessoa é um dador de sangue”, “Devia haver unidades móveis perto da minha casa”, “Devia haver unidades móveis perto do meu trabalho”, “Devia haver promotores que me incentivassem a dar sangue” e “Devia existir um cartão de fidelidade com pontos por dádiva que pudessem ser trocados por brindes, descontos, etc.”. À afirmação “É fundamental receber conselhos médicos sobre o meu estado de saúde”, os inquiridos, em geral concordaram com a afirmação (ver tabela 18).

Tabela 18 - Média dos incentivos dos não dadores.

	N	Média	Desvio-padrão
É importante o reconhecimento social através de diplomas, medalhas, certificados, etc. por se ser um dador regular.	325	2,6	1,248
Sou recompensado ao receber uma análise completa do sangue.	325	2,9	1,048
É fundamental receber conselhos médicos sobre o meu estado de saúde.	325	3,9	,968
É importante fazer-se homenagens em eventos públicos por se ser um dador de alta frequência.	325	2,7	1,197
Devia-se criar dísticos para viaturas que indicassem que a pessoa é um dador de sangue.	325	2,4	1,191
Devia haver unidades móveis perto da minha casa.	325	3,2	1,050
Devia haver unidades móveis perto do meu trabalho.	325	3,2	1,081
Devia haver promotores que me incentivassem a dar sangue.	325	3,4	1,109

Devia existir um cartão de fidelidade com pontos por dádiva que pudessem ser trocados por brindes, descontos, etc.	325	2,7	1,292
--	-----	-----	-------

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Em relação às motivações que podem levar a dar sangue, os inquiridos no geral discordaram da frase “Nunca daria sangue simplesmente porque é necessário”. Nem concordaram nem discordaram das afirmações “Daria sangue só para cumprir um dever social”, “Não daria sangue só para ser solidário com a humanidade”, “Eu daria sangue só porque me poderia trazer benefícios de saúde” e “Não daria sangue só porque ele me poderia fazer sentir útil para a sociedade”. Com as afirmações “Daria sangue por uma causa de um pedido de sangue urgente”, “Ao ver ou ouvir uma campanha publicitária sobre dádiva de sangue poderia influenciar-me a dar sangue” e “Para satisfação pessoal ou para ajudar os outros eu daria sangue”, os inquiridos em geral concordaram (ver tabela 19).

Tabela 19 - Média da motivação dos não dadores.

	N	Média	Desvio-padrão
Daria sangue por uma causa de um pedido de sangue urgente.	325	4,2	0,948
Ao ver ou ouvir uma campanha publicitária sobre dádiva de sangue poderia influenciar-me a dar sangue.	325	3,5	1,020
Daria sangue só para cumprir um dever social.	325	2,9	1,115
Não daria sangue só para ser solidário com a humanidade.	325	2,8	1,193
Para satisfação pessoal ou para ajudar os outros eu daria sangue.	325	3,7	1,048
Eu daria sangue só porque me poderia trazer benefícios de saúde.	325	2,7	1,120
Não daria sangue só porque ele me poderia fazer sentir útil para a sociedade.	325	2,8	1,154
Nunca daria sangue simplesmente porque é necessário.	325	2,3	1,084

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Em média, os inquiridos não dadores, discordaram da frase “Não tenho a intenção de dar sangue”. Na frase “Vou tentar dar sangue”, os inquiridos concordaram com a afirmação (ver tabela 20).

Tabela 20 - Média da intenção de dádiva dos não dadores.

	N	Média	Desvio-padrão
Não tenho a intenção de dar sangue.	325	2,4	1,088
Vou tentar dar sangue.	325	3,5	1,038

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Através da análise da regressão linear, analisou-se a intenção de dar sangue em relação às barreiras, aos incentivos e às motivações.

Tabela 21 - Relação entre barreiras, incentivos e motivações, com a intenção de dar sangue.

	Coeficientes		t	Sig.
	B	Erro de Desvio		
Barreiras	-0,594	0,142	-4,199	0,000
Incentivos	-0,107	0,070	-1,529	0,127
Motivação	0,720	0,090	7,985	0,000

Fonte: Dados de pesquisa (2014)

Para os inquiridos, as barreiras e as motivações à dádiva de sangue influenciam mais a intenção de dar sangue. Os incentivos podem ser interessantes para os não dadores, mas não o suficiente para os levar a dar sangue (ver tabela 21).

Relativamente aos resultados obtidos pelos procedimentos estatísticos anteriores, podemos concluir que as hipóteses 4, 5 e 6, referentes às barreiras, incentivos, motivações e a intenção de dar sangue se verificaram.

#### H4 - AS BARREIRAS INFLUENCIAM NEGATIVAMENTE A INTENÇÃO DE DAR SANGUE.

A hipótese 4 confirmou-se perante o estudo, pois concluiu-se que certas barreiras como medo de agulhas, medo de transmissão de doenças infecciosas, não gostar de ver sangue, não terem a certeza do destino final do sangue, ter medo de sentir fraqueza ou náuseas e não ter informações como dar sangue são as principais barreiras que impedem os indivíduos de dar sangue.

Este facto está de acordo com os estudos de Bednall e Bove (2011), Gillespie e Hillyer (2002) e James et al. (2012), já que estes demonstravam que as principais barreiras à dádiva de sangue são o medo geral, o medo de agulha, o medo da dor, o medo do diferimento, o medo de desqualificação médica, a ansiedade, o nervosismo, o desconhecimento da necessidade, a apatia e a ausência de pedidos para dar sangue.

#### **H5 - OS INCENTIVOS INFLUENCIAM POSITIVAMENTE A INTENÇÃO DE DAR SANGUE.**

Em relação à hipótese 5, verifica-se a confirmação no estudo. Apesar dos incentivos influenciarem à dádiva de sangue, não são os mais influenciadores para levar um indivíduo a dar sangue.

Há que realçar que no estudo verificou-se que, para um indivíduo não dador é fundamental receber conselhos e exames médicos sobre o seu estado de saúde se fosse dador de sangue.

Outros incentivos interessantes que o estudo revelou para influenciar a intenção de dar sangue foram que devia haver unidades móveis perto de casa e do trabalho e que devia haver promotores que incentivassem a dar sangue. Um cartão de fidelização também poderia ajudar na fidelização de novos dadores.

#### **H6 - A MOTIVAÇÃO INFLUENCIAM POSITIVAMENTE A INTENÇÃO DE DAR SANGUE.**

A hipótese 6 verifica-se correta com o estudo, pois a motivação é fundamental para influenciar a intenção de dar sangue. Segundo o estudo, indivíduos não dadores poderiam vir a ser influenciados se vissem ou ouvissem campanhas publicitárias sobre a dádiva de sangue.

As campanhas de marketing social iam ajudar a influenciar o público-alvo a aceitar um novo comportamento (Kotler & Lee, 2008; Kotler et al., 2002).

### **4.5. Análise exploratória das variáveis da personalidade**

Em relação às variáveis “personalidade”, em média os inquiridos nem concordaram nem discordaram das afirmações “É reservado(a)”, “Tende a ser preguiçoso(a)”, “É relaxado(a), lida bem com o stress”, “Tem poucos interesses artísticos”, “Tende a encontrar os defeitos dos outros”, “Faz um trabalho exaustivo” e “Fica nervoso(a) facilmente”. As afirmações que os inquiridos concordam são “Geralmente é de confiança”, “É sociável, amigável” e “Tem uma imaginação ativa” (ver tabela 22).

Tabela 22 - Média da Personalidade.

		N	Média	Desvio-padrão
É reservado(a).	Dadores	174	3,1	1,171
	Não Dadores	325	3,1	1,125
Geralmente é de confiança.	Dadores	174	4,4	0,729
	Não Dadores	325	4,3	0,701
Tende a ser preguiçoso(a).	Dadores	174	2,9	1,095
	Não Dadores	325	3,1	1,076
É relaxado(a), lida bem com o stress.	Dadores	174	3,2	1,109
	Não Dadores	325	3,1	1,086
Tem poucos interesses artísticos.	Dadores	174	2,5	1,084
	Não Dadores	325	2,8	1,052
É sociável, amigável.	Dadores	174	4,2	0,636
	Não Dadores	325	4,1	0,826
Tende a encontrar os defeitos dos outros.	Dadores	174	3,0	1,037
	Não Dadores	325	3,1	1,031
Faz um trabalho exaustivo.	Dadores	174	3,4	1,034
	Não Dadores	325	3,4	0,933
Fica nervoso(a) facilmente.	Dadores	174	3,1	1,071
	Não Dadores	325	3,2	1,040
Tem uma imaginação ativa.	Dadores	174	3,8	0,915
	Não Dadores	325	3,7	0,823

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Para melhor compreender a igualdade de médias da personalidade, usou-se o Teste de t para amostras independentes. As amostras em estudo são os dadores e não dadores de sangue. O valor da significância a ter em conta é igual ou inferior a 1.

Tabela 23 - Análise de igualdade de médias da personalidade.

	Teste de		Teste de t de igualdade de				
	Levene para		médias				
	Igualdade de		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
	Variâncias						
É reservado(a).	0,214	0,644	0,208	497	0,835		
Geralmente é de confiança.	0,751	0,386	-1,373	497	0,170		
Tende a ser preguiçoso(a).	0,005	0,945	1,473	497	0,141		
É relaxado(a), lida bem com o stress.	0,468	0,494	-0,809	497	0,419		
Tem poucos interesses artísticos.	1,497	0,222	2,478	497	0,014		
É sociável, amigável.	0,572	0,450	-2,113	497	0,035		
Tende a encontrar os defeitos dos outros.	0,008	0,931	0,594	497	0,553		
Faz um trabalho exaustivo.	3,597	0,058	0,599	497	0,549		
Fica nervoso(a) facilmente.	0,015	0,902	1,845	497	0,066		
Tem uma imaginação ativa.	0,463	0,497	-1,361	497	0,174		

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Entre dadores e não dadores, as diferenças significativas verificaram-me nas médias das afirmações “Tem poucos interesses artísticos”, “É sociável, amigável” e “Fica nervoso(a) facilmente”. Os inquiridos dadores têm mais interesses artísticos e são mais sociáveis e amigáveis do que os não dadores. Os não dadores inquiridos tendem a ficar mais nervosos facilmente do que os dadores (ver tabela 23).

Com base nos resultados obtidos pelos procedimentos estatísticos anteriores, podemos concluir que a hipótese 7, referente à personalidade se verificou.

**H7 - OS DADORES APRESENTAM DIFERENÇAS DE PERSONALIDADE EM RELAÇÃO AOS NÃO DADORES.**

Com o estudo, verificou-se a confirmação da hipótese 7. Os dadores apresentaram diferenças de personalidade em relação aos não dadores. Os dadores tendem a ter mais interesses artísticos e a ser mais sociáveis que os não dadores. Já os não dadores tendem a ser mais nervosos que os não dadores.

## 4.6. Análise exploratória das variáveis da felicidade

Quanto à análise das variáveis “felicidade”, observou-se que em média, os inquiridos consideram-se uma pessoa feliz. Comparados com as pessoas que os rodeiam, consideram-se nem mais nem menos felizes.

Tabela 24 - Média da felicidade.

	N	Média	Desvio-padrão
Em geral considero-me uma pessoa...	499	3,8	0,627
Comparando com as pessoas que me rodeiam, considero-me...	499	3,4	0,667
“Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Apreciam a vida independentemente do que lhes acontece, aproveitando tudo ao máximo.” Concorda que esta frase o/a caracterize a si?	499	3,5	0,910
“Algumas pessoas não são geralmente muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes como poderiam ser.” Concorda que esta frase o/a caracterize a si?	499	2,8	1,077

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Em relação à frase “Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Apreciam a vida independentemente do que lhes acontece, aproveitando tudo ao máximo”, de um modo geral os inquiridos concordam que a frase os caracterizam. Já para a frase “Algumas pessoas não são geralmente muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes como poderiam ser”, os inquiridos não concordam nem discordam em relação à frase os poder caracterizar (ver tabela 24).

Tabela 25 - Média da Felicidade entre dadores e não dadores.

	N	Média	Desvio-padrão
Felicidade Homens Dadores	81	3,5	0,504
Felicidade Homens Não Dadores	157	3,5	0,545
Felicidade Mulheres Dadoras	93	3,5	0,612
Felicidade Mulheres Não Dadoras	168	3,4	0,534
Total Felicidade Dadores	174	3,5	0,563
Total Felicidade Não Dadores	325	3,5	0,540

Fonte: Dados de pesquisa (2014).

Por fim, comparou-se a média da felicidade dos dadores e não dadores e por género dos respondentes. Observou-se que não há uma diferença significativa entre a felicidade dos dadores e não dadores, mas há que realçar que as mulheres dadoras são mais felizes que as mulheres não dadoras (ver tabela 25).

Depois de obtidos os resultados nos procedimentos estatísticos anteriores, podemos concluir que a hipótese 8, referente à felicidade se verificou.

**H8 - OS DADORES DE SANGUE SÃO MAIS FELIZES QUE OS NÃO DADORES.**

Relativamente à hipótese 8, com o estudo verificou-se a sua confirmação. Os dadores são tendencialmente mais felizes que os não dadores. Essa tendência é mais significativa entre mulheres dadoras e não dadoras.

## **5. Considerações finais**

Neste capítulo são apresentadas as considerações finais do estudo. Essas considerações foram realizadas com base no problema do estudo, nos objetivos do estudo e nas suas respectivas hipóteses. Em seguida são apresentadas as implicações académicas do estudo e, por fim, as limitações do estudo e as sugestões para futuras investigações.

### **5.1. Resumo dos resultados e comentários**

Perante os resultados, confirmam-se todas as hipóteses pelo estudo. Como tal, é possível verificar que a intenção de dar sangue é fortemente influenciada pelos valores comportamentais, com principal realce para as barreiras e as motivações do indivíduo. Visto isto, o marketing social tem um papel fundamental para ajudar a mudar o comportamento dos indivíduos em relação à dádiva de sangue. Há a necessidade de usar as ações de marketing social para compreender melhor o processo de intenção de dádiva e, em seguida, elaborar campanhas para a captação e retenção de dadores de sangue.

No estudo, também se verificou que grande parte dos inquiridos não dadores não sabe o seu grupo sanguíneo. Também é interessante no futuro minimizar essa problemática.

Relativamente às motivações dos não dadores de sangue, há que realçar a motivação associada a uma causa de um pedido de sangue urgente. Em média, os inquiridos concordam que se houver um pedido de sangue urgente, motiva-os a darem sangue. Perante isto, é interessante aplicar nas campanhas de marketing social, o apelo urgente para a dádiva de sangue.

### **5.2. Implicações académicas do estudo**

Em termos académicos, este estudo possibilitou a compreensão das barreiras e motivações que influenciam o comportamento do indivíduo em dar sangue.

Desta forma, este estudo complementa pesquisas já existentes sobre dádiva de sangue com finalidades semelhantes. Juntaram-se diversos estudos individuais, como os estudos sobre dadores de sangue e respetivas motivações à dádiva de sangue (Karacan et al., 2013), não dadores e os factores de influência direta na dádiva de sangue (Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2008), as intenções de dádiva de sangue (J. L. France et al., 2008), a personalidade (Rammstedt & John, 2007) e ainda a felicidade (Lyubomirsky & Lepper, 1999), com a finalidade de considerar os aspectos mais relevantes de cada um dos estudos abordados de forma a perceber os aspectos que influenciam a intenção de dádiva nos dadores e não dadores de sangue e perceber quais as ações de marketing social mais eficazes na resolução da problemática em estudo. Há que realçar também, a importância do papel dos profissionais

de saúde para ajudar a minimizar as barreiras e a fomentar as motivações identificadas neste estudo.

### **5.3. Limitações e recomendações para futuras investigações**

Como podemos verificar com o estudo, a doação de sangue é um tema atual que levanta muita controvérsia entre as várias opiniões formadas alusivas a esta questão.

Como tal, depois da realização dos objectivos deste estudo, da revisão bibliográfica e da análise com base na recolha de dados, é fundamental fazer-se o levantamento de algumas limitações deste estudo e fazer possíveis recomendações para estudos futuros.

Através dos questionários, destacou-se a consciencialização da necessidade e importância de dar por parte dos inquiridos. Contudo, também se denotou alguma hesitação no que toca à sua contribuição como dador, motivada pela falta de informação referente a este tema. Deste modo, toda a pesquisa e trabalho de campo efectuado, serviram para compreender as razões que levam as pessoas a não darem sangue.

Através desta investigação, podemos ainda concluir que algumas fobias alusivas às técnicas ou métodos utilizados na dádiva de sangue poderão ser uma barreira para algumas pessoas inquiridas. Também há que realçar na análise deste estudo, como fator impeditivo, o medo de transmissão de doenças infecciosas, o motivo da pessoa não gostar de ver sangue, não terem a certeza do destino final do sangue, o medo de sentir fraqueza ou náuseas e não ter informações de como dar sangue. Por tudo isto, sugere-se que no futuro surja uma maior aposta em estudos e campanhas de marketing social para ajudar a desmistificar as barreiras à dádiva de sangue.

No final verificaram-se algumas lacunas nas escalas utilizadas, por insuficiência de questões ao nível das motivações que levam as pessoas a não dar sangue. As principais motivações que não estão contempladas nas escalas usadas são o facto de não ser questionado aos entrevistados se estes não dão sangue por não se encontrarem elegíveis por doença, falta de peso ou consumo de drogas. Também será interessante no futuro, acrescentar uma questão para investigar qual o meio de comunicação que o inquirido dá mais preferência para campanhas de marketing social sobre a dádiva de sangue.

O estudo sobre o marketing social e a dádiva de sangue revelou-se importante, pelo que se sugere para futuras linhas de investigação uma aposta por parte dos investigadores mais aprofundada na utilização de uma escala mais completa, de modo a abranger o máximo de barreiras à dádiva de sangue. Também será interessante investigar os conhecimentos que a população tem sobre os requisitos necessários para poder dar sangue, visto que muitos inquiridos não tinham esse conhecimento.

## **Bibliografia**

- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of Goal-Directed Behavior: Attitudes, Intention and Perceived Behavioral Control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- AMA. (2013). Definition of Marketing. American Marketing Association. Retrieved January 9, 2014, from <http://www.marketingpower.com/AboutAMA/Pages/DefinitionofMarketing.aspx>
- Andreasen, A. R. (1994). Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13(1), 108-114.
- Andreasen, A. R. (1995). *Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass. Retrieved from <http://www.amazon.com/Marketing-Social-Change-Development-Environment/dp/0787901377>
- Andreasen, A. R. (2002). Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21(1), 3-13. doi:10.1509/jppm.21.1.3.17602
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Social Cognitive Determinants of Blood Donation. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(7), 1431-1457.
- Arthur, D., & Quester, P. (2004). Who's Afraid of That Ad? Applying Segmentation to the Protection Motivation Model. *Psychology and Marketing*, 21(9), 671-696. doi:10.1002/mar.20024
- Bagozzi, R. P., & Moore, D. J. (1994). Public Service Advertisements: Emotions and Empathy Gimple Prosocial Behavior. *Journal of Marketing*, 58(1), 56-70.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061>
- Batson, C. D., Ahmad, N., & Tsang, J.-A. (2002). Four Motives for Community Involvement. *Journal of Social Issues*, 58(3), 429-445. doi:10.1111/1540-4560.00269
- Bednall, T. C., & Bove, L. L. (2011). Donating Blood: A Meta-Analytic Review of Self-Reported Motivators and Deterrents. *Transfusion Medicine Reviews*, 25(4), 317-334. doi:10.1016/j.tmr.2011.04.005
- Bednall, T. C., Bove, L. L., Cheetham, A., & Murray, A. L. (2013). A systematic review and meta-analysis of antecedents of blood donation behavior and intentions. *Social Science & Medicine*, 96, 86-94. doi:10.1016/j.socscimed.2013.07.022
- Borden, N. H. (1964). The Concept of the Marketing Mix. *Journal of Advertising Research*, 2, 7-12.

- Brennan, L., & Binney, W. (2010). Fear, guilt, and shame appeals in social marketing. *Journal of Business Research*, 63(2), 140-146. doi:10.1016/j.jbusres.2009.02.006
- Carter, M. C., Wilson, J., Redpath, G. S., Hayes, P., & Mitchell, C. (2011). Donor recruitment in the 21st century: Challenges and lessons learned in the first decade. *Transfusion and Apheresis Science*, 45(1), 31-43. doi:10.1016/j.transci.2011.06.001
- Donovan, R., & Henley, N. (2010). *Principles and Practice of Social Marketing: An International Perspective* (1st ed.). New York: Cambridge University Press. Retrieved from [http://books.google.pt/books?id=pM42Oqz8BuUC&pg=PA1&hl=pt-PT&source=gbs\\_toc\\_r&cad=4#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=pM42Oqz8BuUC&pg=PA1&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false)
- Douglas, H. (2008). Creating Knowledge: A Review of Research Methods in Three Societal Change Approaches. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 20(2), 141-163. doi:10.1080/10495140802224787
- Evans, W. D. (2006). How social marketing works in health care. *British Medical Journal*, 332, 1207-1210.
- Ferguson, E. (1996). Predictors of future behaviour: A review of the psychological literature on blood donation. *British Journal of Health Psychology*, 1, 287-308.
- Ferguson, E., & Bibby, P. A. (2002). Predicting Future Blood Donor Returns: Past Behavior, Intentions, and Observer Effects. *Health Psychology*, 21(5), 513-518. doi:10.1037/0278-6133.21.5.513
- Fox, K. F. A., & Kotler, P. (1980). The Marketing of Social Causes: The first 10 years. *Journal of Marketing*, 44, 24-33. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12284730>
- France, C. R., Ditto, B., France, J. L., & Himawan, L. K. (2008). Psychometric properties of the Blood Donation Reactions Inventory: a subjective measure of presyncopal reactions to blood donation. *Transfusion*, 48(9), 1820-1826. doi:10.1111/j.1537-2995.2008.01831.x
- France, J. L., France, C. R., & Himawan, L. K. (2007). A path analysis of intention to redonate among experienced blood donors: an extension of the theory of planned behavior. *Transfusion*, 47(6), 1006-1013. doi:10.1111/j.1537-2995.2007.01236.x
- France, J. L., France, C. R., & Himawan, L. K. (2008). Re-donation intentions among experienced blood donors: Does gender make a difference? *Transfusion and Apheresis Science*, 38(2), 159-166. doi:10.1016/j.transci.2008.01.001
- French, J., & Blair-Stevens, C. (2005). *Social Marketing Pocket Guide* (5th ed.). London: National Social Marketing Centre for Excellence.
- Giles, M., McClenahan, C., Cairns, E., & Mallet, J. (2004). An application of the Theory of Planned Behaviour to blood donation: the importance of self-efficacy. *Health Education Research*, 19(4), 380-391. doi:10.1093/her/cyg063
- Gillespie, T. W., & Hillyer, C. D. (2002). Blood Donors and Factors Impacting the Blood Donation Decision. *Transfusion Medicine Reviews*, 16(2), 115-130.
- Gordon, R. (2012). Re-thinking and re-tooling the social marketing mix. *Australasian Marketing Journal*, 20(2), 122-126. doi:10.1016/j.ausmj.2011.10.005

- Gordon, R., McDermott, L., Stead, M., & Angus, K. (2006). The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? *Journal of The Royal Institute of Public Health*, 120(12), 1133-1139. doi:10.1016/j.puhe.2006.10.008
- Grier, S., & Bryant, C. A. (2005). Social Marketing in Public Health. *Annual Review of Public Health*, 26(9), 319-39. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144610
- Grönroos, C. (1994). From Marketing Mix to Relationship Marketing: Towards a Paradigm Shift in Marketing. *Management Decision*, 32(2), 4-20.
- Hastings, G. (2007). *Social Marketing: Why should the devil have all the best tunes?* (1st ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Healy, K. (2000). Embedded Altruism: Blood Collection Regimes and the European Union's Donor Population. *American Journal of Sociology*, 105(6), 1633-1657. doi:10.1086/210468
- Helmig, B., & Thaler, J. (2010). On the Effectiveness of Social Marketing—What Do We Really Know? *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 22(4), 264-287. doi:10.1080/10495140903566698
- Hoek, J., & Jones, S. C. (2011). Regulation, public health and social marketing: a behaviour change trinity. *Journal of Social Marketing*, 1(1), 32-44. doi:10.1108/20426761111104419
- Howden-chapman, P., & Carter, J. (1996). Blood money: blood donors' attitudes to changes in the New Zealand blood transfusion service. *BMJ Journal*, 312(5), 1131-1132.
- INE, I. P., & INSA, I. P. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- iSMA, ESMA, & AASM. (2013). Consensus Definition of Social Marketing. Retrieved from <http://www.i-socialmarketing.org/social-marketing-definition>
- James, A. B., Schreiber, G. B., Hillyer, C. D., & Shaz, B. H. (2012). Blood donations motivators and barriers: A descriptive study of African American and white voters. *Transfusion and Apheresis Science*, 48(2013), 87-93. doi:10.1016/j.transci.2012.07.005
- Karacan, E., Seval, G. C., Aktan, Z., Ayli, M., & Palabiyikoglu, R. (2013). Blood donors and factors impacting the blood donation decision: Motives for donating blood in Turkish sample. *Transfusion and Apheresis Science*, 49(3), 468-473. doi:10.1016/j.transci.2013.04.044
- Kotler, P., & Lee, N. R. (2008). *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Kotler, P., & Levy, S. J. (1969). Broadening the Concept of Marketing. *Journal of Marketing*, 33(1), 10-15. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12309673>
- Kotler, P., Roberto, N., & Lee, N. (2002). *Social Marketing: Improving the Quality of Life* (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications. Retrieved from <http://www.amazon.co.uk/Social-Marketing-Improving-Quality-Life/dp/0761924345>
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*, 35(3), 3-12. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12276120>

- Lazer, W., & Kelley, E. J. (1973). *Social Marketing: Perspective and Viewpoints*. Homewood: Richard D. Irwin.
- Lefebvre, R. C. (2011). An integrative model for social marketing. *Journal of Social Marketing*, 1(1), 54-72. doi:10.1108/20426761111104437
- Lefebvre, R. C., & Flora, J. A. (1988). *Social Marketing and Public Health Intervention.pdf*. *Health Education Quarterly*, 15(3), 299-315.
- Lemmens, K. P. H., Abraham, C., Hoekstra, T., Ruiter, R. A. C., De Kort, W. L. A. M., Brug, J., & Schaalma, H. P. (2005). Why don't young people volunteer to give blood? An investigation of the correlates of donation intentions among young nondonors. *Transfusion*, 45(6), 945-55. doi:10.1111/j.1537-2995.2005.04379.x
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155. doi:10.1023/A:1006824100041
- Mackert, M., & Love, B. (2011). Profits and perspectives: advertising, social marketing, and public health. *Journal of Social Marketing*, 1(3), 240-246. doi:10.1108/20426761111170731
- Martín-Santana, J. D., & Beerli-Palacio, A. (2008). Potential donor segregation to promote blood donation. *Transfusion and Apheresis Science*, 38(2), 133-140. doi:10.1016/j.transci.2007.11.003
- Masser, B. M., White, K. M., Hyde, M. K., Terry, D. J., & Robinson, N. G. (2009). Predicting blood donation intentions and behavior among Australian blood donors: Testing an extended theory of planned behavior model. *Transfusion*, 49(2), 320-329.
- McCarthy, E. J. (1960). *Basic Marketing: A managerial approach*. Homewood: Richard D. Irwin. Retrieved from <http://catalog.hathitrust.org/Record/006071661>
- McKay-Nesbitt, J., DeMoranville, C. W., & McNally, D. (2012). A strategy for advancing social marketing: Social marketing projects in introductory marketing courses. *Journal of Social Marketing*, 2(1), 52-69. doi:10.1108/20426761211203256
- Misje, A. H., Bosnes, V., & Heier, H. E. (2010). Gender differences in presentation rates, deferrals and return behaviour among Norwegian blood donors. *Vox Sanguinis*, 98(3p1), e241-e248. doi:10.1111/j.1423-0410.2009.01267.x
- Moog, R. (2009). Retention of prospective donors: A survey about services at a blood donation centre. *Transfusion and Apheresis Science*, 40(3), 149-152. doi:10.1016/j.transci.2009.03.002
- NCI. (2008). *Making Health Communication Programs Work: A Planner's Guide*. Bethesda: National Cancer Institute.
- Oswalt, R. M., & Hoff, T. E. (1975). The Motivations of Blood Donors and Nondonors: A Community Survey. *Transfusion*, 15(1), 68-72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1114516>
- Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203-212. doi:10.1016/j.jrp.2006.02.001

- Reynolds, E., Wickenden, C., & Oliver, A. (2001). The impact of improved safety on maintaining a sufficient blood supply. *Transfusion Clinique et Biologique*, 8(3), 235-239. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11499967>
- Ringwald, J., Zimmermann, R., & Eckstein, R. (2010). Keys to Open the Door for Blood Donors to Return. *Transfusion Medicine Reviews*, 24(4), 295-304. doi:10.1016/j.tmr.2010.05.004
- Robinson, N. G., Masser, B. M., White, K. M., Hyde, M. K., & Terry, D. J. (2008). Predicting intentions to donate blood among nondonors in Australia: an extended theory of planned behavior. *Transfusion*, 48(12), 2559-2567. doi:10.1111/j.1537-2995.2008.01904.x
- Schwartz, S. H. (1977). Normative Influences on Altruism. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10., pp. 221-279). New York: Academic Press, Inc. Retrieved from [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=lEgM5N6rIKwC&oi=fnd&pg=PA221&dq=Normative+influences+on+altruism&ots=mvcWuKjveY&sig=GnGLW7SmG4hq9PTP2JruCmLihUg&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=lEgM5N6rIKwC&oi=fnd&pg=PA221&dq=Normative+influences+on+altruism&ots=mvcWuKjveY&sig=GnGLW7SmG4hq9PTP2JruCmLihUg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Shaz, B. H., James, A. B., Hillyer, K. L., Schreiber, G. B., & Hillyer, C. D. (2011). Demographic Patterns of Blood Donors and Donations in a Large Metropolitan Area. *Journal of the National Medical Association*, 103(4), 351-357.
- Suarez-Almazor, M. E. (2011). Changing health behaviors with social marketing. *Osteoporosis International*, 22(3), 461-463. doi:10.1007/s00198-011-1699-6
- Veldhuizen, I. J. T., Doggen, C. J. M., Atsma, F., & De Kort, W. L. a M. (2009). Donor profiles: demographic factors and their influence on the donor career. *Vox Sanguinis*, 97(2), 129-138. doi:10.1111/j.1423-0410.2009.01201.x
- WHO. (2013). Why should I donate blood? World Health Organization. Retrieved January 16, 2014, from <http://www.who.int/features/qa/61/en/#>
- Wymer, W. (2004). Using Social Marketing Strategies to Reform Social Policy: A Lesson from British History. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 12(2), 149-158. doi:10.1300/J054v12n02
- Wymer, W. (2011). Developing more effective social marketing strategies. *Journal of Social Marketing*, 1(1), 17-31. doi:10.1108/20426761111104400



## **Anexos**

Anexo 1 - Questionário de recolha de dados.

Anexo 2 - Cartões auxiliares do questionário.

# **ANEXO 1**

Questionário de recolha de dados





Q.35.	Eu não tenho a certeza do destino final do sangue.	' ___ '
Q.36.	Eu não tenho tempo para dar sangue.	' ___ '
Q.37.	Dar sangue pode ser prejudicial para a minha saúde.	' ___ '
Q.38.	Só as pessoas fisicamente mais fortes podem dar sangue.	' ___ '
Q.39.	Dar sangue pode fazer-me sentir fraco ou com náuseas.	' ___ '
Q.40.	Dar sangue pode causar fraqueza.	' ___ '
Q.41.	Eu não tenho nenhuma informação sobre como dar sangue.	' ___ '
Q.42.	Eu acredito que não há problemas de escassez de sangue.	' ___ '
Q.43.	Não tenho conhecimento de centros onde o sangue pode ser dado.	' ___ '
Q.44.	Os horários de abertura dos centros de sangue são inadequados.	' ___ '
Q.45.	Há dificuldades de estacionamento nos centros de sangue.	' ___ '
Q.46.	É importante o reconhecimento social através de diplomas, medalhas, certificados, etc. por se ser um dador regular.	' ___ '
Q.47.	Sou recompensado ao receber uma análise completa do sangue.	' ___ '
Q.48.	É fundamental receber conselhos médicos sobre o meu estado de saúde.	' ___ '
Q.49.	É importante fazer-se homenagens em eventos públicos por se ser um dador de alta frequência.	' ___ '
Q.50.	Devia-se criar dísticos para viaturas que indicassem que a pessoa é um dador de sangue.	' ___ '
Q.51.	Devia haver unidades móveis perto da minha casa.	' ___ '
Q.52.	Devia haver unidades móveis perto do meu trabalho.	' ___ '
Q.53.	Devia haver promotores que me incentivassem a dar sangue.	' ___ '
Q.54.	Devia existir um cartão de fidelidade com pontos por dádiva que pudessem ser trocados por brindes, descontos, etc.	' ___ '
Q.55.	Daria sangue por uma causa de um pedido de sangue urgente.	' ___ '
Q.56.	Ao ver ou ouvir uma campanha publicitária sobre dádiva de sangue poderia influenciar-me a dar sangue.	' ___ '
Q.57.	Daria sangue só para cumprir um dever social.	' ___ '
Q.58.	Não daria sangue só para ser solidário com a humanidade.	' ___ '
Q.59.	Para satisfação pessoal ou para ajudar os outros eu daria sangue.	' ___ '
Q.60.	Eu daria sangue só porque me poderia trazer benefícios de saúde.	' ___ '
Q.61.	Não daria sangue só porque ele me poderia fazer sentir útil para a sociedade.	' ___ '
Q.62.	Nunca daria sangue simplesmente porque é necessário.	' ___ '
Q.63.	Não tenho a intenção de dar sangue.	' ___ '
Q.64.	Vou tentar dar sangue.	' ___ '

#### D - PERSONALIDADE

IV. Vou ler-lhe um número de características que podem ou não descreve-lo(a). Responda às questões indicando até que ponto concorda com elas, usando uma escala de 1 a 5, sendo que 1 “Discordo completamente”, 2 “Discordo”, 3 “Não concordo nem discordo”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo completamente”.

NOTA: ENTREGAR CARTÃO 1.

Q.65.	É reservado(a).	' ___ '
Q.66.	Geralmente é de confiança.	' ___ '
Q.67.	Tende a ser preguiçoso(a).	' ___ '
Q.68.	É relaxado(a), lida bem com o stress.	' ___ '
Q.69.	Tem poucos interesses artísticos.	' ___ '
Q.70.	É sociável, amigável.	' ___ '
Q.71.	Tende a encontrar os defeitos dos outros.	' ___ '
Q.72.	Faz um trabalho exaustivo.	' ___ '
Q.73.	Fica nervoso(a) facilmente.	' ___ '
Q.74.	Tem uma imaginação ativa.	' ___ '

#### E - FELICIDADE

V. Vou ler-lhe algumas frases sobre como se sente. Por favor responda de 1 a 5.

Q.75.	Em geral considero-me uma pessoa ...	MOSTRAR CARTÃO 2.	' ___ '
Q.76.	Comparando com as pessoas que me rodeiam, considero-me...	MOSTRAR CARTÃO 3.	' ___ '
Q.77.	“Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Apreciam a vida independentemente do que lhes acontece, aproveitando tudo ao máximo.” Concorda que esta frase o/a caracterize a si?	MOSTRAR CARTÃO 1.	' ___ '
Q.78.	“Algumas pessoas não são geralmente muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes como poderiam ser.” Concorda que esta frase o/a caracterize a si?	MOSTRAR CARTÃO 1.	' ___ '



F - DADOS DE CLASSIFICAÇÃO

NOTA: FAZER UM CÍRCULO NA RESPOSTA.

VI - Diga-me, por favor, qual a sua idade? '\_\_\_' '\_\_\_' ANOS

VII - Assinale o sexo do respondente.

MASCULINO ..... 0 FEMININO ..... 1

VIII - Qual o seu estado civil?

SOLTEIRO(A) ..... 1 DIVORCIADO(A) ..... 3

CASADO(A)/UNIÃO DE FACTO ..... 2 VIÚVO(A) ..... 4

IX - Tem filhos?

SIM ..... 1 NÃO ..... 0

X - Se "Sim", quantos? '\_\_\_'

XI - Qual o grau de instrução mais elevado que o(a) Sr. (a) concluiu?

UNIVERSITÁRIO / PÓS GRADUAÇÃO / MESTRADO / DOUTORAMENTO ..... 1 6º ANO (2º ANO LICEAL) ..... 5

CURSO MÉDIO / POLITÉCNICO ..... 2 INSTRUÇÃO PRIMÁRIA COMPLETA ..... 6

12º ANO (7º ANO LICEAL / 11º ANO) ..... 3 INSTRUÇÃO PRIMÁRIA INCOMPLETA / ANALFABETO ..... 7

9º ANO (5º ANO LICEAL) ..... 4

XII - Relativamente à sua ocupação ou actividade profissional principal, importa-se de a enquadrar num dos seguintes itens?

QUADRO CIENTÍFICO OU DE DIREÇÃO ..... 1 ARTESÃO OU OPERÁRIO, PROFISSÃO DE BASE ..... 4

ESPECIALISTA OU TÉCNICO ..... 2 INATIVO OU DESEMPREGADO ..... 5

PESSOAL ADMINISTRATIVO, DOS SERVIÇOS OU DE COMÉRCIO ..... 3 OUTRAS ..... 6

XIII - Qual o seu Distrito?

AVEIRO ..... 1 LISBOA ..... 11

BEJA ..... 2 PORTALEGRE ..... 12

BRAGA ..... 3 PORTO ..... 13

BRAGANÇA ..... 4 SANTARÉM ..... 14

CASTELO BRANCO ..... 5 SETÚBAL ..... 15

COIMBRA ..... 6 VIANA DO CASTELO ..... 16

ÉVORA ..... 7 VILA REAL ..... 17

FARO ..... 8 VISEU ..... 18

GUARDA ..... 9 REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES ..... 19

LEIRIA ..... 10 REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA ..... 20

XIV - Qual é o seu grupo sanguíneo?

O+ ..... 1 A- ..... 6

A+ ..... 2 B- ..... 7

B+ ..... 3 AB- ..... 8

AB+ ..... 4 NÃO SABE ..... 9

O- ..... 5

AGRADECER E TERMINAR

## **ANEXO 2**

Cartões auxiliares do questionário



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia  
EMU - Estudos de Mercado Universitários  
C1

- 1..... Discordo completamente
- 2..... Discordo
- 3..... Não concordo nem discordo
- 4..... Concordo
- 5..... Concordo completamente

Estrada do Sineiro, 6200-209 Covilhã, PORTUGAL  
Telef. : +351 275 319 600 | Fax: +351 275 319 601  
E-mail: geral@ubi.pt | www.ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia  
EMU - Estudos de Mercado Universitários  
C2

- 1..... Muito Infeliz
- 2..... Infeliz
- 3..... Nem feliz nem infeliz
- 4..... Feliz
- 5..... Muito feliz

Estrada do Sineiro, 6200-209 Covilhã, PORTUGAL  
Telef. : +351 275 319 600 | Fax: +351 275 319 601  
E-mail: geral@ubi.pt | www.ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia  
EMU - Estudos de Mercado Universitários  
C3

- 1..... Muito menos feliz
- 2..... Menos feliz
- 3..... Nem mais nem menos feliz
- 4..... Mais feliz
- 5..... Muito mais feliz

Estrada do Sineiro, 6200-209 Covilhã, PORTUGAL  
Telef. : +351 275 319 600 | Fax: +351 275 319 601  
E-mail: geral@ubi.pt | www.ubi.pt

### IMPRIMIR EM CARTOLINA BRANCA.

Recortar pelo picotado e entregar ao respondente nas questões indicadas.

O respondente fica com o cartão até acabar de responder às questões em que o cartão é necessário.