

# Análise da percepção de barreiras e identificação de factores motivadores para a dádiva de sangue em Portugal

AUTOR: Ricardo Miguel Pereira de Sampaio Teixeira

ORIENTADOR(A): Professora Doutora Mafalda Ferreira



# Análise da percepção de barreiras e identificação de factores motivadores para a dádiva de sangue em Portugal

AUTOR: Ricardo Miguel Pereira de Sampaio Teixeira

Dissertação de Mestrado apresentado ao IPAM, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de *Marketing*, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Mafalda Ferreira.

“Aumentar a consciência sobre a necessidade de dádivas regulares de sangue, contribuindo para a autossuficiência do país nesta matéria, agravada pela pandemia que vivemos, é um desígnio de todos. Mais do que nunca, cuidar uns dos outros promove a coesão da comunidade e concorre para uma sociedade mais saudável e participativa” (Sousa, 2021).

O Presidente da República agradece aos doadores pela sua generosidade e altruísmo, determinados em salvar vidas e tornar o mundo num lugar melhor.



## AGRADECIMENTOS

Este documento concretiza um percurso muito ambicionado, extremamente desafiante e enriquecedor. É uma prova de que apesar de trabalhar numa multinacional exigente, com esforço, dedicação e perseverança se pode construir um futuro mais promissor. Nos últimos anos concretizei este projeto com cariz social e patriótico, esperando contribuir para o benefício da saúde pública. O caminho não foi trilhado sozinho, tendo sido muitas as pessoas que me ajudaram a concretizar esta etapa tão importante e desejada da minha vida pessoal e profissional.

Quero começar por agradecer à minha família pelo incansável apoio, motivação e incentivo para que chegasse sempre mais longe, juntos e unidos somos mais fortes. Sem eles nada disto teria sido possível, agradecer também aos amigos pela compreensão de ausência nas imensas viagens de aventura em todo-o-terreno, por cá e além-mar que ficaram por fazer, mas que sempre me apoiaram e viveram este momento com intensidade, a amizade é incondicional.

Agradeço à minha orientadora, Professora Mafalda Ferreira, pela dedicação, disponibilidade e pelo profundo apoio que me permitiu concretizar este projeto. A sua presença ao longo deste processo foi preponderante.

Agradeço aos profissionais de saúde pelos comentários efetuados e pela partilha do questionário, incansavelmente solicitaram o preenchimento do questionário aos dadores. Ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação pelas informações partilhadas e disponibilidade demonstradas. Às associações de dadores de sangue pela partilha do questionário aos seus associados. Agradeço também a todos os inquiridos que se disponibilizaram e que contribuíram para a realização deste projeto.

Chegar ao fim deste mestrado é um sentimento de felicidade e de concretização pessoal, é o meu contributo para criar valor na saúde em Portugal, concretamente na dádiva de sangue.

## RESUMO

Os Serviços de Sangue trabalham incessantemente para fornecer produtos sanguíneos necessários a toda a atividade hospitalar e fins farmacêuticos. Assim gerir um sistema em que exista um fornecimento de sangue constante e adequado requer uma gestão muito exigente para que as necessidades hospitalares de produtos sanguíneos e o número de dádivas seja assertivo. Por outro lado, a participação da população na dádiva de sangue é fundamental para a existência e manutenção das reservas de sangue.

O tema dádiva de sangue e o *marketing* social mostram-se atuais e relevantes, na medida que contribuem para o planeamento das ações das instituições de saúde. As estratégias de *marketing* para o recrutamento e retenção de dadores devem ser planeadas e os aspetos comportamentais que influenciam os indivíduos a adotar tal conduta, bem como as barreiras para a dádiva, devem ser profundamente analisadas.

Este trabalho pretende acrescentar valor aos profissionais que lidam diariamente com a elaboração de estratégias para a resolução da problemática. Portanto é fundamental compreender o que impede os indivíduos a doarem sangue e a frequência com que o fazem.

Mediante a apresentação do referencial teórico, um modelo estrutural concetual foi elaborado com base em barreiras presentes nos modelos de dádiva de sangue.

Na última década Portugal perdeu mais de 80.000 dadores de sangue. A saúde é um factor de integração, coesão social, geração de riqueza e bem-estar. O Portugal moderno, equitativo e focado no desenvolvimento, não pode desconsiderar o seu sistema nacional de saúde como um dos elementos mais fortes na criação de bem-estar, de condições sociais e laborais favoráveis ao desenvolvimento das pessoas e da economia. A dádiva de sangue acrescenta valor à vida contribuindo para um país mais feliz e mais desenvolvido.

**Palavras-chave:** Dádiva de Sangue, Dador de Sangue, Segmentação de Dadores, Retenção de Dadores, Satisfação, Comportamento, *Marketing* Social, Saúde Pública, Covid 19, Motivação, Barreira.

## ABSTRACT

The Blood Services work incessantly to supply blood products necessary for all hospital activity and pharmaceutical purposes, so managing a system in which there is a constant and adequate blood supply requires a very demanding management so that the hospital needs of blood products and the number of donations can be assertive. On the other hand, the population's participation in blood donation is essential for the stock and maintenance of blood reserves.

The blood donation theme and social *marketing* are current and relevant, as they contribute to the planning of actions by health institutions. *Marketing* strategies for the recruitment and retention of donors must be planned and behavioral aspects that influence individuals to adopt such conduct, as well as barriers to donation, must be deeply analyzed.

This work intends to add value to professionals who deal daily with the elaboration of strategies to solve the problem. Therefore, it is essential to understand what prevents individuals from donating blood and how often they do so.

Through the presentation of the theoretical framework, a conceptual structural model was elaborated based on barriers present in blood donation models.

In the last decade Portugal lost more than 80,000 blood donors. Health is a factor of integration, social cohesion, generation of wealth and well-being. Modern Portugal, equitable and focused on development, cannot disregard its national health system as one of the strongest elements in creating well-being, social and working conditions favorable to the development of people and the economy. The blood donation adds value to life, contributing to a happier and more developed country.

Keywords: Blood Donation, Blood Donor, Donor Segmentation, Donor Retention, Satisfaction, Behavior, Social *Marketing*, Public Health, Covid 19, Motivation, Barrier.

## ÍNDICE

Agradecimentos	1
Resumo	2
Abstract	3
Abreviaturas	11
1. Introdução	12
1.1 Pertinência da Investigação	13
1.2 A dádiva de sangue em Portugal	15
1.3 Objetivo da Investigação	18
1.4 Estrutura do relatório	19
2. Revisão da literatura	20
2.1. <i>Marketing</i> social	20
2.2. <i>Marketing</i> social em saúde pública	25
2.3. Dádiva de sangue	27
2.4. Motivações para doar sangue	28
2.5. Barreiras para doar sangue	35
2.6. Qualidade, Satisfação, Recomendação	44
3 Estado da arte	47
3.1 Modelo de Beerli-Palacio e Martín-Santana	48
3.2 Modelo de Martín-Santana e Beerli-Palacio	49
4 Metodologia	50
4.1 Justificação da metodologia	50
4.2 Modelo concetual proposto	51
4.3 Técnica de recolha de dados	54
4.4 Pré-teste	59

4.4	População e amostra	60
4.5	Técnicas de análise de dados	60
5	Apresentação de resultados	61
5.1	Caracterização da amostra	61
5.2	Validação das escalas	65
5.3	Validação das Hipóteses	69
6	Conclusão	101
6.1	Resposta aos objetivos e discussão de dados	101
6.2	Conclusões	102
6.3	Recomendações práticas	104
6.4	Limitações e sugestões de investigação futura	106
	Referências Bibliográficas	108
	Anexos	121

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Dados Chave de 2021 .....	15
Figura 2 - Número de dadores homólogos e dádivas de sangue em Portugal 2012-2021.....	16
Figura 3 - Evolução de índices de dádiva 2012-2021 .....	17
Figura 4 - Modelo de Beerli-Palacio e Martín-Santana .....	49
Figura 5 - Modelo de Martín-Santana e Beerli-Palacio .....	50
Figura 6 - Modelo concetual proposto.....	54
Figura 7 – Fluxograma do Inquérito .....	56

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução do nº de dados regulares e primeira vez 2016-2021 .....	16
--	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Temas analisados e número de publicações incluídas.....	48
Tabela 2 - Estrutura do Inquérito por Questionário com respetivo suporte bibliográfico.....	57
Tabela 3 – Experiência do grupo dadores na Dádiva de Sangue .....	62
Tabela 4 – Redes sociais utilizadas pelos inquiridos .....	63
Tabela 5 – Respostas dos dadores em função da dádiva por região e instituição .....	64
Tabela 6 - Teste de KMO e Bartlett.....	66
Tabela 7 – Análise factorial exploratória.....	68
Tabela 8 - Matriz de componente - Motivação.....	69
Tabela 9 – Coeficientes de Correlação (r) .....	70
Tabela 10 – Média das diferenças na percepção às barreiras dos inquiridos por género .....	71
Tabela 11 – Estatísticas de grupo, barreiras em função ao grupo de dadores e não dadores de sangue.....	72
Tabela 12 – Teste de Amostras Independentes em função ao grupos de dadores e não dadores de sangue.....	73
Tabela 13 – Estatísticas de grupo, barreiras à dádiva em função ao género .....	74
Tabela 14 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função à idade .....	75
Tabela 15 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função à idade .....	76
Tabela 16 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função às habilitações académicas .....	77
Tabela 17 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função às habilitações académicas .....	77
Tabela 18 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função do rendimento bruto.....	78
Tabela 19 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função do rendimento bruto.....	78
Tabela 20 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função da situação profissional.....	79
Tabela 21 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função da situação profissional.....	80
Tabela 22 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função do tempo de experiência.....	81
Tabela 23 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função dos anos de experiência - Barreira Tempo-Espaço.....	82
Tabela 24 – Estatísticas de grupo em função do género .....	83

Tabela 25 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função da idade .....	84
Tabela 26 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função da idade - Barreira Medo e Ansiedade....	84
Tabela 27 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função da idade - Barreira Tempo-Espaço .....	85
Tabela 28 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função da idade - Barreira Informação .....	85
Tabela 29 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função das habilitações académicas .....	86
Tabela 30 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função das habilitações académicas - Barreira Medo e Ansiedade e Barreira Tempo-Espaço .....	86
Tabela 31 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função do rendimento bruto.....	87
Tabela 32 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função do rendimento bruto – Barreiras Medo e Ansiedade, Tempo-Espaço e Barreira Informação.....	87
Tabela 33 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função da situação profissional.....	89
Tabela 34 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função da situação profissional.....	89
Tabela 35 – Estatísticas de grupo em função ao género .....	90
Tabela 36 – Teste de Amostras Independentes em função ao género .....	91
Tabela 37 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função da idade .....	91
Tabela 38 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função da idade – Barreira Medo e Ansiedade...	92
Tabela 39 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função da idade – Barreira Processual.....	92
Tabela 40 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função do rendimento bruto.....	93
Tabela 41 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função do rendimento bruto.....	93
Tabela 42 - Teste <i>One-Way Anova</i> em função da situação profissional.....	94
Tabela 43 – Teste <i>Post-Hoc Bonferroni</i> em função da situação profissional.....	95
Tabela 44 – Coeficientes de Correlações de Pearson (r) entre variáveis.....	96
Tabela 45 – Coeficientes de Correlações de Pearson (r) entre variáveis.....	97
Tabela 46 – Coeficientes de Correlações de Pearson (r) entre variáveis.....	98
Tabela 47 – Teste <i>One-Way Anova</i> em função do factor motivação .....	99
Tabela 48 – Quadro-resumo de hipóteses segundo resultados estatísticos.....	101

## ANEXOS

Anexo 1 – Perguntas acerca das Barreiras (25).....	121
Anexo 2 – Barreiras propostas (25) e os item originais .....	122
Anexo 3 – Relações entre o perfil do dador e a prevalência de barreiras.....	127
Anexo 4 – Perguntas acerca da motivação, satisfação, recomendação e regresso .....	131
Anexo 5 – Questionário.....	132
Anexo 6 – Sugestões de Inovação e melhoria.....	138

## ABREVIATURAS

IPST - Instituto Português do Sangue e da Transplantação

CST – Centro de Sangue e da Transplantação

CRS - Centros Regionais de Sangue

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P

DGS – Direção Geral da Saúde

SNS – *Serviço Nacional de Saúde*

MD - Ministério da Defesa

MS - Ministério da Saúde

OMS/ WHO - Organização Mundial de Saúde / World Health Organization

ISMA - International Social *Marketing* Association

ESMA - European Social *Marketing* Association

AASM - Australian Association of Social *Marketing*

FDA – Food and Drug Administration, agência federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos

CEO - Chief Executive Officer, Diretor Executivo

FEPODABES – Federação Portuguesa e Dadores Benévolos de Sangue

FAS – Federação das Associações de Dadores de Sangue de Portugal

CGD - Caixa Geral de Depósitos (Núcleo de Dadores de Sangue dos Serviços Sociais)

MARTECH - aplicação da tecnologia de marketing

NEXT TECH – novas tecnologias, inclui, inteligência artificial (IA), tecnologia de processamento de linguagem natural (PLN), sensores, robótica, realidade aumentada (RA), realidade virtual (VR), internet das coisas (IoT) e *blockchain*.

BI - Business Intelligence

CRM - *Customer Relationship Management*

## 1. Introdução

O sangue é uma matéria-prima rara e de valor inestimável. A partir de uma unidade de sangue total, obtém-se os componentes sanguíneos que fazem a diferença na vida de quem precisa. Os Serviços de Sangue e de Medicina Transfusional são unidades prestadoras de cuidados de saúde, que entre outras atividades, tem a incumbência da preparação de componentes sanguíneos que serão administrados a doentes com indicação terapêutica. O objetivo principal destes serviços é o de fornecerem sangue e os seus componentes em quantidade suficiente às necessidades e com qualidade, que se traduz na segurança transfusional. Ao nível da indústria farmacêutica, um dos componentes do sangue, o plasma humano, é usado na produção de medicamentos hemoderivados. Portugal começou recentemente a fracionar o seu plasma humano para a produção de medicamentos, acabando com o desperdício de uma matéria-prima nobre e finita, em parceria com a Indústria Farmacêutica, uma vez que não possui tecnologia para tal procedimento.

Sem dadores de sangue, sejam voluntários ou remunerados, consegue-se compreender que não há sangue, existindo assim uma relação de dependência dos Serviços de Sangue em relação aos dadores. A quebra sistemática de dívidas pode comprometer a atividade dos Serviços de Sangue, dos serviços utilizadores no sistema nacional de saúde e da indústria farmacêutica. Estas entidades têm que se adaptar às mudanças derivadas dos comportamentos dos dadores, de alterações legislativas, entre outras.

É necessário empreender esforços na captação de novos dadores, retenção dos existentes e aumentar as dívidas de repetição. Do ponto de vista tático e operacional, os dadores regulares são mais importantes que os novos dadores e os irregulares, pois oferecem um abastecimento de sangue estável, seguro e contribuem para a redução de custos associados ao recrutamento de novos dadores.

É urgente investir em estratégias de *marketing* social que fidelizem os dadores já existentes e definir outras que capturem novos dadores para a dívida, de modo a assegurar um fornecimento constante de sangue e o rejuvenescimento dos dadores.

A lei 37/2012 aprova o Estatuto do Dador de Sangue (D. República 165, 2012), é o diploma legal totalmente orientado para o dador benévolo de sangue, contendo os seus deveres e direitos e que refere a importância que os dadores e as associações têm para a dádiva de sangue em Portugal. Compete ao Estado Português assegurar a todos os cidadãos o acesso à utilização terapêutica do sangue, seus componentes e derivados. A lei refere que é um dever cívico de todo o cidadão saudável contribuir através da dádiva, para a satisfação das necessidades de sangue em Portugal.

É no contexto da diminuição sistemática de dadores de sangue, na consequente falta de sangue em Portugal e no âmbito do mestrado em gestão de *marketing*, que surge o tema desta dissertação que consiste no estudo da sensibilidade dos cidadãos portugueses em relação à dádiva de sangue. Importa caracterizar, quer o dador de sangue, quer o não dador e compreender como reagem às barreiras identificadas na literatura para a dádiva de sangue e o que os motiva a doar. Este tema insere-se na área da saúde e na gestão de *marketing*.

## 1.1 Pertinência da Investigação

Para justificar a pertinência da problemática da pesquisa académica é relevante fazer uma contextualização sobre o tema e a situação nacional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) tem como principal papel direccionar e coordenar a saúde internacional dentro do sistema das Nações Unidas. Neste sentido a dádiva de sangue tem importância estratégica para a OMS, existindo uma diferença marcante no nível de acesso ao sangue entre os países de baixo e alto rendimento. A taxa de dádiva de sangue total é um indicador da disponibilidade geral de sangue. A taxa média de dádiva de sangue em países com elevado rendimento é de 31,5 doações por 1000 habitantes (WHO OMS, 2022). Portugal recuperou dos anos de perda de dadores, conseguindo em 2021 um rácio de 31,07/1000 doações (Escoval, 2021). Comparativamente, Espanha em 2021 teve um rácio de 36,48/1000 doações (Federación Española de Donantes de Sangre, 2022).

O Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) é a autoridade reguladora a nível nacional da atividade da medicina transfusional e da transplantação, tem como missão entre outras, garantir a dádiva, distribuição de sangue humano e de componentes sanguíneos.

O IPST atendendo às recomendações comunitárias de que os Países devem adotar medidas no sentido de promoverem a autossuficiência de sangue e derivados do plasma e de encorajamento das dádivas, voluntárias e não remuneradas, considera de maior importância: obtenção de medicamentos derivados do plasma produzidos a partir de matéria-prima de origem nacional, contribuindo desta forma para se conseguir a autossuficiência em alguns derivados do plasma; maior segurança dos doentes, com menor influência das contingências de mercado relativamente ao fornecimento e disponibilização de imunoglobulina humana normal; sucessiva redução da despesa nacional com medicamentos derivados do plasma de grande consumo hospitalar: imunoglobulina humana normal, albumina humana e factor VIII da coagulação (IPST, 2020).

Sendo subjacente que a satisfação das atuais necessidades nas áreas do sangue e do medicamento se revestem de importância estratégica para Portugal, o governo da República Portuguesa entendeu que deve existir uma colaboração estratégica entre a Defesa Nacional e o Ministério da Saúde, com a partilha de capacidades que permitiram proteger a soberania nacional, garantir a prossecução do interesse público e obter economias através de sinergias entre o Laboratório Militar e as entidades com competência na área do medicamento e do sangue (Ministério da Defesa Nacional e Ministério da Saúde, 2017).

Assim, é relevante o tema “Análise da percepção de barreiras e identificação de factores motivadores para a dádiva de sangue em Portugal” tanto no âmbito académico como numa visão de coesão social e de defesa nacional. Considerando os dados secundários apresentados nesta secção, que evidenciam uma associação entre diferentes entidades e que despertam uma consciencialização para a generosidade e altruísmo. A realidade é que a captação e retenção de dadores de sangue está em queda, sendo necessário aprofundar o conhecimento sobre este tema.

## 1.2 A dívida de sangue em Portugal

A transformação da dívida, de remunerada para voluntária, parece que tornou os dadores de sangue mais criteriosos nas ponderações entre os benefícios gerados pelo seu ato e os custos assumidos. É de salientar que os bancos de sangue são afetados pelos riscos percebidos pelos dadores, visto que a relação da dívida requer dos indivíduos um alto nível de envolvimento emocional e psicossocial, sendo fundamental que os programas sociais desenvolvam uma relação de confiança entre o dador e as unidades de saúde, enfatizando as experiências positivas dos dadores e as necessidades constantes dos recetores do sangue.

O Relatório da Atividade Transfusional do IPST referente a 2021 (Escoval, 2021), apresenta importantes indicadores para a dívida e para a transfusão de sangue em Portugal. Este indica uma inversão da tendência da diminuição do número de dadores e de dívidas de sangue que se registava em Portugal desde 2008, verificando-se um aumento no número de inscrições para a dívida de sangue, que se traduz no aumento do número de dadores que realizaram dívida, no número de dívidas, no número de dadores de primeira vez e, muito importante, um rejuvenescimento da população de dadores.

Dados de 2021 apontam para a existência de 235 178 dadores de sangue em Portugal, dos quais 204 088 realizaram dívida, originando 310 727 dívidas de sangue, destes 34 537 são novos dadores.

**Figura 1 - Dados Chave de 2021**

Dívidas e Dadores			
Nº total de Inscrições de dadores	371 608	Nº total de dadores que realizaram dívida	204 088
Nº total de Dívidas	310 727	Dadores de 1ª vez	34 537
Nº total de dadores	235 178	Dadores habituais	169 551

Fonte - Relatório da Atividade Transfusional e Hemovigilância 2021, IPST, 2021

A dívida em Portugal tinha registado ao longo da última década uma *performance* negativa. No período de 2011-2020 Portugal perdia mais de 80 000 dadores, registando-se em 2021 um aumento relativamente ao período pré-pandémico, verificando-se uma inversão da

tendência de diminuição que se perdurava desde 2008. Em relação ao ano de 2020 verificou-se um aumento de aproximadamente 8% tanto no número de doadores como de dadas.

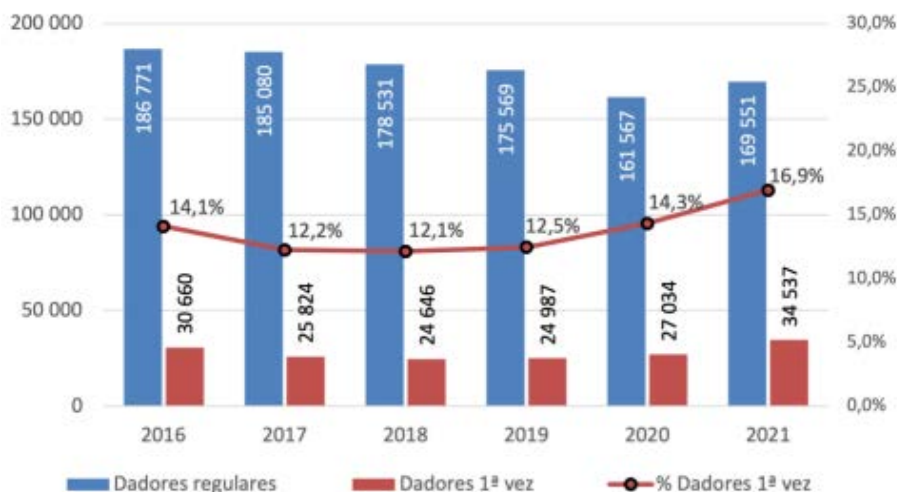
**Figura 2 - Número de doadores homólogos e dadas de sangue em Portugal 2012-2021**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nº de doadores que efetuaram dádiva	249 168	237 826	226 882	223 924	217 431	210 904	203 177	200 556	188 601	204 088
Nº de dadas	391 331	361 819	353 459	337 580	334 022	324 053	314 091	310 311	287 958	310 727

Fonte - Relatório da Atividade Transfusional e Hemovigilância 2021, IPST, 2021

Em 2021, inverte-se a tendência registada desde 2008 na diminuição no número de doadores e dadas, agravada pela situação pandémica COVID-19. A proporção de novos doadores também sofre uma inversão relativamente à tendência verificada nos últimos anos, são agora 16,9% do total de doadores, 34.537 novos doadores.

**Gráfico 1 - Evolução do nº de doadores regulares e primeira vez 2016-2021**



Fonte - Relatório da Atividade Transfusional e Hemovigilância 2021, IPST, 2021

A figura seguinte sistematiza a evolução de alguns índices de dádiva portuguesa em 2021, observa-se um rácio de 20,41/1000 (doadores por 1000 habitantes), uma melhoria, mas que infelizmente continua abaixo das necessidades.

**Figura 3 - Evolução de índices de dívida 2012-2021**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dadores / 1 000 habitantes	24,92	23,78	22,69	22,39	21,74	21,09	20,32	20,06	18,86	20,41
Dádivas / 1 000 habitantes	39,13	36,18	35,35	33,76	33,40	32,41	31,41	31,03	28,80	31,07
Dádivas / Dador	1,57	1,52	1,56	1,51	1,54	1,54	1,55	1,55	1,53	1,52
Varição anual homologa de dadores (%)	-8,83	-4,79	-4,80	-1,33	-2,99	-3,09	-3,80	-1,31	-6,34	7,59
Varição anual homologa de dádivas (%)	-5,01	-8,15	-2,35	-4,72	-1,07	-3,08	-3,17	-1,22	-7,76	7,33

Fonte - Relatório da Atividade Transfusional e Hemovigilância 2021, IPST, 2021

Os aspetos mais relevantes do relatório referente ao ano de 2021, podem ser comentados do seguinte modo:

- ✓ No ano de 2021 ocorreu um aumento no número de dádivas nacionais de cerca de 8 % (310 311 dádivas em 2021 vs. 287 958 em 2020);
- ✓ O IPST nos seus 3 Centros colheu no ano de 2021, 58,89 % das dádivas nacionais, mais 1,21 % do que os 57,68 % do ano de 2020;
- ✓ A região Norte (incluindo CST Porto) colheu 41,79% (42,09 % em 2020) das dádivas nacionais. O Norte de Portugal é mais solidário no que refere à dívida de sangue;
- ✓ A Região Centro (incluindo CST Coimbra) colheu 24,39% (20,37 % em 2020 e 21,27% em 2019) das dádivas nacionais, mais 5 656 dádivas do que em 2020;
- ✓ A Região de Lisboa e Vale do Tejo (incluindo CST Lisboa) colheu 33.34 % (27,08 em 2020 e 25,71 % em 2019) das dádivas nacionais, mais 7 124 dádivas do que em 2020;
- ✓ Continua a verificar-se uma dispersão acentuada no número de dádivas por instituição (mínimo de 749, máximo de 72 279), com 14 instituições colhendo menos de 5000 unidades. Destas, 2 não ultrapassam as mil unidades;
- ✓ Mantém-se uma grande dispersão no número de dádivas por Instituição (mínimo de 749 e máximo de 72 279), com 14 instituições com menos de 5000 dádivas. Destas instituições, 2 não ultrapassam as mil dádivas.

### 1.3 Objetivo da Investigação

A revisão da literatura aponta que a dádiva de sangue é afetada positivamente pelas motivações e negativamente pelas barreiras que as populações estudadas tem face à dádiva de sangue. É importante entender de que forma o mesmo se aplica à população portuguesa, ou seja, o que motiva os Portugueses a doar sangue e o que os limita neste ato altruísta.

Desta forma o objetivo geral deste estudo é assim definido:

Identificar os factores que impedem (barreiras) e os que favorecem (motivação) a dádiva de sangue em Portugal.

Como objetivos específicos, este estudo pretende medir e compreender a importância dos comportamentos críticos no processo da dádiva:

1. Há diferenças na percepção das barreiras em função de ser ou não dador de sangue (O1);
2. Há diferença na percepção das barreiras à dádiva em função das variáveis sociodemográficas (O2);
3. Há diferença na percepção das barreiras no grupo dos dadores em função da variável tempo de dádiva (experiência) (O3);
4. Há diferença na percepção das barreiras no grupo dos dadores em função dos dados sociodemográficos (O4);
5. Há diferença na percepção das barreiras dos não dadores em função dos dados sociodemográficos (O5);
6. Há correlação positiva entre as variáveis: Satisfação, Recomendação, Intenção de Regressar (O6);

7. Há correlação positiva entre as variáveis: Satisfação, Recomendação, Intenção de Regressar, com os elementos que compõe o Factor Motivação (O7);
8. Há correlação entre a percepção das barreiras e a motivação (O8);
9. Há diferenças na motivação, satisfação, recomendação e intenção de regressar em função do tempo de experiência do dador (O9).

É necessário captar e reter dadores de sangue, tornando a dádiva um hábito regular e caminhar para a autossuficiência de sangue e medicamentos hemoderivados em Portugal.

A população alvo deste estudo, são os cidadãos residentes em Portugal, maiores de 18 anos, sejam ou não dadores de sangue. Não foi estipulado um número de inquéritos a ser realizado, é desejada uma amostra equilibrada entre dadores e não dadores de sangue. Em 2021 Portugal tinha 235.175 dadores, dos quais 34.537 eram dadores de primeira vez.

Os requisitos para ser um dador de sangue são apenas três: ter pelo menos 50kg, idade igual ou superior a 18 anos e, claro, ser saudável.

## 1.4 Estrutura do relatório

Após a realização da introdução, pertinência e objetivo da investigação, a dádiva de sangue em Portugal é realizada um enquadramento teórico (revisão de literatura), sendo este dividido em 6 pontos.

A primeira fase do enquadramento teórico aborda o *marketing* social, no segundo momento da revisão de literatura é abordado o *marketing* social em saúde pública, dádiva de sangue, seguido das motivações e barreiras para doar sangue, qualidade, recomendação e satisfação. No terceiro momento é abordado o estado da arte. No quarto capítulo é realizada e explicada a metodologia utilizada nesta investigação e a apresentação do modelo concetual.

No quinto capítulo é feita a análise de dados que inclui a caracterização da amostra e uma análise dos resultados.

Por fim, são retiradas as conclusões deste estudo, respondendo aos objetivos específicos que dão resposta ao objetivo geral.

## 2. Revisão da literatura

A presente revisão da literatura tem como principal objetivo compreender como o *marketing* social pode influenciar a aceitação de ideias sociais e mudar o paradigma da dádiva de sangue. O *marketing* social, como muitas outras áreas de estudo, é uma área dinâmica e apaixonante que pela sua natureza continuará a desenvolver-se e a evoluir.

### 2.1. *Marketing* social

O *marketing* social propõe criar estratégias sustentáveis e de valor para a sociedade, mudar algo para melhor. Os profissionais de *marketing* e os cidadãos que se dedicam a estas missões tem ideais, elevados valores éticos e morais, utilizado a sua dedicação e energia para prestar auxílio às comunidades e imprimir mudanças de comportamentos. Através de pequenas grandes ideias, transformam uma consciência local, em que todos são chamados a colaborar para o bem-estar coletivo, uma consciência que pode crescer e tornar-se mundial.

Originalmente estimulado por um artigo de Wiede de 1952, que levantou a questão "*Why can't you sell brotherwood like you sell soap?*", Kotler e Zaltman referem que os vendedores de sabão, eram mais assertivos que os de causas sociais, e nos anos 70, criam o conceito de *marketing* social aquando da publicação do artigo "*Social marketing: An approach to planned social Change*", "*marketing* social é considerado como o desenho, planeamento e controlo de programas, de forma a influenciar a aceitação de ideias sociais envolvendo

reflexões acerca do planejamento de *marketing-mix*: produto, comunicação, preço, distribuição e ainda pesquisa de mercado" (Kotler & Zaltman, 1971).

Andreasen (1994), critica esta abordagem e acrescenta que *marketing* social é a aplicação de tecnologias de *marketing* comercial à análise, planejamento, execução e avaliação de programas que influenciam o comportamento voluntário do público-alvo, de forma a melhorar o seu bem-estar e o da sociedade. Na essência, o propósito do *marketing* social consiste na mudança de comportamentos e não na disseminação de ideias, apesar da divulgação de ideias e informações estarem presentes (Andreasen, 1994, 2002).

Kotler e Roberto em 1992, referem que os resultados da aplicação do *marketing* social, pretendem atingir quatro tipos de mudanças sociais, podendo uma estratégia, procurar produzir uma ou mais mudanças simultaneamente. A primeira mudança considerada é de natureza cognitiva, a segunda refere-se à mudança de ação, a terceira induz ou ajuda as pessoas a mudarem o seu comportamento, tendo em vista o bem-estar pessoal e, por fim, a quarta pretende a mudança de valores. (Kotler & Roberto, 1992).

Os princípios e técnicas do *marketing* social têm vindo a ser aplicados, quer para beneficiar públicos-alvo em particular, quer a sociedade como um todo. A importância e a amplitude do *marketing* social têm vindo a aumentar cada vez mais em áreas diversificadas, sendo que Lendrevie, Lévy, Dionísio e Rodrigues enumeram os vários setores onde os esforços do *marketing* social têm vindo a focar com maior evidência: promoção da saúde, ambiente, educação, economia, aspetos sociais, participação, cidadania, desenvolvimento da comunidade e solidariedade (Lendrevie, 2005).

O *marketing* social é uma ferramenta que se tem mostrado muito eficaz em mudar o comportamento das pessoas, de forma a melhorar o seu bem-estar e o da sociedade em geral. Por exemplo no contexto da saúde pública, as campanhas de *marketing* social têm contribuído notavelmente para mudar comportamentos de estilo de vida, como fumar, beber, abuso de drogas e dietas (Stead, 2007).

É a aplicação de teorias e técnicas de marketing para o planejamento, implementação e avaliação de programas e intervenções para influenciar a mudança de comportamento voluntário pró-social, a fim de melhorar o bem-estar pessoal e o bem-estar da sociedade (Stead, 2012).

Existem diversos contributos para a definição de *marketing* social. É comumente aceite a de Kotler que refere que o *marketing* social é um processo que aplica princípios e técnicas de *marketing* para criar, comunicar e acrescentar valor de forma a influenciar o comportamento do público-alvo, o qual vai beneficiar a sociedade bem como o público alvo. Este deve ser influenciado em direção a quatro mudanças sociais: aceitar um novo comportamento; rejeitar um potencial comportamento indesejável; modificar um comportamento atual; abandonar um hábito recorrente indesejável (Kotler & Lee, 2008).

É importante a identificação do que o público-alvo percebe como benefícios e barreiras. Benefício é algo que as pessoas pretendem, tal como: melhoria da autoimagem, saúde, paz espiritual, conveniência e aprovação das pessoas que as rodeiam. Uma barreira é um inibidor entre o indivíduo e a ação. Essas barreiras podem ser ou não custos monetários (E. C. da Silva & Mazzon, 2015).

*Marketing* social é transformar a realidade de uma determinada sociedade, por meio de ações, atitudes, ideias, comportamentos e crenças que reflitam nos indivíduos a oportunidade e a vontade de aderir a um padrão de vida mais saudável, cuja finalidade é a de garantir, por intermédio de estratégias de *marketing*, a mudança de comportamento pretendida (E. Silva & Mazzon, 2018).

Esta ciência social consiste na adaptação e adoção de atividades, instituições e processos de *marketing* comercial como meio de induzir mudança de comportamento num público-alvo de forma temporária ou permanente para atingir um objetivo social. A mudança comportamental é alcançada através da criação, comunicação, entrega e troca de uma oferta competitiva de *marketing* social que induz a mudança voluntária no público-alvo e que resulta em benefício para os destinatários da campanha de mudança social, parceiros e a sociedade em geral (Dann, 2010).

A estratégia pode ser muito mais eficaz e obter melhores resultados sempre que promover mudanças estruturais no meio envolvente, diminuindo ou removendo as barreiras existentes, antes de promover mudanças comportamentais no indivíduo. Se as campanhas de promoção forem desenvolvidas sem que tenham sido alterados os problemas estruturais, o impacto será bem mais reduzido (Wymer, 2011).

É uma ferramenta que trabalha com diretrizes e objetivos bem definidos, metas mensuráveis, pesquisas e/ou avaliações de natureza quantitativa e qualitativa, além de apontar para o desenvolvimento de produtos sociais, através de mudanças sociais e comportamentais, destinados a segmentos da população específicos, *designados* de públicos-alvo (Carvalho & Mazzon, 2013).

Para promover a mudança de comportamento na sociedade, o *marketing* social deve desenvolver um plano sustentável, com objetivos de curto, médio e de longo prazo, mensuráveis e bem-definidos, que obtenha benefícios mútuos para o indivíduo e para o grupo em questão, e que elimine ou diminua as barreiras existentes que inibem, dificultam ou impedem o comportamento, contemplando também os canais de distribuição e as políticas de mercado (Maria & Martins, 2014).

Em 2017, a *Internacional Social Marketing Association (iSMA)*, a *European Social Marketing Association (ESMA)* e a *Australian Association of Social Marketing (AASM)* reforçam a sua definição de *marketing* social de 2013, com o objetivo de chegar a um consenso assente na influência. Este procura desenvolver e integrar conceitos de *marketing* com outras abordagens para influenciar comportamentos que beneficiem indivíduos e comunidades para o bem social maior. A prática do *marketing* social é guiada por princípios éticos. Procura integrar pesquisa, melhores práticas, teoria, visão de público e parceria, para otimizar a entrega de programas de mudança social segmentados e sensíveis à concorrência que sejam eficazes, eficientes, equitativos e sustentáveis (ISMA, 2017).

French e Russell-Bennett aproveitam-se desta definição para sublinhar que o *marketing* social aplica conceitos de *marketing* sem estar limitado a esta área, é uma abordagem multidisciplinar. Os autores acrescentam ainda que o valor adicional do *marketing* social reside no facto de este aplicar uma lente para focar o *marketing* e acrescentar e agregar valor aos desafios sociais, através de um processo de troca e ofertas sociais. Essas ofertas sociais estão na forma de ideias, entendimento, sistemas, produtos, serviços, políticas e ambientes que são valorizados pelos cidadãos e têm um impacto social positivo, influenciando o comportamento. É o princípio fundamental de usar a troca para criar valor social que está no centro de nossa tentativa de entendimento e definir a teoria e a prática do *marketing* social (French & Russell-Bennett, 2015).

É uma estratégia que trabalha com princípios e técnicas de *marketing* para induzir um público-alvo a aceitar, rejeitar ou abandonar voluntariamente um comportamento em benefício de indivíduos, grupos ou toda a sociedade. O principal objetivo do *marketing* social é provocar uma mudança no comportamento social, em relação à dívida de sangue, isso implica desmistificar a dívida de sangue, recrutar e disponibilizar à comunidade um grupo de doadores voluntários. O profissional de *marketing* social não vende mercadorias com fins lucrativos, mas sim a ideia da dívida voluntária de sangue, vende o conceito que a dívida pode salvar vidas. Desta forma é uma ferramenta eficaz para o recrutamento e retenção de doadores de sangue voluntários, envolve custos, no entanto a longo prazo, é um modelo rentável e aumenta o número de doadores voluntários (Agrawal, 2016).

É uma forma de aplicar princípios e instrumentos de *marketing* para a obtenção de objetivos socialmente desejáveis, e não para outros objetivos organizacionais, criando uma mudança social positiva. O *marketing* social envolve a mudança de comportamentos aparentemente intratáveis, em circunstâncias ambientais, económicas, sociais, políticas e tecnológicas, com recursos limitados, na maioria das vezes. O resultado final dos profissionais de *marketing* social é satisfazer o desejo da sociedade e de melhorar a qualidade de vida (Serrat, 2017).

No *marketing* comercial, o produto é palpável, mas no *marketing* social este é constituído pela informação destinada a provocar mudanças de atitude e de comportamento. Os comportamentos pretendidos pelas campanhas de *marketing* social são mais complexos aos níveis social e individual do que os comportamentos envolvidos na compra de um produto comercial, uma vez que crenças, atitudes e comportamentos são mais relevantes do que os comportamentos de compra (Nancy R. Lee & Philip Kotler, 2019).

É um conceito que envolve a adaptação de métodos de *marketing* comercial para utilização em programas destinados a melhorar comportamentos voluntários dentro do público-alvo, ao mesmo tempo em que influencia comportamentos sociais que beneficiam um bem maior (Kashyap, 2021).

## 2.2. *Marketing* social em saúde pública

A disciplina de marketing social está a amadurecer rapidamente. Há um número crescente de cursos académicos em marketing social, o número de citações em publicações académicas e científicas está a aumentar, um número crescente de conferências e seminários, associações, redes profissionais e o crescimento de organizações com e sem fins lucrativos que oferecem serviços de marketing social, sempre com o objetivo de envolver a população na adoção de comportamentos para uma causa social, neste desenvolvimento cognitivo há um uso crescente do termo em documentos de políticas governamentais e de políticas em saúde pública. Um marketing social mais maduro, honesto e transparente pode combinar o melhor entendimento e prática do marketing com o desenvolvimento da compreensão da mudança de comportamento de muitas disciplinas para atingir os objetivos da sociedade.

Em 1974, o Governo do Canadá publicou o relatório Lalonde, de renome internacional intitulado “*New Perspective on the Health of Canadians*”. O relatório enfatizou que um sistema de saúde de alta qualidade era apenas um componente de uma política pública saudável, que também deveria levar em conta, a biologia humana, o estilo de vida, o ambiente físico, social e económico. Este relatório abriu as portas para a ideia de que os governos também deveriam estar envolvidos na modificação de comportamentos e no *marketing* social. O Relatório de Lalonde foi um dos primeiros estudos realizados na vertente da promoção em saúde pública e a salientar a importância das ferramentas de *marketing* social como forma de educação e persuasão para que as pessoas passem a adotar hábitos de vida saudáveis (Lagarde, 2015; Lalonde, 1974).

Várias investigações acerca das teorias sobre as mudanças de comportamentos, foram desenvolvidas no âmbito do *marketing* social, este tem sido um grande aliado na procura de soluções de alteração dos comportamentos para a resolução de problemas na área da saúde pública (Helmig & Thaler, 2010).

O *marketing* social tem vindo a desempenhar um papel preponderante no combate aos comportamentos de risco, *designadamente*: SIDA, luta contra o tabagismo na adolescência, combate contra o abuso infantil, aumento de utilização dos serviços públicos de saúde,

combater doenças crônicas, promover o planejamento familiar, amamentação, boa nutrição, exercício físico, uso de anticoncepcionais, etc. (Ling, 1992).

O *marketing* social ofereceu aos profissionais de saúde pública uma abordagem eficaz para o desenvolvimento de programas de promoção de comportamentos saudáveis. Também proporcionou à saúde pública uma nova mentalidade institucional, na qual as soluções dos problemas são solicitadas aos consumidores, principalmente por meio pesquisa que obtém insights sobre as necessidades e desejos do público-alvo. Uma organização que adote a mentalidade de *marketing* social, avalia continuamente e adapta-se de modo a aumentar a probabilidade de atender às necessidades do público-alvo, que estão em constante mudança. (Coreil, 2001).

Embora seja discutível se o *marketing* social se deva transformar numa disciplina dentro da saúde pública, são necessárias competências para preparar os profissionais de saúde pública para aplicar os seus princípios corretamente: pesquisa rigorosa, desenvolver planos de *marketing* integrados e avaliar os programas de *marketing* social (Grier & Bryant, 2005).

É a aplicação sistemática de *marketing* conjuntamente com outros conceitos e técnicas para atingir objetivos comportamentais específicos, para fins sociais ou bem público. *marketing* social relacionado com a saúde é a aplicação sistemática do *marketing* juntamente com outros conceitos e técnicas para atingir objetivos comportamentais específicos, para melhorar a saúde e reduzir a falta de igualdade na saúde." (National Social Marketing Centre, 2006).

Em 2009, Cheng, Kotler e Lee, apontavam tendências no *marketing* social aplicado à saúde pública, hoje a prática de *marketing* social e as suas campanhas bem-sucedidas podem ser encontradas em todo o mundo. As questões de saúde pública são muitas vezes tão complexas que nenhum agente isoladamente conseguirá obter sucesso. As parcerias para profissionais de *marketing* social podem ser organizações sem fins lucrativos, setor privado, governos, meios sociais, comunidades e voluntários. *Edutainment*, é um termo que surge do entretenimento educacional, é um tipo de entretenimento projetado para ser educacional. As campanhas de *marketing* social para a saúde pública são muitas vezes afetadas pelo ambiente social, cultural e regulatórios nos países ou regiões em que são realizados O foco deve ser claro, persistente, conciso de forma a alcançar mudanças de comportamento desejáveis, é a

tendência mais importante a ser seguida e o objetivo primordial a ser cumprido, em qualquer campanha de *marketing* social em saúde (Cheng, 2009).

As campanhas de saúde têm sido usadas ao longo de décadas para informar as comunidades e influenciar o comportamento de saúde, mais recentemente algumas usaram uma abordagem de *marketing* social. O *marketing* social é uma disciplina em evolução com um forte foco no consumidor e uma abordagem sistemática bem definida para definir as necessidades das pessoas e alcançar a mudança de comportamento.

Visa combinar conceitos e métodos do *marketing* com os de outras disciplinas para influenciar comportamentos que beneficiem indivíduos e comunidades para o bem social maior. Em combinação com as estratégias tradicionais de participação e empoderamento de promoção da saúde, uma abordagem de *marketing* social tem uma promessa considerável para melhorar a abrangência e a eficácia das campanhas de saúde (Chau, 2018).

Atualmente, problemas sociais como a discriminação racial, o acesso desigual à educação, a discrepância de rendimentos, entre outros, aliados aos graves problemas de saúde, têm um grande peso na sociedade. É de extrema importância que os profissionais de *marketing* social, estejam a par destes temas sensíveis, de modo a conseguir combatê-los e a criar dinâmicas de consciência e responsabilidade social, motivando as populações a tomar medidas, bem como acentuar o papel importante das intervenções do *marketing* social nos cuidados de saúde a nível nacional e global (ŞENTÜRK, 2021).

### 2.3. Dádiva de sangue

O sangue é percebido como um recurso muito valioso para atender às necessidades de saúde e garantir a sobrevivência dos seres humanos (Garraud & Tissot, 2016). O sistema da dádiva deve recrutar novos doadores e motivá-los a doar sangue, transformando-os em doadores regulares (Al-Zubaidi & Al-Asousi, 2012; Saha & Bhattacharya, 2019).

Sangue e hemoderivados são recursos essenciais para os sistemas de saúde em todo o mundo e, em tempos de crise e emergências de saúde, a procura por estes produtos torna-se muito mais desafiante. A pandemia de COVID-19 trouxe uma grave escassez de

hemoderivados devido à redução de dadores de sangue ativos pela positividade ao COVID-19 ou à preocupação de se infectarem nas unidades de saúde, aquando da dádiva (Bani, 2022).

O atendimento de dadores e as colheitas no banco de sangue apresentou uma quebra de 39,5%. A pandemia de COVID-19 teve um impacto negativo no atendimento de dadores, na disponibilidade de sangue e afetou negativamente os serviços de transfusão. Campanhas regulares de consciencialização pública sobre a pandemia COVID-19, a segurança do processo de dádiva de sangue e a necessidade de dadores de sangue regulares para manter reservas estáveis e adequadas de sangue são recomendadas (Yahia, 2020).

Recrutar um número suficiente de dadores de sangue é um desafio emergente em todo o mundo, especialmente durante as pandemias de COVID-19, que levaram a uma redução das atividades relacionadas à dádiva de sangue, perturbando o equilíbrio entre a disponibilidade e a procura de sangue. Foi estimado pela OMS que as pandemias de COVID-19 causaram uma redução de 20% a 30% na disponibilidade de sangue (Loua, 2021).

Embora existam muitas evidências de que as pessoas apresentam comportamento pró-social em tempos de crise, pouco se sabe sobre o que leva os dadores de sangue a doar durante uma crise de saúde, como a pandemia do COVID-19. Pesquisas anteriores mostram que os dadores podem ter várias motivações para doar sangue, no entanto, essas motivações podem mudar quando a dádiva representa um risco adicional à saúde (Quee, 2022).

Uma revisão sistemática sobre o impacto da COVID-19 nos serviços de transfusão de sangue revelou uma diminuição de 38% na dádiva de sangue em comparação com o período pré-pandêmico (Chiem, 2022).

## 2.4. Motivações para doar sangue

Outro objetivo do *marketing* social aplicado à dádiva de sangue é valorizar as motivações para neutralizar o efeito das barreiras no comportamento de dádiva. As motivações podem ser definidas como as fontes ou forças que levam os indivíduos a agir. Em termos mais simples, as motivações são as razões pelas quais os indivíduos “fazem coisas” (Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2013; Ryan & Deci, 2000). O estudo das motivações é

fundamental na análise do comportamento do dador de sangue devido à sua importância na adoção de um comportamento socialmente desejável como a dádiva de sangue (Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2008). Além disso, saber o que motiva os indivíduos a doar é complexo, pois, como mencionado acima, os dadores podem doar por vários motivos em simultâneo (Bednall & Bove, 2011; Karacan, 2013), e essas motivações tendem a mudar com o tempo (France, 2014; Guidi, 2015).

A literatura identificou uma grande variedade de factores que são agrupados em categorias de motivação para a dádiva, como: Informação, Responsabilidade Social, Necessidade, Influência, Apelos Urgentes, Recompensa, Qualidade (retenção e recomendação), *marketing* relacional (retenção e recomendação).

A disposição para a dádiva é influenciada positivamente pela informação, pelo altruísmo, pelos grupos de referência e pela anterior experiência de dádiva (Barboza & Costa, 2014; Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2009; J. R. Pereira, 2019). O altruísmo, enquadra-se na categoria da Responsabilidade Social, o altruísmo é a principal motivação para doar sangue (Charbonneau, 2015; González, 2013; Karacan, 2013; Mostafa, 2010; J. R. Pereira, 2019; Steele, 2008; Swanevelder, 2019), tanto em dadores com a primeira dádiva (Boenigk, 2011) como nos restantes dadores (González, 2013).

O altruísmo pode ser definido como o desejo de ajudar os outros sem receber nenhum tipo de benefício ou recompensa em troca, incorrendo por sua vez numa série de custos pessoais (Ferguson & Lawrence, 2016). No entanto, o altruísmo é na verdade um conceito muito mais complexo que vai além do desejo de ajudar o próximo, também envolve a obtenção de uma recompensa emocional (por exemplo, alegria, satisfação) que advém de fazer uma boa ação, de cumprir um dever para com a sociedade, entre outras. (Charbonneau, 2015; Evans & Ferguson, 2014; Ferguson, 2015; Karacan, 2013).

Não é de admirar que a maioria das campanhas de recrutamento e retenção de dadores realizadas por serviços de sangue são baseadas em mensagens que apelam ao altruísmo (Chell & Mortimer, 2014; Ferguson, 2015).

Esta premissa, pela qual doar sangue é um comportamento pelo qual tanto o dador quanto o paciente recetor se beneficiam, é chamada de hipótese da benevolência (Farrugia, 2010) e está intimamente relacionada ao conceito de altruísmo impuro descrito por Andreoni

(Andreoni, 1990). Assim, doar sangue, embora seja um comportamento altruísta em si, é “motivado pelo interesse” (Ferguson & Lawrence, 2016). Essa realidade parece explicar porque as campanhas de promoção de doações, geralmente focadas em mensagens principalmente altruístas e humanitárias, não tiveram o sucesso esperado (Moussaoui, 2016).

Na literatura existem várias abordagens que estudam as motivações para doar sangue além da forma mais pura de altruísmo. Uma delas é a abordagem de mecanismos para o altruísmo (Evans & Ferguson, 2014; Ferguson, 2015). Segundo essa abordagem, que se baseia na literatura de psicologia, economia e biologia evolutiva, a dádiva de sangue pode ser motivada pelos seguintes sete motivos: (1) puro altruísmo, entendido como o desejo de ajudar os outros de forma totalmente desinteressada; (2) *warm glow*, que são as recompensas emocionais derivadas do desempenho de um comportamento (o altruísmo impuro, mencionado por Andreoni (Andreoni, 1990), resulta da combinação de altruísmo puro com o *warm glow*; (3) altruísmo relutante, que surge em resposta à falta de confiança de outras pessoas para doar sangue; (4) responsabilidade social, que reflete o senso de dever para com a dádiva; (5) hedonismo, um motivo puramente egoísta que consiste em doar para benefício pessoal além do bem-estar dos pacientes recetores (por exemplo, receber um presente de agradecimento ou os resultados do exame de sangue doado); (6) obtenção de reputação e (7) seleção de parentesco, sob a qual os indivíduos mostram preferência por ajudar seus familiares (Evans & Ferguson, 2014).

Existem outras motivações para doar sangue além do desejo de ajudar os outros sem receber nada em troca. Especificamente, estudos anteriores confirmam que as motivações de valores, motivações sociais, defesa de si e da autoestima são aquelas que os doadores de sangue tendem a indicar (Alfieri, 2017; Guidi, 2015; Saha & Chandra, 2018). O altruísmo por si só, não pode garantir a manutenção do fornecimento do sangue (Irving, 2020). É por isso que alguns centros de transfusão de sangue optaram por oferecer incentivos para promover a dádiva de sangue entre a população (Chell, 2018). Na verdade, na maioria dos países, é tacitamente aceite que os doadores devam receber algum tipo de compensação pelo envolvimento em tal comportamento de risco (Farrugia, 2010).

Dado que a modalidade de dádiva preconizada por várias organizações internacionais, como a OMS ou o Conselho da Europa, é voluntária e não remunerada devido aos riscos

envolvidos na dádiva remunerada, muitos serviços de sangue têm escolhidos oferecer incentivos não monetários, como por exemplo, presentes, exames de saúde gratuitos, agradecimentos formais na forma de certificados e diplomas, que comprovadamente não prejudicam a motivação intrínseca dos dadores (Chmielewski, 2012; Goette, 2009).

De qualquer forma, oferecer os mesmos incentivos indistintamente a toda a população não é economicamente viável, uma vez que, até o momento, nenhum incentivo foi identificado como unanimemente aceitável por todos os tipos de dadores (Chell, 2018). Por isso, e de acordo com os princípios do *marketing* social, é necessário saber quais grupos da população são motivados por incentivos e quais são esses incentivos.

A divulgação de informação pode contribuir para recrutar novos dadores. A educação sobre a dádiva de sangue deveria ter início na escola e manter-se na universidade. A grande proporção de estudantes de medicina que doam sangue, deve-se ao facto de terem contato com o hospital e conhecerem o procedimento de dádiva. Também por influência dos pais doarem sangue foi um factor decisivo para os estudantes se tornarem dadores (T. S. Pereira & Luiz Bastos, 2009).

A confiança é um factor muito importante, a escolha dos dadores por um centro de dádiva tem em conta o resultado da ação da instituição. Se os colaboradores tiverem um mau desempenho nos procedimentos, isso resulta num dano para o dador e conseqüentemente perda de confiança. É necessário que a equipa do centro de dádiva estimule os dadores a regressarem para dádivas futuras, mantendo um bom relacionamento com eles (Malheiros, 2014; J. R. Pereira, 2016).

Para os homens adolescentes, as motivações sociais são fundamentais como expandir o seu círculo de conhecidos, enquanto as motivações de proteção do ego são impeditivas, enquanto que as mulheres adolescentes são mais afetadas pela compreensão e desejo de adquirir novas competências, o que as leva a doar. Esta abordagem assume que as pessoas são estimuladas por uma combinação complexa de orientações motivacionais que se completam. As pessoas não realizam atividades voluntárias motivadas por vários factores. O estudo mostra como a população adolescente não pode ser recrutada da mesma forma que os adultos, e apresenta pontos valiosos para quem realiza as campanhas publicitárias para captação de dadores. Provavelmente, se os adolescentes tivessem uma forma de saber como

funciona a dívida de sangue, isso ajudaria também a ultrapassar muitos medos, que são barreiras para doar (Alfieri, 2017).

A influência de amigos e familiares é importante na captação de novos doadores, dado já conhecido de outros estudos (J. R. Pereira, 2016, 2019). Contudo, as plataformas digitais, tornaram-se o segundo meio mais importante de captação de doadores para a dívida (Sümrig, 2018).

O motivo mais comum para se tornar num doador de sangue em primeiro lugar foi o altruísmo, seguido das normas sociais e a importância de ter um parente, amigo ou colega inspirado na dívida, ou mesmo trazendo potenciais doadores para o centro. O simples fato de ser saudável foi referido, apontando forte motivação pró-social e coletivismo. A sensação de “*warm glow*” é frequentemente citada como motivação para dívida. Esse fortalecimento da autoestima tem sido chamado de “altruísmo impuro”. 28% dos homens responderam que gostavam de se chamar de doadores de sangue e construir uma reputação mostrou-se um motivador para a dívida de sangue (Öhrner, 2019).

A principal motivação para doar tem sido tradicionalmente o altruísmo, que pode ser definido como o desejo de ajudar os outros sem perspectiva de qualquer compensação. O altruísmo é uma construção mais complexa e inclui múltiplos aspetos, que estendem o conceito de altruísmo para além de sua dimensão mais altruísta (altruísmo puro). Assim, os doadores de sangue também procuram certos benefícios emocionais ao doar sangue, por exemplo, a satisfação pessoal de ajudar os outros, o que é chamado de altruísmo impuro. Estão identificadas mais motivações, como pressão dos colegas ou recebimento de resultados de exames de sangue, entre outras (Martín-Santana, 2020).

Embora uma abordagem de *marketing* diferenciada voltada apenas para doadores altamente ativos possa não ser uma estratégia eficaz, os resultados sugerem que é importante garantir que esse grupo esteja comprometido ao planear estratégias de *marketing*. Ferramentas que se têm mostrado eficazes na literatura para aumentar temporariamente as dívidas sem comprometer a segurança do sangue, incluem pequenos presentes, reconhecimento de jornais e tomada de decisão ativa para aqueles que se apresentam para doar. Campanhas sociais destinadas a aumentar a consciencialização sobre a importância da

dádiva de sangue também podem ser uma importante ferramenta de incentivo à dádiva (Chandler, 2020).

Quanto aos factores motivacionais para doar sangue durante a pandemia, alguns estudos relataram que motivações altruístas, como doar como forma de combate à pandemia, foram o principal impulsionador dos dadores de sangue (Chandler, 2021; Veseli, 2021; Weidmann, 2022).

Entre todas as pesquisas, o factor motivador mais importante para a dádiva de sangue foi o altruísmo, “o desejo de ajudar quem precisa e salvar vidas”. Isso pode estar relacionado à religião, uma vez que as pesquisas foram feitas em países de maioria muçulmana e, segundo muitos líderes religiosos muçulmanos, doar sangue é um dever de todo o muçulmano. Em termos gerais, mais de 95% acreditavam que a dádiva de sangue poderia salvar vidas, mais de 75% acreditavam que a dádiva de sangue era um dever de cidadania e mais de 80% não aceitariam compensação monetária pela sua dádiva (Alreshidi & Sula, 2022).

Em relação à motivação com a última dádiva, quase todos os dadores (98,1%) relataram que queriam ajudar outras pessoas. Portanto, podem ser descritos como motivados altruisticamente, agindo benevolmente ou procurando o “*warm glow*”. O desejo de contribuir para o combate à pandemia do corona vírus foi mencionado por 56,9% dos dadores. Especialmente entre os jovens dadores (66,3%), bem como entre as dadoras (60,1%), uma alta proporção de dadores desejava apoiar o sistema de saúde por meio da dádiva de sangue (Weidmann, 2022).

A confiança nos centros de dádiva de sangue também foi importante para aumentar a motivação da dádiva. Assim, enfatizar as medidas de proteção adotadas nos centros de dádiva de sangue para aumentar a confiança das pessoas pode facilitar a retenção de dadores de sangue durante e pós a pandemia (Siu, 2022).

A já elevada intenção de regresso entre os dadores do serviço de dádiva de Sangue da Cruz Vermelha Alemã parece ser ainda maior durante a pandemia. Enquanto num estudo comparável antes da pandemia, 92,2% dos dadores afirmaram que era muito provável regressar, a proporção neste estudo foi de 96,2%. Esses resultados sugerem que os dadores que doam durante uma pandemia podem ter uma conexão muito forte com o seu serviço de sangue e são muito fáceis de mobilizar novamente. Pode ter sido importante que tenhamos

conduzido o nosso estudo entre dadores da Cruz Vermelha Alemã, pois estes geralmente são motivados de forma particularmente altruísta e altamente comprometidos. A natureza altruísta de doar sangue à Cruz Vermelha Alemã pode ter sido reforçada pela pandemia (Weidmann, 2022).

Nos jovens dadores de sangue de primeira vez, com diversidade racial e étnica, a motivação pró-social (incluindo altruísmo, coletivismo e modelagem de papéis) emergiu como o motivador mais identificado, sugerindo que aumentar o bem-estar dos outros é geralmente saliente entre os dadores jovens. Na realidade, esses motivadores internos demonstraram ser pontos-alvo eficazes para aumentar a intenção de dádiva tanto para dadores jovens quanto para não dadores (France, 2022).

Durante uma crise, a sociedade apela aos cidadãos que tomem ações pró-sociais que promovam a gestão da crise, visto que, os indivíduos mostram maior disposição para ajudar após um desastre. No entanto, a pandemia de COVID-19 apresenta diferenças significativas, pois é uma crise contínua que afeta todos os indivíduos e tem o potencial de representar uma ameaça direta à saúde de qualquer pessoa. Os dadores sentem-se significativamente menos capazes de doar à medida que a pandemia avança. Crucialmente, dadores ativos e inativos sentem-se menos responsáveis e menos moralmente obrigados a doar devido a uma diminuição nas normas morais pessoais, autoeficácia e impacto de uma dádiva durante uma pandemia. Os indivíduos relatam intenções de dádiva significativamente menores nos próximos seis meses e intenções ainda menores a longo prazo em comparação com as intenções de dádiva pré-pandemia. Portanto, a pandemia pode causar efeitos negativos duradouros no comportamento de dádiva. Embora o recrutamento de novos dadores também seja uma possibilidade, a retenção destes tem se mostrado bastante desafiadora, apenas 25 a 35% dos dadores de primeira vez fazem uma segunda dádiva (Veseli, 2022).

O principal motivo da dádiva foi o altruísmo, desejo de ajudar quem precisa e salvar vidas, onde 81,3% dos dadores incluíram o altruísmo como motivo para doar, seguido da dádiva dirigida para familiares. O encorajamento social não parece desempenhar um papel significativo como factor motivador. A consciência de ter que doar por ter um grupo sanguíneo raro esteve presente entre os dadores (Sula & Alreshidi, 2022).

Descobrimos que os doadores são altamente motivados pelo apelo do banco de sangue para doar e pelo desejo de ajudar os doentes com COVID-19 com a sua dívida de sangue ou plasma. No entanto, os doadores também estavam cientes do risco potencial de infecção pelo coronavírus durante o processo de dívida. Os doadores tinham principalmente motivações pró-sociais, como responder ao apelo do banco de sangue para doar e o desejo de ajudar pacientes com COVID-19. Para obter um conhecimento mais aprofundado sobre o que motiva os doadores, estudos futuros podem aprofundar os diferentes tipos de altruísmo, como o altruísmo puro, ou seja, contribuir para a procura de um bem público ou o altruísmo relutante, ou seja, sentir-se responsável (Quee, 2022).

Dado que aproximadamente 28,4 milhões de cirurgias programadas em todo o mundo foram adiadas devido ao COVID-19, irá levar muito tempo para recuperar o atraso (Nepogodiev, 2020).

Isto significa que será necessário um maior fornecimento de sangue a longo prazo. Lamentavelmente as intenções para doar sangue não correspondem às doações de sangue que serão necessárias, especialmente quando as cirurgias forem retomadas. Os resultados mostram uma diminuição significativa na percepção de responsabilidade pessoal e obrigação moral em relação a doações de sangue. Isto é alarmante porque quanto mais tempo passa, menos provável é que um dador regresse. Os bancos de sangue devem enfatizar a importância da solidariedade em tempos de pandemia, mais do que nunca, para desencadear efetivamente o comportamento pró-social das pessoas (Veseli, 2022).

## 2.5. Barreiras para doar sangue

Um dos principais objetivos do *marketing* social aplicado ao contexto da dívida de sangue é remover as barreiras à dívida. Em termos gerais, as barreiras são as potenciais dificuldades e contextos que um indivíduo precisa de superar para realizar um comportamento (Godin, 2007). Nesse contexto particular, as barreiras são os motivos pelos quais as pessoas não doam sangue. Embora sejam geralmente estudados para não doadores e doadores inativos, que correspondem aos motivos de nunca terem doado ou de terem parado

de doar (Duboz & Cunéo, 2010; Wevers, 2014). As barreiras para a dádiva também afetam os dadores ativos, atuando como obstáculos para doar com mais frequência (Charbonneau, 2016). Além disso, a importância das barreiras está em como elas afetam o comportamento de dádiva. Embora um indivíduo possa ser motivado por vários factores, como por exemplo, cumprir um dever social, sentir-se útil, receber um presente de agradecimento, cujos efeitos aumentam a vontade de doar, uma única barreira pode bloquear completamente a tentativa de dádiva (Bednall & Bove, 2011). Portanto, a análise das barreiras à dádiva torna-se um aspecto fundamental no estudo do comportamento do dador e no desenho das ações de *marketing* dos serviços de sangue.

A literatura identificou uma grande variedade de factores que são agrupados em categorias de barreiras à dádiva, tais como: Inibidores Internos, Inibidores Externos, Desconfiança, Falta de Informação, Rejeição, Histórias de Vida ou Viagem do Sangue, Influência, Recompensa, Reconhecimento, podendo ser detetados os Potenciais e Ex Dadores. A não valorização de experiência de dádiva e a falta de construção de valor social associados ao dador, impedem a multiplicação de comportamentos sociais (J. R. Pereira, 2016).

A influência negativa é o medo, as consequências do pós-dádiva (Barboza & Costa, 2014; Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2009, 2015; J. R. Pereira, 2019). O factor “medo” enquadra-se na categoria de Inibidores Internos, exemplos: da própria extração, de agulhas ou de ver sangue, sendo considerado uma das barreiras mais importantes. Além de predispor negativamente o indivíduo a doar sangue ao gerar stress e aversão (France & France, 2018; Piersma & Merz, 2019), o medo constitui um antecedente de reações físicas adversas durante ou após a dádiva, como, tonturas, náuseas, desmaios (France, 2019), que também influenciam negativamente o comportamento de dádiva (Gillet, 2015).

Comparativamente, não dadores (Ngoma, 2013; Shaz, 2010) e dadores pela primeira vez (Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2012; Mohammed & Essel, 2018) são os tipos de dadores em que essa barreira afeta a maioria porque estão menos familiarizados com o processo de dádiva e com os equipamentos envolvidos. Além disso, essa falta de experiência aumenta os níveis de medo e ansiedade (Vavić, 2012). Os serviços de sangue sentem uma enorme dificuldade ao tentar eliminar as barreiras associadas ao medo, uma vez que são obstáculos predominantemente intrínsecos ao indivíduo.

Outra das barreiras mais importantes à dádiva é o transtorno do ato de doar (Schreiber, 2006). O inconveniente pode se referir à localização dos pontos de dádiva (Hupfer, 2005) as horas em que funcionam (Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2015; Klinkenberg, 2018) ou ambos os aspetos em simultâneo (Shaz, 2010). Em qualquer caso, essa barreira reflete a aparente dificuldade que os indivíduos têm de integrar a dádiva de sangue nas suas rotinas (van Dongen, 2014), apesar dos esforços dos centros de transfusão de sangue para tornar a dádiva de sangue um ato acessível e transmitir a importância e precisa doar sangue repetidamente e ao longo do tempo.

Em consonância com o exposto, alguns estudos detetaram a falta de tempo como outro impedimento relevante para a dádiva de sangue. A falta de tempo pode estar relacionada a vários factores mas, entre os mais comuns, estão as responsabilidades profissionais, académicas e familiares (Bani, 2014; Charbonneau, 2016). Afirmar que não há tempo livre para doar é um indício de que os indivíduos consideram que doar sangue exige muito tempo. Porém, a própria duração do processo de extração é estabelecida segundo uma série de critérios de segurança, tanto para o dador como para o sangue doado e dificilmente pode ser reduzida. Logo, a falta de tempo é uma barreira que depende inteiramente do indivíduo (Duboz & Cunéo, 2010).

A falta de informação também surgiu como barreira à dádiva de sangue (Kalargirou, 2014; J. R. Pereira, 2016, 2019), principalmente entre não dadores (Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2009; Duboz & Cunéo, 2010). Visto que a informação é a base fundamental para a tomada de qualquer decisão (Polonsky, 2013), principalmente se tal decisão envolver comportamentos de risco, como doar sangue (Barkworth, 2002). Os aspetos sobre os quais os indivíduos afirmam estar desinformados são, principalmente, a real necessidade e importância da dádiva regular de sangue (Mathew, 2007; Shaz, 2010), os locais de colheita (James, 2013; Muthivhi, 2015), e em que consiste o próprio processo de dádiva (Atherley, 2016; Mohammed & Essel, 2018). Em relação a este último, esse desconhecimento pode gerar ideias incorretas, preconceitos e até medos irracionais sobre doar sangue. Por exemplo, os não dadores, muitas vezes expressam preocupação em contrair uma doença infecciosa ao doar sangue ou receber uma transfusão de sangue contaminada, apesar de serem processos completamente seguros (Shaz, 2009; Zaller, 2005). Os adolescentes têm falta de informação

sobre a dívida, algo que gera medo, falsas crenças e uma imagem idealizada do dador, uma pessoa saudável que voluntariamente escolhe ter uma vida moderada, que é generosa e feliz, mas que faz um sacrifício (Alfieri, 2017).

Além disso, uma parte significativa da população desconhece ou não interpretou corretamente os requisitos para doar (Baig, 2013; Mohammed & Essel, 2018). Isso é especialmente preocupante porque pode fazer com que indivíduos potencialmente elegíveis apliquem erradamente o adiamento ou a autoexclusão (Zaller, 2005) e decidam deixar o grupo de dadores ou simplesmente nunca fazer parte dele.

Por outro lado, a população, quer sejam os não dadores (Batiha & Albashtawy, 2013; Gomes, 2019) ou dadores regulares (Baig, 2013; Marantidou, 2007), afirmam que não doam sangue ou não o fazem frequentemente porque ninguém lhes pediu expressamente e por falta de referências de um grupo (Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2015). De acordo com Mathew, em circunstâncias normais, os indivíduos não pensam na necessidade constante de sangue, nem sabem que o equilíbrio entre a oferta e a procura de sangue é tão relevante (Mathew, 2007). Por esse motivo, às vezes esperam que os serviços de sangue façam um apelo urgente (Simon, 2003; Solomon, 2012) ou os contatem diretamente para doar (James, 2013; Veerus, 2017).

Outros factores que podem apresentar obstáculos significativos ao sucesso da dívida são os horários de atendimento e a localização física dos centros. O horário de atendimento deve ser definido corretamente e os centros de transfusão devem estar localizados perto de pontos geográficos importantes, concretamente, serviços públicos, centros comerciais e ruas principais que sejam claramente identificáveis ou sinalizados e acessíveis (por exemplo, perto de estradas principais ou rede de transporte público). Essas medidas podem reduzir a inconveniência da dívida e tornarem-se facilitadoras da mesma e aumentarem a qualidade percebida em relação à disponibilidade de tempo dos dadores (kumar Jain, 2015; Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2012). Tempos otimizados são alcançados com agendamento adequado e os profissionais de saúde necessários. Vários autores, tais como, Saha e Bhattacharaya, destacaram o quanto é importante diminuir o tempo de espera do dador (Saha & Bhattacharya, 2019).

No estudo de Zucoloto é investigado o medo de sangue, injeções e reações vasovagais, e a associação com intenção e prática de dádiva de sangue. Para avaliar o medo de sangue, injeções e desmaios, utilizaram a versão portuguesa “*Blood/Injections Fear Scale (BIFS-P)*”. O “BIFS-P” avalia três factores denominados “*fear of injections in general*” (FIG), “*fear of fainting due to fear of injections*” (FFI), e “*fear of blood in general*” (FBG).

Nesta investigação as mulheres apresentaram maiores pontuações de FIG e FBG em relação aos homens; já o FFI foi maior entre os participantes com nível socioeconómico médio. Menores pontuações de FIG, FFI e FBG foram observados entre aqueles que doaram sangue mais de 10 vezes, e maiores pontuações nessas dimensões foram observados entre aqueles que nunca tiveram intenção de doar sangue. Além disso, determinou-se que o género e o FBG foram as variáveis que melhor distinguiram doadores de sangue de não doadores.

A falta de conhecimento e equívocos sobre os processos de dádiva de sangue podem aumentar o medo da dádiva e evitar que potenciais doadores doem sangue. Embora muitos participantes que relataram medo já tenham doado sangue. Compreender as motivações que levam os indivíduos a doar sangue apesar de seus medos, e os factores que potencialmente modulam esse medo, pode ser muito útil para os serviços de sangue. Medo de sangue, injeções e reações vasovagais foram associados à intenção e prática de dádiva de sangue, podendo ser considerados barreiras importantes na decisão de doar sangue nesta amostra brasileira (Zucoloto, 2019).

Apesar dos repetidos convites, o motivo mais comum apresentado pelos entrevistados para a desistência da dádiva de sangue foi simplesmente a perda do hábito (33%). Outras barreiras foram falta de tempo (28%), trabalho (22%), viagens (20%), novo parceiro sexual (19%) e mudança de residência (18%). Os eventos adversos foram de menor importância, 8% dos entrevistados. A pesquisa também incluiu perguntas sobre o que seria necessário para os doadores retornarem à dádiva. A maioria indicou que retornaria se tivesse mais tempo (60%) e/ou recebesse mais um convite (45%). A questão do horário de funcionamento dividiu as respostas, uns afirmando que o horário de funcionamento é importante (31%), não importante (32%) ou incerto/não relevante (37%) para que eles retornem à dádiva de sangue (Öhrner, 2019).

Consideramos que os factores que afetam a dádiva de sangue podem ser endógenos, ou seja, a reputação organizacional do hospital, eficácia das estratégias de envolvimento de dadores e experiência do dador. Ou exógenos, como mudanças populacionais, desastres naturais, epidemias, mudança de atitudes em relação à dádiva de sangue, maiores pressões no lazer e no horário de trabalho, a saturação das mensagens e um grande aumento dos meios de comunicação resultando em fragmentação e redução das possibilidades de comunicação através das plataformas tradicionais. Além disso, visto que observamos uma maior preferência por doações no horário do almoço, antes e depois do trabalho, ajustar o horário de funcionamento de acordo também pode ser uma opção para impactar a disposição de doar. A tendência de queda observada no contexto de dádiva de sangue parece contradizer uma tendência mais ampla observada em atividades pró-sociais em toda a Alemanha relatada no caso de voluntariado (Chandler, 2020).

A qualidade do serviço prestado em experiências anteriores de dádiva, sendo negativa, também constitui uma barreira significativa para a dádiva futura (Ringwald, 2010), especialmente quando se trata da primeira dádiva (Devine, 2007; Vavić, 2012). A qualidade do serviço pode ser determinada por vários aspetos, como o tratamento da equipa de enfermagem (Mohammed & Essel, 2018; Veerus, 2017), elementos ambientais como a privacidade das instalações, limpeza, etc. (Melián-Alzola & Martín-Santana, 2020a; Saha & Bhattacharya, 2019); tempos de espera (McKeever, 2006), a experimentação de reações adversas (Chell, 2018) ou a gestão incorreta de um adiamento devido ao não cumprimento dos requisitos para doar (Beal, 1999; Ringwald, 2010) Em qualquer caso, prestar um serviço de qualidade é essencial para promover a retenção de dadores porque uma má experiência de dádiva não só influencia negativamente o dador que a vivencia mas, por meio do boca a boca negativo, também pode afetar outros dadores, tanto regulares quanto potenciais (Bednall & Bove, 2011). Também a personalidade do dador, concretamente neuroticismo, instabilidade emocional e ansiedade constitui uma barreira para a dádiva e para a dádiva futura (Rodrigues & Carlos, 2020).

Os dadores apercebem-se de alguns riscos como o medo de agulhas, medo de sangue, entre outros, ou inconvenientes, nomeadamente, falta de tempo, longas distâncias para chegar aos centros de transfusão, etc. Esses riscos e inconvenientes diminuem a disposição

de doar, geralmente a estranhos, algo valioso para sua própria saúde, ou seja, sangue. Isso muda as regras do jogo. Os tempos de espera não afetam apenas a percepção dos dadores sobre a qualidade do sistema, mas também podem aumentar a sua ansiedade e levá-los a desistir. Em consonância com o exposto, os resultados desta pesquisa enfatizaram a necessidade de melhorar a flexibilidade de horários e diminuir os tempos de espera no processo de dádiva (Melián-Alzola & Martín-Santana, 2020b) .

As barreiras mais prevalentes foram, em primeiro lugar, barreiras informativas e, em segundo lugar, barreiras tempo-espço. A baixa prevalência das barreiras intrínsecas entre os dadores ativos deve-se ao fato de que esses dadores estarem familiarizados com o processo de dádiva e equipamentos, o que reduz significativamente o medo e, conseqüentemente, a ocorrência de reações adversas. Este estudo também contribui para mostrar estatisticamente como o perfil do dador influencia a prevalência das diferentes dimensões de barreira. Além disso, este estudo expande o conhecimento sobre a influência de variáveis menos estudadas, como educação, rendimento e frequência de dádiva. Em consonância com a literatura anterior, as mulheres experimentam mais barreiras internas (Hupfer, 2005; Schreiber, 2006), enquanto os homens são mais dissuadidos externamente. Ao mesmo tempo, os dadores mais jovens (18-35 anos) são os mais inibidos em geral. Os resultados mostram que as barreiras diminuem à medida que a idade aumenta (Charbonneau, 2016), o que provavelmente está relacionado à experiência do dador. Ensino superior e rendimento levam a maiores barreiras de dádiva, principalmente aquelas relacionadas ao factor tempo. Variáveis relacionados ao comportamento de dádiva também afetam a prevalência de barreiras: dadores que fazem menos doações por ano são os menos informados e têm mais restrições de tempo-espço, e aqueles que doaram sangue por mais tempo são aqueles que experimentam menos barreiras. Portanto, esta pesquisa mostra que os dadores mais afetados por barreiras de dádiva são adultos jovens (18–35 anos), com estudos universitários e de rendimento mais alto, que geralmente doam uma ou duas vezes por ano e que têm menos de quatro anos de experiência de dador (Romero-Domínguez, 2021).

Chandler entrevistou 1.205 dadores de sangue europeus e encontrou uma diminuição na frequência de dádiva de sangue e uma probabilidade reduzida de doar em dadores com maior adesão às medidas preventivas do COVID-19 (Chandler, 2021). Durante a pandemia,

uma redução nas normas pessoais-morais, um dos principais factores que apoiam as intenções e comportamentos de dádiva de sangue, foi encontrada tanto em não dadores quanto em dadores, mas foi significativamente maior no grupo dos não dadores (Veseli, 2021).

As políticas de controlo da infeção COVID-19 do governo foram críticas e fizeram com que os dadores reduzissem as dádivas de sangue. Os dadores que respeitam os apelos para reduzir a contaminação por COVID-19 são menos propensos a doar sangue durante a pandemia. O apelo do governo para ficar em casa e evitar multidões afetou substancialmente a motivação dos participantes devido à crença de que a dádiva de sangue envolve uma ação perigosa e não é essencial. A possível sobrelotação dos centros de dádiva de sangue e o medo de encontrar dadores potencialmente infetados reduziram a disposição dos dadores em doar sangue. O sistema de saúde, incluindo hospitais e pessoal médico, foi considerado de alto risco pelos dadores. Os centros foram rotulados como lugares “perigosos” durante a pandemia e esta percepção resultou na redução da intenção de doar sangue (Siu, 2022).

Os serviços de sangue precisam garantir o fornecimento de sangue mesmo em tempos de crise. Como o armazenamento a longo prazo não é possível, os dadores de sangue também precisam ser recrutados continuamente e intensamente durante eventos extraordinários. No caso de desastres como terremotos, ataques terroristas ou tsunamis, o atendimento de um grande número de pessoas feridas geralmente requer uma quantidade significativamente maior de hemoderivados. Estudos anteriores mostram grande solidariedade durante a primeira semana após um desastre e que muitos dadores de primeira dádiva podem ser recrutados. Em contraste, as pandemias emergentes podem não aumentar a oferta de sangue, mas impactar negativamente na motivação dos dadores. O número reduzido de locais de dádiva móvel e o medo de infeção entre os dadores de sangue são mais prováveis pelo baixo número de doações nas primeiras semanas de pandemia, verificou-se um declínio no número de dádivas, semelhante a surtos anteriores de doenças infecciosas (Weidmann, 2022).

Na Albânia, o impedimento mais comum à dádiva de sangue foi o medo, medo de anemia, visão de sangue e injeção, e a falta de solicitação. Na Arábia Saudita, os principais motivos para não doar foram que nunca pensaram nisso, que ninguém pediu e por razões médicas, que incluíam anemia, doenças cardíacas, baixo peso, infeção no sangue. Estudos anteriores na Arábia Saudita, referem que a principal razão pela qual não doam sangue foi

que nunca terem sido solicitados. Na Turquia, 34% dos não dadores relataram nenhuma razão específica para não doar. Outras razões incluíam razões médicas e o fato de nunca terem pensado nisso (Alreshidi & Sula, 2022).

De acordo com estudos em diferentes ambientes de saúde (Back, 2020; Díaz-Agea, 2022; Rubinelli, 2020), as máscaras faciais, embora tenham contribuído para aumentar a sensação de segurança na dádiva de sangue no início da pandemia, o impacto nas tarefas profissionais e na relação com os dadores de sangue foi prejudicial (Bani, 2022).

Além disso, as máscaras faciais foram percebidas como uma barreira para a identificação correta dos dadores e para a comunicação com os dadores com deficiência auditiva. De destacar a necessidade de estreitar o relacionamento entre a equipa de saúde e dadores antes e depois da dádiva de sangue para contrabalançar o efeito prejudicial da máscara facial e os aspetos relacionais futuros (Bani, 2022).

A responsabilidade coletiva de prevenir a infeção por COVID-19 também foi uma barreira e um desmotivador crucial para os dadores. Contrair COVID-19 não os afeta apenas individualmente, mas também pode fazer com que outras pessoas fiquem em quarentena. A decisão da dádiva de sangue deixou de ser uma vontade individual, tornando-se uma decisão coletiva entre os dadores e os seus familiares. A responsabilidade coletiva pela prevenção da pandemia tem sido repetidamente enfatizada pelos meios de comunicação, governos e comunicações de saúde pública. Doar sangue sem saber se alguém está infetado foi percebido como potencialmente prejudicial a outros, tanto no sentido físico quanto no social, ou seja, responsabilidade coletiva (Siu, 2022).

A barreira mais comumente relatada foi o medo, incluindo medo de desmaio/tontura, agulhas/dor, saúde reduzida, lesão física, contágio, sangue, descoberta de doença, picada no dedo e inespecífica. E aqueles com tentativas de dádiva subsequentes foram menos propensos a relatar medo de desmaio ou tontura, ou agulhas/dor e preocupação de não serem dadores por problemas de saúde pessoal em comparação com aqueles que não tentaram. As dadoras relataram um número total maior de barreiras e eram mais propensas a citar medo de desmaio ou tontura, medo de saúde reduzida e baixos níveis de hemoglobina no sangue em comparação com dadores do sexo masculino. Isso sugere que o grupo de

dadoras pode ter uma abordagem especial e adequada com intervenções destinadas a abordar e lidar com reações sincopais (France, 2022).

Os principais motivos para não doar foram: medo, por ninguém lhes ter solicitado e motivos médicos. Medo de anemia, medo de ver sangue e medo de injeção foram os impedimentos mais comuns entre os não doadores na Albânia. Outras razões incluíam razões médicas, tais como anemia, doenças cardíacas, baixo peso, infecção sanguínea, cancro, etc. e também pelo fato de nunca terem pensado nisso (Sula & Alreshidi, 2022).

Existem também barreiras práticas importantes, como o acesso ao centro da dádiva. Os doadores podem depender de transporte público ou visitar áreas potencialmente lotadas que dificultam a adesão às medidas preventivas. Mais importante ainda, o distanciamento físico é impossível durante partes do processo da dádiva, ou seja, a equipa de enfermagem precisa estar perto do dador para inserir a agulha e retirar o sangue. Isso significa que, apesar das medidas de prevenção de infeção implementadas, os doadores podem estar em risco aumentado de infeção e, portanto, as barreiras para doar podem ser aumentadas em termos de riscos à saúde. Tais barreiras podem fazer com que os doadores de sangue reconsiderem a dádiva durante a pandemia e podem comprometer as suas motivações, ou seja, doadores anteriormente motivados pela vontade de ajudar os outros, podem agora optar por não doar por medo de serem infetados (Quee, 2022).

## 2.6 Qualidade, Satisfação, Recomendação

Outra linha de pesquisa, muito importante reconhecida por Bednall, refere-se ao estudo da experiência da dádiva (Bednall, 2013). Conforme indicado por Jaafar, que analisou experiências positivas e negativas da dádiva, a experiência pode incentivar ou desencorajar as pessoas a doarem novamente. Como consequência, a gestão otimizada da dádiva ajuda a eliminar barreiras e promove a repetição da dádiva, além de incentivar as pessoas a recomendarem outras para doar (Jaafar, 2017). Isto é sugerido na literatura de serviços que estabelece que a interação da empresa com seus clientes é chamada de *“moment of truth”* ou *“service encounter”*. Como resultado deste encontro de serviço, o cliente avalia a qualidade

do serviço e cria uma série de atitudes e as suas futuras intenções comportamentais relacionadas com a organização de acordo com o seu grau de satisfação (Priporas, 2017). Na cadeia de dádiva, esse 'momento da verdade' corresponde à experiência do dador com o ato de doar. De acordo com Craig, esse processo inicia-se quando o dador chega ao centro da dádiva ou local de atendimento e preenche um questionário sobre hábitos de vida e condições clínicas (Craig, 2017).

É fundamental o envolvimento e esforço de equipa, isto é, a equipa técnica do banco de sangue, associações de dadores e a equipa de marketing. Rostos sorridentes e palavras encorajadoras têm um impacto de longo prazo, um dador feliz e satisfeito recomenda e adicionará dadores ao grupo da dádiva (Agrawal, 2016).

Com base na literatura sobre práticas de recursos humanos de alto desempenho voltadas para a qualidade do serviço, seria ótimo criar um esquema de incentivo que reconhecesse o bom trabalho da equipa do centro de transfusão, bem como o seu envolvimento em projetos de melhoria do serviço (Hong, 2017).

Uma premissa aceite na literatura de serviços é fato da qualidade do serviço influenciar positivamente a satisfação do cliente (Parasuraman, 1988; Prakash, 2019; Suhartanto, 2020). Dessa forma, um dador que percebe que o banco de sangue oferece um serviço de alta qualidade ficará mais satisfeito com a experiência de dádiva. Por outro lado, uma experiência negativa levará à frustração e insatisfação do dador, gerando consequências negativas para o sistema da dádiva. Os centros de dádiva devem concentrar todos os seus esforços em proporcionar uma experiência de dádiva o mais agradável possível (Veerus, 2017). Apesar disso, poucos estudos abordaram essa relação nos serviços de dádiva de sangue, exceto os de Martín-Santana, Beerli-Palacio e Fardin, estes autores demonstraram empiricamente a influência positiva da qualidade do serviço na satisfação do dador (Fardin, 2018; Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2012).

Os serviços de dádiva de sangue devem-se concentrar em otimizar o *design* da experiência da dádiva para recrutar e reter dadores (Boenigk, 2011). Assim, se um dador tiver uma má experiência ao doar devido a causas físicas (náuseas, fraqueza, etc.) (Masser, 2013) ou má gestão do serviço (tempos de espera excessivos para doar, instalações sujas, etc.) a sua lealdade ficará comprometida (Saha & Bhattacharya, 2019).

Portanto, é necessário desenhar o processo de dádiva ideal para maximizar a qualidade percebida, a satisfação, a confiança no centro de dádiva e a desejada fidelização. Também são necessários investimentos menores para campanhas de captação de novos doadores e retenção dos atuais. A gestão otimizada da experiência da dádiva passa pela implementação de critérios de excelência, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço, a satisfação e confiança do doador e a vontade deste em repetir e recomendar a experiência. Para isso, o centro de dádiva deve estabelecer objetivos e indicadores de excelência para garantir um bom atendimento durante todo o processo. Quanto às habilidades sociais, a equipa deve ser simpática, responder sempre às perguntas dos doadores, ser sensível ao seu estado emocional para antecipar as suas ações e acalmá-los sempre que necessário, transmitir a importância da dádiva ao longo de todo o processo e agradecer aos doadores pelo seu tempo e esforços no final (Melián-Alzola & Martín-Santana, 2020b).

No que diz respeito à captação de doadores, as entidades responsáveis devem convencer a população em geral da importância social da dádiva. Isso não é apenas para preservar o sistema, mas também para renovar os doadores de uma forma natural. No entanto, nem sempre os esforços se traduzem num maior número de doadores recrutados, muito menos em doadores regulares. Se considerarmos que nem todos os potenciais doadores dispostos a doar podem fazê-lo, as expectativas de sucesso nem sempre são satisfatórias (Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2012). Apenas 5% dos ideais potenciais doadores fazem uma primeira dádiva e apenas metade destes o repete. Estes dados destacam a importância dos centros de transfusão oferecerem uma experiência ideal que melhore a fidelidade do doador (Bagot, 2016). Identificar e compreender a experiência emocional do doador em diferentes etapas, antes, durante e após a dádiva, ajuda a projetar estratégias eficazes para a retenção de doadores (Williams, 2019). A literatura inclui dados úteis para adaptar a mensagem às características do público-alvo e aumentar a proporção de doadores (Melián-Alzola & Martín-Santana, 2020b).

Martin enfatizou a influência do boca a boca (WOM) no comportamento dos doadores de sangue. Sugeriu que os gestores dos centros de dádiva deveriam encorajar os doadores a recomendarem outras pessoas a doar. Além disso, os autores acreditam que os doadores

potenciais com idade entre 18 e 30 anos são um grupo interessante a conquistar (Martin, 2019).

Os gestores devem encorajar os dadores a recomendar outras pessoas para doar. Estes autores acreditam que os dadores potenciais com idade entre 18 e os 30 anos é um grupo interessante a conquistar (Sundermann, 2018; Sundermann & Leipnitz, 2019).

Em consonância com dados existentes, a maioria dos profissionais de saúde relatou desconforto e fadiga relacionados com o uso contínuo de máscaras faciais, sendo falta de ar e cefaleia os distúrbios mais mencionados. Os profissionais de saúde relataram dificuldades em fornecer informações, ouvir e compreender os dadores de sangue e construir relacionamentos calorosos e de confiança. Alguns médicos relataram dificuldades em obter o histórico médico e verificar os possíveis critérios de adiamento da dádiva, particularmente com novos dadores, devido à leitura limitada das expressões faciais (Rapisarda, 2021).

### **3 ESTADO DA ARTE**

A dádiva de sangue, como foi já amplamente referido, é importante para a vida e para o funcionamento dos sistemas de saúde. Nesta dissertação foi realizada uma ampla pesquisa sobre o tema, envolvendo várias palavras chave, em português e inglês, tais como: Dádiva de Sangue, Dador de Sangue, Segmentação de Dadores, Retenção de Dadores, Satisfação, Comportamento, *Marketing Social*, Saúde Pública, Covid 19, Motivação, Barreira, em revistas de prestígio, na área do *marketing*, medicina, como a *Elsevier* e em motores de busca como, *PubMed*, *Google Scholar*, *ScienceDirect*, e em bibliotecas científicas como *SciELO*, *ResearchGate*, incluindo várias conversas com profissionais de saúde dos hospitais que em Portugal têm “banco de sangue”.

Após uma leitura exaustiva de pesquisa, foram utilizados 182 artigos para a elaboração desta dissertação. A maior fonte de inspiração foi o trabalho das autoras espanholas (Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2009; Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2012; Romero-Domínguez, 2021), que publicam e dedicam esforços nesta área da saúde pública. Os temas analisados são os principais assuntos de debate na comunidade científica mundial.

**Tabela 1 – Temas analisados e número de publicações incluídas**

<b>Tema</b>	<b>Nº de artigos</b>	<b>%</b>
Marketing social	18	9,84%
Marketing social em saúde pública	9	4,92%
Dádiva de Sangue	24	13,11%
Motivações para dar sangue	45	24,59%
Barreiras para dar sangue	65	35,52%
Qualidade, satisfação, recomendação	22	12,02%
	<b>183</b>	<b>100%</b>

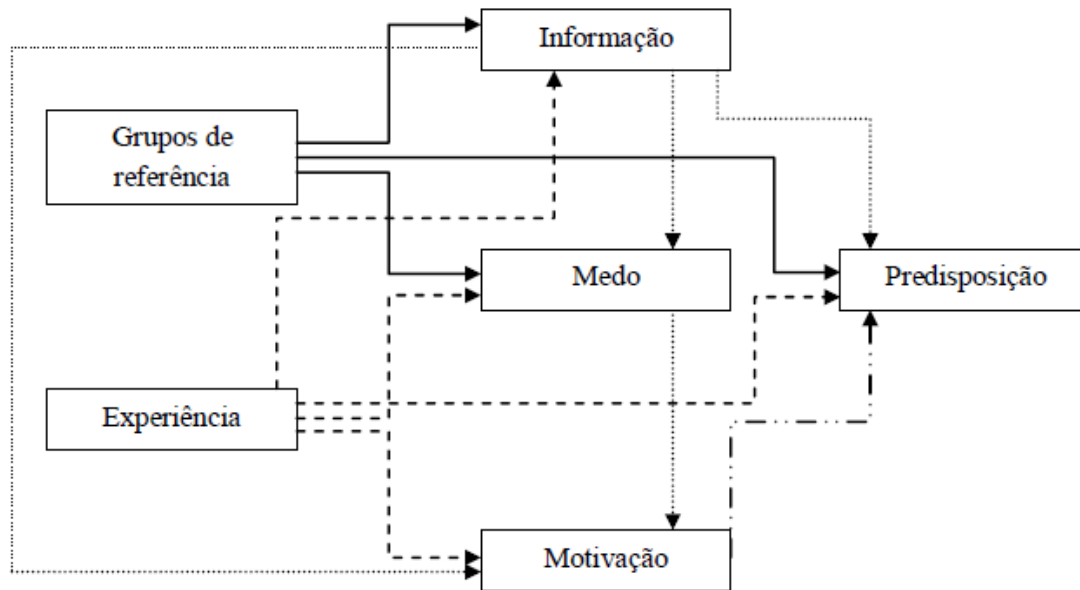
Fonte - elaboração própria, 2022

### 3.1 Modelo de Beerli-Palacio e Martín-Santana

Asunción Beerli-Palacio e Josefa Martín-Santana elaboraram em 2009 um modelo dos factores que determinam a predisposição em doar sangue, com o objetivo de melhorar a eficácia dos programas de recrutamento e retenção dos doadores de sangue. O estudo desenvolveu-se com base nas perspetivas de Kotler e Andreasen (1996) e Giles e Cairns (1995), as quais enfatizam que o comportamento de dádiva de sangue requer um alto nível de envolvimento e uma compreensão abrangente dos componentes cognitivos e afetivos da atitude, resultantes na predisposição da dádiva.

As autoras salientam que existem factores que atuam como inibidores: o medo de agulha ou de desmaiar, a transmissão de doenças infecciosas e a fraqueza proveniente da dádiva de sangue.

Figura 4 - Modelo de Beerli-Palacio e Martín-Santana



Fonte - Beerli-Palacio e Martín-Santana (2009)

### 3.2 Modelo de Martín-Santana e Beerli-Palacio

Este trabalho de 2012, propõe um modelo explicativo da recomendação da dádiva de sangue para amigos e familiares por parte dos atuais dadores. Neste modelo, é referido que existem antecedentes diretos da satisfação e a intenção de doar novamente, e que antecedentes indiretos são a qualidade percebida no processo de dádiva e a existência de inibidores.

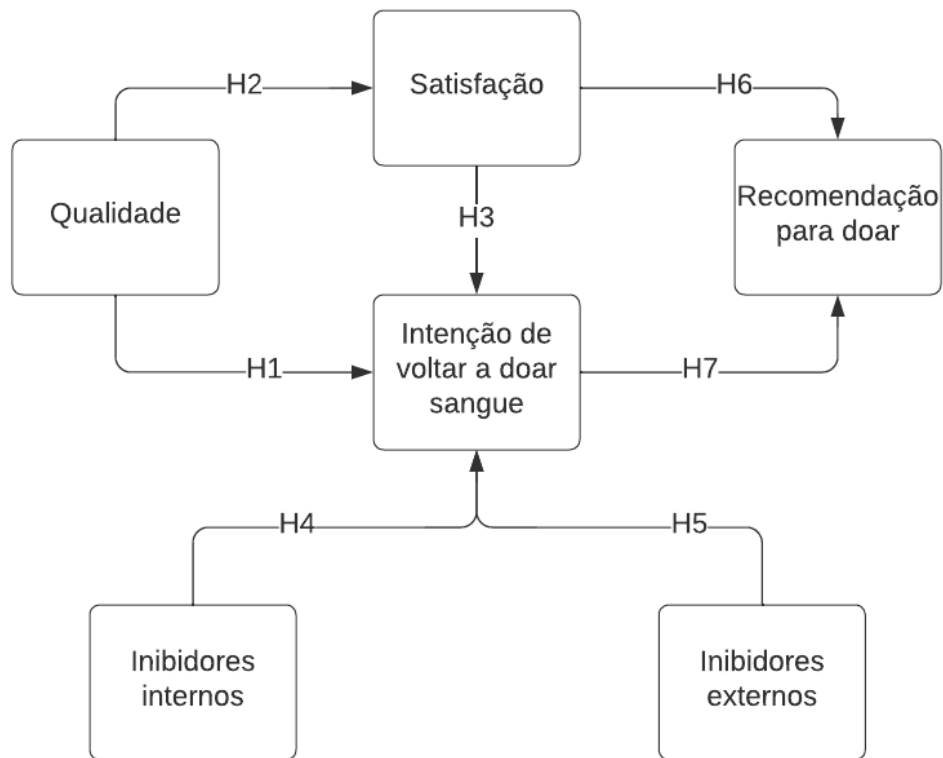
Os resultados mostram que:

a) a qualidade percebida influencia positivamente a satisfação e a intenção de doar novamente;

b) a intenção de doar novamente depende positivamente da satisfação, mas negativamente da existência de inibidores internos e externo;

c) a recomendação para doar depende da satisfação do dador e de sua intenção de fazê-lo novamente, sendo este último factor o mais influente. O modelo não varia consoante se trate de um novo dador ou de um dador de repetição.

Figura 5 - Modelo de Martín-Santana e Beerli-Palacio



Fonte - Beerli-Palacio e Martín-Santana (2012)

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Justificação da metodologia

A metodologia utilizada na presente investigação de natureza exploratória utiliza uma técnica quantitativa (inquérito por questionário).

## 4.2 Modelo concetual proposto

Tendo por base o estado da arte e os artigos “*Blood donations Barriers: How does donor profile affect them*” (Romero-Domínguez, 2021), “*Achieving donor repetition and motivation by block leaders among current blood donors*” (Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2012), “*Model explaining the predisposition to donate blood from the social marketing Perspective*” (Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2009), o autor pretende estudar as: Motivações, Barreiras, Satisfação, Repetição e Recomendação da dádiva em Portugal.

No artigo de 2021, são identificadas 25 barreiras (ver anexos), validadas pelas autoras e descritas na revisão da literatura, e que estão agrupadas originalmente em 4 dimensões:

### Barreiras Informativas (Q1, Q2, Q3, Q23, Q25)

As barreiras informativas incluem aquelas relacionadas com a falta de consciência sobre o processo de dádiva, localização e horários de funcionamento dos locais de dádiva e a necessidade constante de sangue. Além disso, esta dimensão inclui a ausência de campanhas dos centros para a repetição da dádiva.

### Barreiras Intrínsecas (Q4, Q7, Q5, Q6, Q16, Q17, Q18, Q19, Q20, Q21, Q22)

As barreiras intrínsecas consistem em barreiras relacionadas com os processos internos dos indivíduos, ou seja, crenças, perceções e medos de dádiva, por exemplo, agulhas.

### Barreiras Tempo-espaço (Q8, Q9, Q10, Q11, Q12)

As barreiras tempo-espaço foram relacionadas com a inconveniência da dádiva.

### Barreiras Processuais (Q13, Q14, Q15, Q24)

Por último, as barreiras processuais incluem aspetos do próprio processo da dádiva que podem desencorajar a repetição da dádiva.

As autoras referem acerca dos 5353 dadores participantes no estudo o seguinte:

- Os indivíduos entre os 18 e 35 anos, com frequência do ensino superior e alto rendimento são aqueles mais afetados pelas barreiras;
- Os indivíduos com uma ou duas dídivas por ano e aqueles com pouca experiência de dádiva, também são afetados pelas barreiras. A frequência e a experiência dosadores influenciam as quatro dimensões, exceto a Tempo-espço, maior a experiência menor a prevalência das barreiras.
- A educação afeta a prevalência de três dimensões, Informativa, Intrínseca e Tempo-espço; quanto mais habilitações acadêmicas, maior é a prevalência das barreiras;
- O rendimento afeta a prevalência de todas as dimensões; quanto maior o rendimento mais baixas são as dimensões Informação e Intrínseca. A dimensão Tempo-espço está aumentada tal como a dimensão Processual;
- As barreiras com maior prevalência são as Informativas, seguidas das Tempo-espço. A barreira Intrínseca tem pouca expressão, uma vez que osadores são ativos e conhecem todos os procedimentos da dádiva, diminuindo assim o medo e a ocorrência de reações adversas;
- As mulheres experienciam mais barreiras Internas;
- Osadores mais jovens, 18-35 anos, são os que maiores barreiras expressam;
- As barreiras diminuem com a idade e estão associadas à experiência;
- A educação e o rendimento estão associados às barreiras Tempo-espço;
- O comportamento, frequência e experiência, também afetam a prevalência das barreiras;adores com menos dídivas são os menos informados e são os que apresentam maior barreiras tempo-espço; aqueles que doam há mais tempo são os que apresentam menos barreiras;

Resumidamente, osadores mais afetados pelas quatro dimensões são os mais jovens, com frequência universitária e com maior rendimento, doam uma a duas vezes por ano e têm menos de quatro anos de experiência de dádiva.

As autoras recomendam que as instituições desenhem estratégias de *marketing* social específicas para este público alvo de modo a eliminar ou reduzir as dimensões. É importante aumentar as dadas neste segmento e reter as camadas jovens, uma vez que a população está a envelhecer. Recomendam ainda o foco das instituições nas dimensões informativas e processuais. Esta publicação não apresenta modelo conceptual.

Na presente investigação, para além das 25 barreiras originais, o inquérito aborda as motivações e comportamento, as motivações são avaliadas num grupo de 4 perguntas:

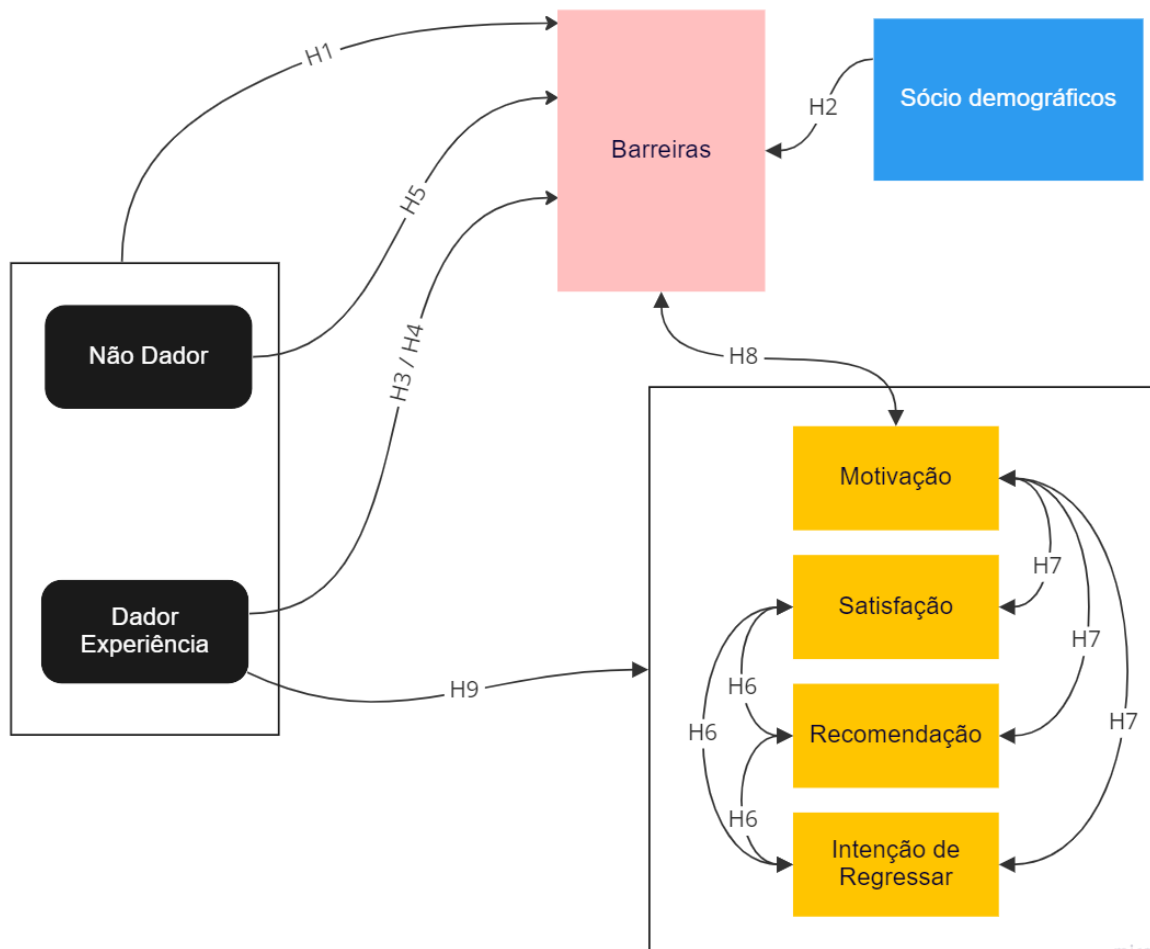
- Altruísmo
- Motivação Social
- Influência positiva de amigos e familiares
- Satisfação Pessoal e Autoestima

Quanto ao comportamento da dádiva, este é avaliado num grupo de 3 perguntas:

- Sinto-me satisfeito(a) com a dádiva de sangue
- Tenciono regressar e doar sangue nos próximos quatro meses
- Vou recomendar a dádiva de sangue

Desta forma é elaborado o seguinte modelo conceptual:

**Figura 6 - Modelo concetual proposto**



Fonte - elaboração própria, 2022

### 4.3 Técnica de recolha de dados

A recolha de dados é caracterizada por abranger um conjunto de atividades interrelacionadas, com o objetivo de reunir informação suficiente e adequada, auxiliando o processo de resposta às questões de investigação (Creswell, 2013).

O inquérito por questionário é uma técnica de recolha de dados quantitativa que, segundo Marcondes, tem como objetivo assegurar a exatidão dos resultados e, por isso, trabalha com variáveis que podem assumir diferentes valores, indicando probabilidades,

percentagens e desempenho. No que concerne à recolha de dados, deve ser utilizado o questionário tipo “*Survey*”, onde a maioria das questões são de resposta fechada (Marcondes, 2017). Segundo Ferreira e Campos, de entre as diversas opções metodológicas no domínio da investigação em ciências sociais e humanas o inquérito ou “*survey*” apresenta-se como sendo uma das mais utilizadas (Ferreira & Campos, 2009).

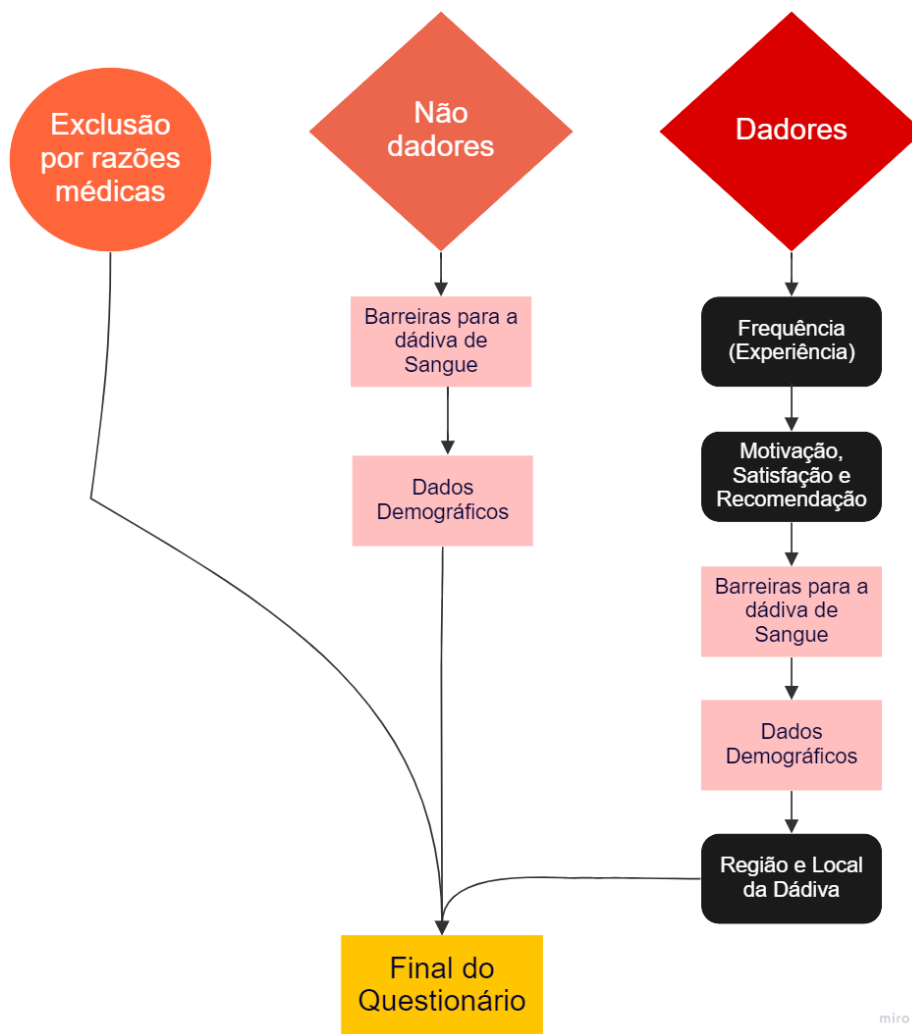
Malhotra defende que o inquérito por questionário é aplicado a uma amostra de uma população-alvo e os participantes podem responder a diversas questões relativas ao seu comportamento, atitudes, motivações, entre outras. Segundo estes mesmos autores, a utilização desta técnica pode ser vantajosa já que é simples de aplicar e os dados obtidos são consistentes, pois as respostas estão limitadas às alternativas existentes (Malhotra, 2017).

Um questionário *on-line* autoaplicável foi preparado utilizando o *Google Forms* e foi compartilhado nas redes sociais (*Facebook, Messenger, LinkedIn, WhatsApp*) e por *e-mail*. Os recetores foram incentivados a compartilhá-lo com outras pessoas, de novembro a dezembro de 2022. Foi solicitada colaboração na divulgação do questionário a alguns hospitais com “banco de sangue”, à FAS e FEPODABES, bem como a algumas associações de dadores de sangue.

No início do questionário era solicitado: “Em geral, quantas vezes ao ano doa sangue?” com escolha única e separava os dadores dos não dadores e daqueles que tinham sido excluídos da dádiva por razões médicas.

Os não dadores tinham as mesmas perguntas acerca das “barreiras” à dádiva de sangue que os dadores, sendo que as 25 perguntas estão numa escala de Likert de 5 pontos apresentam-se da seguinte forma: 1-discordo totalmente, 2-discordo, 3-indeciso, 4- concordo, 5-concordo totalmente.

**Figura 7 – Fluxograma do Inquérito**



Fonte - elaboração própria, 2022

O grupo dos dadores tinha questões adicionais: “Em 2021 quantas vezes doou sangue?” “Há quantos anos é dador(a) de sangue?” e um grupo de 4 questões acerca das motivações para doar Sangue e um grupo de 3 questões acerca da Satisfação, como se sente em relação à sua Dádiva de Sangue. Questões que estão numa escala de Likert de 5 pontos apresentam-se da seguinte forma: 1-discordo totalmente, 2-discordo, 3-indeciso, 4- concordo, 5-concordo totalmente.

Foi questionado com cariz sociodemográfico a dadores e não dadores: género, idade, contas em redes sociais, habilitações académicas, ocupação, rendimento bruto mensal. No

caso dos dadores a região e o local da dádiva. Todas as questões são de resposta fechada e obrigatória, exceto a idade. Todas as questões estão baseadas na pesquisa bibliográfica. O questionário levou de 3 a 4 minutos a ser concluído.

A síntese da estrutura do inquérito encontra-se exposta na tabela seguinte, onde se apresentam as questões elaboradas para dar resposta a cada um dos objetivos formulados, assim como os autores que fundamentaram cada uma dessas formulações. Para consulta mais detalhada, a estrutura deste instrumento poderá ser vista nos anexos.

**Tabela 2 - Estrutura do Inquérito por Questionário com respetivo suporte bibliográfico**

<b>Objetivo Geral:</b> Identificar os factores que impedem (barreiras) e os que favorecem (motivação) a dádiva de sangue em Portugal.		
<b>Triagem dos inquiridos</b>	<p>Em geral, quantas vezes ao ano doa sangue?*</p> <p>Não sou dador(a) de Sangue; É a minha primeira Dádiva; 1 vez ao ano; 2 vezes ao ano 3 ou 4 vezes ao ano; já fui ou tentei ser dador(a) de Sangue (Exclusão por razões Médicas).</p> <p>Em 2021 quantas vezes doou sangue?*</p> <p>Nenhuma vez; 1 vez; 2 vezes; 3 ou 4 vezes</p> <p>Há quantos anos é dador(a) de sangue?*</p> <p>Menos de 2 anos; Entre 2 e 4 anos; Entre 5 e 10 anos; Entre 11 e 15 anos; Mais de 15 anos</p>	Elaboração própria

<b>Hipótese</b>	<b>Trabalhos de referência</b>
H1 – Há diferenças na percepção das barreiras em função de ser ou não dador de sangue	(Romero-Domínguez, 2021)
H2 – Há diferença na percepção das barreiras à dádiva em função das variáveis sociodemográficas	(Romero-Domínguez, 2021)
H3 – Há diferença na percepção das barreiras no grupo dos dadores em função da variável tempo de dádiva (experiência)	(Romero-Domínguez, 2021)

H4 – Há diferença na percepção das barreiras no grupo dos dadores em função dos dados sociodemográficos	(Romero-Domínguez, 2021)
H5 – Há diferença na percepção das barreiras dos não dadores em função dos dados sociodemográficos	(Romero-Domínguez, 2021)
H6 – Há correlação positiva entre as variáveis: Satisfação, Recomendação, Intenção de Regressar.	(Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2009, 2015; Martín-Santana, 2020; Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2008, 2012, 2013; Romero-Domínguez, 2021)
H7 – Há correlação positiva entre as variáveis: satisfação, recomendação, intenção de regressar, com os elementos que compõe a motivação	(Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2009, 2015; Martín-Santana, 2020; Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2008, 2012, 2013; Romero-Domínguez, 2021)
H8 – Há correlação positiva entre as barreiras e a motivação	(Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2009, 2015; Martín-Santana, 2020; Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2008, 2012, 2013; Romero-Domínguez, 2021)
H9 – Há diferenças na motivação, satisfação, recomendação e intenção de regressar em função do tempo de experiência do dador	(Beerli-Palacio & Martín-Santana, 2009, 2015; Martín-Santana, 2020; Martín-Santana & Beerli-Palacio, 2008, 2012, 2013; Romero-Domínguez, 2021)
<b>Motivações para a Dádiva de Sangue</b>	<b>Trabalhos de referência</b>
Altruísmo	Charbonneau, 2015; González, 2013; Karacan, 2013; Mostafa, 2010; Steele, 2008; Swanevelde, 2019; Pereira, J. R. et al. 2019; Boenigk, 2011; González, 2013; Chell e Mortimer, 2014; Ferguson, 2015.
Motivação Social	Alfieri, 2017; Guidi, 2015; Saha e Chandra, 2018.
Influência positiva de amigos e familiares	Pereira e Bastos, 2009; Pereira, J. R., 2016; Pereira, J. R. et al. 2019; Malheiros, 2014.
Satisfação Pessoal e Autoestima	Beli 2009, 2015; Alfieri, 2012, 2017; Shaz 2010

<b>Satisfação, regresso e recomendação</b>	<b>Trabalhos de referência</b>
Tenciono regressar e doar sangue nos próximos quatro meses	L. Romero-Domínguez, 2021; Martin Santana, 2012; Mugian, 2021
Sinto-me satisfeito com a dádiva, vou recomendar	Martin Santana, 2012; Mugian, 2021
Recomendação	Martin Santana, 2012; Mugian, 2021
<b>Caraterização sociodemográfica do indivíduo</b>	
<b>Variável</b>	<b>Trabalho de referência</b>
Género	(Romero-Domínguez, 2021)
Idade	(Romero-Domínguez, 2021)
Conta ou utiliza as redes sociais	Elaboração própria
Habilitações académicas	(Romero-Domínguez, 2021)
Situação profissional	(Romero-Domínguez, 2021)
Rendimento bruto mensal	(Romero-Domínguez, 2021)
Região da dádiva	Elaboração própria

#### 4.4 Pré-teste

De acordo com Gil o objetivo do pré-teste é certificar que este é compreendido pelos participantes. Para além disto, ajuda a eliminar possíveis erros, quer seja o grau de dificuldade do inquérito, a sua linguagem ou até mesmo a ordem das questões (Gil, 2008).

Marconi e Lakatos defendem que o inquérito por questionário deve ser testado previamente à sua utilização definitiva, sendo por isso aplicado a uma pequena amostra da população em questão (Marconi & Lakatos, 2007). Esta análise prévia deve ser realizada a um grupo de indivíduos com características idênticas à população que se pretende estudar (Bell, 2008).

Deste modo, foi realizado um pré-teste a 30 pessoas que possuem as características da população e após o feedback das mesmas, foram realizadas mínimas correções no questionário final, nomeadamente nos locais de dádiva de sangue.

#### 4.4 População e amostra

Segundo Lopes, a população de uma investigação define-se como sendo a totalidade de indivíduos sobre os quais deve ser realizada a pesquisa em questão (Lopes, 2007).

A população em estudo é constituída por todas as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Portugal, uma vez que é a idade mínima necessária para dar sangue.

#### 4.5 Técnicas de análise de dados

Concluída a recolha de dados, avançou-se para o processo de codificação do ficheiro *Excel*, seguido da sua importação. Nesta fase foi usado o programa *SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Science)* versão 28, para proceder a uma análise do conteúdo extraído dos inquéritos realizados.

## 5 Apresentação de resultados

O conteúdo deste capítulo inicia, assim, com uma breve análise dos dados sociodemográficos dos inquiridos, seguida da validação das escalas adotadas cujo objetivo último foi testar a validade do questionário construído. Esta validação obrigou à realização de uma Análise Factorial Exploratória que permitiu concluir quais os factores que melhor sumarizam as relações existentes entre as variáveis. Num segundo momento, de forma a validar as hipóteses propostas, foram efetuados os procedimentos estatísticos adequados a cada formulação. Por conseguinte, este capítulo centra-se na apresentação da informação resultante do tratamento de dados realizado.

### 5.1 Caracterização da amostra

Para este estudo foram obtidas 2900 respostas, 519 inquiridos estão excluídos da dádiva por razões médicas (temporária ou definitivamente) e não fazem parte desta investigação. A amostra é então constituída por 2381 indivíduos maiores de idade, 1020 dadores de sangue e 1361 não dadores de sangue.

Os participantes eram de ambos os sexos: masculino e feminino. O questionário analisa vários aspetos das motivações e barreiras em relação à dádiva de sangue.

A última secção do questionário permitiu que fossem recolhidas informações sobre o perfil sociodemográfico dos respondentes, segue a sua análise de forma detalhada.

Relativamente ao género, o feminino apresentou uma predominância no número de respostas, 1941, sendo representado por 62,6% dos inquiridos, o masculino apresentou um número de 890 respostas, sendo representado por 37,4% dos inquiridos. No grupo dos dadores existe um maior equilíbrio, o masculino apresenta 47,5% de respostas e o feminino 52,5%.

Os inquiridos são maiores de idade e as classes com maior número de resposta, são as classes dos 36-45 e 46-55. O intervalo de respostas foi dos 18 aos 65 anos.

As habilitações académicas que os inquiridos possuem são, sobretudo, ao nível do ensino superior, 534 homens (22,4%) e 1098 mulheres (46,1%).

Relativamente à situação profissional dos inquiridos, a grande maioria é trabalhador por conta de outrem, 692 homens (29,1%) e 1160 mulheres (48,7%).

Relativamente ao rendimento bruto, aproximadamente 26% dos inquiridos vive com menos de 1.000€ mensais e 40% vive entre os 1.001 a 2.000€ mensais.

Relativamente às dádivas de sangue realizadas ao ano, os inquiridos dadores maioritariamente realizam a dádiva duas ou mais vezes ao ano. O inquérito conseguiu captar a atenção de dadores de primeira vez, obtendo 24 respostas do género masculino e 31 do género feminino.

Quanto à experiência na dádiva, a classe entre 5 e 10 anos e a classe de mais de 15 anos, são as que maior número de inquiridos tem. Estas duas classes agregam 56,10% dos inquiridos.

Sabemos que a pandemia Covid-19 teve impacto negativo na dádiva mundial e nacional, os dadores inquiridos, aproximadamente 100 homens (10%) e 157 mulheres (15,4%), não realizaram qualquer dádiva durante 2021, a pandemia poderá ter tido impacto neste resultado.

**Tabela 3 – Experiência do grupo dadores na Dádiva de Sangue**

		Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
Sangue ao Ano	1 vez ao ano	85	3,6%	145	6,1%
	2 Vezes ao ano	139	5,8%	217	9,1%
	3 ou 4 vezes ao ano	237	10,0%	142	6,0%
	É a minha primeira Dádiva	24	1,0%	31	1,3%
Dádivas 2021	1 vez ao ano	99	9,7%	153	15,0%
	2 Vezes ao ano	128	12,5%	156	15,3%
	3 ou 4 vezes ao ano	158	15,5%	69	6,8%

	Nenhuma vez	100	9,8%	157	15,4%
Anos Dador	Menos de 2 anos	53	5,2%	91	8,9%
	Entre 2 e 4 anos	63	6,2%	99	9,7%
	Entre 5 e 10 anos	124	12,2%	133	13,0%
	Entre 11 e 15 anos	63	6,2%	78	7,6%
	Mais de 15 anos	182	17,8%	134	13,1%

Na tabela abaixo estão presentes as maiores redes sociais do mundo em 2022 e que são utilizadas em Portugal, os inquiridos estão ligados à rede com mais do que uma conta. *Facebook* e *Whatsapp* estão nos lugares cimeiros, seguidos de perto pelo *Youtube* e *Instagram*. A rede profissional *LinkedIn*, 5º lugar desta tabela, não está bem implementada junto dos inquiridos.

**Tabela 4 – Redes sociais utilizadas pelos inquiridos**

		Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
Facebook	Sim	756	84,9%	1292	86,7%
	Não	134	15,1%	199	13,3%
Youtube	Sim	625	70,2%	884	59,3%
	Não	265	29,8%	607	40,7%
Whatsapp	Sim	788	88,5%	1307	87,7%
	Não	102	11,5%	184	12,3%
Instagram	Sim	631	70,9%	1135	76,1%
	Não	259	29,1%	356	23,9%
LinkedIn	Sim	436	49,0%	548	36,8%
	Não	454	51,0%	943	63,2%
Pinterest	Sim	93	10,4%	278	18,6%
	Não	797	89,6%	1213	81,4%
Twitter	Sim	232	26,1%	243	16,3%
	Não	658	73,9%	1248	83,7%
Snapchat	Sim	50	5,6%	98	6,6%
	Não	840	94,4%	1393	93,4%
Tik Tok	Sim	213	23,9%	361	24,2%
	Não	677	76,1%	1130	75,8%
Twitch	Sim	61	6,9%	34	2,3%
	Não	829	93,1%	1457	97,7%

Na tabela abaixo estão presentes as respostas dos inquiridos dadores de sangue, relativamente à região e instituição onde realizam a sua dádiva. Curiosamente o maior número de respostas (49,51%) é efetuado a Norte de Portugal, aproximado com a realidade da dádiva nacional. O IPST e as sessões de colheita móvel promovidas pelo IPST e/ou associações de dadores tem um papel de destaque na amostragem. O Hospital de São João é o hospital que mais se destaca dos restantes hospitais no número de respostas, coincide com a realidade nacional, pois é o maior banco de sangue hospitalar nacional.

**Tabela 5 – Respostas dos dadores em função da dádiva por região e instituição**

Região	% Respostas	Instituição	Total	Masculino		Feminino	
				N	%	N	%
Norte	49,51%	Sessão de Colheita Móvel organizada pelo IPST e/ou promovida por Associação de Dadores	154	59	38,3%	95	61,7%
		Hospital de São João	90	55	58,8%	35	41,2%
		IPST Porto	80	42	52,5%	38	47,5%
		Instituto Português de Oncologia do Porto	47	30	63,8%	17	36,2%
		Hospital de Vila Nova de Gaia	43	32	74,4%	11	25,6%
		Hospital de Braga	38	9	23,7%	29	76,3%
		Hospital de Santo António	26	14	53,8%	12	46,2%
		Hospital de Viana do Castelo	14	6	42,9%	8	57,1%
		Hospital de Vila Nova de Famalicão	12	6	50,0%	6	50,0%
Centro	17,94%	Sessão de Colheita Móvel organizada pelo IPST e/ou promovida por Associação de Dadores	123	56	45,5%	67	54,5%
		Hospitais da Universidade de Coimbra	24	9	37,5%	15	62,5%
		IPST Coimbra	15	5	33,3%	10	66,7%
		Hospital de São Teotónio - Viseu	9	5	55,6%	4	44,4%
		Centro Hospitalar de Médio Tejo - Abrantes, Tomar, Torres Novas	9	2	22,2%	7	77,8%
		Hospital da Covilhã	3	2	66,7%	1	33,3%
Grande Lisboa	12,75%	Sessão de Colheita Móvel	51	25	49,0%	26	51,0%
		IPST Lisboa	48	26	54,2%	22	45,8%
		Hospital de Santa Maria	9	2	22,2%	7	77,8%
		Instituto Português de Oncologia de Lisboa	8	3	37,5%	5	62,5%
		Hospital do Barreiro	4	0	0,0%	4	100,0%
		Hospital de São Bernardo - Setúbal	4	2	50,0%	2	50,0%
		Hospital de São José	3	1	33,3%	2	66,7%
		Hospital de Vila Franca de Xira	2	1	50,0%	1	50,0%
		Hospital Garcia de Orta	1	1	100,0%	0	0,0%
		Hospital Fernando da Fonseca	1	1	100,0%	0	0,0%

Alentejo	8,73%	Sessão de Colheita Móvel organizada pelos Hospitais e/ou promovida por Associação de Dadores	54	21	38,9%	33	61,1%
		Hospital de Évora	14	5	35,7%	9	64,3%
		Hospital de Portalegre	14	4	28,6%	10	71,4%
		Hospital de Beja	4	1	25,0%	3	75,0%
		Hospital de Elvas	2	0	0,0%	2	100,0%
		Hospital de Santiago do Cacém	1	0	0,0%	1	100,0%
Algarve	3,63%	Hospital de Faro	16	4	25,0%	12	75,0%
		Hospital de Portimão	15	8	53,3%	7	46,7%
		Sessão de Colheita Móvel organizada pelos Hospitais e/ou promovida por Associação de Dadores	6	3	50,0%	3	50,0%
R. Autónomas	7,45%	Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada	30	18	60,0%	12	40,0%
		Centro Hospitalar do Funchal	27	14	51,9%	13	48,1%
		Sessão de Colheita Móvel organizada pelos Hospitais e/ou promovida por Associação de Dadores	13	8	61,5%	5	38,5%
		Hospital de Angra do Heroísmo	6	5	83,3%	1	16,7%
		Hospital da Horta	0	0	0,0%	0	0,0%

## 5.2 Validação das escalas

O primeiro momento, é a aferição da qualidade psicométrica e a fiabilidade do conjunto de dados em estudo, recorrendo, para o efeito à Análise Factorial Exploratória. Esta consiste num conjunto de técnicas estatísticas destinado à redução e sumarização dos dados obtidos, reduzindo as diversas variáveis de um grupo a um número administrável de variáveis passíveis de o descrever (Hongyu, 2018; Malhotra, 2008). A aplicação de análise factorial exploratória garante, assim, um resumo da informação obtida, sem perda de dados significativos (Pestana & Gageiro, 2008).

De forma prévia à realização desta análise, efetuaram-se os testes Kaiser-Merlin-Olkin (cujo índice terá de corresponder a um valor  $>0,5$ , sendo que quanto mais próximo o valor estiver de 1, mais apropriada será a aplicação da análise factorial) e o teste de esfericidade de Barlett (que deverá ter associado um nível de significância inferior  $<0,05$ ), objetivando verificar se estão cumpridos os pressupostos indispensáveis à realização desta análise

(Hongyu, 2018). Posteriormente, realizou-se, ainda, o cálculo do Alpha de Cronbach para aferir a consistência interna das escalas que compõem o instrumento em estudo, apresentando valores que variam entre 0 e 1 (Pestana & Gageiro, 2008).

Primeiramente procedeu-se, então, à realização do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Barlett, obtendo-se os resultados que seguem apresentados na tabela seguinte.

**Tabela 6 - Teste de KMO e Bartlett**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,920
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	33251,291
	gl	300
	Sig.	,000

Como se observa acima, o valor de KMO é de 0,920 o que demonstra que existe uma boa correlação entre as variáveis e, portanto, uma boa recomendação para a análise factorial. Por sua vez, o teste de esfericidade de Barlett, que nos permite entender a correlação das variáveis na população em estudo, também corroborou com a viabilidade da factorização das variáveis, ao ter associado um alto nível de significância  $<0,05$ . Confirma-se, assim, a adequabilidade do conjunto de dados para a Análise Factorial Exploratória.

As comunalidades indicam a quantidade de variância em cada variável que é contabilizada. As comunalidades iniciais são estimativas da variância em cada variável contabilizadas por todos os componentes ou factores.

Esta segunda análise factorial (tabela 8) mostrou comunalidades consistentes, com todos os itens representados por valores acima de 0,5. Destas variáveis reteve-se 6 factores que explicam 67,974% da variância total.

Estes resultados permitiram, assim, concluir que havia diferenças relativamente à escala original. Esta era composta pelos referidos 25 itens saturados em 4 factores, ao passo que a escala desta investigação apresenta 25 itens com saturação em 6 factores.

Em consequência da análise efetuada, constata-se que o F1 abarca agora 5 itens relativos ao domínio de Barreira Medo e Ansiedade. Seguidamente, identifica-se um F2 com 5 itens do domínio de Barreira Tempo-Espaço. Enquanto o F3 abarca agora 6 itens relativos ao domínio de Barreira Intrínseca. F4 abarca agora 3 itens relativos ao domínio de Barreira Processual. F5 abarca agora 3 itens relativos ao domínio de Barreira Informação. F6 abarca agora 3 itens relativos ao domínio de Barreira Ausência Contato.

Por último, de modo a garantir a confiabilidade dos factores retidos e dos construtos em estudo, efetuou-se o cálculo do alfa de Cronbach para cada factor identificado objetivando verificar a consistência interna dos dados resultantes da organização factorial. Este teste permitiu comprovar a confiabilidade dos resultados obtidos (uma vez que tem associado valores que comprovam uma boa correlação entre as variáveis que o compõem), conforme se pode observar na tabela 7.

O F1 ( $\alpha=0,907$ ) possui um coeficiente que revela uma consistência interna excelente, os F2 a F5 revelam bons valores e o F6 ( $\alpha=0,78$ ) tem associado um valor razoável. Quando observado o valor relativo à totalidade da escala, a consistência interna dos dados demonstra ser quase perfeita ( $\alpha=0,924$ ).

**Tabela 7 – Análise factorial exploratória**

Item	Comunalidade	M	DP	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Medo de agulha	0,833	2,87	1,463	0,852					
Ansiedade	0,808	2,82	1,425	0,851					
Desconforto	0,705	2,59	1,341	0,785					
Medo em ver Sangue	0,774	2,66	1,441	0,781					
Lesões braços	0,678	2,38	1,265	0,729					
Incompatibilidade Horário	0,774	2,68	1,362		0,833				
Falta de Tempo	0,654	2,54	1,328		0,78				
Distância ao Centro	0,720	2,49	1,287		0,735				
Acessibilidade ao Centro	0,666	2,21	1,211		0,624				
Estacionamento no Centro	0,614	2,29	1,272		0,569				
Desconfiança no Uso	0,588	2,24	1,288			0,71			
Religião	0,593	2,48	1,336			0,708			
Experiência Negativa	0,571	2,34	1,335			0,657			
Falta de Motivação	0,507	3,02	1,391			0,614			
Opiniões Negativas	0,594	2,00	1,126			0,611			
Medo Contaminação	0,517	2,20	1,246			0,457			
Repetir dados pessoais	0,703	2,18	1,185				0,763		
Duração Dívida	0,730	2,36	1,204				0,752		
Tempo de Espera	0,721	2,39	1,204				0,696		
Informação Requisitos	0,760	3,08	1,369					0,822	
Informação Horários	0,763	3,10	1,339					0,809	
Informação Necessidades	0,669	2,98	1,406					0,724	
Ausência de Incentivos	0,719	2,81	1,431						0,789
Ausência de Campanhas	0,707	2,88	1,390						0,718
Ausência de Contactos	0,628	2,58	1,328						0,697
Valor Próprio				3,998	3,541	3,757	2,211	2,355	2,204
Variância explicada				35,881%	11,248%	7,365%	5,242%	4,199%	4,039%
Alpha				0,907	0,864	0,817	0,82	0,815	0,78
Alpha da escala				<b>0,924</b>					

Esta análise factorial (tabela 8) mostrou comunalidades consistentes, com todos os itens representados por valores acima de 0,5. Destas variáveis os 4 factores explicam 100% da variância total. Em consequência da análise efetuada, constata-se que o F1 abarca agora 1 item relativos ao domínio de Motivação.

Por último, de modo a garantir a confiabilidade dos factores retidos e dos construtos em estudo, efetuou-se o cálculo do alfa de Cronbach para cada factor identificado objetivando verificar a consistência interna dos dados resultantes da organização factorial. Este teste permitiu comprovar a confiabilidade dos resultados obtidos (uma vez que tem associado valores que comprovam uma boa correlação entre as variáveis que o compõem), conforme se pode observar na tabela. O F1 ( $\alpha=0,788$ ) possui um coeficiente que revela uma consistência interna razoável.

**Tabela 8 - Matriz de componente - Motivação**

Item	Comunalidade	M	DP	F1
Motivação Social	0,630	3,99	1,260	0,804
Influência Fam Amigos	0,647	3,51	1,362	0,799
Altruísmo	0,639	4,16	1,185	0,794
Satisfação Pessoal	0,547	4,42	0,922	0,739
Valor Próprio				3,137
Variância explicada				100%
Alpha				0,788

### 5.3 Validação das Hipóteses

Posteriormente à validação do instrumento que orienta a análise quantitativa, foram desenvolvidos testes de hipóteses, cujos resultados permitem validar ou refutar as hipóteses formuladas e propostas através do modelo concetual. Tendo por base os resultados da análise

factorial exploratória, criaram-se novas variáveis correspondentes aos construtos em análise. Neste processo, teve-se em conta o peso relativo dos itens em cada um dos factores.

Para explorar a relação entre as diferentes variáveis em estudo, recorreu-se a correlações. A correlação constitui um procedimento estatístico de cálculo do grau de associação linear estabelecido entre duas ou mais variáveis (A. Pereira, 2008).

Considerando a normal distribuição das variáveis em estudo, recorreu-se a correlações de *Pearson* ( $r$ ), cujo coeficiente pode variar entre -1 e 1, sendo que a relação estabelecida será tanto mais forte quanto mais próximo dos extremos o valor do coeficiente se encontrar (Tabela 9).

**Tabela 9 – Coeficientes de Correlação ( $r$ )**

Coeficiente de Correlação ( $r$ )	Correlação
$r=1$	Positiva perfeita
$0,8 \leq r < 1$	Positiva forte
$0,5 \leq r < 0,8$	Positiva moderada
$0,1 \leq r < 0,5$	Positiva fraca
$0 < 0,1$	Positiva ínfima
0	Nula
$-0,1 < r < 0$	Negativa ínfima
$-0,5 < r \leq -0,1$	Negativa fraca
$-0,8 < r \leq -0,5$	Negativa moderada
$-1 < r \leq -0,8$	Negativa forte
$r = -1$	Negativa perfeita

Fonte: Pestana & Gageiro, 2008

Para verificar a existência de significância estatística entre as variáveis sociodemográficas e os factores resultantes da análise factorial efetuaram-se testes paramétricos. Por um lado, o teste *One-Way Anova* permite a análise da variância, comparando as médias de 3 ou mais grupos. Se o nível da significância for inferior a 0,05 assume-se a existência de diferenças significativas entre os grupos. Como complemento a este teste e caso se confirme existirem diferenças estatisticamente significativas, é necessário

analisar o teste *Post-Hoc Bonferroni*, através do qual se identificam entre que grupos existem diferenças. Não obstante, considerando o facto das variáveis género e dádiva de sangue serem compostas apenas por dois grupos, foi necessário aplicar, neste caso, o teste T. Este teste é utilizado quando se objetiva comparar as médias de duas amostras independentes, seguindo a mesma lógica analítica do teste anterior.

Na tabela seguinte verificamos que os inquiridos, sendo ou não dadores de sangue, percebem as barreiras de modo diferente entre eles. Passando à análise da formulação das hipóteses, verificamos em detalhe cada situação.

**Tabela 10 – Média das diferenças na percepção às barreiras dos inquiridos por género**

Género		Barreira Medo e Ansiedade	Barreira Tempo-Espaço	Barreira Intrínseca	Barreira Processual	Barreira Informação	Barreira Ausência Contato
Masculino	Não Dadores	8,90	2,34	2,18	2,30	3,03	2,75
	Dadores	8,96	2,59	2,63	2,35	3,11	2,85
Feminino	Não Dadores	9,87	2,40	2,23	2,33	3,03	2,71
	Dadores	9,36	2,57	2,60	2,23	3,06	2,78

### **H1 – Há diferenças na percepção das barreiras em função de ser ou não dador de sangue**

Com o propósito de testar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção das barreiras entre o grupo dos dadores e o grupo dos não dadores, foram aplicados dois testes paramétricos, designadamente *Test-T* para amostras independentes, cujo principal objetivo envolve a comparação de médias de uma variável quantitativa em duas amostras independentes. De forma a rejeitar a hipótese nula ( $H_0$ ), o teste deverá revelar valores de *sig.* inferiores a 0,05, levando, assim, à aceitação da hipótese alternativa de que as médias das variáveis são estatisticamente significativas.

Mediante a análise da tabela 11, é possível afirmar que as médias de resposta entre os grupos em algumas barreiras são diferentes, existem diferenças estatisticamente significativas entre dadores e não dadores de sangue.

Na Barreira Medo e Ansiedade os Dadores apresentam valores significativos mais baixos em face aos não dadores. Na Barreira Tempo-Espaço, na Barreira Intrínseca e na Barreira Ausência de Contato os Dadores apresentam valores significativos mais altos em face aos não dadores.

**Tabela 11 – Estatísticas de grupo, barreiras em função ao grupo de dadores e não dadores de sangue**

	Grupos	N	Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Barreira Medo e Ansiedade	Não Dadores	1361	9,5790	4,10305	,11122
	Dadores	1020	9,1734	3,70298	,11594
Barreira Tempo-Espaço	Não Dadores	1361	2,3803	1,06477	,02886
	Dadores	1020	2,5775	1,01795	,03187
Barreira Intrínseca	Não Dadores	1361	2,2147	,92481	,02507
	Dadores	1020	2,6146	,90674	,02839
Barreira Processual	Não Dadores	1361	2,3222	1,05531	,02861
	Dadores	1020	2,2868	,98617	,03088
Barreira Informação	Não Dadores	1361	3,0319	1,19696	,03245
	Dadores	1020	3,0865	1,13699	,03560
Barreira Ausência Contato	Não Dadores	1361	2,7232	1,18949	,03224
	Dadores	1020	2,8141	1,10916	,03473

Analisadas as estatísticas de grupo, analisa-se, seguidamente, os resultados referentes ao teste de amostras independentes com base na interpretação da tabela seguinte.

Das 6 barreiras apresentadas na tabela anterior, 4 apresentam valores com um nível de significância <0,05 (tabela 12), sugerindo existirem diferenças de média estatisticamente significativas entre os grupos. De fato os dadores são diferentes dos não dadores.

**Tabela 12 – Teste de Amostras Independentes em função ao grupos de dadores e não dadores de sangue**

		Significância		Diferença média	Erro de diferença padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		Unilateral p	Bilateral p			Inferior	Superior
Barreira Medo e Ansiedade	Variâncias iguais assumidas	,006	,013	,40555	,16303	,08585	,72525
	Variâncias iguais não assumidas	,006	,012	,40555	,16066	,09049	,72061
Barreira Tempo-Espaço	Variâncias iguais assumidas	<,001	<,001	-,19718	,04328	-,28204	-,11231
	Variâncias iguais não assumidas	<,001	<,001	-,19718	,04300	-,28150	-,11285
Barreira Intrínseca	Variâncias iguais assumidas	<,001	<,001	-,39994	,03798	-,47442	-,32546
	Variâncias iguais não assumidas	<,001	<,001	-,39994	,03787	-,47421	-,32567
Barreira Ausência Contato	Variâncias iguais assumidas	,029	,058	-,09095	,04787	-,18481	,00291
	Variâncias iguais não assumidas	,028	,055	-,09095	,04739	-,18388	,00198

**Em suma, a H1 é parcialmente validada.**

**H2 – Há diferença na percepção das barreiras à dádiva em função das variáveis sociodemográficas**

Com o propósito de testar se existem diferenças estatisticamente significativas entre alguns grupos sociodemográficos (designadamente género, idade, habilitações académicas, rendimento bruto, situação profissional) foram aplicados dois testes paramétricos, designadamente Teste-T e teste *One-Way Anova* na amostra total.

## H2.1 – Há diferença na percepção das barreiras à dívida em função ao género.

Para testar H2.1. foi utilizado o *Test-t* para amostras independentes, cujo principal objetivo envolve a comparação de médias de uma variável quantitativa em duas amostras independentes (no caso, os inquiridos do sexo feminino e os inquiridos do sexo masculino). De forma a rejeitar a hipótese nula (H0), o teste deverá revelar valores de *sig.* inferiores a 0,05, levando, assim, à aceitação da hipótese alternativa de que as médias das variáveis são estatisticamente significativas.

Mediante a análise da tabela seguinte, é possível afirmar que as médias de resposta entre homens e mulheres são bastante homogêneas, não apresentando grandes variações, exceto na Barreira Medo e Ansiedade, na qual as mulheres apresentam um valor mais elevado.

**Tabela 13 – Estatísticas de grupo, barreiras à dívida em função ao género**

	<i>Género</i>	N	Média	Desvio Padrão
Barreira Medo e Ansiedade	Masculino	890	8,9365	3,70825
	Feminino	1491	9,6850	4,04896
Barreira Tempo-Espaço	Masculino	890	2,4770	1,00675
	Feminino	1491	2,4575	1,07416
Barreira Intrínseca	Masculino	890	2,4250	,89685
	Feminino	1491	2,3627	,96134
Barreira Processual	Masculino	890	2,3255	1,02542
	Feminino	1491	2,2961	1,02685
Barreira Informação	Masculino	890	3,0758	1,16325
	Feminino	1491	3,0431	1,17696
Barreira Ausência Contato	Masculino	890	2,8049	1,15270
	Feminino	1491	2,7366	1,15823

Analisadas as estatísticas de grupo, analisa-se, seguidamente, os resultados referentes ao teste de amostras independentes com base na interpretação da tabela seguinte. No que se refere à Barreira Medo e Ansiedade, os valores revelam um nível de significância ( $sig < 0,05$ ), sugerindo existirem diferenças de média estatisticamente significativas entre homens e mulheres. Por tal, homens e mulheres avaliam de forma diferente esta variável. No que

concerne às restantes variáveis, não existem diferenças entre homens e mulheres, por tal, ambas avaliam da mesma forma as variáveis.

**Em suma, a H2.1. é parcialmente validada.**

## **H2.2 – Há diferença na percepção das barreiras à dívida em função à idade.**

Para testar a hipótese formulada, realizou-se o teste *One-Way Anova*. Este tipo de teste é efetuado quando se pretende comparar médias entre 3 ou mais grupos, sendo esse o caso da variável idade. A tabela seguinte indica que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação da Barreira Medo e Ansiedade, Barreira Tempo Espaço e Barreira Processual em função da idade.

**Tabela 14 – Teste *One-Way Anova* em função à idade**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	963,896	4	240,974	15,904	<,001
	Nos grupos	36000,252	2376	15,152		
	Total	36964,148	2380			
Barreira Tempo-Espaço	Entre Grupos	16,036	4	4,009	3,657	,006
	Nos grupos	2604,409	2376	1,096		
	Total	2620,444	2380			
Barreira Intrínseca	Entre Grupos	5,034	4	1,259	1,431	,221
	Nos grupos	2089,204	2376	,879		
	Total	2094,238	2380			
Barreira Processual	Entre Grupos	15,296	4	3,824	3,647	,006
	Nos grupos	2491,041	2376	1,048		
	Total	2506,337	2380			
Barreira Informação	Entre Grupos	17,373	4	4,343	3,175	,013
	Nos grupos	3250,178	2376	1,368		
	Total	3267,551	2380			
Barreira Ausência Contato	Entre Grupos	10,183	4	2,546	1,907	,107
	Nos grupos	3172,488	2376	1,335		
	Total	3182,670	2380			

Para identificar e avaliar quais as classes etárias onde se encontram as ditas diferenças realizou-se, num segundo momento, o teste de *Post-Hoc Bonferroni* (Tabela 15).

O mesmo permitiu concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade, essas diferenças estão presentes entre o grupo mais jovem (18-25) face a todos os outros (sig <0,05).

Quanto à Barreira Tempo-Espaço, essas diferenças estão presentes entre o grupo mais jovem (18-25) face aos mais velhos (56-65) (sig <0,05).

Quanto à Barreira Processual, essas diferenças estão presentes entre o grupo mais jovem (18-25) face aos 26-35 e os mais velhos (56-65) (sig <0,05).

**Tabela 15 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função à idade**

Variável dependente	(I) Idade_Classe	(J) Idade_Classe	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Barreira Medo e Ansiedade	18-25	26-35	1,55439*	,29955	<,001	,7127	2,3960
		36-45	1,63786*	,25727	<,001	,9150	2,3607
		46-55	1,63720*	,25301	<,001	,9263	2,3481
		56-65	2,22842*	,30778	<,001	1,3637	3,0932
Barreira Tempo-Espaço	18-25	26-35	,09505	,08057	1,000	-,1313	,3214
		36-45	,17033	,06920	,139	-,0241	,3648
		46-55	,14028	,06805	,394	-,0509	,3315
		56-65	,30388*	,08278	,002	,0713	,5365
Barreira Processual	18-25	26-35	,22693*	,07880	,040	,0055	,4483
		36-45	,15978	,06767	,183	-,0304	,3499
		46-55	,17069	,06655	,104	-,0163	,3577
		56-65	,28859*	,08096	,004	,0611	,5161

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Desta forma, pode-se concluir que a avaliação da Barreira Medo e Ansiedade, Barreira Tempo Espaço e Barreira Processual varia em função da idade, **pelo que a Hipótese 2.2. está parcialmente validada.**

## H2.3 – Há diferença na percepção das barreiras à dívida em função às habilitações académicas

Para confirmar ou refutar as possíveis diferenças na avaliação dos construtos que podem ocorrer em função das habilitações académicas, realizou-se o teste *One-Way Anova*.

A tabela seguinte indica que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação da Barreira Medo e Ansiedade, em função das habilitações académicas.

**Tabela 16 – Teste *One-Way Anova* em função às habilitações académicas**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	136,621	2	68,310	4,411	,012
	Nos grupos	36827,527	2378	15,487		
	Total	36964,148	2380			

Para identificar e avaliar quais as habilitações académicas onde se encontram as ditas diferenças realizou-se, num segundo momento, o teste de *Post-Hoc Bonferroni* (Tabela 17).

**Tabela 17 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função às habilitações académicas**

Variável dependente	(I) Habilitações Académicas	(J) Habilitações Académicas	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Barreira Medo e Ansiedade	Ensino Superior	Ensino Secundário	,50417*	,17843	,014	,0767	,9316
		Ensino Básico	,63739	,53483	,700	-,6439	1,9187

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

O mesmo permitiu concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade, essa diferença está presente entre o grupo com ensino superior e o grupo com ensino secundário, pelo que a **Hipótese 2.3. está parcialmente validada.**

## H2.4 – Há diferenças na percepção das barreiras à dívida em função do rendimento

### bruto

Para confirmar ou refutar as possíveis diferenças na avaliação dos construtos que podem ocorrer em função do rendimento bruto, realizou-se o teste *One-Way Anova*.

A tabela seguinte indica que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação da Barreira Medo e Ansiedade, em função do rendimento.

**Tabela 18 – Teste *One-Way Anova* em função do rendimento bruto**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	570,653	5	114,131	7,448	<,001
	Nos grupos	36393,495	2375	15,324		
	Total	36964,148	2380			

Para identificar e avaliar quais os rendimentos brutos onde se encontram as ditas diferenças realizou-se, num segundo momento, o teste de *Post-Hoc Bonferroni* (Tabela 19).

**Tabela 19 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função do rendimento bruto**

Variável dependente	(I) Rendimento Bruto	(J) Rendimento Bruto	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Barreira Medo e Ansiedade (estudante, estagiário, desempregado)	Sem rendimento	Menos de 1.000€	1,58074*	,28196	<,001	,7523	2,4092
		Entre 1.001 e 2.000€	1,50793*	,26559	<,001	,7276	2,2883
		Entre 2.001 e 4.000€	1,29575*	,29821	<,001	,4196	2,1719
		Entre 4.001 e 6.000€	1,40389	,50593	,083	-,0826	2,8904
		Mais de 6.000€	1,72317	,81687	,525	-,6769	4,1233

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

O mesmo permitiu concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade, essa diferença está presente entre o grupo das pessoas sem rendimento face às pessoas com rendimentos de: menos de 1.000€, entre 1.001 e 2.000€, 2.001 e 4.000€, pelo **que a Hipótese 2.4. está parcialmente validada.**

## H2.5 – Há diferenças na percepção das barreiras à dívida em função da situação profissional

Para confirmar ou refutar as possíveis diferenças na avaliação dos construtos que podem ocorrer em função da situação profissional, realizou-se o teste *One-Way Anova*.

A tabela seguinte indica que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação da Barreira Medo e Ansiedade e na Barreira Processual, em função da situação profissional.

**Tabela 20 – Teste *One-Way Anova* em função da situação profissional**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	723,488	5	144,698	9,483	<,001
	Nos grupos	36240,661	2375	15,259		
	Total	36964,148	2380			
Barreira Processual	Entre Grupos	17,333	5	3,467	3,308	,006
	Nos grupos	2489,004	2375	1,048		
	Total	2506,337	2380			

Para identificar e avaliar qual situação profissional, onde se encontram as ditas diferenças realizou-se, num segundo momento, o teste de *Post-Hoc Bonferroni* (Tabela 21).

**Tabela 21 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função da situação profissional**

Variável dependente	(I) Trabalho	(J) Trabalho	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Barreira Medo e Ansiedade	Estudante	Trabalhador(a) por conta de outrem	1,70223*	,26701	<,001	,9177	2,4868
		Trabalhador(a) por conta própria	1,69862*	,40267	<,001	,5155	2,8817
		Desempregado(a)	1,75168*	,49689	,006	,2917	3,2116
		Reformado(a)	2,90694*	,64020	<,001	1,0259	4,7880
		Doméstico(a)	2,93181	1,61439	1,000	-1,8116	7,6752
Barreira Processual	Estudante	Trabalhador(a) por conta de outrem	,18502	,06997	,124	-,0206	,3906
		Trabalhador(a) por conta própria	,13294	,10553	1,000	-,1771	,4430
		Desempregado(a)	,22551	,13022	1,000	-,1571	,6081
		Reformado(a)	,60617*	,16778	,005	,1132	1,0991
		Doméstico(a)	,59931	,42308	1,000	-,6438	1,8424

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

O mesmo permitiu concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade essa diferença está presente entre os estudantes em face aos outros grupos, exceto o Doméstico. Na Barreira Processual, essa diferença está presente novamente entre os estudantes face aos reformados, pelo **que a Hipótese 2.5. está parcialmente validada.**

### H3 – Há diferença na percepção das barreiras no grupo dos dadores em função da variável tempo de dádiva (experiência)

Para confirmar ou refutar as possíveis diferenças na avaliação dos construtos que podem ocorrer em função da experiência da dádiva entre os dadores de sangue, realizou-se o teste *One-Way Anova*.

A tabela seguinte indica que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação da Barreira Tempo-Espaço, em função do tempo de experiência e superficialmente na barreira processual.

**Tabela 22 – Teste *One-Way Anova* em função do tempo de experiência**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	94,618	4	23,655	1,730	,141
	Nos grupos	13877,995	1015	13,673		
	Total	13972,613	1019			
Barreira Tempo-Espaço	Entre Grupos	17,111	4	4,278	4,180	,002
	Nos grupos	1038,800	1015	1,023		
	Total	1055,911	1019			
Barreira Intrínseca	Entre Grupos	7,417	4	1,854	2,266	,060
	Nos grupos	830,381	1015	,818		
	Total	837,798	1019			
Barreira Processual	Entre Grupos	11,252	4	2,813	2,914	,021
	Nos grupos	979,755	1015	,965		
	Total	991,007	1019			
Barreira Informação	Entre Grupos	3,138	4	,784	,606	,658
	Nos grupos	1314,175	1015	1,295		
	Total	1317,313	1019			
Barreira Ausência Contato	Entre Grupos	4,662	4	1,165	,947	,436
	Nos grupos	1248,938	1015	1,230		
	Total	1253,600	1019			

Através de uma análise Bonferroni, verifica-se que o grupo que tem uma experiência entre 5 e 10 anos, é afetado por esta Barreira Tempo-Espaço, face aos dadores com mais de 11 anos de experiência de dádiva.

**Tabela 23 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função dos anos de experiência - Barreira Tempo-Espaço**

Variável dependente	(I) Anos Dador	(J) Anos Dador	Diferença	Erro	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
			média (I-J)	Padrão		Limite inferior	Limite superior
Barreira Tempo-Espaço	Entre 5 e 10 anos	Menos de 2 anos	,17694	,10531	,932	-,1193	,4732
		Entre 2 e 4 anos	,21711	,10149	,326	-,0684	,5026
		Entre 11 e 15 anos	,40261*	,10602	,002	,1043	,7009
		Mais de 15 anos	,25495*	,08498	,028	,0159	,4940

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Assim é permitido concluir que, no que concerne à Barreira Tempo-Espaço, essa diferença está presente, **pelo que a Hipótese 3 está parcialmente validada.**

**H4 – Há diferença na percepção das barreiras no grupo dos dadores em função dos dados sociodemográficos**

Com o propósito de testar se existem diferenças estatisticamente significativas entre alguns grupos sociodemográficos dos dadores (designadamente género, idade, habilitações académicas, rendimento bruto, situação profissional) foram aplicados dois testes paramétricos, designadamente Teste-T e teste *One-Way Anova*.

**H4.1 – Há diferença na percepção das barreiras em função do género**

Para testar H4.1 foi utilizado o *Test-t*, cujo principal objetivo envolve a comparação de médias de uma variável quantitativa em duas amostras independentes (no caso, os inquiridos

do sexo feminino e os inquiridos do sexo masculino). De forma a rejeitar a hipótese nula (H0), o teste deverá revelar valores de *sig.* inferiores a 0,05, levando, assim, à aceitação da hipótese alternativa de que as médias das variáveis são estatisticamente significativas.

Mediante a análise da tabela seguinte, é possível afirmar que as médias de resposta entre homens e mulheres são bastante homogêneas, não apresentando grandes variações, exceto na Barreira Medo e Ansiedade, na qual as mulheres apresentam um valor mais elevado.

**Tabela 24 – Estatísticas de grupo em função do género**

	Género	N	Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Barreira Medo e Ansiedade	Masculino	485	8,9648	3,56668	,16195
	Feminino	535	9,3625	3,81582	,16497
Barreira Tempo-Espaço	Masculino	485	2,5891	,96555	,04384
	Feminino	535	2,5670	1,06402	,04600
Barreira Intrínseca	Masculino	485	2,6273	,86761	,03940
	Feminino	535	2,6031	,94147	,04070
Barreira Processual	Masculino	485	2,3488	,98619	,04478
	Feminino	535	2,2307	,98370	,04253
Barreira Informação	Masculino	485	3,1126	1,13423	,05150
	Feminino	535	3,0628	1,14003	,04929
Barreira Ausência Contato	Masculino	485	2,8516	1,10320	,05009
	Feminino	535	2,7801	1,11446	,04818

Analisadas as estatísticas de grupo, analisa-se, seguidamente, os resultados referentes ao teste de amostras independentes. No que se refere às barreiras entre homens e mulheres, face à homogeneidade de variância *sig.* do teste de *Levene* >0,05 e *sig.* do teste-t para igualdade de médias >0,05, pode-se afirmar que não existem, de facto, diferenças de médias significativas entre homens e mulheres. Por tal, homens e mulheres avaliam da mesma forma ambas as variáveis. Optou-se por não apresentar a tabela do teste T. Assim é permitido concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade, essa diferença não está presente, **pelo que a Hipótese 4.1 não é validada.**

#### H4.2 – Há diferença na percepção das barreiras em função da idade

A análise *Anova* efetuada ao grupo dos dados constata que em função da idade os dados são afetados pela “Barreira Medo e Ansiedade”, “Barreira Tempo-Espaço” e “Barreira Informação”.

**Tabela 25 – Teste *One-Way Anova* em função da idade**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	496,005	4	124,001	9,339	<,001
	Nos grupos	13476,608	1015	13,277		
	Total	13972,613	1019			
Barreira Tempo-Espaço	Entre Grupos	12,280	4	3,070	2,986	,018
	Nos grupos	1043,631	1015	1,028		
	Total	1055,911	1019			
Barreira Informação	Entre Grupos	14,803	4	3,701	2,884	,022
	Nos grupos	1302,510	1015	1,283		
	Total	1317,313	1019			

Através de uma análise Bonferroni, verifica-se que o grupo etário afetado por esta Barreira Medo e Ansiedade é a classe do 18-25 anos, face às classes mais velhas, 26-35, 46-55 e 56-65.

**Tabela 26 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função da idade - Barreira Medo e Ansiedade**

(I) Idade_Classe	(J) Idade_Classe	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
18-25	26-35	1,84753*	,44129	<,001	,6061	3,0890
	36-45	1,46684*	,38607	,002	,3808	2,5529
	46-55	1,73275*	,38318	<,001	,6548	2,8107
	56-65	2,80371*	,47871	<,001	1,4570	4,1504

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Através de mesma análise Bonferroni, verifica-se que o grupo etário afetado por esta Barreira Tempo-Espaço é a classe do 18-25 anos, versus a classes mais velha, 56-65.

**Tabela 27 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função da idade - Barreira Tempo-Espaço**

(I) Idade_Classe	(J) Idade_Classe	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
18-25	26-35	,11179	,12280	1,000	-,2337	,4573
	36-45	,22949	,10744	,329	-,0727	,5317
	46-55	,26801	,10663	,121	-,0320	,5680
	56-65	,40552*	,13321	,024	,0308	,7803

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Através de mesma análise Bonferroni, verifica-se que o grupo etário afetado superficialmente por esta Barreira Informação é a classe do 18-25 anos, face à classe 26-35.

**Tabela 28 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função da idade - Barreira Informação**

(I) Idade_Classe	(J) Idade_Classe	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
18-25	26-35	,38539	,13719	,051	-,0005	,7713
	36-45	,27120	,12002	,241	-,0665	,6088
	46-55	,10602	,11912	1,000	-,2291	,4411
	56-65	,14521	,14882	1,000	-,2735	,5639

Assim é permitido concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade, Tempo-Espaço e superficialmente na Barreira Informação, essa diferença está presente, **pelo que a Hipótese 4.2 está parcialmente validada.**

#### **H4.3 – Há diferença na percepção das barreiras em função das habilitações académicas**

Para confirmar ou refutar as possíveis diferenças na avaliação dos construtos que podem ocorrer em função das habilitações académicas, realizou-se o teste *One-Way Anova*.

A tabela 30 indica que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação da Barreira Medo e Ansiedade e Barreira Tempo-Espaço, em função das habilitações académicas.

**Tabela 29 – Teste *One-Way Anova* em função das habilitações académicas**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	231,153	2	115,576	8,554	<,001
	Nos grupos	13741,460	1017	13,512		
	Total	13972,613	1019			
Barreira Tempo-Espaço	Entre Grupos	15,701	2	7,851	7,676	<,001
	Nos grupos	1040,210	1017	1,023		
	Total	1055,911	1019			

Para identificar e avaliar quais as habilitações académicas onde se encontram as ditas diferenças realizou-se, num segundo momento, o teste de *Post-Hoc Bonferroni* (Tabela 31).

**Tabela 30 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função das habilitações académicas - Barreira Medo e Ansiedade e Barreira Tempo-Espaço**

Variável dependente	(I) Habilitações Académicas	(J) Habilitações Académicas	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Barreira Medo e Ansiedade	Ensino Superior	Ensino Secundário	,96186*	,24089	<,001	,3842	1,5395
		Ensino Básico	1,05942	,64776	,307	-,4939	2,6127
Barreira Tempo-Espaço	Ensino Superior	Ensino Secundário	,23187*	,06628	,001	,0729	,3908
		Ensino Básico	,39984	,17822	,075	-,0275	,8272

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

O mesmo permitiu concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade e na Barreira Tempo-Espaço, essa diferença está presente entre o grupo com ensino superior e o grupo com ensino secundário, pelo **que a Hipótese 4.3 está parcialmente validada.**

#### H4.4 – Há diferenças na percepção das barreiras em função do rendimento bruto

Para confirmar ou refutar as possíveis diferenças na avaliação dos construtos que podem ocorrer em função do rendimento bruto, realizou-se o teste *One-Way Anova*.

A Tabela seguinte indica que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação da Barreira Medo e Ansiedade, Barreira Tempo-espaço e Barreira Informação, em função do rendimento.

**Tabela 31 – Teste *One-Way Anova* em função do rendimento bruto**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	261,016	5	52,203	3,861	,002
	Nos grupos	13711,597	1014	13,522		
	Total	13972,613	1019			
Barreira Tempo-Espaço	Entre Grupos	18,789	5	3,758	3,674	,003
	Nos grupos	1037,122	1014	1,023		
	Total	1055,911	1019			
Barreira Informação	Entre Grupos	24,804	5	4,961	3,892	,002
	Nos grupos	1292,509	1014	1,275		
	Total	1317,313	1019			

Para identificar e avaliar quais os rendimentos brutos onde se encontram as ditas diferenças realizou-se, num segundo momento, o teste de *Post-Hoc Bonferroni* (Tabela 32).

**Tabela 32 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função do rendimento bruto – Barreiras Medo e Ansiedade, Tempo-Espaço e Barreira Informação**

Variável dependente	(I) Rendimento Bruto	(J) Rendimento Bruto	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Barreira Medo e Ansiedade	Menos de 1.000€	Entre 1.001 e 2.000€	,03478	,27543	1,000	-,7756	,8452
		Entre 2.001 e 4.000€	-,46931	,35929	1,000	-1,5264	,5878
		Entre 4.001 e 6.000€	-,78818	,76481	1,000	-3,0384	1,4620
		Mais de 6.000€	-,70850	1,24359	1,000	-4,3674	2,9504

		Sem rendimento (estudante, estagiário, desempregado)	-1,66680*	,43172	,002	-2,9370	-,3966
Barreira Tempo-Espaço	Menos de 1.000€	Entre 1.001 e 2.000€	,00435	,07575	1,000	-,2185	,2272
		Entre 2.001 e 4.000€	-,27472	,09881	,083	-,5655	,0160
		Entre 4.001 e 6.000€	-,11315	,21034	1,000	-,7320	,5057
		Mais de 6.000€	-,38767	,34202	1,000	-1,3939	,6186
		Sem rendimento (estudante, estagiário, desempregado)	-,34934*	,11873	,050	-,6987	,0000
Barreira Informação	Entre 2.001 e 4.000€	Menos de 1.000€	,36273*	,11031	,016	,0382	,6873
		Entre 1.001 e 2.000€	,36779*	,10496	,007	,0590	,6766
		Entre 4.001 e 6.000€	-,15072	,24291	1,000	-,8654	,5640
		Mais de 6.000€	,47838	,38684	1,000	-,6598	1,6165
		Sem rendimento (estudante, estagiário, desempregado)	,13527	,14640	1,000	-,2955	,5660

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

O mesmo permitiu concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade e na barreira tempo-espaço, essa diferença está presente entre o grupo das pessoas sem rendimento face às pessoas com rendimentos de menos de 1.000€. E na Barreira informação, essa diferença está presente entre o grupo de pessoas com rendimento entre 2.001 e 4.000€ face às pessoas com rendimento de menos 1.000€, e entre 1.001 e 2.000€, pelo **que a Hipótese 4.4 está parcialmente validada.**

#### **H4.5 – Há diferenças na percepção das barreiras dos dadores em função da situação profissional**

Para confirmar ou refutar as possíveis diferenças na avaliação dos construtos que podem ocorrer em função da situação profissional, realizou-se o teste *One-Way Anova*.

A tabela seguinte indica que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação da Barreira Medo e Ansiedade e na Barreira Tempo-Espaço, em função da situação profissional.

**Tabela 33 – Teste *One-Way Anova* em função da situação profissional**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	336,832	5	67,366	5,010	<,001
	Nos grupos	13635,781	1014	13,448		
	Total	13972,613	1019			
Barreira Tempo-Espaço	Entre Grupos	11,063	5	2,213	2,147	,058
	Nos grupos	1044,848	1014	1,030		
	Total	1055,911	1019			

Para identificar e avaliar qual a situação profissional, onde se encontram as ditas diferenças realizou-se, num segundo momento, o teste de *Post-Hoc Bonferroni* (Tabela 34).

**Tabela 34 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função da situação profissional**

Variável dependente	(I) Trabalho	(J) Trabalho	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Barreira Medo e Ansiedade	Estudante	Trabalhador(a) por conta de outrem	1,88335*	,42732	<,001	,6261	3,1406
		Trabalhador(a) por conta própria	1,99224*	,60314	,015	,2177	3,7668
		Desempregado(a)	1,91808	,72104	,119	-,2033	4,0395
		Reformado(a)	3,26050*	,91564	,006	,5665	5,9545
		Doméstico(a)	5,23835	2,62484	,694	-2,4844	12,9611
Barreira Tempo-Espaço	Estudante	Trabalhador(a) por conta de outrem	,34880*	,11829	,049	,0008	,6968
		Trabalhador(a) por conta própria	,23806	,16696	1,000	-,2532	,7293
		Desempregado(a)	,33488	,19959	1,000	-,2524	,9221
		Reformado(a)	,42323	,25346	1,000	-,3225	1,1690
		Doméstico(a)	1,16628	,72659	1,000	-,9715	3,3040
		Doméstico(a)	,86026	,71502	1,000	-1,2434	2,9640

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

O mesmo permitiu concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade essa diferença está presente entre os estudantes em face aos trabalhadores por conta de outrem, por conta própria e reformados. Na barreira tempo-espço, essa diferença está presente novamente entre os estudantes em face aos trabalhadores por conta de outrem, pelo **que a Hipótese 4.5 está parcialmente validada.**

## H5 – Há diferença na percepção das barreiras dos não dadores em função dos dados sociodemográficos

Com o propósito de testar se existem diferenças estatisticamente significativas entre alguns grupos sociodemográficos dos não dadores (designadamente género, idade, habilitações académicas, rendimento bruto, situação profissional) foram aplicados dois testes paramétricos, designadamente Teste-T e teste *One-Way Anova*.

### H5.1 – Há diferença na percepção das barreiras à dádiva dos não dadores em função ao género.

É possível afirmar que as médias de resposta entre homens e mulheres são bastante homogéneas, não apresentando grandes variações, exceto na Barreira Medo e Ansiedade, na qual as mulheres apresentam um valor mais elevado (tabela 35).

**Tabela 35 – Estatísticas de grupo em função ao género**

	Género	N	Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Barreira Medo e Ansiedade	Masculino	405	8,9026	3,87515	,19256
	Feminino	956	9,8655	4,16481	,13470

Analisadas as estatísticas de grupo, analisa-se, seguidamente, os resultados referentes ao teste de amostras independentes com base na interpretação da tabela seguinte. No que se refere à Barreira Medo e Ansiedade, os valores revelam um nível de significância  $<0,05$ , sugerindo existirem diferenças de média estatisticamente significativas entre homens e mulheres. Por tal, homens e mulheres avaliam de forma diferente esta variável.

**Tabela 36 – Teste de Amostras Independentes em função ao género**

		Significância		Diferença média	Erro de diferença padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		Unilateral p	Bilateral p			Inferior	Superior
Barreira Medo e Ansiedade	Variâncias iguais assumidas	<,001	<,001	-,96293	,24195	-1,43756	-,48829
	Variâncias iguais não assumidas	<,001	<,001	-,96293	,23499	-1,42419	-,50166

**Em suma, a H5.1. é parcialmente validada.**

#### **H5.2 – Há diferença na percepção das barreiras dos não dadores em função da idade**

Existe uma diferença entre os não dadores e os dadores de sangue, no que diz respeito à importância dada às Barreiras, constatada mediante análise *Anova*.

A análise *Anova* efetuada aos não dadores constata que estes são mais afetados pela “Barreira Medo e Ansiedade” e “Barreira Processual”.

**Tabela 37 – Teste *One-Way Anova* em função da idade**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	534,431	4	133,608	8,102	<,001
	Nos grupos	22361,211	1356	16,491		
	Total	22895,642	1360			
Barreira Processual	Entre Grupos	12,294	4	3,073	2,774	,026
	Nos grupos	1502,305	1356	1,108		
	Total	1514,599	1360			

Através de uma análise Bonferroni, verifica-se que o grupo etário afetado pela barreira Medo e Ansiedade é a classe do 18-25 anos, versus as classes dos 36-45, 46-55 e 56-65.

**Tabela 38 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função da idade – Barreira Medo e Ansiedade**

(I) Idade_Classe	(J) Idade_Classe	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
18-25	26-35	1,27290*	,40816	,019	,1253	2,4205
	36-45	1,74853*	,34624	<,001	,7750	2,7220
	46-55	1,53331*	,33746	<,001	,5845	2,4821
	56-65	1,89623*	,40208	<,001	,7657	3,0267

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Através da mesma análise Bonferroni, verifica-se que o grupo etário afetado pela Barreira Processual é a classe do 18-25 anos, versus as classe mais velha, 56-65.

**Tabela 39 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função da idade – Barreira Processual**

(I) Idade_Classe	(J) Idade_Classe	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
18-25	26-35	,26596	,10579	,121	-,0315	,5634
	36-45	,20031	,08975	,258	-,0520	,4526
	46-55	,15312	,08747	,802	-,0928	,3991
	56-65	,31283*	,10422	,027	,0198	,6058

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Estes testes de Post-Hoc Bonferroni, permitiram concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade Barreira Processual, essa diferença está presente entre o grupo, **pelo que a Hipótese 5.2 está parcialmente validada.**

### **H5.3 – Há diferença na percepção das barreiras dos não dadores em função das habilitações académicas**

Não existem diferenças nas barreiras dos não dadores em função das habilitações académicas, optou-se por não apresentar as tabelas, **pelo que a Hipótese 5.3 é rejeitada.**

#### H5.4 – Há diferença na percepção das barreiras dos não dadores em função do rendimento bruto

Para confirmar ou refutar as possíveis diferenças na avaliação dos construtos que podem ocorrer em função do rendimento bruto, realizou-se o teste *One-Way Anova*.

A Tabela seguinte indica que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação da Barreira Medo e Ansiedade, em função do rendimento.

**Tabela 40 – Teste *One-Way Anova* em função do rendimento bruto**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	324,258	5	64,852	3,893	,002
	Nos grupos	22571,384	1355	16,658		
	Total	22895,642	1360			

Para identificar e avaliar quais os rendimentos brutos onde se encontram as ditas diferenças realizou-se, num segundo momento, o teste de *Post-Hoc Bonferroni* (Tabela 41).

**Tabela 41 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função do rendimento bruto**

Variável dependente	(I) Rendimento Bruto	(J) Rendimento Bruto	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Barreira Medo e Ansiedade (estudante, estagiário, desempregado)	Sem rendimento	Menos de 1.000€	1,43635*	,37979	,002	,3196	2,5531
		Entre 1.001 e 2.000€	1,31553*	,34793	,002	,2925	2,3386
		Entre 2.001 e 4.000€	1,34496*	,38436	,007	,2148	2,4751
		Entre 4.001 e 6.000€	1,66337	,64475	,150	-,2325	3,5592
		Mais de 6.000€	2,14732	1,06311	,654	-,9787	5,2733

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

O mesmo permitiu concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade, essa diferença está presente entre o grupo das pessoas sem rendimento face às pessoas com rendimentos de menos de 1.000€, entre 1.001€ e 2.000€, entre 2.001€ e 4.000€, pelo **que a Hipótese 5.4. está parcialmente validada.**

### **H5.5 – Há diferenças na percepção das barreiras à dívida dos não dadores em função da situação profissional**

Para confirmar ou refutar as possíveis diferenças na avaliação dos construtos que podem ocorrer em função da situação profissional, realizou-se o teste *One-Way Anova*.

A tabela seguinte indica que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação da Barreira Medo e Ansiedade e na Barreira Processual, em função da situação profissional.

**Tabela 42 - Teste *One-Way Anova* em função da situação profissional**

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Barreira Medo e Ansiedade	Entre Grupos	379,194	5	75,839	4,564	<,001
	Nos grupos	22516,448	1355	16,617		
	Total	22895,642	1360			
Barreira Processual	Entre Grupos	12,897	5	2,579	2,327	,041
	Nos grupos	1501,702	1355	1,108		
	Total	1514,599	1360			

Para identificar e avaliar qual a situação profissional, onde se encontram as ditas diferenças realizou-se, num segundo momento, o teste de *Post-Hoc Bonferroni* (Tabela 43).

**Tabela 43 – Teste *Post-Hoc Bonferroni* em função da situação profissional**

Variável dependente	(I) Trabalho	(J) Trabalho	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Barreira Medo e Ansiedade	Estudante	Trabalhador(a) por conta de outrem	1,55783*	,34522	<,001	,5427	2,5729
		Trabalhador(a) por conta própria	1,46301	,54446	,109	-,1379	3,0639
		Desempregado(a)	1,60708	,68738	,293	-,4141	3,6283
		Reformado(a)	2,60836	,89196	,053	-,0144	5,2311
		Doméstico(a)	1,77857	2,06338	1,000	-4,2886	7,8458
Barreira Processual	Estudante	Trabalhador(a) por conta de outrem	,20667	,08915	,309	-,0555	,4688
		Trabalhador(a) por conta própria	,13216	,14061	1,000	-,2813	,5456
		Desempregado(a)	,18666	,17752	1,000	-,3353	,7086
		Reformado(a)	,70770*	,23035	,033	,0304	1,3850
		Doméstico(a)	,34457	,53287	1,000	-1,2223	1,9114

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

O mesmo permitiu concluir que, no que concerne à Barreira Medo e Ansiedade essa diferença está presente entre os estudantes em face aos trabalhadores por conta de outrem. Na barreira processual, essa diferença está presente novamente entre os estudantes em face aos reformados, pelo **que a Hipótese 5.5. está parcialmente validada.**

**H6 – Há correlação positiva entre as variáveis: Satisfação, Recomendação, Intenção de Regressar.**

Para se aferir a correlação positiva entre as variáveis: Satisfação, Intenção de Regresso e Recomendação, efetuou-se uma análise do coeficiente de Pearson, cujo valor indica a existência de correlações entre as variáveis.

Satisfação tem uma correlação positiva moderada com a Intenção de Regresso ( $r=0.625$ ) e uma correlação positiva forte ( $r=0.841$ ) com a Recomendação.

Regresso tem uma correlação positiva moderada com Satisfação ( $r=0.625$ ) e uma correlação positiva moderada ( $r=0.581$ ) com Recomendação.

Recomendação tem uma correlação forte com a Satisfação ( $r=0.841$ ) e uma correlação positiva moderada ( $r=0.581$ ) com Regresso. Estatisticamente é possível afirmar que a evolução das variáveis é sempre no mesmo sentido e desta forma concluiu-se que há medida que aumenta, por exemplo a Satisfação, também aumenta a Recomendação, os resultados são apresentados na tabela seguinte.

**Tabela 44 – Coeficientes de Correlações de Pearson (r) entre variáveis**

		Satisfação Dáviva	Regresso em 4 meses	Recomendação Dáviva
Satisfação Dáviva	Correlação de Pearson	1	,625**	,841**
	Sig. (2 extremidades)		<,001	<,001
	N	1020	1020	1020
Regresso em 4 meses	Correlação de Pearson	,625**	1	,581**
	Sig. (2 extremidades)	<,001		<,001
	N	1020	1020	1020
Recomendação Dáviva	Correlação de Pearson	,841**	,581**	1
	Sig. (2 extremidades)	<,001	<,001	
	N	1020	1020	1020

Em suma, com base nos testes realizados, **é possível validar a Hipótese 6.**

## H7 – Há correlação positiva entre as variáveis: Satisfação, Recomendação, Intenção de Regressar, com os elementos que compõe a Motivação

Para se aferir a correlação positiva entre as variáveis: Satisfação, Intenção de Regresso e Recomendação com os elementos que compõe a Motivação, efetuou-se uma análise do coeficiente de Pearson, cujo valor indica a existência de correlações entre as variáveis.

Satisfação com a dívida está correlacionado significativamente: de forma positiva fraca com Altruísmo (0,393), Motivação Social (0,304), Influência Familiares e Amigos (0,232) e de forma positiva moderada com Satisfação Pessoal (0,575).

Recomendação está correlacionado significativamente: de forma positiva fraca com Altruísmo (0,359), Motivação Social (0,334), Influência Familiares e Amigos (0,258) e de forma positiva moderada com Satisfação Pessoal (0,540).

Regresso está correlacionado significativamente: de forma positiva fraca com Altruísmo (0,204), Motivação Social (0,127), Influência F. e Amigos (0,126) e Satisfação Pessoal (0,338).

**Tabela 45 – Coeficientes de Correlações de Pearson (r) entre variáveis**

		Altruísmo	Motivação Social	Influência Fam. Amigos	Satisfação Pessoal
Satisfação Dívida	Correlação de Pearson	,393**	,304**	,232**	,575**
	Sig. (2 extremidades)	<,001	<,001	<,001	<,001
	N	1020	1020	1020	1020
Recomendação Dívida	Correlação de Pearson	,359**	,334**	,258**	,540**
	Sig. (2 extremidades)	<,001	<,001	<,001	<,001
	N	1020	1020	1020	1020
Regresso em 4 meses	Correlação de Pearson	,204**	,127**	,126**	,338**
	Sig. (2 extremidades)	<,001	<,001	<,001	<,001
	N	1020	1020	1020	1020

Em suma, com base nos testes realizados, **é possível validar a Hipótese 7.**

## H8 – Há correlação positiva entre a percepção das barreiras e a motivação

Para se aferir a correlação entre a variável Motivação com as barreiras, efetuou-se uma análise do coeficiente de Pearson, cujo valor indica a existência de correlações entre as variáveis.

Motivação está correlacionado significativamente: de forma positiva ínfima com a barreira Tempo-Espaço e com a Barreira da Informação.

**Tabela 46 – Coeficientes de Correlações de Pearson (r) entre variáveis**

		B. Medo e Ansiedade	B. Tempo- Espaço	Barreira Intrínseca	Barreira Processual	Barreira Informação	B. Ausência Contato
Factor_Motivaçã o	Correlação de Pearson	-,011	,086**	,054	,053	,073*	,055
	Sig. (2 extremidades)	,715	,006	,082	,090	,020	,080
	N	1020	1020	1020	1020	1020	1020

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Em suma, com base no teste realizado, **é possível validar parcialmente a Hipótese 8.**

## H9 – Há diferenças na motivação, satisfação, recomendação e intenção de regressar em função do tempo de experiência do dador

### H9.1 – Há diferenças na motivação em função do tempo de experiência do dador

Procuramos analisar se a Motivação tinha diferenças entre os inquiridos com o tempo de experiência de dádiva de sangue. O teste F de Anova não tem associado um nível de significância inferior a 0.05, pelo que não se confirma uma diferença de média estatisticamente significativa (tabelas 47).

**Tabela 47 – Teste *One-Way Anova* em função do factor motivação**

	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	1,338	4	,335	,379	,824
Nos grupos	895,123	1015	,882		
Total	896,461	1019			

Em suma, com base nos testes realizados, **é possível rejeitar a Hipótese 9.1.**

Os mesmos testes foram aplicados às restantes variáveis, Satisfação, Recomendação, Intenção de Regressar, não existindo diferenças entre os inquiridos com o tempo de experiência de dádiva de sangue. O teste F de Anova não tem associado um nível de significância inferior a 0.05, pelo que não se confirma uma diferença de média estatisticamente significativa, desta forma optou-se por não apresentar as tabelas.

**H9.2 – Há diferenças na Satisfação em função do tempo de experiência do dador**

**H9.3 – Há diferenças na Recomendação em função do tempo de experiência do dador**

**H9.4 – Há diferenças na Intenção de regressar em função do tempo de experiência do dador**

Em suma, com base nos testes realizados, **é possível rejeitar as Hipóteses, 9.2, 9.3, 9.4.**

Como síntese das hipóteses observadas e antes da conclusão, os dadores percecionam de forma diferente as barreiras em relação aos não dadores.

Na generalidade as mulheres expressam mais a “Barreira medo e ansiedade” que os homens. Os mais jovens (18-25) expressam as “Barreira medo e ansiedade”, Barreira Tempo-

Espaço” e “Barreira Processual”. Quanto às habilitações académicas, quem tem o ensino superior expressa mais a “Barreira Medo e Ansiedade”. Em relação ao rendimento bruto, aqueles sem rendimento expressam mais a “Barreira Medo e Ansiedade”. E por fim em função da situação profissional, a educação afeta a prevalência de barreiras, os estudantes expressam mais a “Barreira Medo e Ansiedade” e a “Barreira Processual”.

Na grupo dos dadores, quem tem uma experiência entre 5 a 10 anos, expressa mais barreiras que os outros mais experientes. Não existe diferença na percepção das barreiras entre homens e mulheres. Os mais jovens (18-25) expressam as “Barreira medo e ansiedade”, Barreira Tempo-Espaço” e “Barreira Informação”. Quanto às habilitações académicas, quem tem o ensino superior expressa mais a “Barreira Medo e Ansiedade” e “Barreira Tempo-Espaço”. Em relação ao rendimento bruto, aqueles sem rendimento expressam mais a “Barreira Medo e Ansiedade”, “Barreira Tempo-Espaço” e “Barreira Informação. E por fim em função da situação profissional, a educação afeta a prevalência de barreiras, os estudantes expressam mais a “Barreira Medo e Ansiedade” e a “Barreira Tempo-Espaço”.

No grupo dos não dadores, as mulheres expressam mais a “Barreira medo e ansiedade” que os homens. Os mais jovens (18-25) expressam as “Barreira medo e ansiedade”, “Barreira Processual”. Não existe diferença quanto às habilitações académicas. Em relação ao rendimento bruto, aqueles sem rendimento expressam mais a “Barreira Medo e Ansiedade”. E por fim em função da situação profissional, a educação afeta a prevalência de barreiras, os estudantes expressam mais a “Barreira Medo e Ansiedade” e a “Barreira Processual”.

Em relação às correlações efetuadas, existe correlação entre satisfação, motivação, recomendação e intenção de regressar.

Existe correlação entre barreiras e satisfação, motivação, recomendação e intenção de regressar, as barreiras afetam factores importantes à dádiva.

Não existe correlação entre a experiência na dádiva e a satisfação, motivação, recomendação e intenção de regressar. Anos de experiência na dádiva não significa maior dimensão na satisfação, motivação, recomendação e intenção de regressar.

## 6 CONCLUSÃO

### 6.1 Resposta aos objetivos e discussão de dados

Este estudo revelou, desde logo, o propósito fundamental da dádiva de sangue em Portugal num contexto social peculiar (i.e., num contexto pós pandémico). Para uma melhor compreensão e sumarização dos resultados empíricos obtidos e analisados no capítulo anterior, segue apresentado o quadro-síntese construído para esse efeito. A verificação das hipóteses, realizada com base no modelo concetual construído, originou os resultados descritos na tabela seguinte.

**Tabela 48 – Quadro-resumo de hipóteses segundo resultados estatísticos**

Hipótese	Formulação da hipótese	Validação
H1	H1 – Há diferenças na percepção das barreiras em função de ser ou não dador de sangue	Parcialmente validada
H2	Há diferença na percepção das barreiras à dádiva em função das variáveis sociodemográficas	Parcialmente validada
H2.1	Há diferença na percepção das barreiras à dádiva em função ao género.	Parcialmente validada
H2.2	Há diferença na percepção das barreiras à dádiva em função à idade.	Parcialmente validada
H2.3	Há diferença na percepção das barreiras à dádiva em função às habilitações académicas	Parcialmente validada
H2.4	Há diferenças na percepção das barreiras à dádiva em função do rendimento bruto	Parcialmente validada
H2.5	Há diferenças na percepção das barreiras à dádiva em função da situação profissional	Parcialmente validada
H3	Há diferença na percepção das barreiras no grupo dos dadores em função da variável tempo de dádiva (experiência)	Parcialmente validada
H4	Há diferença na percepção das barreiras no grupo dos dadores em função dos dados sociodemográficos	Parcialmente validada
H4.1	Há diferença na percepção das barreiras à dádiva em função do género	Não Validada
H4.2	Há diferença na percepção das barreiras dos dadores em função da idade	Parcialmente validada

H4.3	Há diferença na percepção das barreiras dos dadores em função das habilitações académicas	Parcialmente validada
H4.4	Há diferenças na percepção das barreiras à dádiva dos dadores em função do rendimento bruto	Parcialmente validada
H4.5	Há diferenças na percepção das barreiras à dádiva dos dadores em função da situação profissional	Parcialmente validada
H5	Há diferença na percepção das barreiras dos não dadores em função dos dados sociodemográficos	Parcialmente validada
H5.1	Há diferença na percepção das barreiras à dádiva dos não dadores em função ao género.	Parcialmente validada
H5.2	Há diferença na percepção das barreiras dos não dadores em função da idade	Parcialmente validada
H5.3	Há diferença na percepção das barreiras dos não dadores em função das habilitações académicas	Não Validada
H5.4	Há diferença na percepção das barreiras dos não dadores em função do rendimento bruto	Parcialmente validada
H5.5	Há diferenças na percepção das barreiras à dádiva dos não dadores em função da situação profissional	Parcialmente validada
H6	Há correlação positiva entre as variáveis: Satisfação, Recomendação, Intenção de Regressar.	Validada
H7	Há correlação positiva entre as variáveis: Satisfação, Recomendação, Intenção de Regressar, com os elementos que compõe a Motivação	Validada
H8	Há correlação positiva entre as Barreiras e a Motivação	Parcialmente validada
H9	Há diferenças na motivação, satisfação, recomendação e intenção de regressar em função do tempo de experiência do dador	Não Validada
H9.1	Há diferenças na motivação em função do tempo de experiência do dador	Não Validada
H9.2	Há diferenças na satisfação em função do tempo de experiência do dador	Não Validada
H9.3	Há diferenças na recomendação em função do tempo de experiência do dador	Não Validada
H9.4	Há diferenças na intenção de regressar em função do tempo de experiência do dador	Não Validada

## 6.2 Conclusões

O *marketing* social pode melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos promovendo mudanças de comportamento, ação, valor, cognitivas. A definição de marketing social não é consensual entre os autores, mas representa em si uma ferramenta valiosa num

futuro próximo que vai trazer desafios e enormes mudanças de comportamento a toda a humanidade.

A revisão da literatura aponta para amplitude e dispersão de opiniões e não é consensual a metodologia a seguir. Assim, a comparação dos resultados entre os estudos é complexa. Desta forma, para que os serviços de sangue possam saber com precisão e segurança quais são as barreiras e motivações que mais afetam o seu público-alvo de dadores, para traçar estratégias de *marketing* social e de *marketing* relacional, é fundamental que tenham instrumentos válidos e confiáveis. Além disso, estes instrumentos permitiriam que fossem utilizados e partilhados pelos centros de colheita de forma ágil e transversal, desta forma, saber como evoluem as barreiras e motivações da sua região permite responder e modificar estratégias de forma eficaz e eficiente a captar e reter dadores.

Marketing social na saúde e na dádiva de sangue envolve esforço de equipa e comunicação especialmente desenhada para cada segmento. É importante a assertividade e ligação com as associações de dadores, com as federações de dadores (FEPODABES, FAS) e com os núcleos de dadores de sangue empresariais, como o dos serviços sociais da CGD, o maior grupo de dadores empresarial.

As *next tech* estavam em prática antes da pandemia e vão ficar, segundo Satya Nadella, CEO da *Microsoft* “Em apenas dois meses, assistimos a uma transformação digital que levaria dois anos.” (Spataro, 2020). O futuro da saúde será cada vez mais digital, personalizada e mais presente na prevenção das doenças.

Assim, com base nos elementos do *Marketing 5.0*, a tecnologia avançada possibilita que o *marketing* seja direcionado por dados, preditivo, contextual, aumentado e ágil, sendo que essas aplicações se suportam em duas disciplinas organizacionais: o *marketing* direcionado por dados e o *marketing* ágil (Kotler, 2021), desta forma, existem cinco maneiras pelas quais a tecnologia pode impulsionar a dádiva de sangue, com práticas de *marketing*:

1. Tomar decisões mais precisas com base nos grandes dados;
2. Previsão de resultados de estratégias;
3. Implementação da experiência adquirida no contexto digital ao mundo real;
4. Aumentar a capacidade da personalização do *marketing* “um para um” e entregar valor;

## 5. Acelerar a execução de *marketing*.

Portanto, é necessário captar a atenção do potencial e atual dador, oferecer experiências diferenciadas de acordo com perfis diferenciados, demonstrar responsabilidade social e ambiental, educar com o recurso das tecnologias e da inovação, valorizar o relacionamento e respeitar. A aplicação da tecnologia de *marketing* (*martech*) vai muito para além da distribuição de conteúdos nos meios sociais ou da criação de uma presença no “*omnichannel*”. Estas tecnologias chamam-se *next tech* e incluem, inteligência artificial (IA), tecnologia de processamento de linguagem natural (PLN), sensores, robótica, realidade aumentada (RA), realidade virtual (VR), internet das coisas (IoT) e *blockchain*. Tudo está relacionado com o cenário atual e uma visão de futuro, nas quais as empresas e profissionais de marketing têm de se ligar de forma diferenciada aos seus públicos, adaptando-se à realidade e às necessidades de cada um em todo o seu percurso.

### 6.3 Recomendações práticas

São condições essenciais para a promoção da dádiva de sangue, enfatizar o sentimento de pertença à comunidade e a cultura de partilha com os outros. Todas as entidades têm um papel importante para a educação e ação formativas da sociedade para a mudança de comportamentos. As associações e federações de dadores tem um papel importante nas necessidades de transfusão nacionais, são elas na rede transfusional no seu desempenho dinamizam a promoção, organização e desenvolvimento da dádiva de sangue organizada.

A redução de relacionamentos sociais, a indiferença, o individualismo está a deteriorar a coesão e união nacional. Neste sentido é necessário criar ações sinérgicas que favoreçam e promovam a coesão necessária, isto representa claramente uma ajuda às campanhas de dádiva de sangue. As gerações mais novas devem perceber que todos são parte integrante e necessária da sociedade e que cada pessoa pode fazer a diferença e ter um papel importante na dádiva de sangue. Estas decisões irão ter um impacto profundo e positivo em todos os níveis de envolvimento na nossa sociedade.

Desta forma são sugeridas as seguintes recomendações, desenvolvidas nos anexos na tabela 6:

### **Marketing**

- ✓ Segmentação de públicos e utilização de tecnologias de *Business Intelligence*
- ✓ Criação ou melhoria de um plano de marketing (inclui estratégias digitais)
- ✓ Estratégia para resgatar dadores que estão inativos
- ✓ A criação de um aplicativo nacional (app)
- ✓ Questionários nacionais de satisfação, lealdade, qualidade (com *benchmarking*)
- ✓ Oferta de formação gratuita aos dadores
- ✓ Campanhas educativas em vez de apelo urgente
- ✓ Patrocínios de entidades parceiras aos profissionais de saúde
- ✓ Oferecer dias de férias aos profissionais de saúde em troca da dádiva de sangue
- ✓ Melhoria dos horários de abertura
- ✓ Oferecer check-ups gratuitos aos dadores
- ✓ Programas de atividades ao ar livre
- ✓ Benefícios fiscais para as empresas

### **Marketing de relacionamento**

- ✓ Melhorar e dinamizar o relacionamento com as associações de dadores
- ✓ Marketing interno, recrutamento de dadores na rede global do SNS
- ✓ Melhorar o relacionamento com a academia e associações académicas
- ✓ Melhorar o relacionamento com o poder local
- ✓ Melhorar o relacionamento com grandes empresas
- ✓ Melhorar o relacionamento com grupos específicos
- ✓ Criar a figura “embaixador” do sangue
- ✓ Aproveitar a experiência e conhecimento do CEO do SNS
- ✓ Expansão e melhoria da rede de colheita hospitalar e da rede móvel
- ✓ Aumentar e reabrir o número de centros de dádiva de sangue
- ✓ Investir em tecnologias e equipamentos modernos

- ✓ Candidatura a fundos nacionais e internacionais
- ✓ Mitigar a falta de Business Intelligence (BI) e CRM (*Customer Relationship Management*)
- ✓ Desenvolver estratégias de gestão de talentos e sucessão

#### 6.4 Limitações e sugestões de investigação futura

Esta investigação apresenta algumas limitações que devem ser apresentadas de modo que se possam transformar em caminhos e oportunidades para investigações futuras.

A primeira limitação relaciona-se com a dimensão da amostra (2381 inquiridos) apesar de ser a maior investigação efetuada em Portugal, não é representativa e por isso, não é possível fazer uma generalização e obter um padrão da população. Uma outra limitação prende-se com o facto de o questionário ter sido disponibilizado durante um curto espaço de tempo devido à falta de tempo em contexto de mestrado.

Para além disto, o facto de não existir igualdade em termos de género da amostra, já que se obteve um maior número de respostas do género feminino (62,6%) relativamente ao género masculino (37,4%), revela-se uma limitação desta investigação. Os inquiridos maioritariamente frequentaram o ensino superior, é expressa a sua opinião, que poderá não ser a mesma para inquiridos com outras habilitações académicas. Para estudos futuros, seria interessante alargar a dimensão da amostra e obter uma homogeneidade da mesma para compreender se existem diferenças entre o género feminino e masculino na forma como realizam as suas dadas.

Vivemos um período de pós pandemia, o que pode condicionar as respostas, concretamente na importância dada às barreiras.

As perguntas estão validadas por outros investigadores, contudo as escalas utilizadas são diferentes, no caso do artigo de Santana é utilizada uma escala dicotómica, não sendo possível comparar conclusões, uma vez que nesta investigação foi utilizado uma escala de Likert de 5 pontos.

O estilo de personalidade é importante para a compreensão da dívida, neste estudo não foi efetuado qualquer avaliação.

Também não foi avaliado o *marketing* de relacionamento, o factor lealdade tem impacto na dívida e deve ser estudado.

Poderia ter existido um campo aberto no qual os inqueridos poderiam dar a sua opinião acerca do tema, enriquecendo assim o estudo. Na exclusão médica, poderia ter existido uma pergunta acerca da exclusão, temporária ou permanente, e no caso de temporária, se tinham intenção de regressar brevemente.

### **Financiamento**

De forma a garantir a confiabilidade, validade dos dados e integridade do trabalho, é importante garantir que esta pesquisa não recebeu qualquer verba de agência pública, privada ou de organizações não governamentais. O investigador trabalha na Indústria Farmacêutica e não tem nenhum conflito de interesses a declarar.

## Referências Bibliográficas

- Agrawal, A. (2016). Social marketing of voluntary blood donation/organ donation. *Global Journal of Transfusion Medicine*, 1(2), 69. <https://doi.org/10.4103/2455-8893.189856>
- Alfieri, S. (2017). Representations and motivations of blood donation in adolescence through a mixed method approach. *Transfusion and Apheresis Science*, 56(5), 723–731. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2017.08.023>
- Alfieri, S., Pozzi, M., Marta, E., Saturni, V., Aresi, G., & Guidi, P. (2017). “Just” blood donors? A study on the multi-affiliations of blood donors. *Transfusion and Apheresis Science*, 56(4), 578–584. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2017.07.019>
- Alreshidi, M. A., & Sula, I. (2022). A Comparison of the Knowledge, Attitude, Practice and Motivation Towards Blood Donation Among Albanian, Saudi and Turkish Citizens. *Journal of Blood Medicine*, 13, 603–610. <https://doi.org/10.2147/JBM.S383059>
- Al-Zubaidi, H., & Al-Asousi, D. (2012). Service quality assessment in central blood bank: blood donors’ perspective. *Journal of Economic and Administrative Sciences*, 28(1), 28–38. <https://doi.org/10.1108/10264111211218504>
- Andreasen, A. R. (1994). Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13(1), 108–114.
- Andreasen, A. R. (2002). Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21(1), 3–13. [www.social-marketing.org](http://www.social-marketing.org).
- Andreoni, J. (1990). Impure Altruism and Donations to Public Goods: A Theory of Warm-Glow Giving. In *Source: The Economic Journal* (Vol. 100, Issue 401).
- Atherley, A. E., Taylor, C. G., Whittington, A., & Jonker, C. (2016). Knowledge, attitudes and practices towards blood donation in Barbados. *Transfusion Medicine*, 26(6), 415–421. <https://doi.org/10.1111/tme.12359>
- Back, A., Tulskey, J. A., & Arnold, R. M. (2020). Communication Skills in the Age of COVID-19. In *Annals of Internal Medicine* (Vol. 172, Issue 11, pp. 759–760). American College of Physicians. <https://doi.org/10.7326/M20-1376>
- Bagot, K. L., Murray, A. L., & Masser, B. M. (2016). How can we improve retention of the first-time donor? A systematic review of the current evidence. In *Transfusion Medicine Reviews* (Vol. 30, Issue 2, pp. 81–91). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.tmr.2016.02.002>
- Baig, M., Habib, H., Haji, A. H., Alsharief, F. T., Noor, A. M., & Makki, R. G. (2013). Knowledge, misconceptions and motivations towards blood donation among university students in Saudi Arabia. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(6). <https://doi.org/10.12669/pjms.296.4137>

- Bani, M., Raggi, E., Russo, S., Riccelli, M., Ardenghi, S., Rampoldi, G., & Strepparava, M. G. (2022). The impact of facemasks on blood donation process: the professionals' perspective. *Nursing & Health Sciences*. <https://doi.org/10.1111/nhs.12985>
- Bani, M., Strepparava, M., & Giussani, B. (2014). Gender differences and frequency of whole blood donation in Italian donors: Even though I want to, I cannot? *Transfusion and Apheresis Science*, *50*(1), 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2013.11.001>
- Barboza, S. I. S., & Costa, F. J. da. (2014). Social marketing of blood donation: An analysis of new donors' predisposition. *Cadernos de Saude Publica*, *30*(7), 1463–1474. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133512>
- Barkworth, L., Hibbert, S., Horne, S., & Tagg, S. (2002). Giving at Risk? Examining Perceived Risk and Blood Donation Behaviour. *Journal of Marketing Management*, *18*(9–10), 905–922. <https://doi.org/10.1362/0267257012930376>
- Batiha, A. M., & Albashtawy, M. (2013). Knowledge of Philadelphia University students regarding blood donation. *Transfusion Medicine*, *23*(3), 195–198. <https://doi.org/10.1111/tme.12027>
- Beal, R. (1999). Deferred Blood Donors and Their Care. *Transfusion Medicine Reviews*, *13*, 89–94.
- 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. <https://doi.org/10.1016/J.TMRV.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. In *Social Science and Medicine* (Vol. 96, pp. 86–94). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.022>
- Berli-Palacio, A., & Martín-Santana, J. D. (2009). Model explaining the predisposition to donate blood from the social marketing perspective. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, *14*(3), 205–214. <https://doi.org/10.1002/nvsm.352>
- Berli-Palacio, A., & Martín-Santana, J. D. (2015). How to increase blood donation by social marketing. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, *12*(3), 253–266. <https://doi.org/10.1007/s12208-015-0133-8>
- Bell, J. (2008). Como realizar um projecto de investigação. In *Gradiva*.
- Boenigk, S., Leipnitz, S., & Scherhag, C. (2011). Altruistic values, satisfaction and loyalty among first-time blood donors. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, *16*(4), 356–370. <https://doi.org/10.1002/nvsm.433>
- Carvalho, H. C., & Mazzon, J. A. (2013). Homo economicus and social marketing: Questioning traditional models of behavior. *Journal of Social Marketing*, *3*(2), 162–175. <https://doi.org/10.1108/JSOCM-11-2011-0080>
- Chandler, T., Hiller, J., Peine, S., & Stargardt, T. (2020). Blood donation and donors: insights from a large German teaching hospital (2008–2017). *Vox Sanguinis*, *115*(1), 27–35. <https://doi.org/10.1111/vox.12853>
- Chandler, T., Neumann-Böhme, S., Sabat, I., Barros, P. P., Brouwer, W., van Exel, J., Schreyögg, J., Torbica, A., & Stargardt, T. (2021). Blood donation in times of crisis: Early insight into the impact of COVID-19 on blood

- donors and their motivation to donate across European countries. *Vox Sanguinis*, 116(10), 1031–1041.  
<https://doi.org/10.1111/vox.13103>
- Charbonneau, J., Cloutier, M. S., & Carrier, É. (2015). Whole blood and apheresis donors in Quebec, Canada: Demographic differences and motivations to donate. *Transfusion and Apheresis Science*, 53(3), 320–328.  
<https://doi.org/10.1016/j.transci.2015.06.001>
- Charbonneau, J., Cloutier, M. S., & Carrier, É. (2016). Why Do Blood Donors Lapse or Reduce Their Donation's Frequency? *Transfusion Medicine Reviews*, 30(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/J.TMRV.2015.12.001>
- Chau, J. Y., McGill, B., Thomas, M. M., Carroll, T. E., Bellew, W., Bauman, A., & Grunseit, A. C. (2018). Is this health campaign really social marketing? A checklist to help you decide. *Health Promotion Journal of Australia*, 29(1), 79–83. <https://doi.org/10.1002/hpja.13>
- Chell, K., Davison, T. E., Masser, B., & Jensen, K. (2018). A systematic review of incentives in blood donation. In *Transfusion* (Vol. 58, Issue 1, pp. 242–254). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/trf.14387>
- Chell, K., & Mortimer, G. (2014). Investigating online recognition for blood donor retention: An experiential donor value approach. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, 19(2), 143–163.  
<https://doi.org/10.1002/nvsm.1489>
- Cheng, H., Kotler, P., & Lee, N. (2009). Social Marketing for Public Health. In *Jones & Bartlett Publishers* (1st ed.). Jones & Bartlett Publishers.
- Chiem, C., Alghamdi, K., Nguyen, T., Han, J. H., Huo, H., & Jackson, D. (2022). The Impact of COVID-19 on Blood Transfusion Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Transfusion Medicine and Hemotherapy* (Vol. 49, Issue 2, pp. 107–118). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000519245>
- Chmielewski, D., Bove, L. L., Lei, J., Neville, B., & Nagpal, A. (2012). A new perspective on the incentive-blood donation relationship: Partnership, congruency, and affirmation of competence. *Transfusion*, 52(9), 1889–1900. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2011.03545.x>
- Coreil, Jeannine. ; B. C. A. ; H. J. Neil. ; F. M. S. ; Q. G. P. (2001). Social and behavioral foundations of public health. In Sage (Ed.), *Sage*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Craig, A. C., Garbarino, E., Heger, S. A., & Slonim, R. (2017). Waiting to give: Stated and revealed preferences. *Management Science*, 63(11), 3672–3690. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2016.2504>
- Creswell, J. W. (2013). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. In *SAGE Publications* (3a edição).
- D. República 165. (2012). decreto lei 165 - Estatuto do Dador de Sangue Lei 37/2012. *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 165.  
[http://www.ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao\\_Nacional/Legislacao\\_Sangue/Lei\\_37\\_2012.pdf](http://www.ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao_Nacional/Legislacao_Sangue/Lei_37_2012.pdf)
- da Silva, E. C., & Mazzon, J. A. (2015). Orientação de Marketing Social às Campanhas de Saúde da Mulher: Uma Análise da Região do Grande ABC Paulista. *Revista Brasileira de Marketing*, 14(2), 247–259.  
<https://doi.org/10.5585/remark.v14i2.2959>
- Dann, S. (2010). Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions. *Journal of Business Research*, 63(2). <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.02.013>

- Devine, D., Goldman, M., Engelfriet, C. P., Reesink, H. W., Hetherington, C., Hall, S., Steed, A., Harding, S., Westman, P., Gogarty, G., Katz, L. M., & Bryant, M. (2007). Donor recruitment research. In *Vox Sanguinis* (Vol. 93, Issue 3, pp. 250–259). <https://doi.org/10.1111/j.1423-0410.2007.00962.x>
- Díaz-Agea, J. L., Orcajada-Muñoz, I., Leal-Costa, C., Adánez-Martínez, M. G., de Souza Oliveira, A. C., & Rojo-Rojo, A. (2022). How Did the Pandemic Affect Communication in Clinical Settings? A Qualitative Study with Critical and Emergency Care Nurses. *Healthcare (Switzerland)*, *10*(2). <https://doi.org/10.3390/healthcare10020373>
- Duboz, P., & Cunéo, B. (2010). How barriers to blood donation differ between lapsed donors and non-donors in France. *Transfusion Medicine*, *20*(4), 227–236. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3148.2010.00998.x>
- Escoval, M., Condeço, J., Sousa, A., Ramoa, A., Caeiro, C., Vasconcelos, E., Miranda, I., Gonçalves, J., Chin, M., & Santos, M. (2021). Relatório de Atividade Transfusional e Sistema Português de Hemovigilância. In *IPST*. [https://www.ipst.pt/files/RA\\_2021.pdf](https://www.ipst.pt/files/RA_2021.pdf)
- Evans, R., & Ferguson, E. (2014). Defining and measuring blood donor altruism: A theoretical approach from biology, economics and psychology. *Vox Sanguinis*, *106*(2), 118–126. <https://doi.org/10.1111/vox.12080>
- Fardin, M., Vatani, J., Taghi, T. M., & Nasim, Z. (2018). Impact of Quality, Perceived Value, and Expectations on Satisfaction of Blood Donors of Rasht Blood Transfusion Organization. *Asian Journal of Pharmaceutics*, *12*(4), 1223–1227.
- Farrugia, A., Penrod, J., & Bult, J. M. (2010). Payment, compensation and replacement - The ethics and motivation of blood and plasma donation. In *Vox Sanguinis* (Vol. 99, Issue 3, pp. 202–211). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1423-0410.2010.01360.x>
- Federación Española de Donantes de Sangre. (2022). *Estadísticas 2021*. Federación Española de Donantes de Sangre. <https://fedsang.org/2022/06/22/estadisticas-2021/>
- Ferguson, E. (2015). Mechanism of altruism approach to blood donor recruitment and retention: A review and future directions. In *Transfusion Medicine* (Vol. 25, Issue 4, pp. 211–226). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/tme.12233>
- Ferguson, E., & Lawrence, C. (2016). Blood donation and altruism: the mechanisms of altruism approach. In *ISBT Science Series*.
- Ferreira, M. J., & Campos, P. (2009). Um mundo para conhecer os números. *INE, ESTP and DREN. Instituto Nacional de Estatística*.
- France, C. R., & France, J. L. (2018). Fear of donation-related stimuli is reported across different levels of donation experience. *Transfusion*, *58*(1), 113–120. <https://doi.org/10.1111/trf.14382>
- France, C. R., France, J. L., Conatser, R., Lux, P., McCullough, J., & Erickson, Y. (2019). Predonation fears identify young donors at risk for vasovagal reactions. *Transfusion*, *59*(9), 2870–2875. <https://doi.org/10.1111/trf.15424>
- France, C. R., France, J. L., Ysidron, D. W., Martin, C. D., Duffy, L., Kessler, D. A., Rebosa, M., Rehmani, S., Frye, V., & Shaz, B. H. (2022). Blood donation motivators and barriers reported by young, first-time whole blood

- donors: Examining the association of reported motivators and barriers with subsequent donation behavior and potential sex, race, and ethnic group differences. *Transfusion*. <https://doi.org/10.1111/trf.17162>
- France, C. R., Kowalsky, J. M., France, J. L., Himawan, L. K., Kessler, D. A., & Shaz, B. H. (2014). The blood donor identity survey: A multidimensional measure of blood donor motivations. *Transfusion*, *54*(8), 2098–2105. <https://doi.org/10.1111/trf.12588>
- French, J., & Russell-Bennett, R. (2015). A hierarchical model of social marketing. *Journal of Social Marketing*, *5*(2), 139–159. <https://doi.org/10.1108/JSOCM-06-2014-0042>
- Garraud, O., & Tissot, J. D. (2016). Le don de sang et/ou l'acceptation de don de sang : considérations éthiques des différents acteurs. In *Ethics, Medicine and Public Health* (Vol. 2, Issue 2, pp. 213–219). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2016.04.006>
- Gil, A. C. (2008). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. In *Editores ATLAS S.A.* (6 Edição).
- Gillet, P., Rapaille, A., Benoît, A., Ceinos, M., Bertrand, O., de Bouyalsky, I., Govaerts, B., & Lambermont, M. (2015). First-time whole blood donation: A critical step for donor safety and retention on first three donations. *Transfusion Clinique et Biologique*, *22*(5–6), 312–317. <https://doi.org/10.1016/J.TRACLI.2015.09.002>
- Godin, G., Conner, M., Sheeran, P., Bélanger-Gravel, A., & Germain, M. (2007). Determinants of repeated blood donation among new and experienced blood donors. *Transfusion*, *47*(9), 1607–1615. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2007.01331.x>
- Goette, L., Stutzer, A., Yavuzcan, G., & Frey, B. M. (2009). Free cholesterol testing as a motivation device in blood donations: Evidence from field experiments. *Transfusion*, *49*(3), 524–531. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2008.02007.x>
- Gomes, M. J., Nogueira, A. J., Antão, C., & Teixeira, C. (2019). Motivations and attitudes towards the act of blood donation among undergraduate health science students. *Transfusion and Apheresis Science*, *58*(2), 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2018.12.018>
- Gonçalez, T. T., di Lorenzo Oliveira, C., Carneiro-Proietti, A. B. F., Moreno, E. C., Miranda, C., Larsen, N., Wright, D., Leão, S., Loureiro, P., de Almeida-Neto, C., Lopes, M. I., Proietti, F. A., Custer, B., & Sabino, E. (2013). Motivation and social capital among prospective blood donors in three large blood centers in Brazil. *Transfusion*, *53*(6), 1291–1301. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2012.03887.x>
- Grier, S., & Bryant, C. A. (2005). Social marketing in public health. *Annu. Rev. Public Health*, *26*, 319–358. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144610>
- Guidi, P., Alfieri, S., Marta, E., & Saturni, V. (2015). New donors, loyal donors, and regular donors: Which motivations sustain blood donation? *Transfusion and Apheresis Science*, *52*(3), 339–344. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2015.02.018>
- Helmig, B., & Thaler, J. (2010). *On the Effectiveness of Social Marketing-What Do We Really Know?* <http://helmig.bwl.uni-mannheim.de>

- Hong, Y., Jiang, Y., Liao, H., & Sturman, M. C. (2017). High Performance Work Systems for Service Quality: Boundary Conditions and Influence Processes. *Human Resource Management, 56*(5), 747–767. <https://doi.org/10.1002/hrm.21801>
- Hongyu, K. (2018). Análise Factorial Exploratória: resumo teórico, aplicação e interpretação. *E&S Engineering and Science, 7*(4), 88–103. <https://doi.org/10.18607/es201877599>
- Hupfer, M. E., Hupfer, M. E., Taylor, D. W., & Letwin, J. A. (2005). Understanding Canadian student motivations and beliefs about giving blood. *TRANSFUSION, 45*, 149–161.
- IPST. (2020). Plano Estratégico IPST 2020-2022 Homologado. In *IPST*. [http://www.ipst.pt/files/IPST/INTRUMENTOS\\_GESTAO/PlanoEstrategico\\_IPST\\_2020\\_2022\\_Homologado.pdf](http://www.ipst.pt/files/IPST/INTRUMENTOS_GESTAO/PlanoEstrategico_IPST_2020_2022_Homologado.pdf)
- Irving, A. H., Harris, A., Petrie, D., Mortimer, D., Ghijben, P., Higgins, A., & McQuilten, Z. (2020). A systematic review and network meta-analysis of incentive- and non-incentive-based interventions for increasing blood donations. *Vox Sanguinis, 115*(4), 275–287. <https://doi.org/10.1111/vox.12881>
- ISMA, AASM, & ESMA. (2017, July). *Global consensus on social marketing principles, concepts and techniques*. Global Consensus on Social Marketing Principles, Concepts and Techniques.
- Jaafar, J., Chong, S., & Alavi, K. (2017). Experience as factors associated with repeat blood donation among university students in Malaysia. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 48*(5), 1118–1126.
- James, A. B., Schreiber, G. B., Hillyer, C. D., & Shaz, B. H. (2013). Blood donations motivators and barriers: A descriptive study of African American and white voters. *Transfusion and Apheresis Science, 48*(1), 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2012.07.005>
- Kalargirou, A. A., Beloukas, A. I., Kosma, A. G., Nanou, C. I., Saridi, M. I., & Kriebardis, A. G. (2014). Attitudes and behaviours of Greeks concerning blood donation: Recruitment and retention campaigns should be focused on need rather than altruism. *Blood Transfusion, 12*(3), 320–329. <https://doi.org/10.2450/2014.0203-13>
- Karacan, E., Cengiz Seval, G., 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. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2013.04.044>
- Kashyap, S. (2021). Effectiveness of Social Marketing Strategies in Reducing Alcoholism. *IJRASET, 9*. <https://doi.org/10.22214/ijraset.2021.38400>
- Klinkenberg, E. F., Romeijn, B., de Kort, W. L., & Merz, E. M. (2018). Reasons to end the donor career: a quantitative study among stopped blood donors in the Netherlands. *Transfusion Medicine, 28*(3), 200–207. <https://doi.org/10.1111/tme.12442>
- Kotler, P., Kartajaya, H., & Setiawan, I. (2021). Marketing 5.0 - Tecnologia Para a Humanidade. In Actual Editora (Ed.), *Actual Editora*. Actual Editora.
- Kotler, P., & Lee, N. (2008). Social Marketing Influencing Behaviors for Good. In *SAGE*. SAGE.
- Kotler, P., & Roberto, E. (1992). Estratégias para Alterar o Comportamento Público. In *Campus*.

- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. In *Source: Journal of Marketing* (Vol. 35, Issue 3).
- kumar Jain, R., Sundari Joshi, T., Kumar Jain, R., & Doshit Tripura Sundari Joshi, Y. (2015). A Study of Service Quality of Blood Banks. *International Journal for Quality Research*, 9(4), 621–642. <https://www.researchgate.net/publication/287199947>
- Lagarde, F. (2015). The canadian social marketing story. *Social Marketing Quarterly*, 21(4), 194–199. <https://doi.org/10.1177/1524500415609574>
- Lalonde, M. (1974). New Perspective on the Health of Canadians. In Government of Canada (Ed.), *Government of Canada*.
- Lendrevie, J., Lévy, J., Dionísio, P., & Rodrigues, V. (2005). Mercator da Língua Portuguesa. In D. Quixote (Ed.), *Dom Quixote* (16th ed., pp. 1–608). D. Quixote.
- Ling, J. C., Franklin, B. A. K., Lindsteadt, J. F., & Gearon, S. A. N. (1992). SOCIAL MARKETING: Its Place in Public Health. *Annu. Rev. Publ. Health*, 13, 341–362. [www.annualreviews.org](http://www.annualreviews.org)
- Lopes, J. L. P. (2007). Fundamental dos Estudos de Mercados - teoria e prática. In *Edições Sílabo* (2 Edição).
- Loua, A., Kasilo, O. M. J., Nikiema, J. B., Sougou, A. S., Kniazkov, S., & Annan, E. A. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on blood supply and demand in the WHO African Region. *Vox Sanguinis*, 116(7), 774–784. <https://doi.org/10.1111/vox.13071>
- Malheiros, G. C., Amélia, A., Teixeira De Oliveira, S., Pinheiro, C. B., Nogueira De Oliveira Monteiro, K., Maria De Oliveira, A., & de Abreu, W. (2014). Factores associados à motivação da doação sanguínea Factors associated with the motivation of blood donation. In *Revista Científica da FMC* (Vol. 9).
- Malhotra, N. K. , Nunan, D., & Birks, D. F. (2017). Marketing Research an Applied Approach. In *Pearson Education* (5a edição).
- Malhotra, N. K., Ortiz Salinas, M. E., & Benassini, M. (2008). *Investigación de mercados* (QUINTA EDICIÓN). Pearson Educación.
- Marantidou, O., Loukopoulou, L., Zervou, E., Martinis, G., Egglezou, A., Fountouli, P., Dimoxenous, P., Parara, M., Gavalaki, M., & Maniatis, A. (2007). Factors that motivate and hinder blood donation in Greece. *Transfusion Medicine*, 17(6), 443–450. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3148.2007.00797.x>
- Marcondes, R. C., Miguel, L. A. P., Franklin, M. A. , & Perez, G. (2017). Metodologia para trabalhos práticos e aplicados. In *Editora Mackenzie*.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2007). Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. In *Atlas* (6 Edição).
- Maria, O., & Martins, D. (2014). Social marketing and the promotion of structural changes in breastfeeding. *Revista de Administração de Empresas* .
- Martin, S., Greiling, D., & Leibetseder, N. (2019). Effects of word-of-mouth on the behavior of Austrian blood donors: a case study of the Red Cross Blood Donation Service. *Health Promotion International*, 34(3), 429–439. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/dax086>

- Martín-Santana, J. D., & Beerli-Palacio, A. (2008). Potential donor segregation to promote blood donation. *Transfusion and Apheresis Science*, *38*(2), 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2007.11.003>
- Martín-Santana, J. D., & Beerli-Palacio, A. (2012). Achieving donor repetition and motivation by block leaders among current blood donors. *Transfusion and Apheresis Science*, *47*(3), 337–343. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2012.05.015>
- Martín-Santana, J. D., & Beerli-Palacio, A. (2013). Intention of future donations: A study of donors versus non-donors. *Transfusion Medicine*, *23*(2), 77–86. <https://doi.org/10.1111/tme.12005>
- Martín-Santana, J. D., Beerli-Palacio, A., & Romero-Domínguez, L. (2020). Recruitment strategies: non-donor segmentation based on intrinsic and extrinsic stimuli. *Vox Sanguinis*, *115*(1), 47–59. <https://doi.org/10.1111/vox.12858>
- Masser, B. M., White, K. M., & Terry, D. J. (2013). Beliefs underlying the intention to donate again among first-time blood donors who experience a mild adverse event. *Transfusion and Apheresis Science*, *49*(2), 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2013.06.008>
- Mathew, S. M., King, M. R., Glynn, S. A., Dietz, S. K., Caswell, S. L., & Schreiber, G. B. (2007). Opinions about donating blood among those who never gave and those who stopped: A focus group assessment. *Transfusion*, *47*(4), 729–735. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2007.01177.x>
- McKeever, T., Sweeney, M. R., & Staines, A. (2006). An investigation of the impact of prolonged waiting times on blood donors in Ireland. *Vox Sanguinis*, *90*(2), 113–118. <https://doi.org/10.1111/j.1423-0410.2006.00734.x>
- Melián-Alzola, L., & Martín-Santana, J. D. (2020a). Service quality in blood donation: satisfaction, trust and loyalty. *Service Business*, *14*(1), 101–129. <https://doi.org/10.1007/s11628-019-00411-7>
- Melián-Alzola, L., & Martín-Santana, J. D. (2020b). Service quality in blood donation: satisfaction, trust and loyalty. *Service Business*, *14*(1), 101–129. <https://doi.org/10.1007/s11628-019-00411-7>
- Ministério da Defesa Nacional e Ministério da Saúde. (2017). Grupo de trabalho interministerial da Defesa e Saúde para a área do Sangue e do Medicamento. In *Ministério da Defesa Nacional e da Saúde*. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1249-2017-106394956>
- Mohammed, S., & Essel, H. B. (2018). Motivational factors for blood donation, potential barriers, and knowledge about blood donation in first-time and repeat blood donors. *BMC Hematology*, *18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12878-018-0130-3>
- Mostafa, M. M. (2010). Psychographic clustering of blood donors in Egypt using Kohonen's self-organizing maps. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, *15*(2), 157–171. <https://doi.org/10.1002/nvsm.376>
- Moussaoui, L. S., Naef, D., Tissot, J. D., & Desrichard, O. (2016). "Save lives" arguments might not be as effective as you think: A randomized field experiment on blood donation. *Transfusion Clinique et Biologique*, *23*(2), 59–63. <https://doi.org/10.1016/J.TRACLI.2016.03.003>
- Muthivhi, T. N., Olmsted, M. G., Park, H., Sha, M., Raju, V., Mokoena, T., Bloch, E. M., Murphy, E. L., & Reddy, R. (2015). Motivators and deterrents to blood donation among Black South Africans: A qualitative analysis of focus group data. *Transfusion Medicine*, *25*(4), 249–258. <https://doi.org/10.1111/tme.12218>

- Nancy R. Lee, & Philip Kotler. (2019). *Social Marketing: Behavior Change for Social Good* (SAGE Publications). SAGE Publications.
- National Social Marketing Centre. (2006). *Social marketing works: A powerful and adaptable approach for achieving and sustaining positive behaviour*.  
[https://www.thensmc.com/sites/default/files/Social\\_marketing\\_works\\_NHS.pdf](https://www.thensmc.com/sites/default/files/Social_marketing_works_NHS.pdf)
- Nepogodiev, D., Omar, O. M., Glasbey, J. C., Li, E., Simoes, J. F. F., Abbott, T. E. F., Ademuyiwa, A. O., Biccard, B. M., Chaudhry, D., Davidson, G. H., di Saverio, S., Gallo, G., Ghosh, D., Harrison, E. M., Hutchinson, P. J., Kamarajah, S. K., Keller, D. S., Lawani, I., Minaya-Bravo, A., ... Ray, S. (2020). Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *British Journal of Surgery*, *107*(11), 1440–1449. <https://doi.org/10.1002/bjs.11746>
- Ngoma, A. M., Goto, A., Yamazaki, S., Machida, M., Kanno, T., Nollet, K. E., Ohto, H., & Yasumura, S. (2013). Barriers and motivators to blood donation among university students in Japan: Development of a measurement tool. *Vox Sanguinis*, *105*(3), 219–224. <https://doi.org/10.1111/vox.12044>
- Öhrner, C., Kvist, M., Blom Wiberg, K., & Diedrich, B. (2019). Why do young men lapse from blood donation? *Vox Sanguinis*, *114*(6), 566–575. <https://doi.org/10.1111/vox.12796>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, *64*, 12–40.  
<https://www.researchgate.net/publication/225083802>
- Pereira, A. (2008). *Guia Prático de utilização do SPSS: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (A. Pereira, Ed.; 7ª Edição). Edições Sílabo.
- Pereira, J. R., Sousa, C. V. e., de Matos, E. B., Rezende, L. B. O., Bueno, N. X., & Dias, Á. M. (2016). Doar ou não doar, eis a questão: Uma análise dos factores críticos da doação de sangue. *Ciencia e Saude Coletiva*, *21*(8), 2475–2484. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.24062015>
- Pereira, J. R., Veloso e Sousa, C., Shigaki, H. B., & Lara, J. E. (2019). Between social welfare and public power: An analysis of social marketing strategies for blood donation. *Revista Brasileira de Marketing*, *18*(1), 72–85. <https://doi.org/10.5585/remark.v18i1.3842>
- Pereira, T. S., & Luiz Bastos, J. (2009). Doação de sangue entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. In *Arquivos Catarinenses de Medicina* (Vol. 38, Issue 2).
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. M. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5ª Edição). Edições Sílabo.
- Piersma, T. W., & Merz, E. M. (2019). (Non-)donor demographics, donation willingness, and the donor career. In *Transfusion* (Vol. 59, Issue 6, pp. 1894–1896). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/trf.15268>
- Polonsky, M. J., Renzaho, A. M. N., Ferdous, A. S., & McQuilten, Z. (2013). African culturally and linguistically diverse communities' blood donation intentions in Australia: Integrating knowledge into the theory of planned behavior. *Transfusion*, *53*(7), 1475–1486. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2012.03915.x>

- Prakash, G. (2019). Understanding service quality: insights from the literature. In *Journal of Advances in Management Research* (Vol. 16, Issue 1, pp. 64–90). Emerald Group Holdings Ltd. <https://doi.org/10.1108/JAMR-01-2018-0008>
- Priporas, C. V., Stylos, N., Vedanthachari, L. N., & Santiwatana, P. (2017). Service quality, satisfaction, and customer loyalty in Airbnb accommodation in Thailand. *International Journal of Tourism Research*, 19(6), 693–704. <https://doi.org/10.1002/jtr.2141>
- Quee, F. A., Spekman, M. L. C., Prinsze, F. J., Ramondt, S., Huis in 't Veld, E. M. J., van den Hurk, K., & Merz, E. M. (2022). Blood donor motivators during the COVID-19 pandemic. *Journal of Philanthropy and Marketing*. <https://doi.org/10.1002/nvsm.1757>
- Ringwald, J., Zimmermann, R., & Eckstein, R. (2010). Keys to Open the Door for Blood Donors to Return. *Transfusion Medicine Reviews*, 24(4), 295–304. <https://doi.org/10.1016/J.TMRV.2010.05.004>
- Rodrigues, R. G., & Carlos, V. S. (2020). Attracting potential blood donors: The role of personality and social marketing. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*. <https://doi.org/10.1002/nvsm.1694>
- Romero-Domínguez, L., Martín-Santana, J. D., Sánchez-Medina, A. J., & Beerli-Palacio, A. (2021). Blood donation barriers: How does donor profile affect them? *International Review on Public and Nonprofit Marketing*. <https://doi.org/10.1007/s12208-021-00303-5>
- Rubinelli, S., Myers, K., Rosenbaum, M., & Davis, D. (2020). Implications of the current COVID-19 pandemic for communication in healthcare. In *Patient Education and Counseling* (Vol. 103, Issue 6, pp. 1067–1069). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.021>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Saha, S., & Bhattacharya, J. (2019). Analyzing the blood bank service quality from Indian blood donors' perspective: An empirical evidence. *Indian Journal of Community Medicine*, 44(1), 58–61. [https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM\\_237\\_18](https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_237_18)
- Saha, S., & Chandra, B. (2018). Understanding the underlying motives and intention among Indian blood donors towards voluntary blood donation: A cross-sectional study. *Transfusion Clinique et Biologique*, 25(2), 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.tracli.2018.01.002>
- Schreiber, G. B., Schlumpf, K. S., Glynn, S. A., Wright, D. J., Tu, Y., King, M. R., Higgins, M. J., Kessler, D., Gilcher, R., Nass, C. C., & Gultinan, A. M. (2006). Convenience, the bane of our existence, and other barriers to donating. *Transfusion*, 46(4), 545–553. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2006.00757.x>
- ŞENTÜRK, T. (2021). Covid-19 Salgını Döneminde Sosyal Pazarlamayı ve Davranış Değişimini Yeniden Düşünmek. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 321–338. <https://doi.org/10.18026/cbayarsos.855708>
- Serrat, O. (2017). The Future of Social Marketing. In *Knowledge Solutions* (pp. 119–128). Springer Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-0983-9\\_17](https://doi.org/10.1007/978-981-10-0983-9_17)

- Shaz, B. H., Demmons, D. G., Crittenden, C. P., Carnevale, C. v., Lee, M., Burnett, M., Easley, K., & Hillyer, C. D. (2009). Motivators and barriers to blood donation in African American college students. *Transfusion and Apheresis Science*, *41*(3), 191–197. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2009.09.005>
- Shaz, B. H., James, A. B., Demmons, D. G., Schreiber, G. B., & Hillyer, C. D. (2010). The African American church as a donation site: Motivations and barriers. *Transfusion*, *50*(6), 1240–1248. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2009.02570.x>
- Silva, E., & Mazzon, J. (2018). Revisitando o Marketing Social. *Brazilian Journal of Marketing - BJM*, 806–820. <https://doi.org/DOI: 10.5585/bjm.v17i6.3537>
- Simon, T. L. (2003). Where have all the donors gone? A personal reflection on the crisis in America's volunteer blood program. *TRANSFUSION*, *43*, 273–279.
- Siu, J. Y. man, Chan, E. A., Li, A. S. cheong, & Lee, Y. M. (2022). Motivations and deterrents of blood donation among blood donors during the COVID-19 pandemic in Hong Kong. *Health Expectations*. <https://doi.org/10.1111/hex.13626>
- Solomon, G. D. (2012). Segmentation and Communications to Solve the Blood Shortage: An Exploration of the Problem with Recommendations. *Voluntas*, *23*(2), 415–433. <https://doi.org/10.1007/s11266-010-9179-8>
- Sousa, M. R. (2021). Presidente da República assinala o Dia Nacional do Dador de Sangue. In *Presidência da República*. <https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2021/03/presidente-da-republica-assinala-o-dia-nacional-do-dador-de-sangue/>
- Spataro, J. (2020, April 30). *2 years of digital transformation in 2 months*. Microsoft. <https://www.microsoft.com/en-us/microsoft-365/blog/2020/04/30/2-years-digital-transformation-2-months/>
- Stead, M., Angus, K., MacDonald, L., & Cairns, G. (2012). Evidence review: social marketing for the prevention and control of communicable disease. In *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*. <https://doi.org/10.2900/63860>
- Stead, M., Gordon, R., Angus, K., & McDermott, L. (2007). A systematic review of social marketing effectiveness. In *Health Education* (Vol. 107, Issue 2, pp. 126–191). <https://doi.org/10.1108/09654280710731548>
- Steele, W. R., Schreiber, G. B., Guiltinan, A., Nass, C., Glynn, S. A., Wright, D. J., Kessler, D., Schlumpf, K. S., Tu, Y., Smith, J. W., & Garratty, G. (2008). The role of altruistic behavior, empathetic concern, and social responsibility motivation in blood donation behavior. *Transfusion*, *48*(1), 43–54. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2007.01481.x>
- Suhartanto, D., Brien, A., Primiana, I., Wibisono, N., & Triyuni, N. N. (2020). Tourist loyalty in creative tourism: the role of experience quality, value, satisfaction, and motivation. *Current Issues in Tourism*, *23*(7), 867–879. <https://doi.org/10.1080/13683500.2019.1568400>
- Sula, I., & Alreshidi, M. (2022). Knowledge, attitude, practice, and motivation toward blood donation among citizens of Albania. *Global Journal of Transfusion Medicine*, *7*(2), 129. [https://doi.org/10.4103/gjtm.gjtm\\_22\\_22](https://doi.org/10.4103/gjtm.gjtm_22_22)

- Sümnig, A., Feig, M., Greinacher, A., & Thiele, T. (2018). The role of social media for blood donor motivation and recruitment. *Transfusion*, *58*(10), 2257–2259. <https://doi.org/10.1111/trf.14823>
- Sundermann, L. M. (2018). Share experiences: receiving word of mouth and its effect on relationships with donors. *Journal of Services Marketing*, *32*(3), 322–333. <https://doi.org/10.1108/JSM-08-2016-0319>
- Sundermann, L. M., & Leipnitz, S. (2019). Catch Them If You Can: The Effect of Reminder Direct Mailings on the Return Rate of First-Time Donors. *Journal of Nonprofit and Public Sector Marketing*, *31*(1), 42–60. <https://doi.org/10.1080/10495142.2018.1526733>
- Swanevelder, R., Reddy, R., Chowdhury, D., Olmsted, M., Brambilla, D., Jentsch, U., & Murphy, E. L. (2019). Using a motivator and deterrent questionnaire to predict actual donation return behavior among first-time African-origin blood donors. *Transfusion*, *59*(9), 2885–2892. <https://doi.org/10.1111/trf.15436>
- van Dongen, A., Ruiters, R., Abraham, C., & Veldhuizen, I. (2014). Predicting blood donation maintenance: the importance of planning future donations. *Transfusion*, *54*(3pt2), 821–827. <https://doi.org/10.1111/trf.12397>
- Vavić, N., Pagliariccio, A., Bulajić, M., Marinozzi, M., Miletić, G., & Vlatković, A. (2012). Blood donor satisfaction and the weak link in the chain of donation process. *Transfusion and Apheresis Science*, *47*(2), 171–177. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2012.06.025>
- Veerus, P., Kullaste, R., Pungas, K., Aavik, T., & Lang, K. (2017). How to reverse first time donors to become regular donors? A questionnaire survey in Estonia. *Transfusion Clinique et Biologique*, *24*(4), 404–409. <https://doi.org/10.1016/j.tracli.2017.06.010>
- Veseli, B., Koch, E., Soliman, M., Sandner, S., Studte, S., & Clement, M. (2021). The role of affect, satisfaction and internal drive on personal moral norms during COVID-19. *ISBT Science Series*, *16*(2), 158–167. <https://doi.org/10.1111/voxs.12626>
- Veseli, B., Sandner, S., Studte, S., & Clement, M. (2022). The impact of COVID-19 on blood donations. *PLoS ONE*, *17*(3 March). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265171>
- Weidmann, C., Derstroff, M., Klüter, H., Oesterer, M., & Müller-Steinhardt, M. (2022). Motivation, blood donor satisfaction and intention to return during the COVID-19 pandemic. *Vox Sanguinis*, *117*(4), 488–494. <https://doi.org/10.1111/vox.13212>
- Wevers, A., Wigboldus, D. H. J., van Baaren, R., & Veldhuizen, I. J. T. (2014). Return behavior of occasional and multigallon blood donors: the role of theory of planned behavior, self-identity, and organizational variables. *Transfusion*, *54*(3pt2), 805–813. <https://doi.org/10.1111/trf.12309>
- WHO OMS. (2022, May 26). *Blood Safety and Availability*. WHO News Room.
- Williams, L. A., Sun, J., & Masser, B. (2019). Integrating self-determination theory and the theory of planned behaviour to predict intention to donate blood. *Transfusion Medicine*, *29*(S1), 59–64. <https://doi.org/10.1111/tme.12566>
- Wymer, W. (2011). Developing more effective social marketing strategies. *Journal of Social Marketing*, *1*(1), 17–31. <https://doi.org/10.1108/20426761111104400>

- Yahia, A. I. O. (2020). Management of blood supply and demand during the COVID-19 pandemic in King Abdullah Hospital, Bisha, Saudi Arabia. *Transfusion and Apheresis Science*, 59(5).  
<https://doi.org/10.1016/j.transci.2020.102836>
- Zaller, N., Nelson, K. E., Ness, P., Wen, G., Bai, X., & Shan, H. (2005). Knowledge, attitude and practice survey regarding blood donation in a Northwestern Chinese city. *Transfusion Medicine*, 277–286.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3148.2005.00589.x>
- Zucoloto, M. L., Gonzalez, T., Menezes, N. P., McFarland, W., Custer, B., & Martinez, E. Z. (2019). Fear of blood, injections and fainting as barriers to blood donation in Brazil. *Vox Sanguinis*, 114(1), 38–46.  
<https://doi.org/10.1111/vox.12728>

## ANEXOS

### Anexo 1 – Perguntas acerca das Barreiras (25)

Item Final	Item Original
BARR1. Falta de informação sobre os requisitos e processo de Dádiva de Sangue	BARR1. Lack of information about the donation process or requisites
BARR2. Falta de informação dos locais de dádiva e respetivos horários	BARR2. Lack of information about the location or opening times of donation venues
BARR3. Falta de informação sobre a necessidade constante de sangue	BARR3. Lack of information about the constant need for blood
BARR4. Razões culturais, éticas ou religiosas	BARR4. Cultural, religious or ethical reasons
BARR5. Ter tido uma experiência negativa na dádiva de sangue anterior	BARR5. Negative experience during a previous blood donation
BARR6. Falta de vontade, interesse e/ou motivação para doar sangue	BARR6. Lack of willingness, interest and/or motivation to donating blood
BARR7. Desconfiança sobre o uso que podem dar à minha dádiva	BARR7. Mistrust about the possible uses of blood
BARR8. Falta de tempo livre	BARR8. Lack of free time
BARR9. Incompatibilidade com o horário do local da dádiva	BARR9. Schedule incompatibility with donation venues
BARR10. Distância longa (tempo ou quilômetros), até ao local da dádiva	BARR10. Donation venues are located too far away
BARR11. Má acessibilidade ao local da dádiva (falta de transporte público, elevadores, rampas, etc..)	BARR11. Inconvenient location of donation venues
BARR12. Dificuldade para estacionar no local da dádiva ou nas proximidades	BARR12. Lack of parking space in donation venues
BARR13. Tempo de espera superior a meia hora até à colheita	BARR13. Waiting time longer than half an hour
BARR14. Ter de voltar a repetir os meus dados pessoais a cada dádiva	BARR14. Inconvenience related to having to fill out my personal data at each donation
BARR15. Duração do processo de colheita de sangue maior que 1 hora	BARR15. Duration of blood extraction process longer than half an hour
BARR16. Sofrer desconforto físico (náuseas, vômitos, tonturas, desmaiar, fadiga, exaustão, etc.)	BARR16. Suffering physical distress (nausea, vomit, dizziness, etc.)

BARR17. Sofrer lesões nos braços decorrentes da punção com a agulha (contusões, irritação, etc.)	BARR17. Suffering wounds in arms due to use of needles (hematoma, irritation, etc.)
BARR18. Medo geral e ansiedade em relação à dádiva de sangue	BARR18. General fear and anxiety of donation
BARR19. Medo de agulhas ou à dor	BARR19. Fear of needles and/or pain
BARR20. Medo em ver sangue	BARR20. Fear of seeing blood
BARR21. Medo de sofrer alguma contaminação (Covid, Gripe A, etc.)	BARR21. Fear of suffering anemia
BARR22. Opiniões negativas sobre a dádiva de sangue por parte de amigos, parentes, etc.	BARR22. Negative opinions of friends, relatives, etc., towards blood donation
BARR23. Ausência de campanhas de promoção sobre a Dádiva de Sangue (TV, Rádio, Redes Sociais, etc.)	BARR23. Absence of promotional donation campaigns to donate blood (TV, radio, social networks, etc.)
BARR24. Ausência de incentivos à dádiva de sangue (lembranças, reconhecimento social, dia inteiro de folga, etc..)	BARR24. Absence of blood donation incentives (blood tests, gifts, social recognition, tickets to events, etc.).
BARR25. Ausência de contatos do centro para voltar a doar sangue	BARR25. Absence of a reminder from the center to donate

adaptado de L. Romero-Domínguez, 2021

#### Anexo 2 – Barreiras propostas (25) e os item originais

Final item	Original item	References
BARR1. Lack of information about the donation process or requisites	One of the reasons that would deter me from giving blood is that I'm not well informed regarding the technical procedures	Alinon et al. (2014)
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that I lack information about the consequences of blood donation	
BARR2. Lack of information about the location or opening times of donation venues	I perceive it as too much of a burden to catch up on information about blood drives near me.	Boenigk and Leipnitz, (2016)
	Not enough information on blood drive locations and schedules	Charbonneau et al. (2016)
	I don't know where the blood donation center is	Polonsky et al. (2015)
	I do not know where to donate	James et al. (2013)

		Shaz et al. (2010)
BARR3. Lack of information about the constant need for blood	I do not believe it is important to donate	James et al. (2013)
	They don't think blood is needed	Solomon (2012)
	Did not know it was important to donate	Shaz et al. (2010)
BARR4. Cultural, religious or ethical reasons	Cultural reasons prevent me from giving blood	Polonsky et al. (2015)
	Religious reasons prevent me from giving blood	
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that it's something that goes against natural law	Alinon et al. (2014)
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that our traditional customs prohibit it	
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that blood transfusions are non-natural medical procedures	
	One of the reasons that would deter me from giving blood is because the Bible invites to abstain from blood	
BARR5. Negative experience during a previous blood donation	A painful or difficult experience with having your blood drawn	Charbonneau et al. (2016)
	Volunteer or staff behavior at the blood drive	
		Staff are impersonal or rude
BARR6. Lack of willingness, interest and/or motivation to donating blood	The clinic setting is unpleasant	Charbonneau et al. (2016)
	Loss of interest in this cause	
	One of the reasons that would deter me from giving blood is because of lack of personal courage	Alinon et al. (2014)
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that I'm not concerned by others' problems	
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that my family members are already blood donors	
	Did not want or care to donate	Shaz et al. (2010)
	Rarely think about it	
BARR7. Mistrust about the possible uses of blood	I don't know what happens to the blood after it is donated	Polonsky et al. (2015)
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that I'm afraid that blood will be employed for speculative ends	Alinon et al. (2014)
	One of the reasons that would deter me from giving blood is because freely offered blood will be sold by medical centers.	
	One of the reasons that would deter me from giving blood is because although I'll not be paid, blood will nevertheless cost a lot to patients	
BARR8. Lack of free time	Up to now, I had no time to donate blood	Boenigk and Leipnitz, (2016)

	Time constraints related to work or studies Time constraints related to family responsibilities or taking care of children Time constraints related to leisure or sport activities Time constraints related to volunteer activities	Charbonneau et al. (2016)
	I do not have time to donate	James et al. (2013) Shaz et al. (2010)
	Blood drive too restrictive schedule	Charbonneau et al. (2016)
	Incompatible timetable with blood centers	Beerli-Palacio and Martín-Santana, (2015)
BARR9. Schedule incompatibility with donation venues	It is too inconvenient to work into my schedule	Solomon (2012)
	I do not have a convenient place	James et al. (2013)
	It is not convenient	Shaz et al. (2010)
	The hours are inconvenient	Hupfer et al. (2005)
	The distance I have to travel to donate blood is too long	Boenigk and Leipnitz, (2016)
BARR10. Donation venues are located too far away	Moving or being farther away from the blood drive you used to attend The absence of a blood drive near the places that you regularly frequent	Charbonneau et al. (2016)
BARR11. Inconvenient location of donation venues	I do not have a convenient place	James et al. (2013)
	It is not convenient	Shaz et al. (2010)
	The locations are inconvenient	Hupfer et al. (2005)
BARR12. Lack of parking space in donation venues	The difficulty of accessing the blood drive (parking or public transportation)	Charbonneau et al. (2016)
BARR13. Waiting time longer than half an hour	Too much time spent waiting or donating blood Too much time is spent waiting	Charbonneau et al. (2016) Hupfer et al. (2005)
BARR14. Inconvenience related to having to fill out my personal data at each donation	The questionnaire takes too long to complete	Hupfer et al. (2005)
BARR15. Duration of blood extraction process longer than half an hour	Too much time spent waiting or donating blood It takes too long The whole process (from beginning to end) takes too long	Charbonneau et al. (2016) Solomon (2012) Hupfer et al. (2005)
	I am afraid of side effects	Boenigk and Leipnitz (2016)

	Fear of feeling dizzy or sick	Beerli-Palacio and Martín-Santana (2015)
	I am not strong enough to give blood	Polonsky et al. (2015)
BARR16. Suffering physical distress (nausea, vomit, dizziness, etc.)	One of the reasons that would deter me from giving blood is that I think I do not have enough blood for myself	Alinon et al. (2014)
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that I'm afraid of having a health problem as a result of a transfusion	
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that I could lack blood after donation	
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that donation may reduce my physical strength	Solomon (2012)
	They might feel weak afterwards	
	I'm afraid of feeling faint, dizzy	
	I am concerned about feeling weak or nauseated	Hupfer et al. (2005)
BARR17. Suffering wounds in arms due to use of needles (hematoma, irritation, etc.)	I am concerned about bruising and feeling sore	Hupfer et al. (2005)
BARR18. General fear and anxiety of donation	One of the reasons that would deter me from giving blood is that blood donation will not attract any sympathy toward me	Alinon et al. (2014)
	I would never donate blood	James et al. (2013)
	Afraid, nervous, or anxious to give blood	James et al. (2013) Shaz et al. (2010)
BARR19. Fear of needles and/or pain	I am afraid of the blood draw	Boenigk and Leipnitz (2016)
	Fear of needles or blood	Charbonneau et al. (2016)
	Fear of needles	Beerli-Palacio and Martín-Santana (2015)
	It is painful	Polonsky et al. (2015)
	I am scared of needles	
	One of the reasons that would deter me from giving blood is that I strongly fear shots	Alinon et al. (2014)
	I'm afraid of needles, pain or discomfort	James et al. (2013) Shaz et al. (2010)
	They don't like needles	Solomon (2012)
	I don't like needles	Hupfer et al. (2005)

BARR20. Fear of seeing blood	Fear of needles or blood	Charbonneau et al. (2016)
	The sight of blood is unpleasant	Beerli-Palacio and Martín-Santana (2015)
	I don't like the sight of blood; I am generally squeamish or nervous about the idea	Hupfer et al. (2005)
BARR21. Fear of suffering anemia	They might feel weak afterwards	Solomon (2012)
	I am concerned about feeling weak or nauseated	Hupfer et al. (2005)
BARR22. Negative opinions of friends, relatives, etc., towards blood donation	My elders do not approve of me donating blood	Polonsky et al. (2015)
	My spouse does not approve of me donating blood	
BARR23. Absence of promotional donation campaigns to donate blood (TV, radio, social networks, etc.)	Nobody asked me to donate	James et al. (2013)
		Shaz et al. (2010)
	Nobody asked them to donate	Hupfer et al. (2005)
BARR24. Absence of blood donation incentives (blood tests, gifts, social recognition, tickets to events, etc.).	They give nothing in return	Solomon (2012)
		Beerli-Palacio and Martín-Santana (2015)
BARR25. Absence of a reminder from the center to donate	Forgetting to donate or not receiving a telephone reminder	Charbonneau et al. (2016)

Fonte: L. Romero-Domínguez, 2021

**Anexo 3 – Relações entre o perfil do dador e a prevalência de barreiras**

Profile variables	Category	Donation barrier	References	Comments*
Sex	Female	Fears/concern	Hupfer et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sight of blood</li> <li>Feeling weak, dizzy or nauseous</li> <li>Bruising or soreness</li> <li>Too much blood taken</li> <li>Not being able to donate</li> <li>Blood donation itself</li> </ul>
			Schreiber et al. (2006)	
			Shaz et al. (2010)	
			Kalargirou et al. (2014)	
		Predonation anxiety	France et al. (2010)	
		Concern about safety of blood donation	Kalargirou et al. (2014)	
		Indifference	Kalargirou et al. (2014)	
		Health reasons (medicines, others)	Hupfer et al. (2005) Charbonneau et al. (2016)	
		Lack of information	Duboz and Cunéo (2010)	
	Impersonal or rude clinical staff	Hupfer et al. (2005)		
	A painful or difficult experience with previous blood draws (e.g. difficult-to-find veins)	Schreiber et al. (2006) Charbonneau et al. (2016)		
	Predonation anxiety	France et al. (2013)		
	No particular reason	Duboz and Cunéo (2010) Charbonneau et al. (2016)		
	Indifference	Shaz et al. (2010)	"I rarely think about it"	
	No longer compatible with blood donation (changes in lifestyle)	Bani et al. (2014)		
	Male	Time constraints	Bani et al. (2014) Charbonneau et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Work</li> <li>Leisure or sport activities</li> </ul>
	Blood drive too restrictive schedule	Charbonneau et al. (2016)		
	Spatial constraints	Charbonneau et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moving</li> <li>Being further away from the usual blood drive</li> </ul>	
Forgetting to donate or not receiving a telephone reminder	Charbonneau et al. (2016)			
Unappealing incentives	Yuan et al. (2011)			

Age	Younger	Fear/concern	Schreiber et al. (2006) Misje et al. (2008) Shaz et al. (2010) James et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Needles</li> <li>• Pain</li> <li>• Feeling faint, dizzy or sick</li> <li>• Not being able to donate</li> <li>• Blood donation itself</li> </ul>
		Indifference	Shaz et al. (2010)	"I rarely think about it"
		Time constraints	Misje et al. (2008) James et al. (2013) Charbonneau et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leisure or sports activities</li> <li>• Lack of time in general</li> </ul>
		Lack of a convenient place to donate	Schreiber et al. (2006) James et al. (2013)	
		Spatial constraints	Charbonneau et al. (2016)	
	Older	Lack of information about where to donate blood	Shaz et al. (2010) James et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moving</li> <li>• Being further away from the usual blood drive</li> </ul>
		Lack of personal request	Misje et al. (2008)	
		Fear/concern	Kalargirou et al. (2014)	Safety of blood donation
		Indifference	Kalargirou et al. (2014)	
		Health reasons	Schreiber et al. (2006) Misje et al. (2008) Charbonneau et al. (2016)	
Education	Elementary/Primary education	Time constraints	Charbonneau et al. (2016)	Family responsibilities
		Too much time spent waiting or donating blood	Charbonneau et al. (2016)	
		Lack of solicitation	Duboz and Cunéo (2010)	
		Fear/concern	Kalargirou et al. (2014)	Safety of blood donation
		Health reasons	Charbonneau et al. (2016)	
	Secondary education (CEGEP)‡	Lack of knowledge about where to donate blood	James et al. (2013)	
		Forgetting to donate or not receiving a telephone reminder	Charbonneau et al. (2016)	
		Too much time spent waiting or donating blood	Charbonneau et al. (2016)	
		Fear/concern	Kalargirou et al. (2014)	Safety of blood donation
		Indifference	Shaz et al. (2010) Kalargirou et al. (2014)	"I rarely think about it"
University education	Exclusion(s) as a result of travelling to other foreign countries	Charbonneau et al. (2016)		
	Time constraints	Charbonneau et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family responsibilities</li> </ul>	

			Shaz et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lack of time in general</li> </ul>			
Income	Lower	Fear/concern	Shaz et al. (2010)	Not being able to donate			
		Lack of time	Shaz et al. (2010)				
		Lack of a convenient place to donate	James et al. (2013)				
		Lack of knowledge about where to donate blood	James et al. (2013)				
		Incompatible timetables with the center	Beerli-Palacio and Martín-Santana (2015)				
Donation frequency	Frequent (at least one donation/year)						
Donor experience	No previous experience (non-donor)	Fear/concern	Hupfer et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sight of blood</li> </ul>			
			Leigh et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Needles</li> </ul>			
			Marantidou et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pain</li> </ul>			
			Duboz and Cunéo (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Feeling weak, dizzy or nauseous</li> </ul>			
			Shaz et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk of contracting an infectious disease</li> </ul>			
			Bednall and Bove (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aversion to hospitals</li> </ul>			
			Martín-Santana and Beerli-Palacio (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Too much blood taken</li> </ul>			
	Beerli-Palacio and Martín-Santana (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Not being able to donate</li> <li>Physical injuries</li> <li>Reduced health</li> </ul>					
			Concern about safety of blood donation	Hupfer et al. (2005)			
				James et al. (2013)			
				Kalargirou et al. (2014)			
				No particular reason	Duboz and Cunéo (2010)		
					Indifference	Shaz et al. (2010)	
					Bednall and Bove (2011)		
Inadequate incentives				Bednall and Bove (2011)			
Unpleasant clinic setting	Hupfer et al. (2005)						
Negative word-of-mouth	Bednall and Bove (2011)						
Personal moral norms	Bednall and Bove (2011)						
Less experienced (first-time donor)	Fear/concern	Schreiber et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sight of blood</li> </ul>				
		Martín-Santana and Beerli-Palacio (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Needles</li> </ul>				
		Beerli-Palacio and Martín-Santana (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pain</li> <li>Feeling dizzy or sick</li> </ul>				
Less experienced (first-time donor)	Concern about contracting an infectious disease	Martín-Santana and Beerli-Palacio (2012)					
		Beerli-Palacio and Martín-Santana (2015)					

	Predonation anxiety	Ditto et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sight of blood</li> <li>• Needles</li> <li>• Pain</li> <li>• Feeling faint or lightheaded</li> </ul>
	Overall bad experience	Schreiber et al. (2006)	
Less experienced (up to 5 donations)	Fear/concern	France and France (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sight of blood</li> <li>• Needles</li> <li>• Pain</li> <li>• Feeling faint or lightheaded</li> </ul>
Experienced (lapsed donor)	Lack of time	Duboz and Cunéo (2010) Shaz et al. (2010)	
	Lack of information about where to donate	Shaz et al. (2010)	
	Lack of solicitation	Duboz and Cunéo (2010)	
Experienced (occasional donor)	Incompatible timetables with the center	Beerli-Palacio and Martín-Santana (2015)	
Experienced (repeat/current donor)	Fear/concern	Bednall and Bove (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discovering an illness</li> <li>• Nonspecific</li> </ul>
	Health reasons	Schreiber et al. (2006)	
	Exclusion(s) as a result of travelling to other foreign countries	Schreiber et al. (2006)	
	Time constraints	Bednall and Bove (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Work</li> <li>• Family responsibilities</li> </ul>
	Spatial constraints	Schreiber et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moving</li> <li>• Job change</li> </ul>
	Cynicism	Bednall and Bove (2011)	
	Religiosity	Bednall and Bove (2011)	

Fonte: L. Romero-Domínguez, 2021

**Anexo 4 – Perguntas acerca da motivação, satisfação, recomendação e regresso**

<b>Item Final</b>	<b>Referência</b>
Altruísmo	Charbonneau, 2015; Gonzalez, 2013; Karacan, 2013; Mostafa, 2010; Steele, 2008; Swanevelde, 2019; Pereira, J. R. et al. 2019; Boenigk, 2011; Gonzalez, 2013; Chell e Mortimer, 2014; Ferguson, 2015.
Motivação Social	Alfieri, 2017; Guidi, 2015; Saha e Chandra, 2018.
Influência positiva de amigos e familiares	Pereira e Bastos, 2009; Pereira, J. R., 2016; Pereira, J. R. et al. 2019; Malheiros, 2014.
Satisfação Pessoal e Autoestima	Beli 2009, 2015; Alfieri, 2012, 2017; Shaz 2010
Tenciono regressar e doar sangue nos próximos quatro meses	L. Romero-Domínguez, 2021; Martin Santana, 2012; Mugian, 2021
Sinto-me satisfeito com a dádiva, vou recomendar	Martin Santana, 2012; Mugian, 2021

## Anexo 5 – Questionário



### Identificar o que impede e o que motiva a dádiva de sangue em Portugal.

Portugal perdeu mais de 80 mil dadores de sangue numa década e a pandemia agudizou o problema. "Todos os dias nos hospitais portugueses são necessárias cerca de 800 a 1000 unidades de sangue e componentes sanguíneos"

O presente estudo é realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Gestão de Marketing do IPAM (Universidade Europeia) e é destinado a todas as pessoas com mais de 18 anos, residentes em Portugal, tem como objetivo identificar o que impede e o que motiva a dádiva de sangue em Portugal.

Os resultados provenientes dos dados recolhidos serão divulgados em contexto científico e nos meios de comunicação social, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Agradeço, desde já, a sua participação!

Este inquérito é anónimo.

O registo das respostas ao inquérito não contém qualquer informação sobre a sua identidade. Ao preencher este questionário, aceita participar nesta iniciativa voluntariamente, podendo a qualquer momento desistir da participação.

A recolha de dados respeita as diretivas do Regulamento Geral de Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu, Conselho de 27 de abril de 2016 e o Código da ICC/ESOMAR.

\*Obrigatório

Em geral, quantas vezes ao ano doa sangue? \*

- Não sou dador(a) de Sangue
- É a minha primeira Dádiva
- 1 vez ao ano
- 2 vezes ao ano
- 3 ou 4 vezes ao ano
- Já fui ou tentei ser dador(a) de Sangue (Exclusão por razões Médicas)

Em 2021 quantas vezes doou sangue? \*

- Nenhuma vez
- 1 vez
- 2 vezes
- 3 ou 4 vezes

Há quantos anos é dador(a) de sangue? \*

- Menos de 2 anos
- Entre 2 e 4 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Entre 11 e 15 anos
- Mais de 15 anos

Que motivações o(a) movem para doar Sangue? A sua opinião é importante, indique o seu grau de concordância com cada uma delas, numa escala de 1-5, sendo 1-discordo totalmente, 2-discordo, 3-indeciso, 4- concordo, 5-concordo totalmente. \*

	1	2	3	4	5
Altruísmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivação Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influência positiva de amigos e familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfação Pessoal e Autoestima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como se sente em relação à sua Dádiva de Sangue? A sua opinião é importante, indique o seu grau de concordância com cada uma delas, numa escala de 1-5, sendo 1-discordo totalmente, 2-discordo, 3-indeciso, 4- concordo, 5-concordo totalmente. \*

	1	2	3	4	5
Sinto-me satisfeito(a) com a dádiva de sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenciono regressar e doar sangue nos próximos quatro meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vou recomendar a dádiva de sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Secção sem título

A Dádiva de Sangue pode ser afetada por estas razões. Indique o seu grau de concordância com cada uma delas, numa escala de 1 a 5, sendo 1-discordo totalmente, 2-discordo, 3-indeciso, 4- concordo, 5-concordo totalmente. \*

	1	2	3	4	5
Falta de informação sobre os requisitos e processo de Dádiva de Sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de informação dos locais de dádiva e respetivos horários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de informação sobre a necessidade constante de sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Razões culturais, éticas ou religiosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter tido uma experiência negativa na dádiva de sangue anterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de vontade, interesse e/ou motivação para doar sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desconfiança sobre o uso que podem dar à minha dádiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de tempo livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incompatibilidade com o horário do local da dádiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distância longa (tempo ou quilómetros), até ao local da dádiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Má acessibilidade ao local da dádiva ( falta de transporte público, elevadores, rampas, etc..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade para estacionar no local da dádiva ou nas proximidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera superior a meia hora até à colheita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter de voltar a repetir os meus dados pessoais a cada dádiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração do processo de colheita de sangue maior que 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sofrer desconforto físico (náuseas, vômitos, tonturas, desmaiar, fadiga, exaustão, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sofrer lesões nos braços decorrentes da punção com a agulha (contusões, irritação, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo geral e ansiedade em relação à dádiva de sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo de agulhas ou à dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo em ver sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo de sofrer alguma contaminação (Covid, Gripe A, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Opiniões negativas sobre a dádiva de sangue por parte de amigos, parentes, etc.

Ausência de campanhas de promoção sobre a Dádiva de Sangue (TV, Rádio, Redes Sociais, etc.)

Ausência de incentivos à dádiva de sangue (lembranças, reconhecimento social, dia inteiro de folga, etc.)

Ausência de contatos do centro para voltar a doar sangue

#### Secção sem título

Género \*

- Masculino  
 Feminino

Idade \*

A sua resposta

Tem conta ou utiliza estas Redes Sociais ? \*

	Sim	Não
Facebook	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Youtube	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WhatsApp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instagram	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Linkedin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pinterest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Twitter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snapchat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tik Tok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Twitch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Habilitações Literárias \*

- Ensino Básico  
 Ensino Secundário  
 Ensino Superior (Licenciatura, Pós-Graduação, Mestrado, Doutoramento)

Atualmente está a trabalhar? \*

- Trabalhador(a) por conta própria
- Trabalhador(a) por conta de outrem
- Desempregado(a)
- Estudante
- Reformado(a)
- Doméstico(a)

Qual é o seu rendimento bruto mensal? \*

- Menos de 1.000€
- Entre 1.001 e 2.000€
- Entre 2.001 e 4.000€
- Entre 4.001 e 6.000€
- Mais de 6.000€
- sem rendimento (estudante, estagiário, desempregado)

Em que região realiza a sua dádiva? \*

- Não se aplica. NÃO SOU DADOR(A)
- Norte
- Centro
- Grande Lisboa
- Alentejo
- Algarve
- Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores

Em que local do Norte, realiza a sua dádiva? \*

- IPST - Centro de Sangue e Transplantação do Porto (Rua do Bolama)
- Sessão de Colheita Móvel organizada pelo IPST e/ou promovida por Associação de Dadores de Sangue
- Hospital de São João
- Hospital de Santo António
- Instituto Português de Oncologia do Porto
- Hospital de Braga
- Hospital de Vila Nova de Gaia
- Hospital de Viana do Castelo
- Hospital de Vila Nova de Famalicão

Em que local do Centro, realiza a sua dádiva? \*

- IPST - Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra (São Martinho do Bispo)
- Sessão de Colheita Móvel organizada pelo IPST e/ou promovida por Associação de Dadores de Sangue
- Hospitais da Universidade de Coimbra
- Hospital de São Teotónio - Viseu
- Hospital da Covilhã
- Centro Hospitalar de Médio Tejo - Abrantes, Tomar, Torres Novas

Em que local da Grande Lisboa, realiza a sua dádiva? \*

- IPST - Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa (Av. do Brasil/Hospital Júlio de Matos)
- Sessão de Colheita Móvel organizada pelo IPST e/ou promovida por Associação de Dadores de Sangue
- Hospital de São José
- Hospital de Santa Maria
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa
- Hospital Garcia de Orta
- Hospital do Barreiro
- Hospital de Vila Franca de Xira
- Hospital Fernando da Fonseca
- Hospital de São Bernardo - Setúbal

Em que local do Alentejo, realiza a sua dádiva? \*

- Hospital de Évora
- Hospital de Beja
- Hospital de Portalegre
- Hospital de Elvas
- Hospital de Santiago do Cacém
- Sessão de Colheita Móvel organizada pelos Hospitais e/ou promovida por Associação de Dadores de Sangue

Em que local do Algarve, realiza a sua dádiva? \*

- Hospital de Faro
- Hospital de Portimão
- Sessão de Colheita Móvel organizada pelos Hospitais e/ou promovida por Associação de Dadores de Sangue

Em que local das Regiões autónomas da Madeira e dos Açores, realiza a sua dádiva? \*

- Hospital de Angra do Heroísmo
- Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada
- Hospital da Horta
- Centro Hospitalar do Funchal
- Sessão de Colheita Móvel organizada pelos Hospitais e/ou promovida por Associação de Dadores de Sangue

**Muito obrigado por participar e por dedicar o seu tempo a esta pesquisa !**

Fico muito grato se COMPARTILHAR este inquérito com os seus contatos nas redes sociais, de forma a alcançar uma ampla participação na sociedade.

### Anexo 6 – Sugestões de inovação e melhoria

Sugestão	Descrição	Grau de dificuldade de implementação
Segmentação de públicos e tecnologias de <i>Business Intelligence</i>	A segmentação de públicos é fundamental para personalizar as mensagens e alcançar os diferentes grupos de interesse, conforme identificados, a satisfação pessoal (média de 4,42) está acima do altruísmo (média de 4,16), é importante refletir acerca disto. A segmentação inclui a utilização de ferramentas de inteligência de negócios, como o Microsoft Power BI, para analisar dados e identificar tendências e padrões de comportamento para melhor e segmentar o público, adaptando constantemente as mensagens.	Médio
Criação ou melhoria de um plano de marketing (inclui estratégias digitais)	A criação ou melhoria de um plano de marketing é fundamental para atrair novos doadores e manter os já existentes. Isso inclui a definição de objetivos e estratégias para promover a dádiva de sangue, além da utilização de técnicas de marketing digital para aumentar a consciencialização e alcançar um público cada vez maior.  A criação de novos materiais de marketing, como folders, cartazes, vídeos e outros, bem como a melhoria de sites e redes sociais são importantes para aumentar a consciencialização sobre a importância da dádiva de sangue, atrair novos doadores e alcançar um público cada vez maior. É importante que esses materiais sejam atraentes e informativos, além de serem adaptados às diferentes necessidades e interesses do público-alvo. Isso inclui a aposta em novos conteúdos, como notícias, artigos, vídeos e outros, além de monitorizar constantemente as redes sociais para se manter atualizado e responder prontamente a perguntas e comentários.	Médio
Estratégia para resgatar doadores que estão inativos	É importante desenvolver uma estratégia para resgatar doadores que estão inativos ou que simplesmente desistiram de doar sangue. Isso pode incluir ações de relacionamento, campanhas publicitárias e incentivos para atrair esses doadores a voltarem a doar.	Médio
A criação de um aplicativo nacional (App)	A criação de um aplicativo nacional para a dádiva de sangue é fundamental para facilitar o processo de dádiva e aumentar a consciencialização. O aplicativo pode incluir recursos como agendamento, histórico de doações, comunicação com a instituição e educação sobre a importância da dádiva de sangue, bem como verificar os níveis de sangue existentes em Portugal. A Cruz Vermelha Internacional tem uma <i>App</i> neste âmbito, poderia ser uma estratégia a ter, solicitar a autorização e a tradução para Português.	Médio
Questionários nacionais de satisfação,	A realização de um questionário nacional de satisfação, lealdade e qualidade é importante para medir o nível de satisfação dos doadores e identificar áreas de melhoria, isso também pode ajudar a medir a lealdade dos doadores e identificar aqueles que estão propensos a desistir da dádiva e prever quais regressão, desta forma preparam as necessidades e estratégias futuras. Também permite a comparação	Médio

lealdade, qualidade (com <i>Benchmarking</i> )	direta entre instituições, por meio de <i>Benchmarking</i> . O <i>Benchmarking</i> é um processo de comparação entre as práticas e desempenhos de diferentes instituições, que permite identificar as melhores práticas e implementá-las na instituição. Isso é importante para garantir que a instituição esteja sempre em conformidade com as melhores práticas do setor e para garantir que os doadores tenham uma experiência satisfatória. Além disso, essa comparação entre instituições possibilita a identificação de pontos fortes e fracos, e assim possibilitando a implementação de ações para melhoria da qualidade do atendimento e aumento da satisfação dos doadores.	
Oferta de formação gratuita aos doadores	A oferta de formação presencial gratuita, como o Suporte Básico de Vida, é importante para aumentar a conscientização sobre a importância da doação de sangue e preparar os doadores para o processo de doação. Isso também pode ajudar a diminuir o medo e a ansiedade dos doadores em relação ao processo. Através da App mencionada anteriormente, os dois canais digitais, a formação estaria disponível online.	Médio
Campanhas educativas em vez de apelo urgente	As campanhas com apelo urgente para a doação de sangue podem ser contraproducentes, pois levam a enormes filas de espera e ao não atendimento dos doadores. Isso pode resultar em desistência e reclamações. Em vez disso, é importante desenvolver campanhas mais educativas e informativas para aumentar a conscientização sobre a importância da doação de sangue e incentivar as pessoas a se tornarem doadoras regulares. Além disso, é importante planejar bem a logística e preparar a equipe para atender a um aumento no número de doadores, a fim de evitar filas de espera e garantir o atendimento adequado a todos os doadores. A App ou um website são um importante instrumento para agendamento.	Médio
Patrocínios de entidades parceiras aos profissionais de saúde	Patrocínios de entidades parceiras aos profissionais de saúde ligados à doação são uma estratégia eficaz para incentivar a qualidade e simpatia ao atendimento dos doadores. Esses patrocínios podem incluir ofertas como entradas para espetáculos, visitas a museus, entre outros. Isso não só incentiva os profissionais de saúde a oferecer um atendimento de qualidade, mas também reforça a parceria entre a instituição e as entidades parceiras. Além disso, a oferta de brindes ou recompensas aos profissionais de saúde pode ser um incentivo para eles se dedicarem mais e melhorar a sua qualidade de atendimento. É importante lembrar que esses patrocínios devem ser feitos de forma transparente e sem interferir na qualidade do atendimento e dos procedimentos médicos.	Médio
Oferecer dias de férias aos profissionais de saúde em troca de doação de sangue	Oferecer dias de férias aos profissionais de saúde em troca de doação de sangue pode ser uma estratégia eficaz para incentivar a doação de sangue. Isso pode ser visto como um benefício mútuo, tanto para a instituição hospitalar quanto para os profissionais de saúde. No entanto, é importante considerar que essa estratégia tem que ser cuidadosamente planejada, para garantir que ela não afete a qualidade do atendimento e que a instituição não incorra em custos adicionais. Além disso, é importante garantir que essa oferta de férias não afete o equilíbrio de pessoal e não prejudique os pacientes ou o trabalho do hospital.	Alto

Melhoria dos horários de abertura	A melhoria dos horários de abertura do banco de sangue pode ser benéfica para os doadores, especialmente se esses horários forem baseados no histórico de doações. Isso pode incluir ajustes nas horas de funcionamento para atender às necessidades dos doadores, como horários de pico de doação, ou a criação de horários específicos para doadores regulares.	Médio
Oferecer check-ups gratuitos aos doadores	Oferecer check-ups gratuitos aos doadores de sangue é uma forma de incentivar a doação de sangue e de agradecer aos doadores pelo seu tempo e dedicação. Esses check-ups podem incluir exames de saúde básicos, como verificação de pressão arterial e colesterol. Além disso, esses check-ups podem ajudar a identificar problemas de saúde precocemente e incentivar os doadores a cuidarem melhor da sua saúde.	Médio
Programas de atividades ao ar livre	Incentivar a doação voluntária de sangue pode ser feito de diversas formas, uma delas é através de programas de atividades ao ar livre, como caminhadas, reflorestação, limpeza de praias e florestas, com os doadores e suas famílias. Isso pode ajudar a aumentar a conscientização sobre a importância da doação de sangue, além de promover a saúde e o bem-estar das pessoas envolvidas.	Médio
Benefícios fiscais para as empresas	Outra forma de incentivar a doação de sangue é através de benefícios fiscais para as empresas que têm funcionários doadores de sangue. Isso pode incluir reduções de impostos para essas empresas, ou créditos fiscais, como forma de recompensar as empresas que apoiam a doação de sangue e incentivam seus funcionários a se tornarem doadores. Essa medida pode ajudar a aumentar a disponibilidade de doadores de sangue, e ao mesmo tempo, fomentar a responsabilidade social das empresas.	Alto
Marketing de relacionamento	Marketing de relacionamento é uma abordagem que procura estabelecer e manter relações de longo prazo com clientes, parceiros e outras partes interessadas. A chave para o sucesso no marketing de relacionamento é criar valor para esses grupos, oferecendo soluções que atendam às suas necessidades e desejos.	Baixo
Melhorar e dinamizar o relacionamento com as Associações de Doadores	Melhorar e dinamizar o relacionamento com as associações de doadores: Uma das formas de fazer isso é estabelecer uma comunicação regular e transparente com essas associações, mantendo-as informadas sobre as atividades e iniciativas da organização. Além disso, é importante ouvir as preocupações e sugestões dessas associações e trabalhar para implementar soluções que beneficiem tanto a organização quanto as associações.	Médio
Marketing Interno, recrutamento de doadores na rede global do SNS	Marketing interno, recrutamento de doadores na rede global do SNS: O marketing interno é uma estratégia que procura o compromisso e motivar os funcionários da organização para atuarem como embaixadores da marca. Uma maneira de fazer isso é criar programas de recrutamento de doadores que possam ser compartilhados na rede global do SNS. Desta forma, os funcionários poderão compartilhar informações sobre a organização e os seus programas com suas redes de contato, aumentando a conscientização e o compromisso.	Médio

		É importante motivar os profissionais de saúde para a dádiva de sangue e para o aproveitamento do plasma português, uma vez que eles são os principais agentes de mudança e podem ser um exemplo para a sociedade. Isso pode ser feito por meio de campanhas de sensibilização e capacitação, que destaquem a importância da dádiva de sangue e o papel dos profissionais de saúde nessa causa.	
Melhorar o relacionamento com a academia e associações acadêmicas	o	É importante estabelecer parcerias estratégicas com universidades e outras instituições acadêmicas para desenvolver pesquisas e projetos conjuntos. Além disso, é importante participar de eventos acadêmicos e manter uma presença ativa nas comunidades acadêmicas para fortalecer esses relacionamentos.	Médio
Melhorar o relacionamento com o poder local	o	É importante estabelecer relações de trabalho colaborativo com autoridades locais, como prefeitos e vereadores, para garantir o apoio deles às iniciativas e programas da organização. Além disso, é importante manter uma presença ativa na comunidade local, participando de eventos e projetos comunitários.	Médio
Melhorar o relacionamento com grandes empresas	o	O estabelecimento de parcerias com grandes empresas é fundamental para aumentar a conscientização sobre a importância da dádiva de sangue e aumentar o número de doadores. Uma forma de fazer isso é oferecer aos funcionários dessas empresas a oportunidade de doar sangue durante o horário de trabalho, por exemplo. Além disso, as empresas podem ser convidadas a participar de campanhas e eventos de dádiva de sangue organizados pela instituição.	Médio
Melhorar o relacionamento com grupos específicos	o	É importante estabelecer relações de confiança e parcerias com grupos específicos, como moto clubes, ciclistas, btt, atletas, etc. Isso pode ser feito através de ações de conscientização, campanhas publicitárias e eventos específicos para esses grupos. Além disso, a instituição pode oferecer a esses grupos a oportunidade de serem embaixadores do sangue.	Médio
Criar “embaixador” do sangue	do	A criação de “embaixadores” é uma estratégia importante para aumentar a conscientização sobre a importância da dádiva de sangue e aumentar o número de doadores. Esses embaixadores podem ser pessoas reconhecidas e respeitadas dentro de um grupo específico, como atletas, celebridades, etc. eles podem servir como modelos e inspiração para outros membros do grupo. Eles podem participar de campanhas publicitárias, eventos e ações de conscientização para promover a dádiva de sangue.	Médio
Aproveitar a experiência e conhecimento do CEO do SNS	a e	Aproveitar a experiência e conhecimento do CEO do SNS como um profundo conhecedor e dinamizador da dádiva de sangue e da gestão hospitalar. Isso pode ser feito por meio de iniciativas de liderança que visem aumentar a conscientização sobre a importância da dádiva de sangue e promover a participação dos profissionais de saúde. Uma estratégia pode ser a utilização do CEO como um porta-voz para a campanha de dádiva de sangue, dando entrevistas, participando de eventos e compartilhando sua história e conhecimento sobre a importância da dádiva de sangue. Isso pode ajudar a aumentar a conscientização sobre a importância da dádiva de sangue e incentivar	Médio

	<p>mais profissionais de saúde a se envolver na campanha. Além disso, o CEO pode ser um líder eficaz na implementação de programas de capacitação para os profissionais de saúde, para ajudá-los a compreender melhor a importância da dádiva de sangue e como eles podem se envolver de forma mais eficaz. Isso também pode incluir programas de incentivo para os profissionais de saúde que doam sangue regularmente.</p>	
<p>Expansão e melhoria da rede de colheita hospitalar e da rede móvel</p>	<p>A expansão e melhoria da rede de colheita hospitalar e da rede móvel de dádiva de sangue é essencial para garantir que todos os cidadãos tenham acesso fácil e conveniente à dádiva de sangue. A falta de cobertura da rede pode levar a uma escassez de sangue e dificuldade em atender às necessidades dos pacientes. Melhorar significativamente a rede móvel, tornando-a mais eficiente e capaz de atender às necessidades dos doadores, pode incluir a aquisição de novos veículos, equipamentos e tecnologias, além de formação para os profissionais envolvidos na colheita de sangue. Também é importante promover a disponibilidade e acessibilidade das unidades móveis, para que os doadores possam facilmente encontrar e inscreverem-se nas campanhas de dádiva de sangue.</p>	<p>Alto</p>
<p>Aumentar e reabrir o número de centros de dádiva de sangue</p>	<p>Uma sugestão para aumentar e reabrir o número de centros de dádiva de sangue é a criação de parcerias com entidades públicas e privadas. Isso pode incluir parcerias com hospitais, clínicas, escolas e universidades, organizações de caridade. Essas parcerias podem incluir a criação de centros de dádiva de sangue nas suas instalações, ou a realização de campanhas de dádiva de sangue conjuntamente.</p>	<p>Alto</p>
<p>Investir em tecnologias e equipamentos modernos</p>	<p>É importante investir em tecnologias e equipamentos modernos para a colheita, armazenamento e transporte do sangue e plasma, e treinar os profissionais envolvidos na colheita e processamento de plasma. Também é importante estabelecer parcerias com a indústria farmacêutica, para garantir que o plasma colhido seja utilizado de forma eficiente e eficaz na produção de medicamentos.</p>	<p>Alto</p>
<p>Candidatura a fundos nacionais e internacionais</p>	<p>A candidatura a fundos nacionais e internacionais pode ser uma estratégia eficaz para obter os recursos necessários para modernizar e implementar projetos de relacionamento e modernização. Esses projetos podem incluir a modernização dos sistemas de informação e tecnologia, a implementação de novas ferramentas de gestão de relacionamento com o doador, a renovação da frota automóvel, entre outros. É importante pesquisar cuidadosamente os fundos disponíveis e verificar se os projetos propostos se encaixam nos critérios de elegibilidade e nas áreas de prioridade dos fundos. Além disso, é importante preparar uma proposta de projeto detalhada e bem elaborada, incluindo objetivos, metas, orçamento, plano de ação e cronograma. É importante lembrar que a candidatura a fundos nacionais e internacionais pode ser um processo competitivo e é importante seguir todas as instruções e regras estabelecidas pelos fundos. Além disso, é importante seguir todas as regras e regulamentos do país e/ou da União Europeia.</p>	<p>Médio</p>
<p>Mitigar a falta de <i>Business Intelligence</i></p>	<p>A falta de <i>Business Intelligence</i> (BI) e CRM (<i>Customer Relationship Management</i>) pode afetar negativamente a eficiência e eficácia das operações da instituição. O uso de tecnologias antigas e ultrapassadas pode limitar a capacidade da instituição de recolher, analisar e</p>	<p>Médio</p>

<p>(BI) e CRM (<i>Customer Relationship Management</i>)</p>	<p>utilizar informações valiosas sobre os dados e as operações. A implementação de ferramentas de BI e CRM, como o Microsoft Power BI, pode ajudar a instituição a melhorar a sua capacidade de recolher, armazenar, analisar e utilizar informações sobre os dados e as operações. Isso pode incluir a capacidade de identificar tendências e padrões, além de monitorizar e melhorar a satisfação dos dados. Além disso, o CRM permite a gestão de relacionamento com o dador, permitindo identificar necessidades e oportunidades, e assim melhorar a qualidade do atendimento e fidelizando os dados. A atualização dos sistemas informáticos é fundamental para garantir a segurança e a confiabilidade dos dados, e para garantir que a instituição possa tirar proveito das últimas tecnologias e ferramentas disponíveis. Isso inclui a implementação de sistemas de backup e recuperação de dados, além de medidas de segurança para proteger os dados dos dados.</p>	
<p>Desenvolver estratégias de gestão de talentos e sucessão</p>	<p>O envelhecimento dos profissionais gera dificuldades a médio e longo prazo, e pode levar a problemas de escassez de mão-de-obra qualificada e dificuldades na contratação de quadros diferenciados. Uma sugestão para lidar com esse desafio é desenvolver estratégias de gestão de talentos e sucessão, com o objetivo de preparar e reter profissionais jovens e qualificados. Uma estratégia pode ser a implementação de programas de treino e desenvolvimento para os funcionários jovens, para prepará-los para posições de liderança e garantir a continuidade. Isso pode incluir programas de estágio, mentorias, treino e programas de certificação, que possam preparar os jovens profissionais para as funções mais desafiantes. Além disso, é importante ter políticas flexíveis de trabalho, tais como trabalho remoto ou horários flexíveis, para atrair e reter profissionais mais velhos e experientes. Dessa forma, os profissionais mais velhos podem continuar a contribuir para a instituição enquanto se aproximam da reforma. Outra estratégia é a implementação de programas de seleção de talentos, para atrair e contratar profissionais qualificados, independentemente da idade. Isso inclui uma abordagem diversa para a contratação, a fim de atrair profissionais com diferentes competências, que possam trazer diferentes perspetivas e habilidades para a equipa.</p>	<p>Alto</p>