

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

Catarina Martins Macêdo

FATORES CONDICIONANTES DA INTENÇÃO DE DOAR ÓRGÃOS:
sob a ótica do Marketing Social

Belo Horizonte
2017

Catarina Martins Macêdo

**FATORES CONDICIONANTES DA INTENÇÃO DE DOAR ÓRGÃOS:
sob a ótica do Marketing Social**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Caissa Veloso e Sousa

Área de concentração: Organização e Estratégia

Linha de pesquisa: Estratégia, Inovação e Competitividade

Belo Horizonte
2017



Instituto Novos Horizontes de Ensino Superior e Pesquisa Ltda.
Centro Universitário Unihorizontes
Mestrado Acadêmico em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado Acadêmico em Administração do(a) Senhor(a) **CATARINA MARTINS MACEDO**, REGISTRO Nº. 573. No dia 19 de dezembro de 2017, às 15:00 horas, reuniu-se no Centro Universitário Unihorizontes, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Programa de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, para julgar o trabalho final intitulado "**FATORES CONDICIONANTES DA INTENÇÃO DE DOAR ÓRGÃOS: sob a ótica do marketing social**", requisito parcial para a obtenção do **Grau de Mestre em Administração**, linha de pesquisa: **Estratégia, Inovação e Competitividade**. Abrindo a sessão, o(a) Senhor(a) Presidente da Comissão, **Prof.ª Dr.ª Caissa Veloso e Sousa** após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares da apresentação do Trabalho Final, passou a palavra ao(à) candidato(a) para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do(a) candidato(a). Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do(a) candidato(a) e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final: **APROVADO**. O resultado final foi comunicado publicamente ao(à) candidato(a) pelo(a) Senhor(a) Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Senhor(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou o(a) presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2017

Prof.ª Dr.ª Caissa Veloso e Sousa
ORIENTADOR
Centro Universitário Unihorizontes

Prof. Dr. Reynaldo Maia Muniz
Centro Universitário Unihorizontes

Profª Drª Ester Eliane Jeunom
Fundação Pedro Leopoldo

Dedico o presente trabalho a todos que me fizeram acreditar que era possível realizar este sonho. Ao meu companheiro Jordão, aos meus pais João Batista e Regina Maria e a minha irmã e grande amiga Carolina Martins, sempre tão presentes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Durante os últimos dois anos e meio, não foi fácil percorrer este caminho. Passei por diversos desafios, vivi medos, aflições, angústias, mas reconheço que foram necessários para meu crescimento e para realização do meu sonho. Portanto, hoje só tenho motivos para agradecer.

Primeiramente agradeço a DEUS, por ter me proporcionado mais essa conquista e permitido que esse dia se realizasse.

Ao meu querido companheiro, Jordão Angrisano por seu incentivo, essencial para esta conquista - sem ele em minha vida não seria possível. Muito obrigado, meu amor, por toda sua dedicação comigo que, inegavelmente, facilitou este momento de longos desafios e conquistas.

Agradeço em especial a minha querida orientadora, Professora Caissa Veloso, que de forma tão sublime, além de me orientar no desenvolvimento desta dissertação, soube me inspirar e me acolheu em um dos momentos mais desafiantes e difíceis da minha vida. Caissa, que Deus encha a sua vida de bênçãos e mais sabedoria. E que continue compartilhando seu conhecimento e sendo sempre esta doadora e inspiradora de sonhos. Em todo momento tratou-me com muito zelo, em várias ocasiões acreditou mais em mim do que eu mesma, e nas fases em que me senti perdida, sempre me mostrou o caminho certo. Que a sua luz sempre brilhe para você!!!

Aos meus pais, João Batista e Regina Maria, agradeço pelo amor, carinho e incentivo para finalizar esta caminhada, ensinando-me que sempre é necessário lutar para conquistar nossos sonhos e desejos, mesmo que eles pareçam impossíveis de conquistar. Vocês dois sempre foram e sempre serão a inspiração da minha vida.

A minha irmã Carolina Martins, minha grande amiga, sempre me incentivando e apoiando nos novos desafios. Percebo que você fica orgulhosa por saber que sempre estou em busca de novos conhecimentos e conquistas para a minha vida. Nas minhas

caminhadas, busco também trazer para nossa família tudo o que for necessário e essencial para sempre estarmos felizes e unidos em nossas conquistas.

Agradeço, de forma admirável, a minha equipe que sempre me apoiou nos dias mais conturbados e me incentivou para que sempre estivesse motivada em finalizar esta etapa de minha vida.

De forma singular, agradeço a minha diretora Rose, por me apoiar e acreditar em mim e por participar desta realização, liberando-me em dias complicados de trabalho, mas me admirando por fazer sempre aquilo que acredito. Obrigada de coração por sempre me apoiar e me motivar a buscar novos conhecimentos e conquistas e por acreditar em mim.

A minha amiga Lillian Cherrine, que esteve ao meu lado sempre, motivando-me e me ajudando a perder meus medos e dificuldades enfrentadas nesta caminhada. Deus me presenteou com este grande ser humano e amiga que é você, dedicada, fiel e amável. Esta caminhada seria mais longa e complicada se você não estivesse sempre do meu lado, levantando-me nos momentos em que estava me sentindo triste, desanimada e pensando em desistir. Você estava lá para me motivar e dizer que eu era capaz de conquistar a fase final e sempre me lembrando que era um sonho e que jamais poderia desistir. Amo-te amiga.

Agradeço aos meus afilhados Maria Clara e Emanuel, que em dias turbulentos, sempre estiveram em meus pensamentos e em minhas orações. Sempre me traziam sorrisos sinceros, pois uma foto fazendo arte deixava a Dinda orgulhosa.

Aos meus amigos do mestrado, meu muito obrigado pelo apoio e parceria. Com vocês pude dividir momentos únicos e inesquecíveis. Deixo registrado os meus mais sinceros agradecimentos por estarem presentes em minha vida nessa caminhada, incentivando-me sempre!

Meu muito obrigado aos demais professores do mestrado, que tanto contribuíram para esta trajetória ao transmitirem preciosos conhecimentos e novas visões de mundo.

Agradeço imensamente e com todos vocês divido essa conquista, deixando registrados os meus mais sinceros agradecimentos por se fazerem presentes em minha vida em mais uma caminhada.

No amor felizmente a riqueza está na
doação mútua. O que não significa que não
haja luta: é preciso se doar o direito de
receber amor. Mas lutar é bom.

Clarice Lispector

É a intenção, e não a doação, que faz o
doador.

Gotthold Lessing

RESUMO

A doação de órgãos e tecidos figura entre os procedimentos mais importantes da medicina. Contudo, apesar de sua relevância para a saúde humana, os transplantes de órgãos e tecidos ainda não atendem, de forma abrangente, aqueles que demandam esse tipo de procedimento. O que se observa é uma crescente demanda de pessoas que necessitam de transplante e, em contrapartida, uma baixa oferta, o que torna importante as ações que engajem familiares de potenciais doadores a autorizarem a doação. Nesse aspecto, como forma de estimular as pessoas a adotarem comportamentos socialmente desejáveis, como a doação de órgãos e tecidos, os órgãos governamentais podem empreender ações que são chamadas de marketing social. Partindo dessas argumentações, o presente estudo teve como objetivo principal identificar quais os principais fatores que influenciam a intenção do indivíduo a doar seus órgãos, segundo a percepção de residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Especificamente, pretendeu-se validar a escala de avaliação de doação de órgãos proposta por Rezende (2015); identificar e descrever a percepção dos pesquisados a respeito dos construtos de doação de órgãos, identificar quais construtos da doação de órgãos, quando manifestados pelo indivíduo, aumentam as chances de um indivíduo ser um doador de órgãos e identificar diferenças nos escores dos fatores de doação de órgãos em relação aos dados demográficos e ocupacionais. O estudo, quanto à finalidade, é descritivo e a abordagem foi quantitativa. Foram coletados 612 questionários, devidamente preenchidos por pessoas com idades acima de 16 anos e favoráveis ou não ao processo de doação de órgãos. A análise dos dados foi realizada por meio das técnicas de análise fatorial multivariada, análise descritiva dos fatores de doação de órgãos detectados na análise fatorial; regressão logística e, por último, foram realizados testes de tendência central não paramétricos, a saber, de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com a intenção de analisar, identificar e validar os objetivos propostos. Diante dos resultados foi possível evidenciar os principais motivos que interferem negativamente na intenção de doar órgãos. Identificou-se, no cenário brasileiro, a ineficiência em relação ao conceito de marketing social, dada a falta de capacidade do Estado em suprir necessidades básicas da população como segurança, saúde e educação. A falta de conhecimento sobre o estado de morte encefálica também se mostrou evidente, assim como identificou-se desconfiança em qualquer comunicação que tenha origem no governo, não importando a causa, o que impacta negativamente nas decisões favoráveis à doação ou autorização para a doação dos órgãos de entes queridos. A etapa quantitativa pretendeu testar a relação referente à escala de validação monológica de um modelo analítico, onde constatou-se que dos 13 construtos analisados, 4 deles foram eliminados por não apresentarem cargas fatoriais, comunalidades, KMO ou alfa de Cronbach adequados.

Palavras-chave: Doação de órgãos. Marketing social. Campanhas governamentais. Intenção.

ABSTRACT

Currently, the Brazilian scenario of donation of organs and tissues are considered the most important procedures of medicine, however, it is marked by an increasing demand of people who need transplantation and, on the other hand, a low supply which makes important the marketing actions social efforts undertaken by governments that seek to show society an alternative where it can offer the recipients better perspective and quality of life. In this sense, the present research aimed to identify and analyze the main factors that influence the intention to donate organs, according to the perception of residents in the Metropolitan Region of Belo Horizonte. Specifically, it was intended to: a) validate the evaluation scale of organ donation proposed by Rezende (2015); b) identify and describe the respondents' perception of organ donation constructs; c) identify which organ donation constructs, when manifested by the individual, increase their chances of being an organ donor; d) identify differences in the scores of organ donation factors in relation to demographic and occupational data. For that, a descriptive and quantitative study was developed, in which 612 individuals were investigated, involved or not in the process of organ donation, where some methodological techniques were applied, such as: multivariate factorial analysis, descriptive analysis of the organ donation factors detected in the factorial analysis; and non-parametric central tendency tests, namely Mann-Whitney and Kruskal-Wallis, with the intention of analyzing, identifying and validating the proposed objectives. As results, it can be concluded that the nine constructs selected collaborate to respondents do not find it important to share with the social group the interest in being organ donors, it also notes that government campaigns to encourage donation of organs is of extreme importance, but the messages conveyed do not result in a change of attitude towards the possible donors, since there is a low perception about the effectiveness of social marketing campaigns in favor of organ donation, that is, the communication process is flawed and unstructured between government and society, this can be analyzed through the constructs: government action, campaign appeal and social marketing campaigns where it is possible to understand the mismanagement of the social marketing strategies adopted.

Keywords: Organ donation. Social marketing. Government campaigns. Intent. Constructs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Teoria do Controle Planejado.....	41
Figura 2 – Órgãos e tecidos que podem ser doados.....	45
Figura 3 – Campanha setembro verde.....	60
Figura 4	88
Gráfico 1- Transplantes realizados no Brasil (2010 a 2016)	61
Gráfico 2 - Transplantes realizados em Minas Geras (2010 a 2016)	62
Gráfico 3 - Box plot dos escores dos fatores de doação de órgãos por grupo de não doação/doação.....	93
Gráfico 4 - Histograma das probabilidades estimadas pelo modelo logístico	96
Quadro 1: Construtos, indicadores e variáveis do questionário	51
Quadro 2 - Escala de coma de Glasgow	66
Quadro 3 - Codificação das questões relativas à doação de órgãos	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pesquisa realizada nas bases de dados ANPAD, SPELL e SCIELO.....	21
Tabela 2 - Tempo de retirada e a preservação extracorpórea dos órgãos.....	63
Tabela 3 - Distribuição dos pesquisados segundo aspectos gerais da doação de órgãos	68
Tabela 4 - Análise descritiva das variáveis de gestão do conhecimento.....	70
Tabela 5 - Análise descritiva das variáveis de gestão do conhecimento.....	75
Tabela 6 - Análise da correlação entre as variáveis.....	77
Tabela 7 - Fator, autovalor, variável, carga fatorial, comunalidade, KMO e alfa de Cronbach - Análise fatorial de doação de órgãos.....	79
Tabela 8 - Correlação entre escores fatoriais e escalas múltiplas	82
Tabela 9 - Análise descritiva dos escores dos fatores de doação de órgãos	85
Tabela 10 - Análise descritiva dos escores dos fatores de doação de órgãos por grupo de não doação/doação.....	91
Tabela 11: Resultados da regressão logística – não doadores versus cinco grupos de doação	94
Tabela 12 - Avaliação da aderência do modelo de regressão logística	96
Tabela 13 - Modelo de regressão logística	97
Tabela 14 - Teste de comparação de tendência central das variáveis de doação de órgãos – Mann Whitney e Kurskal-Wallis.....	98
Tabela 15 - Teste post hoc de Kruskal-Wallis – faixa etária versus intenção de doar órgãos e crenças normativas	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABTO - Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
- ADO - Atitude em relação à doação de órgãos
- ADV - Atitude em relação à doação de órgãos em vida
- AF - Análise fatorial exploratória
- AFC - Análise fatorial confirmatória
- AFE - Análise Fatorial Exploratória
- AGFI - Índice ajustado de qualidade
- ANPAD- Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
- APC - Apelo das campanhas
- ATG - Atuação do governo
- ATO - Atitude em relação ao tráfico de órgãos
- CCO - Controle Comportamental Percebido
- CFI - Índice de ajuste comparativo
- CFM - Conselho Federal de Medicina
- CIHDOTT - Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para o Transplante
- CMS - Campanhas de marketing social
- CN - Crenças Normativas
- CNCDO - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
- CNNCDO - Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
- CSA - Comportamento Socialmente Aprendido
- CSR - Responsabilidade Social Corporativa
- CNH- Carteira Nacional de Habilitação
- CCP- Controle Comportamental Percebido
- EBSCO - Escohost Research Databases
- ECG - Escala de Coma Neurológica – Glasgow
- EF- Escores fatoriais
- EM-Escalas Múltiplas
- FAB- Força Aérea Brasileira
- GFI- Índice de qualidade de ajuste
- GR - Grupos de referência

GTA - Grupo Técnico de Assessoramento
IML - Instituto Médico Legal
INF - Informação
INT - Intenção à atitude de doar órgãos
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KMO- Kaiser-Meyer-Olkin
ME- Morte Encefálica
MG - Minas Gerais
MO- Motivação
NFI - Índice de ajuste normado
NS - Norma Subjetiva
PMP- Taxa por milhão de população
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPOs - Organizações de Procura de Órgãos
RMSEA- Raiz quadrada média do erro de aproximação
RJ - Rio de Janeiro
RG- Documento de identificação
SEM - Modelagem de Equações Estruturais
SNT- Sistema Nacional de Transplante
SPSS- Sistema Único de Saúde
SCIELO – Scientific Periodicals Eletronic Library
SPELL - Scientific Eletronic Library Online
SUS- Sistema único de Saúde
TCP- Teoria do Comportamento Planejado
TAF- Teoria da Ação Fundamentada
UTI's- Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Objetivos	19
1.1.1 Objetivo geral	19
1.1.2 Objetivos específicos	19
1.2. Justificativas	20
1.3 Estrutura da Pesquisa	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Origens do Marketing Social	22
2.1.2 Marketing social: conceituação e aplicabilidade	25
2.2 As campanhas de Marketing Social	26
2.3 Atitudes	29
2.4 Aspectos motivacionais da doação de órgãos	31
2.5 Aspectos relacionados à abordagem familiar	35
2.6 Teoria do Comportamento Planejado (TCP)	39
2.7 Modelo teórico utilizado	42
3 METODOLOGIA	46
3.1 Tipo de pesquisa quanto aos fins	466
3.2 Tipo de pesquisa quanto à abordagem	466
3.3 Tipo de pesquisa quanto aos meios	477
3.4 População e amostra	488
3.5 Coleta de Dados	49
3.6 Análise dos dados	533
4 AMBIÊNCIA DO ESTUDO	566
4.1 Doação de órgãos e tecidos para transplante: história	566
4.2 Cenário da Doação de Órgãos de Minas Gerais	60
4.3 Sistema Logístico da doação de órgãos	633
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	677
5.1 Dados sócio-demográficos, ocupacionais e aspectos gerais da doação de órgãos	688
5.2 Validação da escala de doação de órgãos	71

<u>5.3 Análise da percepção dos pesquisados a respeito dos fatores da doação de órgãos</u>	<u>822</u>
<u>5.4 Relação entre a pretensão de doar órgãos e os construtos da escala de percepção de doação de órgão.....</u>	<u>90</u>
<u>5.5 Relação entre os fatores de doação de órgãos e os dados demográficos e ocupacionais</u>	<u>977</u>

<u>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	<u>101</u>
--	-------------------

<u>6.1 Limitações da pesquisa</u>	<u>1055</u>
--	--------------------

<u>6.2 Sugestões para estudos futuros.....</u>	<u>1055</u>
---	--------------------

REFERÊNCIAS

APÊNDICE A

APÊNDICE B123

1 INTRODUÇÃO

Os transplantes são considerados procedimentos importantes na medicina, por compreenderem uma alternativa terapêutica eficaz que oferece aos receptores melhores perspectivas e qualidade de vida. Notavelmente, este ainda é considerado assunto crítico, especialmente pela demanda por órgãos ser maior do que a oferta (LOPES; MAGALHÃES, 2009).

No cenário da doação de órgãos e tecidos, o Brasil destaca-se no contexto mundial, principalmente por ter o maior sistema público de transplantes do mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde, 95% dos procedimentos (córneas, fígado, pâncreas, rins, pulmão, coração entre outros) são realizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Além disso, o país teve o melhor primeiro semestre de 2016 da história em termos do número de doadores efetivos de órgãos, tanto em números absolutos quanto na taxa por milhão de população (pmp) (MG TRANSPLANTES, 2016).

Diante desse contexto, diferentes discussões referentes a doação de órgãos são elencadas. Entre elas destacam-se: a falta de esclarecimento da população sobre o assunto em questão (REZENDE *et al.*, 2015); a ausência de programas permanentes voltados para a conscientização e o incentivo à captação de órgãos (SANTOS; MASSAROLLO, 2011); a resistência familiar no processo de decisão para a doação de órgãos e tecidos devido à percepção de falta de segurança (CAMPO SILVA; CARVALHO, 2006) e o conceito de morte encefálica, um assunto sobre o qual há pouco ou nenhum esclarecimento da população (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997; SADALA, 2001).

Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO (2016), o cenário da doação de órgãos e tecidos no Brasil, apesar de compreender o maior sistema público de transplantes do mundo, ainda é insuficiente para atender à demanda. No Brasil identificaram-se 14,6 doadores efetivos por milhão de habitantes (pmp) no ano de 2016, configurando o país no vigésimo sétimo lugar na lista de doadores efetivos. A taxa de doadores efetivos cresceu 3,5% em 2016, atingindo 14,6 pmp.

No Brasil, os transplantes de órgãos iniciaram-se na década de 1960, quando foram realizados transplantes de rim e coração. Esses procedimentos vêm multiplicando-se por várias partes do mundo, em função do avanço das técnicas cirúrgicas de transplantes. Diante do exposto, vale ressaltar que os tais procedimentos podem ocorrer entre indivíduos vivos ou entre cadáver e indivíduo vivo. É visto como um doador vivo a pessoa saudável que livremente queira doar os seguintes órgãos: um dos rins, uma parte do fígado, uma parte do pulmão e uma parte do pâncreas, ou de tecidos e a medula óssea, sem envolvimento de sua saúde e das necessidades vitais, para seu cônjuge ou parentes até o quarto grau. A doação em vida para pessoas sem grau de parentesco pode ocorrer somente por meio de ação judicial, conforme estabelecido pela Lei n.º 9.434/97, regulamentada pela Legislação Brasileira Sobre Doação de Órgãos Humanos (BRASIL, 2014).

Segundo Leite (2000), foram realizados vários experimentos durante décadas até se chegar ao primeiro transplante da história, em 12 de maio de 1987. Uma pessoa viva foi doadora de coração nos Estados Unidos, envolvendo três pacientes, dois hospitais e duas equipes médicas, no qual a cirurgia foi demorada, mas bem-sucedida. Este fato ocorreu devido um acidente de trânsito, que envolveu um homem de 32 anos. Assim, seus pulmões e coração foram transplantados para um paciente de 28 anos que sofria de fibrose cística. Já o coração do doador foi transplantado para um terceiro paciente que estava à espera da doação na fila.

De acordo com Leite (2000), os órgãos mais aproveitados para os transplantes são o coração, o pulmão, o fígado e os rins. Mas há outros, como as córneas, ossos e tendões, pâncreas e medula óssea.

Leite (2000), afirma que existem dois tipos de transplantes: o autólogo, cujas células, tecidos ou órgãos são retirados da própria pessoa e implantados em um local diferente do corpo; e o alogênico, que compreende a retirada de material de outra pessoa (doador) para ser implantada no paciente (receptor).

Para Steiner (2004) e Daibert (2007), a doação de órgãos traz para a família a necessidade de uma tomada de decisão, fazendo com que os integrantes vivenciem

um momento difícil e incômodo, em que não há tempo para se deter sobre o ocorrido, devido ao processo de luto. Diante do exposto é preciso considerar que o familiar sente-se confuso com o diagnóstico de morte encefálica.

Segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - ABTO (2016), a de morte encefálica é definida como "morte baseada na ausência de todas as funções neurológicas", ou seja,

é a completa e irreversível parada de todas as funções do cérebro. Isto significa que, como resultado de severa agressão ou ferimento grave no cérebro, o sangue que vem do corpo e supre o cérebro é bloqueado e o cérebro morre (ABTO, 2016 a, p.9).

Dessa forma, o doador potencial é aquele paciente notificado com morte cerebral, ou melhor, torna-se um doador efetivo e os órgãos passam por uma triagem com o objetivo de analisar a aptidão da doação de órgãos do paciente. Além disso, a legislação prevê que a família decida se vai querer ou não doar os órgãos do familiar. Geralmente é nesta hora que ocorre a resistência da mesma pelo fato do pouco conhecimento e até mesmo pelo estado que se encontra emocionalmente (STEINER, 2004; DAIBERT, 2007).

Segundo Moraes e Massarollo (2008) deve-se levar em consideração o abalo emocional vivenciado pelos familiares durante o processo crítico em que se encontra o parente. Não raramente, a internação do paciente ocorre de maneira súbita, causada por motivos variados, sendo o acidente de trânsito e o mal-estar súbito os mais frequentes. Vale ressaltar ainda a dificuldade enfrentada pelos profissionais da saúde no desenvolvimento do processo de doação-transplante, devido à falta de treinamento na área e ao desconhecimento sobre este processo (CAMPO SILVA; CARVALHO, 2006).

Devido à carência desse sistema, os órgãos governamentais são importantes para minimizar os impactos negativos existentes, com o intuito de esclarecer a sociedade sobre o processo de doação de órgãos e sua importância (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2014). Estas ações, chamadas de marketing social, são de publicação coletiva e destinam-se a alterar padrões comportamentais, de forma a promover o bem-estar social (KOTLER; LEE; 2011; LEFBVRE, 2011).

O marketing social emerge como meio para instigar mudanças nas atitudes, hábitos e crenças dos cidadãos, visando à conscientização e à prevenção de problemas sociais inerentes à saúde dos indivíduos (LAZER; KELLEY, 1973; KOTLER; LEE, 2011; LEFBVRE, 2011).

No Brasil, essas campanhas, quando relacionadas à doação de órgãos, são comumente realizadas por parcerias entre a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, o Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Transplantes e o Conselho Federal de Medicina, conforme dispõe a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 (BRASIL, 1997).

A partir do contexto apresentado, a questão norteadora para a pesquisa ficou assim definida: quais os principais fatores que influenciam a intenção do indivíduo em doar órgãos, segundo a perspectiva do marketing social?

1.1 Objetivos

Buscando responder à pergunta de pesquisa, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

1.1.1 Objetivo geral

Identificar e analisar os principais fatores que influenciam a intenção do indivíduo a autorizar a doação de órgãos, segundo a percepção de residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

1.1.2 Objetivos específicos

Para se chegar ao objetivo geral definiu-se, a seguir, os objetivos específicos:

- a) testar a escala de avaliação de doação de órgãos proposta por Rezende (2015);
- b) identificar e descrever a percepção dos pesquisados a respeito dos construtos de doação de órgãos;

- c) identificar quais construtos da doação de órgãos mostram -se mais importantes quando manifestados na intenção de doar órgãos;
- d) identificar diferenças nos escores dos fatores de doação de órgãos em relação aos dados demográficos e ocupacionais.

1.2 Justificativas

Esta pesquisa justifica-se por realizar um estudo acerca de uma temática polêmica e questionada, no que tange ao processo de doação de órgãos e transplantes (LOPES, MAGALHÃES, 2009).

Para fundamentar este estudo, inicialmente, foi realizado um levantamento nas bases de dados, no período de janeiro de 2010 até agosto de 2017, da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD), da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e da Scientific Periodicals Electronic Library (SPELL), filtrando-se os seguintes termos: marketing social e doação de órgãos.

Foram encontradas 16 publicações que apresentaram a combinação dos temas apresentados nesta pesquisa, o que demonstra o número reduzido de pesquisas que possibilitem melhor compreensão da temática em prol da criticidade da doação de órgãos no âmbito do marketing social.

Buscando-se os termos de forma isolada foram encontrados, nestas bases de dados, até agosto de 2017, 102 estudos desenvolvidos à luz do marketing social e 64 sobre a doação de órgãos, conforme exposto na TAB 1:

Tabela 1 - Pesquisa realizada nas bases de dados ANPAD, SPELL e SCIELO

Palavra-chave	ANPAD	SPELL	SCIELO	TOTAL
Marketing social	23	34	45	102
Doação de órgãos	2	9	53	64
Marketing Social e Doação de órgãos	0	15	1	16

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Dessa forma, este trabalho justifica-se academicamente, pois mostra o número reduzido de estudos voltados ao tema, tornando instigante novas investigações que possam ampliar o escopo de conhecimento da temática e as principais abordagens, além de contribuir com a teoria relacionada ao assunto.

Na vertente social, a presente pesquisa é importante por retratar um problema social que envolve tanto a manutenção da qualidade de vida da população que necessita deste tipo de atendimento, quanto a manutenção da própria vida. Também destaca-se pela criticidade do sistema de doação de órgãos, o que pode ser de interesse dos gestores públicos responsáveis pela concepção e elaboração de políticas públicas correlatas à temática, ou seja, para mostrar como um membro de uma sociedade, em sua totalidade, pode ser impactado pelas ações do marketing social.

1.3 Estrutura da Pesquisa

O projeto está dividido em seis capítulos onde serão tratados, especificamente os assuntos que se seguem:

A Introdução apresenta o contexto de cada um dos principais assuntos suscitados no problema: intenção sobre a doação de órgãos sob a luz do marketing social, a fim de contextualizar e prover informações essenciais para suporte do conteúdo da pesquisa e apontar o problema de pesquisa.

Na sequência tem-se a Ambiência do Estudo, onde são tratadas a história da doação de órgãos e de tecidos, os dilemas éticos e morais, além da abordagem familiar da doação de órgãos e seus aspectos motivacionais.

O terceiro capítulo apresenta a fundamentação teórica que norteou a pesquisa. São abordadas as duas temáticas: as origens e as campanhas de marketing social.

No quarto capítulo é descrita a metodologia adotada, seus fundamentos e argumentos para a sua escolha, além de relatar os procedimentos utilizados para levantamento dos dados buscando atingir os objetivos do estudo.

Já o quinto destina-se à apresentação e análise dos dados obtidos na pesquisa e, em seguida, no sexto capítulo, são traçadas as considerações finais do estudo.

Por fim, seguem-se as referências e os apêndices: “A” que diz respeito ao roteiro do questionário aplicado na pesquisa, e o apêndice “B” que apresenta a matriz de correlação das variáveis de doação de órgãos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresentam-se as fontes teóricas de estudo, que descrevem as principais definições, abordagens e cenários envolvidos na problemática. São abordadas as seguintes temáticas: origens do marketing social, marketing social: conceituação e aplicabilidade, aspectos motivacionais, aspectos relacionados à abordagem familiar, atitudes, as campanhas de marketing social e a teoria do comportamento planejado.

2.1 Origens do Marketing Social

Desde a metade da década de 1960 é possível identificar uma mudança de paradigma na teoria e utilização do marketing. Esta mudança ocorreu devido a uma série de discussões, iniciadas neste período, a fim de promover mudanças em relação ao papel da área de marketing e às diversas mudanças no contexto social da época. Essas discussões, juntamente com as pressões por relações mais éticas entre organizações e consumidores, as manifestações ativistas e a necessidade dos governos de promover comportamentos socialmente desejáveis, provocaram a

mudança gradual do conceito e dos processos do marketing (KOTLER; LEVY, 1969; LAZER, 1969; LUCK, 1969).

Diante do exposto identifica-se a emergência do marketing social, que tem como objetivo aplicar as estratégias do marketing convencional em prol de uma causa social, a fim de não restringir seu conceito apenas ao ambiente empresarial, visto que o mesmo pode contribuir e apresentar importante papel nas melhorias das condições de vida dos indivíduos, cuidando de questões sociais, políticas e ambientais (KOTLER; LEVY, 1969; FERBER, 1970; SCHWARTZ, 1971; BUXTON, 1973; DICKSON, 2001; KOTLER; LEE, 2008).

Lazer (1969) foi responsável por uma das primeiras publicações que refletia sobre as fronteiras em que o marketing deveria ser praticado e estudado. Para ele, o marketing não deveria ser utilizado apenas para atingir os objetivos da empresa, mas também os objetivos da sociedade de forma ampla, para que os consumidores pudessem desenvolver-se de maneira holística e não apenas através do consumismo. Portanto, para Lazer (1969), o marketing deveria assumir os deveres e responsabilidades de uma instituição de controle social, influenciando o estilo de vida das pessoas de maneira a atingir as necessidades e desejos da sociedade.

Luck (1969) afirma que ampliar o conceito de marketing é uma tentativa de justificar a área, indicando como suas abordagens podem ser utilizadas para fins não lucrativos. Em seu argumento, o marketing está no mercado e o bem-estar social depende muito mais do sucesso das atividades empresariais do que de organizações sem fins lucrativos (LUCK, 1969).

Segundo Schwartz (1971), o marketing social pode ser visto como uma forma de planejamento de programas em grande escala, cuja finalidade é influenciar o comportamento voluntário de determinado segmento de indivíduos, a fim de atingir um objetivo de caráter social em vez de um financeiro (SCHWARTZ, 1971).

Para Kotler e Lee (2008), o marketing social pode ser compreendido:

como o uso de princípios e técnicas do marketing para influenciar um público voluntariamente a aceitar, rejeitar, modificar ou abandonar um comportamento em benefício de indivíduos, grupos ou da sociedade como um todo (KOTLER; LEE, 2008, p. 207).

Na concepção de Vaz (1995), o marketing social é a modalidade de ação mercadológica institucional que tem como objetivo principal atenuar ou eliminar os problemas sociais e as carências da sociedade relacionadas, principalmente, às questões de higiene e saúde pública, de trabalho, educação, habitação, transportes e nutrição.

Para Kotler e Roberto (1989, p. 25), o marketing social deve ser entendido como “estratégias para alterar o comportamento público”. Os autores apontam a noção de marketing social como a "utilização de todas as ferramentas do marketing, visando promover uma mudança de comportamento”. Nesta perspectiva, o marketing social é entendido como uma estratégia de mudança do comportamento:

ele combina os melhores elementos das abordagens tradicionais da mudança social num esquema integrado de planejamento e ação e aproveita os avanços na tecnologia das comunicações e na capacidade de marketing (KOTLER, 1998, p. 25).

Nessa mesma direção, Schiavo e Fontes (1997) reconhecem o marketing social como a gestão estratégica do processo de mudança social a partir da adoção de novos comportamentos, atitudes e práticas, nos âmbitos individual e coletivo, orientada por princípios éticos, fundamentada nos direitos humanos e na equidade social.

Para Dawson (1971) existe um paradoxo, pois o marketing é parte do problema e pode ser a solução para os problemas sociais. Desta forma, o marketing deve ser visto como um processo sistêmico societal e não como elemento operacional de negócios (DAWSON, 1971). Seguindo essa linha, Sweeney (1972) argumenta que, ao se tratar o marketing como tecnologia, ele é estudado como um fenômeno unidirecional, enquanto na verdade deve ser um processo societal que evolui com a sociedade para resolver necessidades da mesma em troca de valores de consumo. Em contraponto às visões anteriores, Takas (1974) expõe a visão de um prático e afirma que as empresas não podem tratar os benefícios sociais da maneira que propõe autores como Dawson (1971) e Sweeney (1972), pois o lucro é que comanda as regras do jogo empresarial e não as questões sociais. Para ele, as mudanças são fruto de

pressões regulatórias, governamentais ou sociais e nunca atitudes proativas das empresas.

Segundo Takas (1974), o marketing societal é um conceito mais amplo e procura atender aos interesses de toda sociedade. Assim, os negócios não devem apenas avaliar o lucro de suas ações, mas também seus efeitos na sociedade.

Nota-se que diante do que foi destacado, no âmbito empresarial, o marketing é uma filosofia de negócios; portanto, seu objetivo final é o lucro. No entanto, nas organizações sem fins lucrativos ou nos governos pode-se fazer uso das estratégias e princípios do marketing para obter êxito. Esse é o caso do marketing social, visto que a organização não objetiva o lucro, mas sim a promoção do bem-estar social.

Assim, o uso do marketing visa alcançar a eficácia de seus propósitos. Por outro lado, embora o objetivo principal das empresas seja o lucro, o desenvolvimento de ações de apoio a causas sociais pode ser uma de suas preocupações, visto que as questões sociais são um importante mecanismo de desenvolvimento e de transformação da sociedade e, em função disso, podem promover o reconhecimento de determinada marca, tornando-a preferida dos consumidores.

2.1.2 Marketing social: conceituação e aplicabilidade

Para se definir o que é marketing social, mesmo na atualidade existem, ainda, divergências em relação aos conceitos atribuídos ao marketing. Por vezes as diferenças entre marketing social, macromarketing, marketing societal e responsabilidade social corporativa (CSR) não parecem clara aos acadêmicos. Dessa forma presume-se que, na prática, essa dificuldade deva ser igual ou ainda maior que na academia (LUCK, 1969).

Entende-se por marketing social o uso das técnicas e ações de marketing por programas que visam influenciar o comportamento voluntário dos indivíduos para seu bem-estar e bem-estar da sociedade da qual é parte integrante (ANDREASEN, 1994).

Já o marketing societal transcende o objetivo do lucro das empresas, já que este conceito vê o bem-estar da sociedade como o objetivo a ser perseguido pelas corporações. Assim, os fatores societais devem ser considerados mesmo sem regulamentação porque é a coisa certa a ser feita (GASKI, 1985).

O macromarketing, por sua vez, é o estudo dos dados e informações dos sistemas agregados de marketing. Os normativos desse campo são valores sociais, objetivos e programas e sua implementação ocorre através de programas de regulação pública (BARTELS; JENKINS, 1977).

Para Ackerman (1975), a Responsabilidade Social Corporativa (RSC) tem três atividades principais: monitorar e avaliar as condições ambientais; atender às demandas dos *stakeholders* e desenvolver e implementar programas para otimizar os impactos positivos da empresa. Em uma definição mais moderna, Aguinis (2011) define a RSC como políticas e ações organizacionais que levam em conta as expectativas dos *stakeholders* nos âmbitos econômico, social e ambiental.

Sendo assim, pode-se entender que a RSC diferencia-se do marketing social sob o ponto de vista de quem o utiliza, pois a primeira é usada por empresas com fins lucrativos, enquanto o segundo por organizações não empresariais.

O marketing social mostra-se um campo promissor no ramo das pesquisas de relações entre marketing e sociedade, por possuir uma infraestrutura de publicação em fase de consolidação e um número cada vez maior de institutos de pesquisa e conferências interessados pelo tema. Existe uma tendência de legitimação e emergência de publicações acerca do tema, principalmente no que tange à ativação de políticas públicas. Dessa forma, o marketing social pode ser visto como uma oportunidade para pesquisadores que queiram direcionar seus estudos às questões que envolvem o marketing e a sociedade.

2.2 As campanhas de Marketing Social

Para Kotler e Roberto (1989), o Estado, em sua responsabilidade de zelar pelo bem-estar social dos indivíduos, recorre às estratégias do marketing social. Dentre elas,

destacam-se as campanhas governamentais que têm como objetivo influenciar os comportamentos específicos da população.

Na visão de Castro e Santos (2014), as campanhas de marketing social são desenvolvidas com o intuito de influenciar os comportamentos da população em prol de um determinado objetivo comum. As mesmas utilizam discursos que podem ter enfoques positivos ou negativos, divulgados através dos meios de comunicação com objetivo de conscientizar, reforçar, alterar ou rejeitar o comportamento de um grupo.

Para Duailibi, Pinsky e Laranjeira (2007), grande parte dessas campanhas objetiva abordar situações de problemas sociais. Na intenção de minimizar, evitar ou sanar problemas sociais, o ponto comum entre todas essas campanhas, destaca-se as de doação de sangue, doação de órgãos, de combate ao tabagismo, de não consumo de bebidas alcólicas ao conduzir veículos, de combate à dengue e ao uso de drogas, de vacinação infantil e em prol de comportamentos ecologicamente corretos.

Para esses autores ainda se pode destacar que na formação das campanhas são encontrados apelos de enfoque positivo - mostrar o testemunho de uma pessoa que se curou de uma enfermidade após um transplante - ou negativo - mostrar um acidente trágico de trânsito com vítimas, após dirigir alcoolizado. No apelo positivo, as campanhas são elaboradas com o intuito de promover a conscientização emocional, solidária e amorosa do indivíduo. Já o apelo negativo é caracterizado por ações que geram desequilíbrios afetivos ou cognitivos nos indivíduos, que causam impacto, fazendo com que o comportamento seja modificado a partir de um objetivo previamente definido (CASTRO; SANTOS, 2014).

Destaca-se que, mesmo com os avanços das mídias sociais, estas ainda são pouco utilizadas para as campanhas de marketing social. Nesse aspecto, Ang (2011) e Gregori e Baltar (2013) ressaltam que a capacidade dessas redes para disseminar uma informação de forma ampla e veloz é extensa, não devendo ser negligenciada. Ainda nesta linha, sua capilaridade pode contribuir significativamente para a indução do processo de mudança comportamental proposta pelo marketing social (ANDREASEN, 1994; KOTLER; ARMSTRONG, 2007).

Por outro lado, pode-se perceber que o Brasil vem alcançando avanços em relação à aceitação familiar de doação de órgãos. Em 2017, no período de janeiro a junho, o país alcançou um percentual de 58%, superando os países da América Latina. Na Argentina e no Uruguai esses percentuais são de 51% e 47%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2017). Nos últimos 10 anos, é possível identificar a evolução do processo de doação de órgãos: o número de transplantes realizados no Brasil cresceu 63,8%, passando de 14.175 procedimentos, em 2004, para 23.226 em 2014.

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO, 2015), no ano de 2015, no mês de setembro, foi lançada uma campanha para divulgar informações sobre a doação de órgãos. O objetivo dessa campanha era estimular as pessoas a conversarem sobre este tema em casa, ou seja, o indivíduo devia falar com a família sobre o seu desejo de fazer a doação de órgãos após a sua morte, ou mesmo em vida.

No dia 27 de setembro comemora-se o dia Nacional de Doação de Órgãos, justamente para lembrar que um transplante pode salvar vidas. Já no ano de 2015 foi realizada uma campanha com o seguinte slogan “Viver é uma grande conquista. Ajude mais pessoas a serem vencedoras”, com o objetivo de incentivar e conscientizar as famílias sobre a importância do transplante (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2015).

No ano de 2016, foi divulgada a Campanha Nacional de Doação de Órgãos no Espaço Casa Brasil, no Rio de Janeiro (RJ). O objetivo da ação era estimular a população a ser doadora de órgãos e fazer com que o país alcançasse, anualmente, a meta de 14,4 doadores por milhão da população. No local foram expostos painéis explicativos que esclareciam mitos e verdades sobre o tema. No evento deste ano, foi apresentado o balanço de junho a setembro: o número de órgãos transportados alcançou 28 corações, 21 fígados, 3 pulmões, 5 pâncreas e 4 rins, totalizando 61 órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2016).

Neste mesmo ano, foi criada a campanha setembro verde com o slogan, Doe órgãos, a vida continua!, com o objetivo de comemorar o dia nacional de doação de órgãos.

No Brasil, o slogan permaneceu iluminado de verde para chamar a atenção da população sobre a importância da doação. A intenção da campanha era, além de mobilizar a sociedade sobre a importância da doação de órgãos, fomentar a discussão para a criação de leis que amparassem o transplantado e seus familiares durante o processo da doação de órgãos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2017).

Mesmo com a evolução nas campanhas nos últimos 10 anos, ainda existe a insegurança da família e dos potenciais doadores, devido à dificuldade e à falta de compreensão de que, quando há a morte cerebral, não há reversão do quadro clínico, ou seja, não existe a possibilidade do ente voltar à vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2017).

2.3 Atitudes

A partir da literatura a respeito da atitude, identifica-se que o conceito percorre uma sucessão de definições no campo da psicologia. Para Sheth, Mittal e Newman (2001), a atitude é entendida como uma predisposição aprendida de responder favorável ou desfavoravelmente a um determinado objeto ou classe de objetos.

Segundo Sheth, Mittal e Newman (2001), a atitude pode ser composta por três componentes denominados cognitivo, afetivo e conativo. Na teoria do marketing esse modelo é conhecido como tripartite. A cognição, também chamada de crença, compreende o conhecimento de alguém em relação a um objeto; o afeto é o sentimento do indivíduo em relação a um objeto e a conação é a intenção do consumidor de comprar um produto específico, ou seja, as tendências comportamentais em relação ao objeto da atitude.

Quando falamos em atitudes e práticas, estamos enfatizando as constatações avaliadoras de uma pessoa ou grupo, favoráveis ou não, em relação a objetos, pessoas ou eventos, pressupondo os componentes cognitivos (opinião), afetivos (emocionais) e comportamentais (intenção de comportar-se) (NOMURA; SOUZA, 2004, p.50).

Nesse aspecto as crenças (componente cognitivo) e os sentimentos (componente afetivo) são fatores determinantes para a formação das atitudes, ou seja, “a avaliação geral de uma pessoa sobre um objeto de atitude é vista como determinada pelas crenças e/ou sentimentos da pessoa sobre o objeto da atitude (MOWEN; MINOR, 2003; PETER; OLSON, 2009).

Segundo Sulbarán (2009) há diversos modelos teóricos para verificar a formação de atitude de um indivíduo e identificar qual o impacto de diferentes fatores neste processo estando estes, em sua maioria, relacionados à psicologia.

Destes modelos, cinco se destacam: a Teoria Social Cognitiva; a Teoria da Ação Racional; a Teoria da Troca; o Modelo Expectativa-Valor e a Teoria da Ação Fundamentada (SCHIFFMAN; KANUK, 2000).

A Teoria Social Cognitiva associa-se ao modo pelo qual os indivíduos são capazes de apresentar um tipo de comportamento influenciado pelo processo de observação de normas sociais e de aprendizagem de habilidades específicas (SULBARÁN, 2009).

Segundo Sulbarán (2009), a Teoria da Ação Racional parte da estimativa de que determinado indivíduo efetua uma análise de maneira consciente das consequências de suas ações e comportamentos e, em vista disso, opta racionalmente por aquilo que mais deseja.

A Teoria da Troca, no que lhe concerne, representa o processo de troca não se estruturando apenas em função da compra e venda de determinado produto, mas, sim, da transferência de valor intangível, real ou simbólico (MOWEN; MINOR, 2003).

O Modelo Expectativa-Valor é um dos mais famosos modelos multiatributos: a atitude geral em relação ao objeto depende da intensidade das crenças associadas ao objeto e das avaliações de tais crenças (MOWEN; MINOR, 2003).

Por fim, segundo a Teoria da Ação Fundamentada, a intenção de desempenhar determinado comportamento pode ser compreendida como a variável que antecede imediatamente o comportamento real (MOWEN; MINOR, 2003; PETER; OLSON, 2009).

Quanto à propriedade, as atitudes são formadas pelas seguintes dimensões: valência, extremidade, resistência, persistência e confiança. A primeira busca avaliar se a

atitude é positiva, negativa ou neutra. A segunda refere-se ao grau ou intensidade do indivíduo gostar ou não de um determinado objeto. A terceira, resistência, refere-se ao “grau em que uma atitude é imune a mudanças” (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000, p. 242). A quarta diz respeito ao desgaste das atitudes com o passar do tempo. Já a quinta, confiança, ocorre quando um indivíduo crê que sua atitude é a correta e acaba sustentando-a

Nesse contexto, é possível identificar que os indivíduos que possuem um ente familiar querido, amigos ou pessoas de seu grupo de convívio envolvidas no processo de doação de órgãos, acabam vivenciando as dificuldades e os sofrimentos dos pacientes à espera de um transplante. Tais sentimentos podem influenciá-lo e até mesmo levá-lo a uma atitude positiva em relação a ser um potencial doador de órgãos (MENEZES, 2013).

O foco do marketing social é a mudança de comportamento e a melhora na qualidade de vida da sociedade. Dessa forma, compreender aspectos da formação da atitude colabora para a compreensão do comportamento e para a elaboração das campanhas publicitárias de marketing social que contribuem para o bem-estar social.

2.4 Aspectos motivacionais da doação de órgãos

Segundo Bergamini (1997, p. 92), “a motivação nasce no interior de cada um. A única coisa que se pode fazer para manter pessoas motivadas é conhecer suas necessidades e oferecer fatores de satisfação de tais necessidades”. A motivação inicia-se com um estímulo que impulsiona e faz com que a pessoa reconheça uma necessidade. Portanto, necessidade, desejos e sentimentos são variantes responsáveis pela motivação do indivíduo. O estímulo acontece internamente, quando surge uma necessidade do consumidor, ou externamente, quando acontece por meio de um anúncio ou propaganda, dentre outros (MENEZES, 2013).

Mowen e Minor (1998) definem a motivação como sendo um estado alterado de uma pessoa, o qual conduz a um comportamento voltado a um objetivo. Segundo os autores, este processo inicia-se com o surgimento de estímulos, tanto internos quanto externos, os quais incidem no reconhecimento de dada necessidade.

Para Mowen e Minor (1998), a necessidade compreende a variável fundamental no processo de motivação. Sua definição se dá pela diferença da percepção do estado ideal e o estado atual que aguça o comportamento de um sujeito.

Engel, Blackwell e Miniard (2000) ressaltam que os fatores relacionados à motivação atingem, delimitam e condicionam o comportamento dos indivíduos. Dentre estes, a necessidade é evidenciada como o fator que mais influi no comportamento.

Desta forma, o impulso para tal comportamento pode ser positivo ou negativo, racional ou emocional. As forças positivas, por exemplo, impulsionam o indivíduo a optar por determinado produto para satisfazer uma necessidade. Já as negativas são repulsivas procurando, assim, alternativas para a satisfação de suas necessidades. As motivações racionais possibilitam que o consumidor analise cada parte do produto e escolha aquele que mais garante utilidade. Em contrapartida, nas motivações emocionais, as avaliações consideram os critérios subjetivos (SCHIFFMAN; KANUK, 2000).

Bertolino Filho, nesta mesma corrente, enfatiza que a motivação pode ser entendida como consequência de uma necessidade não atendida e “sempre que o homem consegue a satisfação de uma necessidade, outra surge em substituição a ela” (Bertolino Filho, 2000, p. 43). Sendo assim, o processo motivacional apresenta um caráter cíclico.

De acordo com Engel, Blackwell e Miniard (2000), a motivação impacta no comportamento de tal forma que ativa uma necessidade e, como consequência, há a tomada de decisão em relação a um determinado aspecto. Para os autores, a motivação possui fundamentos que explicam o comportamento dos indivíduos, sendo eles: a necessidade, o envolvimento, o autoconceito, os valores e os afetos.

Calder, Roedder e Sternthal (1983), defendem a existência de duas motivações para o consumo: a motivação social e a motivação econômica ou objetiva. A motivação social para o consumo incentiva o consumo desenfreado e baseado na aprovação dos

colegas, enquanto a objetiva foca seu esforço em aspectos funcionais e econômicos de bens e serviços, como preço e garantias.

A motivação social para o consumo é vista positivamente relacionada à comunicação sobre o consumo entre os colegas e a alta exposição à mídia televisiva (MOSCHIS; CHURCHILL, 1978; CALDER; ROEDDER; STERNTHAL, 1983) e a alguns estilos de comunicação entre pais e filhos, conforme Moschis e Moore (1979). Por outro lado, a motivação racional ou objetiva é positivamente relacionada à comunicação familiar sobre o consumo, segundo Moschis e Churchill (1978), e cresce conforme a maturidade do adolescente. Além disso, ela é negativamente relacionada à alta exposição do adolescente à mídia televisiva, dentre outras.

A necessidade refere-se ao centro da motivação, determinada como a diferença percebida entre um estado ideal e o estado atual ativando, assim, determinado comportamento. Quando a diferença cresce, é ativado o impulso e quanto mais aumenta o impulso, mais rápido será o atendimento a necessidade (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

O nível de motivação é proporcional ao nível de envolvimento, sendo igual ao nível de benefício oferecido pelo objeto de consumo. Quanto maior for o envolvimento do indivíduo, maior será a motivação do consumidor em procurar informações para satisfazer a necessidade (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000; MENEZES, 2013).

Nesse sentido, destaca-se o envolvimento com a causa, que pode ser a doação de sangue ou de órgãos, por exemplo. Portanto, se o doador perceber benefício no ato de doar, é provável que se sinta mais motivado a concretizar a ação da doação (PEREIRA, 2015; REZENDE, 2015).

Solomon (2011) argumenta que algumas estratégias podem ser utilizadas para promover a maior motivação dos indivíduos em relação a determinado fenômeno, fazendo com que este atinja um grau de envolvimento desejado. Dentre elas, o autor destaca:

- utilizar estímulos novos, sendo música, cinematografia e ação rápida para captar a atenção nos comerciais;
- elaborar anúncios maiores, mais ilustrados e coloridos, com objetivo de chamar mais a atenção das pessoas. Deve-se incluir celebridades para gerar maior interesse nos anúncios;
- manter uma ligação com o público alvo oferecendo um relacionamento constante e duradouro.

Sobre os valores, esses podem ser pessoais ou sociais. Os sociais compreendem o comportamento comum de um grupo ou sociedade. Os valores pessoais referem-se ao comportamento normal de um indivíduo. Consideram-se os valores como a crença que o indivíduo possui sobre a vida e o comportamento aceitável. Portanto, esses valores pessoais devem ser considerados pelos profissionais de marketing ao oferecerem produtos e serviços (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000; MENEZES, 2013).

O autoconceito refere-se à força da motivação, pois o consumidor comporta-se de acordo com o seu eu. O indivíduo se auto conceitua com o eu real, ou seja, como se enxerga, o eu ideal, como gostaria de ser, o eu estendido, que se refere ao que ele possui ou usa e o eu em contexto, quando o indivíduo considera-se diferente em situações sociais diferentes (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

Portanto, conforme argumentam Sheth, Mittal e Newman (2001), os especialistas em marketing devem identificar o autoconceito do público de interesse para buscar estratégias que atendam às respectivas necessidades.

O afeto refere-se aos estados de sentimentos que são positivos ou negativos e que influenciam o comportamento do consumidor. As reações mais fortes podem ativar as respostas fisiológicas, como aumento da pressão, suor, boca seca, lágrimas, descarga de adrenalina ou frio na barriga (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

Dessa maneira, destacam-se alguns sentimentos que podem influenciar o ato de doação de sangue, como o medo, no caso de sentimento negativo (MENEZES, 2013; MENEZES; SOUSA, 2014).

2.5 Aspectos relacionados à abordagem familiar

O transplante de órgãos e tecidos é visto como esperança de vida nova e como uma opção para pacientes portadores de doença terminal. Constitui o resultado dos avanços de diversas áreas como a imunologia, a cirurgia, a tecnologia da terapia intensiva e a farmacologia, dentre outras. Entretanto, nota-se que os sistemas de transplantes são, atualmente, vítimas de seu próprio sucesso pois, à medida que as listas de espera alongam-se, a disponibilidade de órgãos permanece quase estabilizada acarretando, conseqüentemente, aumento de mortes nas filas à espera por um novo órgão (IMPÉRIO, 2007).

Para Silva *et al.* (2008, p. 8), “o transplante é uma modalidade terapêutica em que, o sucesso, na maioria das vezes, ao contrário das outras terapias, depende mais dos outros - e quase sempre de forma involuntária” - do que da vontade do doente e dos médicos, pois, sem um doador, não há possibilidade de realização de um transplante.

Nesse sentido, torna-se fundamental a divulgação e o fornecimento de informações claras e objetivas tanto para a população, quanto para os familiares de potenciais doadores de órgãos. Estas informações podem ser fornecidas por meio da educação, utilizando-se das diversas mídias, jornais e palestras em escolas e comunidades, considerando-se os diversos ambientes e tendo como finalidade favorecer a sociedade, o conhecimento e a clareza acerca do processo que envolve a doação e o transplante (SILVA, 2008).

Nessa perspectiva, os dados divulgados deveriam estar relacionados à escassez de órgãos, ao número de usuários e ao tempo de espera na fila, aos aspectos relacionados à morte encefálica, à importância do ato de doar para quem aguarda um novo órgão, ou seja, os pacientes, muitas vezes esperançosos e ansiosos à espera de um ato de carinho e solidariedade dos principais agentes responsáveis para a realização do transplante: os familiares (SADALA; 2001).

Com relação à escassez de órgãos para transplantes, Sadala (2001) a atribui tanto à desinformação da população quanto ao modo como o sistema de saúde está estruturado. Além disto, mostra que o panorama internacional é semelhante ao brasileiro ao referir que, na literatura de doações de órgãos aparecem questões consideradas universais: a negativa da família em consentir na doação de órgãos é citada como principal entrave na efetivação de transplante de órgãos. Ademais, os comportamentos dos familiares em relação à doação estão condicionados a questões culturais e psicológicas, com a tendência de familiares consentirem na doação quando bem orientados

a respeito do conceito de morte encefálica e da finalidade humanística de doar, o sucesso na captação de órgãos depende das habilidades comunicativas dos profissionais da saúde ao relacionarem-se com os familiares doadores (SADALA, 2001, p. 144).

Por outro lado, tem sido debatida qual a política mais adequada para a realização dos transplantes de órgãos: a que exige a possibilidade de doação, por parte do paciente ou de sua família, ou a que privilegia a chamada doação presumida (BRASIL, 2016).

Burocratas e tecnocratas no âmbito da saúde tentaram implantar, no Brasil, a chamada doação presumida, ou seja, o cidadão contrário à doação necessitava registrar a expressão “Não Doador de Órgãos e Tecidos” em algum documento de identificação (RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Logo, todo brasileiro que não registrasse essa negativa em vida era considerado um potencial doador. A doação presumida não encontrou respaldo na sociedade brasileira, evidenciada por meio do número de rejeições de doação de órgãos, demonstrado no documento de identidade dos indivíduos. A taxa de rejeição em função dessa medida chegou a até 97% da população. Segundo informações do Ministério da Saúde, 90% das famílias não autorizavam a retirada de órgãos de parentes em Morte Encefálica (ME) a partir da vigência da lei (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Posteriormente foi publicada a Medida Provisória nº 1.718, de 06 de outubro de 2001, tornando obrigatória a consulta familiar para a autorização de doação de todos os doadores presumidos, fato que já ocorria na prática. Desse modo, a Lei nº 10.211, alterou alguns dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, “sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e

tratamento". Pela nova regra, definiu-se o consentimento da família como forma de manifestação à doação: a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001).

A lei brasileira é clara e exige o consentimento da família para a retirada de órgãos e tecidos para transplante, ou seja, a doação é do tipo consentida. No Brasil, segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), “o índice de negativa de doação por não autorização familiar varia de 16,5% a 100%, sendo em torno de 40% no estado de São Paulo” (BACCHELLA; OLIVEIRA, 2006, p. 128).

Tal medida não se mostrou eficiente para a correção da deficiência da lei anterior, que se referia à manifestação da vontade e autonomia do indivíduo, pois, a família continuou decidindo frente à possibilidade de doação de órgãos e, não sendo bem esclarecida, há a negação (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Na visão de Roquette (2006, p.4):

[...] se por um lado a lei n. 10.211/01 avançou no sentido de retirar o monopólio do corpo *post mortem* das mãos do Estado, conforme preconizava a lei n. 9.434/97, esta não solucionou o problema da manifestação de vontade do indivíduo ao atribuir à família a prerrogativa de dispor sobre seu corpo *post mortem* (ROQUETTE, 2006, p. 4).

Se para uns a outorga do direito de disposição à família corresponde a um apelo de natureza solidária, ainda assim considera-se que a Lei nº 10.211/01 viola o direito à integridade em sentido imaterial ou moral da pessoa humana, ao desconsiderar o indivíduo como centro emanador de vontade sobre si mesmo, conforme princípio constitucional da liberdade individual, transferindo à sua família o direito de dispor sobre o corpo humano *post mortem* (ROQUETTE, 2006).

Tendo em vista a principal alteração introduzida pela Lei nº 10.211/2001, a qual institui que apenas os familiares devem decidir acerca da doação, ou não, dos órgãos do potencial doador, a abordagem familiar torna-se um dos critérios fundamentais para efetivar o processo de doação e transplante (VARGAS *et al.*, 2007).

Para tanto, o momento da abordagem familiar para tratar sobre a ME e a possibilidade de um transplante, requer um profissional comprometido e consciente do seu fazer. Isso exige que a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em que o profissional atua, esteja capacitada e ciente da sua responsabilidade e de suas atribuições para dar credibilidade e segurança à família. Tais considerações são fundamentais para favorecer maior segurança e aproximação da família, que está passando por um momento de luto e dor pela perda do familiar (VARGAS *et al.*, 2007).

Partindo do pressuposto de que a decisão da família em consentir na doação de órgãos é um critério indispensável à realização de transplantes, além da condição de ME, a etapa de aproximação entre profissionais da saúde e a família é um dos momentos mais difíceis. Dessa forma, tais profissionais precisam resgatar a sensibilidade para acolher a família, favorecendo sua compreensão acerca das condições de saúde do seu familiar proporcionando, assim, todos os esclarecimentos necessários para uma tomada de decisão frente à possibilidade de doação (VARGAS *et al.*, 2007).

Para Vargas *et al.* (2007, p. 4), “otimizar um processo de comunicação acerca da doação de órgãos à população é outro ponto facilitador”. Isso permite a troca de conhecimento entre as pessoas, facilita a compreensão sobre o assunto e promove a interação entre a comissão e os familiares no momento da abordagem. A entrevista familiar é um ponto fundamental no processo de doação de órgãos, porque envolve questões relacionadas à percepção e à avaliação das atitudes dos profissionais, pela família, sobre a forma como obtiveram informações acerca do estado clínico do ente querido, inclusive o entendimento sobre a ME (VARGAS *et al.*, 2007).

Os integrantes da CIHDOTT precisam garantir um bom entrosamento com a família e estabelecer um clima de confiança, acreditando no processo de doação e transplante, além de conhecer os aspectos que envolvem este processo, ter calma, flexibilidade, compreensão, habilidade e disponibilizar o tempo necessário para dialogar e viabilizar a doação. A partir da consideração desses aspectos, pode-se iniciar a abordagem da família. Esse processo requer o respeito aos sentimentos de luto enfrentado e uma

explicação que leve em consideração, também, o grau de entendimento e a capacitação para a tomada de decisão em doar ou não doar, o que requer a compreensão do contexto socioeconômico e cultural do provável doador e da sua família (VARGAS *et al.*, 2007).

Obter o conhecimento da percepção de familiares que recusaram a doação de um familiar com diagnóstico de ME poderá contribuir para a implementação e otimização de ações que favoreçam o processo de doação, como também contribuir para uma melhor assistência a essas famílias, evitando que tais fatores sejam obstáculos à doação (MORAES; MASSAROLO, 2008).

2.6 Teoria do Comportamento Planejado (TCP)

A Teoria do Comportamento Planejado - TCP (Theory of Planned Behavior) (TCP) - compõe um modelo teórico exposto por Icken Ajzen, em 1985, surgido de uma extensão da Teoria da Ação Fundamentada - TAF (FISHBEIN , AJZEN, 1975).

O objetivo do TCP é estudar e compreender o comportamento do indivíduo com base em algumas variáveis que o precedem como crenças, atitudes, normas e controle comportamental, dentre outras, que podem ser entendidas como variáveis influenciadoras da ação do indivíduo (GODIN, 1994).

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) objetiva prever e compreender determinado comportamento a partir de um conjunto reduzido de variáveis antecedentes (ARMITAGE e CHRISTIAN, 2003), possibilitando a previsão acurada das intenções comportamentais, a partir de um conjunto reduzido de variáveis anteriores - atitudes relativas ao comportamento, normas subjetivas e controle percebido do comportamento.

Segundo Ajzen (2002), a TCP é orientada por três tipos de crenças: comportamentais, normativas e de controle. Estas crenças podem ser caracterizadas da seguinte maneira: comportamentais são crenças adquiridas pelo indivíduo, originadas de resultados do comportamento e determinam atitudes desfavoráveis ou favoráveis do comportamento; crenças normativas são aquelas capazes de provocar expectativa

normativa de terceiros, ou seja, podem sofrer influências das pressões sociais percebidas pelo sujeito. Destaca-se que a crença normativa provoca “controle comportamental percebido” (CCP), que seria a dificuldade ou facilidade de uma pessoa de efetivar um comportamento. Já as crenças de controle conseguem ser absorvidas como aquelas que viabilizam ou não algum tipo de comportamento, por estarem mais ou menos sob o controle do indivíduo. (AJZEN, 1991; WANKEL, 1993; O'BRIEN COUSINS, 1999; RAMALHO, 2006; MATOS, 2008; FAGUNDES, 2013).

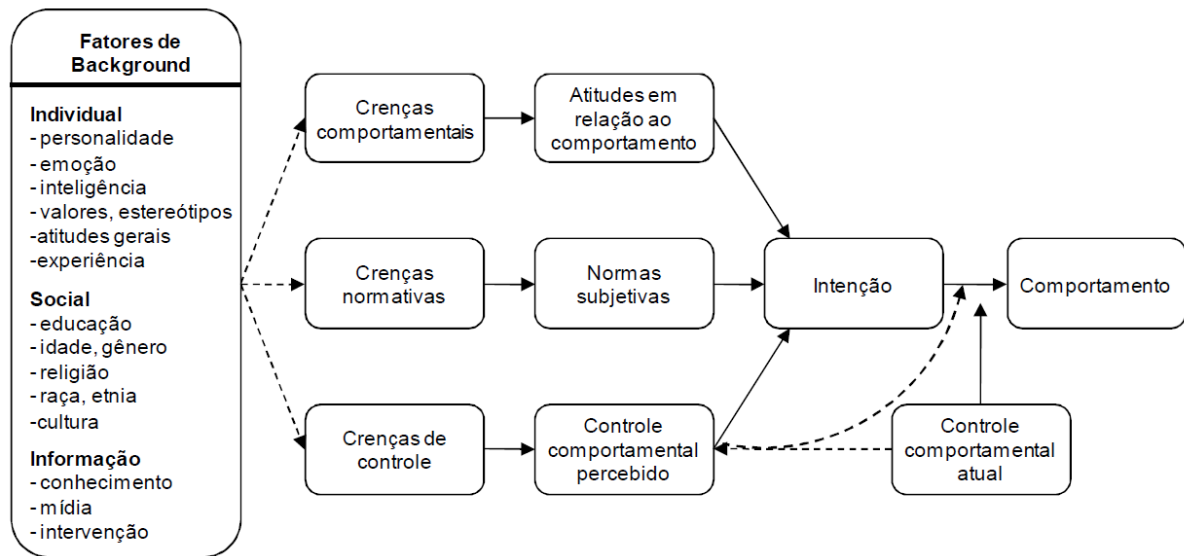
Fagundes (2013), destaca que essas três variáveis operam juntamente no processo de construção da intenção comportamental.

Para Ajzen e Fishbein (2005), o comportamento humano é capaz de ser examinado considerando-se quatro pressupostos básicos:

- I) a intenção como antecedente imediato do comportamento;
- II) a intenção como resultante da junção do Controle Comportamental Percebido (CCP), das normas subjetivas e da atitude em relação ao comportamento;
- III) os antecedentes destes determinantes são crenças de controle, crenças normativas e crenças comportamentais;
- IV) as crenças, estabelecidas em função dos fatores de background que, por sua vez, envolvem variáveis de informação, individuais e sociais.

O modelo da TCP apresentado anteriormente pode ser interpretado pela FIG. 1:

Figura 1 - Teoria do Controle Planejado



Fonte: Ajzen e Fishbein (2005, p.194) (Tradução nossa).

Diante do apresentado acima, é importante compreender nomologicamente os construtos e as relações que são representadas na FIG.1, tendo por base as proposições de alguns autores, (AJZEN, 1991; GODIN 1994; HAUSENBLAS, CARRON; MACK, 1997; WANKEL 1993; AJZEN; FISHBEIN, 2005; MATOS, 2008). Deste modo, as partes que compõem a TCP são:

- a) comportamento - concretização da intenção em ação;
- b) intenção de comportamento - representa o nível de esforço que deve ser utilizado para a realização de um comportamento;
- c) atitude - pré-disposição a algo. Em termos agregados, consiste na avaliação favorável ou desfavorável do comportamento em questão;
- d) norma subjetiva - sofre influência da forma como as pressões sociais são percebidas pelo indivíduo para que ele adote determinado comportamento;
- e) controle comportamental percebido - crença individual sobre o quanto é fácil ou difícil adotar um determinado comportamento.

Diante do exposto, é de extrema importância relatar que a TCP tem sido empregada para o desenvolvimento de modelos comportamentais, devido a sua declarada utilidade compreensiva e preditiva de comportamento em pesquisas acadêmicas. Dentre estas pesquisas evidenciam-se aquelas sobre o comportamento do

consumidor em relação ao consumo de medicamentos genéricos (RAMALHO, 2006), à intenção de utilizar preservativos (MATOS, 2008), à intenção em consumir produtos orgânicos (SAMPAIO, 2012), à intenção de ida e retorno ao estádio de futebol (FAGUNDES, 2013), de doar sangue (PEREIRA, 2015), à intenção de enganar, roubar e mentir (BECK; AJZEN, 1991), de consumir alimentos geneticamente modificados (SPARKS; SHEPHERD; FREWER, 1995), de violar normas de trânsito (PARKER et al., 1995), à intenção de consumir leite (RAATS; SHEPHERD; SPARKS, 1995) e intenções deliberadas de auto ferimento (O'CONNOR; ARMITAGE, 2003), além de aspectos motivacionais que podem influenciar comportamentos pessoais e sociais (SHEPHERD; MAGNUSSON; SJÖDÉN, 2005), dentre outros.

Importante registrar que não existe uma ligação já pré-definida de grau de importância, ou seja, nem sempre a norma subjetiva será mais importante do que a atitude, e vice-versa. A importância dos construtos de um dado comportamento só poderá ser definida após terem sido feitas as devidas análises.

2.7 Modelo teórico utilizado

O modelo teórico utilizado resulta da adaptação do modelo testado por Rezende (2015), a Teoria da Ação Fundamentada, ou TAF (TRA - Theory of Reasoned Action, FISHBEIN e AJZEN, 1975), que constitui uma abordagem dominante para modelar a influência das atitudes sobre o comportamento.

Em relação ao estudo proposto por Rezende (2015), identificou-se que os dados da amostra organizaram-se em 13 construtos distintos, sendo eles: comportamento socialmente aprendido; atitude em relação à doação de órgãos; intenção de doar órgãos; atuação do governo; apelo das campanhas; grupos de referência; campanhas de marketing social; normas subjetivas; motivação; atitude em relação ao tráfico de órgãos; crenças normativas; atitude em relação à doação de órgãos em vida e Informação.

A seguir serão apresentados os conceitos de cada um desses construtos, elaborados segundo Rezende (2015):

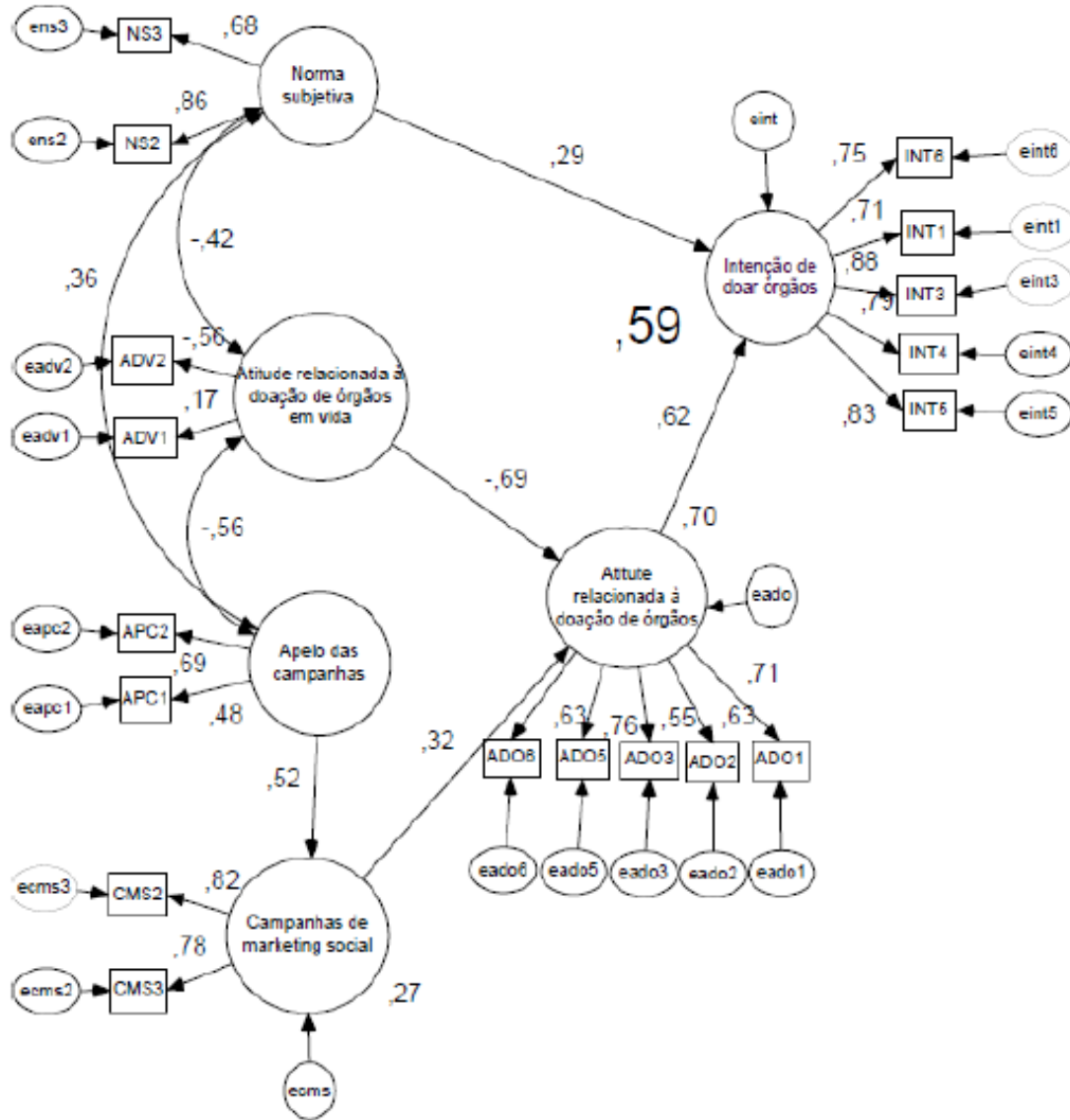
- 1) comportamento socialmente aprendido: parte do pressuposto de que o comportamento do indivíduo pode ser modificado de forma que ele assimile, aceite e compartilhe com seu grupo um determinado estímulo;
- 2) atitude em relação à doação de órgãos: afere se o indivíduo acredita que a doação de órgãos é importante para o próximo e para a sociedade como um todo;
- 3) intenção de doar órgãos: avalia em que medida o indivíduo acredita que doar órgãos pode salvar vidas e pode lhe causar orgulho pessoal;
- 4) atuação do governo: mede a percepção dos respondentes em relação à efetividade das campanhas governamentais destinadas a fomentar a doação e a trazer esclarecimento à população sobre os procedimentos necessários para tal;
- 5) apelo das campanhas: experimenta emoções positivas compaixão, felicidade, animação/contentamento, bondade, esperança, confiança com ampliação da satisfação em relação à vida. Já os apelos negativos envolvem culpa, vergonha, medo, raiva, tristeza e preocupação ou ansiedade, sendo conhecidos por causarem desconforto psíquico e gerarem desequilíbrio emocional;
- 6) grupos de referência: parte do pressuposto de que o comportamento dos indivíduos pode ser influenciado por pessoas ou por grupos de pessoas que apresentam padrões, regras e valores que determinam como as pessoas devem pensar e agir;
- 7) campanhas de marketing social: partem do pressuposto de que o marketing social, por meio de ações de cunho coletivo, pode alterar o comportamento das pessoas a fim de promover o bem-estar da sociedade;
- 8) normas subjetivas: indicam que o comportamento em relação à doação depende de princípios intrínsecos ao indivíduo, isto é, depende do mesmo acreditar que a doação é um dever de todo cidadão e uma obrigação moral;
- 9) motivação: avalia os elementos que levam as pessoas a se tornarem doadoras, tais como reconhecimento social observado a partir da divulgação da intenção de ser doador junto aos amigos e colegas de trabalho e escola.
- 10) atitude em relação ao tráfico de órgãos: aspectos relacionados à falta de segurança, descontentamento e a insatisfação com o país, ou seja, medo e a

incerteza de que o órgão realmente será destinado ao doador da lista de espera e a falta de segurança no processo de doação de órgãos;

- 11) crenças normativas: subjetivas, indicam que o comportamento em relação à doação depende de princípios intrínsecos ao indivíduo, isto é, depende do fato de ele acreditar que a doação é um dever de todo cidadão e uma obrigação moral;
- 12) atitude em relação à doação de órgãos em vida: aspectos relacionados ao ato de solidariedade e amor ao próximo;
- 13) informação: ausência de confirmação do diagnóstico de morte encefálica e o desencontro das informações transmitidas à família pela equipe do hospital, geram dúvidas sobre o assunto e a falta de esclarecimento sobre o processo de doação de órgãos.

Com base em Rezende (2015), os métodos utilizados para analisar os construtos apresentados acima foram: Alfa de Cronbach, Escore fatorial, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Teste de esfericidade de Bartlett, Nível de significância estatística (Sig), Variância extraída e Comunalidade (h^2), onde o modelo analítico final da intenção de doar órgãos é exposto pela FIG. 2

Figura 2: Modelo analítico final da intenção de doar órgãos



FONTE: Elaborado pela autora, com base em Rezende (2015)

3 METODOLOGIA

Neste capítulo são apresentados os aspectos metodológicos do estudo, como a abordagem, o tipo de pesquisa, unidade de análise e os sujeitos, bem como as técnicas de coleta e análise de dados.

3.1 Tipo de pesquisa quanto aos fins

A pesquisa proposta é de caráter descritivo. Segundo Gil (2008), este tipo de pesquisa preocupa-se em observar, registrar e analisar especificidades de uma determinada população ou fenômeno ou suas variáveis. Para Denzin e Lincoln (2006), Silva e Minciotti (2008), a pesquisa descritiva tem como objetivo coletar dados para explicar as atitudes, crenças e valores de uma população, levando em consideração as experiências vivenciadas, a fim de descrever uma dada realidade.

Portanto, um estudo de caráter descritivo, segundo Cervo, Bervian e Silva (2007), utiliza a observação, análise e registro de alguns fenômenos sem a intenção de intervir nos mesmos, buscando verificar sua ocorrência, motivação e regularidade. Sendo assim, será investigado o processo de doação de órgãos, sendo percebido por doadores declarados e se estes promovem o engajamento a favor da causa.

Assim, a presente pesquisa identifica-se como descritiva, pois compromete retratar e analisar os importantes motivos que influenciam na intenção de doar órgãos em indivíduos doadores, declarados, não doadores e potenciais doadores e seus familiares residentes no estado de Minas Gerais.

Na próxima seção, mostra-se a pesquisa quanto à abordagem de acordo com a população envolvida na pesquisa.

3.2 Tipo de pesquisa quanto à abordagem

Quanto à abordagem, esta será de caráter quantitativo pois, de acordo com Fonseca *et al.* (2007), os métodos estatísticos fundamentam as análises desse gênero de pesquisa.

Os estudos de abordagem quantitativa apresentam características dedutivas para comprovação, interpretação, teste de teorias, predição e teste de hipóteses, com a finalidade de medir e analisar as relações causais entre as variáveis analisadas (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

Malhotra (2006) mostra que o método quantitativo busca evidências conclusivas, fundamentadas em amostras e análises estatísticas, com o objetivo de recomendar uma ação final. Para Gil (2008) a pesquisa quantitativa procura identificar conteúdos comuns dentre uma vasta quantidade de dados.

Segundo Malhotra (2006), determina-se que a presente pesquisa evidencia abordagem quantitativa por fazer uso de análises de quantificação, tanto para a coleta de dados quanto para o tratamento dos mesmos por meio de técnicas estatísticas como análise univariada e multivariada. Sendo assim, o objetivo principal é compreender a ocorrência das possíveis variáveis de influência no processo de doação.

Na próxima seção, apresenta-se a pesquisa quanto aos meios, de acordo com a população envolvida na pesquisa.

3.3 Tipo de pesquisa quanto aos meios

Quanto aos meios, esta pesquisa caracteriza-se como estudo de campo, uma vez que busca analisar uma realidade específica da população em seu ambiente natural (GIL, 2008). Segundo Gil, (2008) esse modelo de estudo possibilita ao pesquisador realizar a pesquisa diretamente com o indivíduo do qual se deseja analisar o comportamento, ou seja, esta pesquisa objetiva pesquisar aspectos relacionados à doação de órgãos em seu ambiente natural.

Segundo Vergara (2010), o estudo de campo utiliza entrevistas, testes, questionários e observações dos participantes como forma de se coletar os dados em seu ambiente natural.

Para Gil (2008) uma pesquisa de campo divide-se em duas categorias: levantamento de campo, planejamento prévio do local onde será realizado o estudo e pesquisa de campo, realização do processo de pesquisa.

Diante do exposto, a unidade de análise do presente estudo compreende o ato de doar órgãos. Para o estudo, os sujeitos da pesquisa serão indivíduos diretamente envolvidos no processo de doação de órgãos que, voluntariamente, aceitaram participar desta pesquisa, assim como orientado por Collis e Hussey (2005).

Na próxima seção, identifica-se o tamanho da amostragem de acordo com a população envolvida na pesquisa.

3.4 População e amostra

Segundo Hair Jr. *et al.* (2009), a população pode ser definida pelo total de determinados elementos que compartilham um mesmo conjunto de características. Portanto, uma população pode ter como elementos integrantes indivíduos e organizações, dentre outros. Tendo por base esse propósito, a população deste estudo compreende indivíduos, com idades superiores a 16 anos, favoráveis ou não ao processo de doação de órgãos, sejam eles doadores, não doadores ou potenciais doadores de órgãos.

Uma amostra, por sua vez, consiste em um subconjunto extraído da população por meio da aplicação de métodos amostrais probabilísticos ou não probabilísticos (MALHOTRA, 2012).

Em relação ao tamanho da amostra, a pesquisa foi composta por 713 respondentes, dos quais 101 não finalizaram o preenchimento do questionário, totalizando 612 questionários devidamente preenchidos. Como critério de exclusão, todos os respondentes deveriam declarar possuírem idades entre 16 a 61 anos.

Segundo Malhotra (2006), a amostragem por acessibilidade ou por conveniência não utiliza procedimento estatístico já que o pesquisador utiliza este método selecionando

elementos a que tem maior facilidade de acesso, não requerendo elevado nível de precisão.

Para esta pesquisa, os sujeitos foram indivíduos escolhidos por acessibilidade, que, após serem informados sobre os propósitos e a metodologia do estudo, decidiram participar (VERGARA, 2010).

Para Baldin e Munhoz (2011), a *snowball* compreende uma metodologia não probabilística, pela qual os indivíduos que participaram inicialmente da pesquisa indicam novos participantes, e assim sucessivamente, até chegar ao ponto de saturação que, para este estudo, foi de 612 respondentes.

O questionário da pesquisa foi aplicado no formato *online*. Para a versão eletrônica o questionário foi desenvolvido por meio de um programa denominado Survey Monkey, um software de questionário e ferramenta de pesquisa *online*. Com esta ferramenta é possível criar e publicar questionários *online* e exibir os resultados em forma gráfica e em tempo real.

Survey Monkey foi selecionado pela simplicidade de acesso e utilização (Ferreira, (2005), posto que os pesquisados obtêm a informação via *e-mail*-convite, um *link* que carrega uma janela que direciona o usuário às perguntas. Ao final basta o usuário concluir o questionário para finalizá-lo.

3.5 Coleta de Dados

Foi aplicado um questionário estruturado, constituído por 24 questões, sendo uma delas dividida em 52 alternativas em escala Likert de sete pontos, representando as seguintes classificações: (1) Discorda totalmente; (2) Discorda muito; (3) Discorda parcialmente; (4) Neutro - não tem opinião; (5) Concorda parcialmente; (6) Concorda muito; (7) Concorda totalmente. O questionário foi proposto por Rezende (2015) e aplicado integralmente nesta pesquisa (Apêndice A).

As cinquenta e duas variáveis apresentadas nesta etapa foram divididas em treze construtos conforme apresentado no Quadro 1:

Quadro 1- Construtos, indicadores e variáveis do questionário

Construto	Indicador	Variável
Comportamento socialmente aprendido	CSA1	Busco convencer outras pessoas a serem doadores de órgãos.
	CSA2	Converso com meus amigos a respeito de doação de órgãos.
	CSA3	Tenho amigos que são doadores de órgãos.
	CSA4	Meus amigos me influenciaram a ser um doador de órgãos.
	CSA5	Busco influenciar pessoas do meu ambiente de trabalho/escola a doar órgãos.
	CSA6	Na minha família, todos são doadores de órgãos.
	CSA7	Converso a respeito da doação de órgãos com meus familiares.
	CSA8	Sou doador declarado de órgãos.
Atitude em relação à doação de órgãos	ADO1	Eu considero a doação de órgãos importante.
	ADO2	Acho importante para a sociedade o ato de doar órgãos.
	ADO3	Doar órgãos é um ato de solidariedade.
	ADO4	Doar órgãos é um ato de amor ao próximo.
	ADO5	Acho importantes as campanhas governamentais a respeito da doação de órgãos.
	ADO6	Doar órgãos é importante porque salva vidas.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Rezende (2015)

Quadro 1- Construtos, indicadores e variáveis do questionário

(Continua)

Construto	Indicador	Variável
Intenção de doar órgãos	INT1	Fico satisfeito em pensar que posso salvar uma vida mesmo após minha morte.
	INT2	Saber que um órgão de um parente salvou uma vida pode atenuar o sentimento de perda da família.
	INT4	Ser um doador de órgãos me deixa orgulhoso.
	INT5	Gostaria que minha família doasse meus órgãos.
	INT6	Autorizaria a doação de órgãos de parentes.
	INT7	Doar órgão é uma forma de se manter vivo em outras pessoas.
Atuação do governo	ATG1	As campanhas do governo me influenciaram a ser um doador.
	ATG2	As campanhas governamentais a respeito da doação de órgãos são eficazes.
	ATG3	O governo se preocupa com o bem-estar da população, por isso, que realiza campanhas de doação de órgãos.
	ATG4	A sociedade é bem informada sobre o processo de doação de órgãos.
	ATG5	O governo esclarece a população sobre a importância da doação de órgãos.
Apelo as campanhas	APC1	As campanhas de doação de órgãos mostrando o lado trágico com a imagem de pessoas doentes ou acidentadas sensibilizam mais as pessoas.
	APC2	Independente do apelo da campanha de doação de órgãos seja trágico ou não, estas promovem a doação de órgãos e contribuem para aumentar a quantidade de doadores.
Grupos de referência	GR1	No meu ambiente profissional/escolar são realizadas campanhas de doação de órgãos.
	GR2	Meu trabalho/escola incentiva a doação de órgãos.
	GR3	Conscientizei-me a respeito da doação de órgão por causa do meu ambiente de trabalho/escola.
	GR4	Indivíduos do meu grupo familiar já precisaram de doação de órgãos.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Rezende (2015).

Quadro 1 - Construtos, indicadores e variáveis do questionário

(Continuação)

Construto	Indicador	Variável
Campanhas de marketing social	CMS1	As campanhas com maior periodicidade incentivam a doação de órgãos.
	CMS2	As campanhas de promoção da doação de órgãos sensibilizariam mais a população se apresentassem testemunhos de pessoas que se curaram depois de transplantarem órgãos.
	CMS3	As campanhas de promoção da doação de órgãos sensibilizariam mais a população se apresentassem testemunhos de pessoas que são doadoras de órgãos.
Normas subjetivas	NS1	Doar órgãos é um ato de cidadania.
	NS2	Doar órgãos é um dever de todo cidadão.
Motivação	NS3	Doar órgãos é uma obrigação moral.
	MO1	Doadores de órgãos gostam de ser reconhecidos socialmente.
	MO2	Doadores de órgãos gostam que seus colegas de trabalho/escola saibam quando eles doam órgãos.
	MO3	Doar órgãos é importante porque um dia posso precisar.
	MO4	Recompensas financeiras motivariam as pessoas a doarem órgãos
Atitude em relação ao tráfico de órgãos	ATO1	O tráfico de órgãos é algo corrente na sociedade.
	ATO2	O tráfico de órgãos é um assunto de responsabilidade exclusiva do governo.
	ATO3	Todas as pessoas deveriam se unir contra o tráfico de órgãos.
	ATO4	O tráfico de órgãos é um problema que a maioria da população desconhece.
Crenças normativas	CN1	Minha religião é a favor da doação de órgãos.
	CN2	Minha religião incentiva a doação de órgãos.
Atitude em relação à doação de órgãos em vida	ADV1	Tenho medo de doar órgãos em vida.
	ADV2	Doaria um órgão em vida caso uma pessoa querida necessitasse.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Rezende (2015).

Quadro 1 - Construtos, indicadores e variáveis do questionário
(Conclusão)

Construto	Indicador	Variável
Informação	INF1	Sou esclarecido sobre o processo de doação de órgãos.
	INF2	Os hospitais esclarecem a família no momento do falecimento de um ente sobre o processo de doação de órgãos.

Na sequência apresentam-se as técnicas de análise dos dados utilizadas neste estudo.

3.6 Análise dos dados

Nesta seção apresentaremos os procedimentos de análise de dados utilizados para condução do trabalho. Em virtude da necessidade de compatibilizar o propósito desta pesquisa e as técnicas estatísticas pertinentes, optou-se por descrever os objetivos específicos elencados no capítulo 1, seção 1.1 e, a partir deles, delimitar as análises adequadas ao seu alcance.

Optou-se, também, por apresentar, neste momento, as considerações gerais sobre os procedimentos estatísticos realizados de modo que os pormenores a respeito dos métodos e dos parâmetros adotados fossem apresentados ao longo do capítulo sobre análise e apresentação de dados. O objetivo desta estruturação é garantir que todas as explicações sejam dadas no momento da apresentação dos resultados de modo que o leitor acompanhe, passo a passo, todos os procedimentos realizados e seu embasamento.

O primeiro objetivo específico proposto foi testar a escala de avaliação de doação de órgãos proposta por Rezende (2015). Para respondê-lo, inicialmente, realizaremos a análise descritiva dos dados, com avaliação de medidas ligadas à tendência central, a variabilidade e a normalidade. Em seguida, aplicou-se a técnica multivariada de análise fatorial que, de acordo com Field (2009, p. 554), permite conhecer a estrutura de variáveis latentes “pela redução de um conjunto de dados a partir de um grupo de variáveis inter-relacionadas em um conjunto menor” (Field, 2009, p. 554). A partir da

análise fatorial, portanto, estabeleceram-se as dimensões inerentes à doação de órgãos pertinentes.

O segundo objetivo estabelecido foi identificar e descrever a percepção dos pesquisados a respeito dos construtos de doação de órgãos. Para respondê-lo, realizou-se uma análise descritiva dos fatores de doação de órgãos detectados na análise fatorial. Avaliaram-se medidas de tendência central e de variabilidade que puderam explicitar o posicionamento dos pesquisados sobre as dimensões consideradas.

O terceiro objetivo definido foi identificar quais construtos da doação de órgãos mostram-se mais importantes quando manifestados na intenção de doar órgãos ou aumentam suas chances do desejo de ser um indivíduo se tornar doador de órgãos. Para o alcance desse objetivo realizou-se uma análise de regressão logística que “é uma regressão múltipla, mas com uma variável dependente de saída categórica [que permite] prever qual de duas categorias é provável que uma pessoa pertença dado certas informações” (FIELD, 2009, p. 221). A escolha desta técnica assenta-se no fato de que a mesma identifica quais dimensões aumentam a chance de um indivíduo ser doador de órgão. Além disso, ela é robusta e evita a violação dos pressupostos de normalidade e de igualdade das matrizes de variância-covariância. Para os dados desta pesquisa, nenhum dos citados pressupostos foi atendido¹.

Por fim, o quarto objetivo foi identificar diferenças nos escores dos fatores de doação de órgãos em relação aos dados demográficos e ocupacionais. Para respondê-lo realizamos testes de tendência central não paramétricos, de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. As referidas técnicas comparam o centro de localização (posto de média) de duas (Mann-Whitney) ou mais de duas (Kruskal-Wallis) amostras como forma de detectar diferenças entre as populações avaliadas (PESTANA; GAGUEIRO, 2000). A escolha destas técnicas justifica-se pelo fato de que as variáveis de pesquisa não têm distribuição normal.

¹ Testes de normalidade de Shapiro Wilk foram realizados e indicaram que nenhuma das variáveis avaliadas nesta pesquisa segue distribuição normal (valor $p < 0,001$ para todas as dimensões). Teste M de Box foi realizado e indicou inexistência de igualdade das matrizes de variância-covariância, dado que valor $p < 0,000$. Considerando tais violações, a regressão logística mostra-se a técnica estatística mais adequada para o estudo em questão de acordo com Hair Jr. *et al.* (2005).

Ainda em relação ao teste Kruskal-Wallis, uma vez encontradas diferenças significativas em pelo menos dois grupos, realizou-se teste *post hoc* para identificar quais categorias diferem entre si. Tal teste é descrito por Siegel e Castellan (1998) e

envolve tomar a diferença entre as médias dos postos dos diferentes grupos comparada com o valor z (corrigido para o número de comparações sendo feitas) e uma constante baseada no tamanho amostral total e as dos tamanhos amostrais dos dois grupos sendo comparados (FIELD, 2009, p. 498-9).

Essa desigualdade é denominada diferença crítica e seu cálculo é realizado a partir da fórmula apresentada adiante. Se o lado esquerdo for maior do que o direito, conclui-se que há diferenças significativas entre os grupos e aquele que possui maior posto de média é também o que possui maior escore, em tendência central, da variável de estudo.

$$\text{Diferença crítica: } |\bar{R}_u - \bar{R}_v| \geq Z_{\alpha/k(k-1)} \sqrt{\left(\frac{N(N+1)}{12}\right) \left(\frac{1}{n_u} + \frac{1}{n_v}\right)}$$

Em que:

$|\bar{R}_u - \bar{R}_v|$ = módulo da diferença entre a média dos postos dos dois grupos sendo comparados

N = tamanho total da amostra

n_u = número de pessoas no primeiro grupo sendo comparado

n_v = número de pessoas no segundo grupo sendo comparado

k = número de grupos

α = nível de significância no teste

Por fim, cumpre indicar que a análise de dados foi realizada com utilização do software estatístico SPSS (versão 22.0.0).

4 AMBIÊNCIA DO ESTUDO

Este capítulo aborda a história da doação de órgãos e tecidos, o cenário da doação de órgãos em Minas Gerais e o sistema logístico da doação de órgãos.

4.1 Doação de órgãos e tecidos para transplante: história

A história do transplante de órgãos evidencia-se através da lenda de São Cosme e São Damião², que exerciam a medicina por compaixão (NOTHEN, 2005) e de fatos verídicos a respeito de procedimentos de substituição de um órgão doente por um saudável (VARELLA, 2009). Neste sentido, Nothen (2005) cita a lenda a respeito do milagre que os santos realizaram, quando substituíram a perna gangrenada de um cristão pela perna de um cadáver africano morto em um combate.

A princípio, o corpo humano não era particularmente receptivo aos órgãos e tecidos estranhos, ou seja, quando um órgão era transplantado para o receptor, o sistema imune do organismo, constantemente em guarda contra qualquer vírus, bactéria ou corpo estranho potencialmente perigoso, reconhecia este órgão ou tecido transplantado como estranho e os atacava, num processo conhecido como rejeição (SMELTZER; BARE, 2005; VARELLA, 2009).

Em face de tal processo, no ano de 1954, em Boston, o cirurgião Joseph E. Murray, identificou que a semelhança genética impedia a imunossupressão, quer dizer, supressão artificial da resposta imunológica, na maioria das vezes com a utilização de drogas para que o corpo não rejeitasse um transplante e, portanto, não aconteceria problema de rejeição. Esse fato ocorria somente quando o doador e o receptor fossem gêmeos univitelinos, isto é, gerados em uma única placenta, possuindo a mesma carga genética. Assim realizou-se, nesse período, o primeiro transplante de rim com êxito entre gêmeos idênticos (NOTHEN, 2005). Nesse mesmo ano foi realizado o primeiro transplante de rim nos Estados Unidos (MARINHO, 2006).

No século XX, Carrel (1963) desenvolveu a técnica de anastomose vascular (ligamento entre artérias, veias e nervos), procedimento que possibilitou a ideia de

² São Cosme e São Damião: refere-se aos gêmeos santos, médicos que possuíam uma grande reputação por exercerem a medicina por caridade. Viveram entre os séculos III e IV (NOTHEN, 2005).

transplantar órgãos humanos. Kallás (1999), destaca que o método da anastomose vascular tornou-se uma das mais relevantes técnicas na medicina contemporânea posto que, mediante esse procedimento, atingiu-se o restabelecimento vascular, revascularizações e transplantes (REZENDE, 2015).

Em 1960, ocorreu um grande avanço nas técnicas de transplantes renais, em virtude do uso dos fármacos azatioprina e corticoide. A azatioprina constitui uma medicação antimetabólica imunossupressora, aplicada isolada ou concomitantemente a outros fármacos, como corticosteroides, na busca de resultados imunológicos, sendo a administração do medicamento sugerida para pacientes submetidos a transplantação de órgãos (BRASIL, 2016).

Já em 1978, surge uma droga revolucionária, a ciclosporina, medicamento imunossupressor utilizado para eliminar as reações imunológicas que propiciam a rejeição de órgãos transplantados (BRASIL, 2016). Para Nothen (2005), o uso do fármaco ciclosporina, somado às novas técnicas de preservação dos órgãos transplantados nos anos 80, gerou avanços na transplantação de órgãos, permitindo o surgimento do arcabouço teórico e empírico para a adequada operacionalização do processo de doação e transplantes de órgãos na contemporaneidade.

No Brasil os transplantes de órgãos tiveram seu início na década de 1960. O primeiro procedimento foi um transplante renal, realizado em 1965, no Hospital das Clínicas, em São Paulo (MARINHO, 2006; BACCHELA; OLIVEIRA, 2006).

Durante a trajetória dos transplantes de órgãos e tecidos, um limitador foi a sua rejeição, a qual pode ser mediada por reação celular ou humoral e pelo uso de drogas imunossupressoras. Apesar da intenção de controlar a rejeição por meio do uso de imunossupressores não existe, inicialmente, a garantia de sucesso (ASSIS, 2007).

Assim, em princípio, as maiores dificuldades e preocupações ocorriam devido à rejeição e aos aspectos que englobavam a utilização de drogas imunossupressoras. Consideram-se, também, outros fatores desencadeantes que dificultam e, até mesmo, retardam o seguimento do processo e a possível obtenção de sucesso desejado.

Dentre esses fatores que envolvem o processo de doação e transplante, destaca-se a dificuldade e a preocupação em realizar um diagnóstico seguro e efetivo de Morte Encefálica - ME e os dilemas éticos e morais enfrentados pelas famílias de doadores, possivelmente por sua insegurança devido ao desconhecimento sobre a ME. Registre-se que tal dilema pode ser reconhecido, na maioria da população, até hoje. Outros fatores importantes são o alto índice de negativa familiar para doação de órgãos, a inexistência de uma política adequada de transplantes no Brasil e a pouca efetividade da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT, dentre outros (ASSIS, 2007).

Para compreender a morte encefálica - ME, é necessário conhecer os conceitos de morte do tronco encefálico e de morte cerebral - MC. Na morte cerebral, algumas partes ou todo o tronco encefálico, incluindo o mesencéfalo, ponte ou bulbo e o cerebelo, podem estar funcionando, sendo conhecida essa condição como síndrome apálica, estado vegetativo persistente ou morte neocortical. Já a morte do tronco encefálico define-se de acordo com o seguinte conceito clínico: um paciente irreversivelmente inconsciente, com apneia e perda irreversíveis dos reflexos do tronco encefálico (QUINTELA, 2006).

O conceito de ME, passou a ser conhecido em meados de 1960, por meio dos progressos proporcionados nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), ao prover a capacidade de manutenção e suporte das funções do organismo por um período de tempo considerável, a despeito de um encéfalo que não funcionasse. Entretanto, com o recrudescimento de questões éticas, morais, religiosas e legais a partir da realização do transplante cardíaco na África do Sul, foram definidos os critérios para ME, constituindo-se a base médico-legal para a utilização de órgãos (IMPÉRIO, 2007).

Diante do exposto, é possível afirmar que o conceito de ME foi estabelecido em decorrência de critérios e convicções sobre a necessidade de obter um número maior de órgãos para doação e, conseqüentemente, mais vida, além dos realizados por doadores intervivos e após parada cardíaca (VARGAS, 2005; PESSINI; BARCHITIFORME, 2005).

Há aproximadamente 40 anos, o Brasil inseriu-se no cenário mundial de transplantes de órgãos. Mas a intervenção mais sólida quanto ao processo de legislação aconteceu na década de 60, quando foi realmente obtida a permissão de transplantes. Diante disso, várias leis foram sendo criadas para que o processo de doação de órgãos se tornasse mais fácil e assertivo. Atualmente, a forma de consentimento para a doação de órgãos vigente no Brasil é a doação sob consentimento informado a um familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

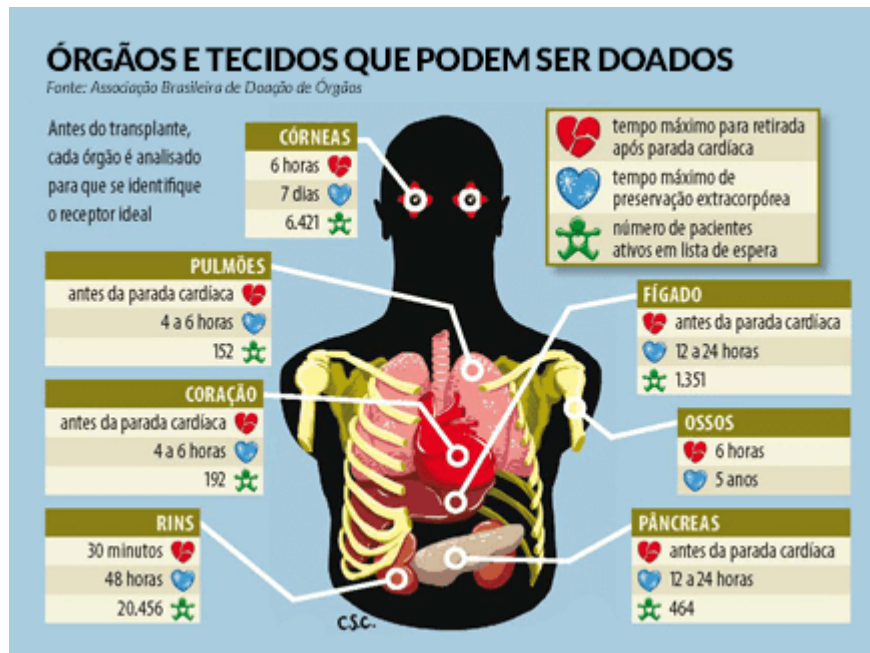
No Brasil, mais de 90% dos transplantes realizados foram financiados pelo SUS. Os pacientes possuem assistência integral e gratuita, incluindo exames preparatórios, cirurgia, acompanhamento e medicamentos pós-transplante (ABTO, 2016).

Apesar do crescente número de doações na última década, a demanda de pacientes na fila de espera para um transplante ainda é elevada. Além disso, registrou-se crescimento de 103% no número de potenciais doadores entre 2010 e 2016, passando de 4.997 para 10.158. Entre 2010 e 2016, houve aumento de 19% no número geral de transplantes, com destaque para quatro órgãos, além do coração: rim (aumento de 18%, passando de 4.660 para 5.492 transplantes); fígado (aumento de 34%, passando de 1.404 para 1.880); medula óssea (crescimento de 39%, saltando de 1.695 para 2.362) e pulmão (crescimento de 53%, passando de 60 para 92) (BRASIL, 2016).

Em relação à fila de espera, em dezembro 2016 havia 41.042 pessoas aguardando por um transplante, sendo a maior parte delas (24.914) para rim. Já a taxa de aceitação familiar chegou, em 2016, a 57%. Ainda é pouco perto da necessidade existente para zerar a fila de espera, e representa uma taxa menor do que a registrada, inclusive, em 2014, quando a aceitação familiar à doação de órgãos chegou a 58% (BRASIL, 2016).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2016) o orçamento na área de transplantes, desde 2008, mais que dobrou, passando de R\$ 453,3 milhões para R\$ 942,2 milhões. Já os investimentos em imunossupressores, são medicamentos, usados para evitar a rejeição do órgão transplantado, foi de R\$ 2,2 bilhões em 2016.

Figura 3 – Órgãos e tecidos que podem ser doados



Fonte: Associação Brasileira de Doação de Órgãos (2016).

O Brasil tem avançado, cada vez mais, na área de transplantes. Em 2016, com a assinatura do decreto do presidente Michel Temer, foi dado um importante passo para tornar mais viável e ágil o transporte dos órgãos. Com a disponibilização de aviões da Força Aérea Brasileira (FAB), foi perceptível a garantia da logística de órgãos para realizar o transplante e, com esta evolução, já foi possível salvar mais de 172 vidas (BRASIL, 2016).

4.2 Cenário da Doação de Órgãos de Minas Gerais

No estado de Minas Gerais, todo o sistema de doação de órgãos é conduzido pelo Complexo MG Transplantes, que se incumbem da captação e distribuição de órgãos para todo o estado, que por sua vez processa por meio da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (ABTO, 2016).

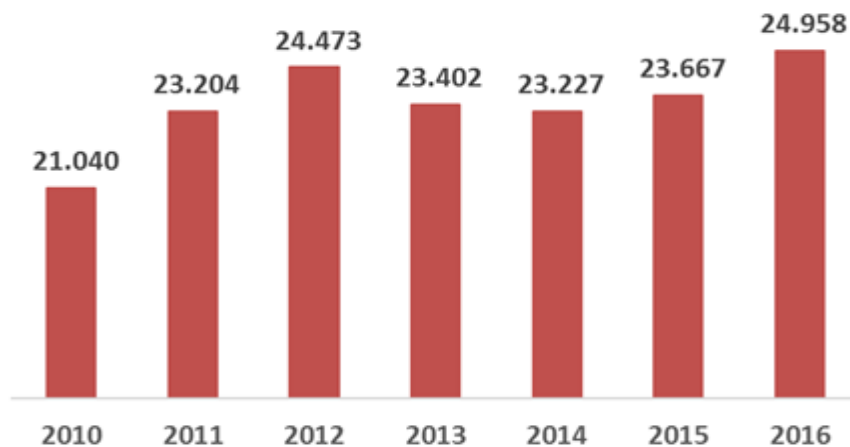
Quando o possível doador, potencial doador e receptor possuem o desejo de ser um doador ou receptor, é preciso que seja realizado o cadastro na lista única do Estado de Minas Gerais, que fica a cargo do Complexo MG Transplantes. Para realizar o cadastro é necessário obedecer algumas regras: urgência (diagnóstico médico), compatibilidade de grupo sanguíneo, compatibilidade anatômica (tamanho do órgão e

do paciente), compatibilidade genética, idade do paciente e tempo de espera, dentre outros critérios (ABTO, 2016).

É importante ressaltar que cada órgão tem uma lista de espera específica conforme dispõe a Lei nº 9.434/1997. Mas estas listas não funcionam por ordem de chegada, em que o primeiro inscrito recebe o órgão, seguido do segundo e assim sucessivamente. Conforme mencionado, cada indivíduo que receberá o órgão doado deverá respeitar as regras estabelecidas na Lei (ABTO, 2016).

O Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo realizando, aproximadamente, mais de 25 mil cirurgias por ano. Diante deste contexto podemos perceber o crescimento de 5% em 2016 em relação a 2015. Conforme apresentado no GRAF.1 (ABTO, 2016).

Gráfico 1- Transplantes realizados no Brasil (2010 a 2016)



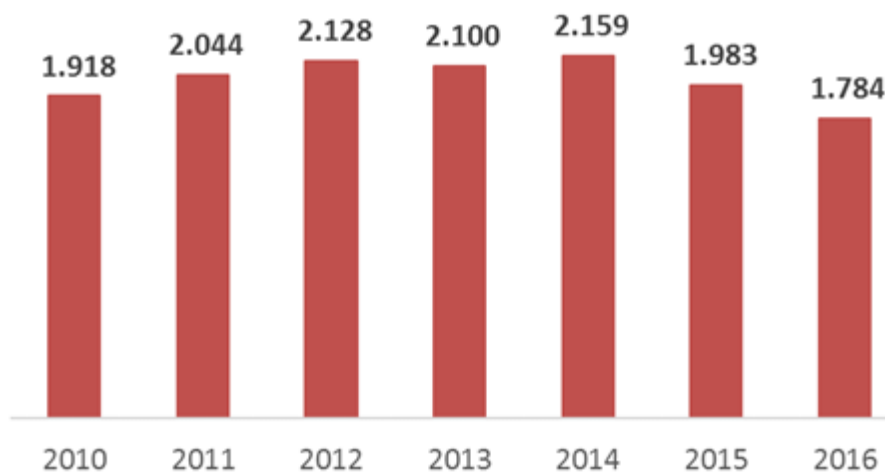
Nos últimos seis anos o aumento foi de 18% no número de transplantes realizados no Brasil (ABTO, 2016).

Segundo Vicari (2010), mesmo diante do avanço da medicina na área de transplantes e da evolução, durante os anos, em relação às doações e os processos de transplantes realizados, ainda existe uma demanda muito grande, fazendo com que a oferta seja insuficiente para atender a todos. Com isto, identifica-se um fator dificultador para os programas de transplantes no Brasil, pois há a necessidade de

desenvolver estratégias e campanhas bastante específicas sobre o tema para que haja maior conscientização e sensibilização da população.

De acordo com os dados estatísticos da ABTO (2016), no estado de Minas Gerais, no período compreendido entre 2010 a 2016, registrou-se uma queda de 17% no número de transplantes realizados nos últimos três anos. O GRAF. 2 mostra o número de transplantes realizados em Minas Gerais no período 2010-2016.

Gráfico 2 - Transplantes realizados de Minas Gerias (2010 a 2016)



Fonte: ABTO (2016).

No período compreendido entre janeiro a junho de 2017, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, a taxa de doadores efetivos aumentou em 22%, se comparado com o ano de 2016 no estado de Minas Gerais. Neste cenário é possível concluir que a lista de potenciais doadores no estado, comparando o mesmo período, teve uma queda em 12%.

Além disso, um outro ponto interessante a ressaltar é o sistema logístico envolvido no processo da doação pois muitos órgãos, após sua retirada, exigem procedimentos criteriosos e rígidos para que sejam conservados em perfeitas condições, dispendo de um curto espaço de tempo para serem transplantados (NOTHEN, 2005). A TAB. 2 apresenta o tempo de retirada e a preservação extracorpórea dos órgãos.

Tabela 2 – Tempo de retirada e a preservação extracorpórea dos órgãos

Órgão Tecido	Tempo Máximo para retirada	Tempo máximo de preservação extracorpórea
Córneas	6 horas pós parada cardíaca	7 dias
Coração	Antes da parada cardíaca	4 a 6 horas
Pulmão	Antes da parada cardíaca	4 a 6 horas
Rins	Até 30 minutos pós parada cardíaca	Até 48 horas
Fígado	Antes da parada cardíaca	12 a 24 horas
Pâncreas	Antes da parada cardíaca	12 a 24 horas
Ossos	6 horas pós parada cardíaca	Até 5 anos

Fonte: ABTO (2017).

Segundo Nothen (2005), o sistema de distribuição de órgãos é fortemente regulamentado pelo Estado, devendo-se seguir a lista de espera e atender aos processos técnicos necessários de tempo de conservação útil do órgão, garantindo, assim, equidade e justiça para a sociedade.

4.3 Sistema logístico da doação de órgãos

No Brasil, com a edição da Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, fez-se necessário a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), como órgão central que atua em nível nacional. Já a Central Nacional de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), opera em nível estadual e é encarregada da distribuição interestadual. Vale ressaltar que estes órgãos ainda atuam na normatização, cadastramento e autorização de equipes especializadas (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, com o intuito de atender às demandas do SNT, no sentido de organizar e impulsionar a realização de procedimentos que garantam a fluidez no funcionamento do sistema, o Decreto nº 2.268, de 1997, estabeleceu algumas mudanças no sistema de doação de órgãos, como a exclusão da obrigatoriedade do registro da manifestação de vontade do doador ou não doador nas carteiras de identidade e de habilitação (BRASIL, 2016).

Para substituir a exclusão da obrigatoriedade do registro da manifestação de vontade do doador ou não doador nas carteiras de identidade e de habilitação, foi criada a norma 9.175, em outubro de 2000, onde os indivíduos que se dispõem voluntariamente à doação de órgãos após sua morte, deverão se inscrever no cadastro de registro dos doadores. Mas é importante ressaltar que no final a decisão deverá ser, obrigatoriamente, da família do indivíduo (BRASIL, 2016).

No ano de 1998, foi implantada a Secretaria de Assistência à Saúde e a Coordenação Nacional do SNT. Neste mesmo ano foi concebido o Grupo Técnico de Assessoramento (GTA), constituído pelo coordenador nacional do SNT e por representantes das CNCDO, das Associações Nacionais de Pacientes na Espera por um Transplante, do Conselho Federal de Medicina (FM), da Associação Médica Brasileira e do Ministério Público Federal, com o objetivo de regular os processos de captação, elaborar diretrizes e comandar todo sistema de doação de órgãos no país (BRASIL, 2015; 2016).

Para Ratz (2006), é importante ressaltar que nos centros hospitalares credenciados para realização de retirada e transplante de órgãos existem as Comissões Intra-hospitalares em hospitais (CHIDOOT) com UTIs dos tipos II e/ou III, hospitais de referência para casos de urgência e emergência e hospitais transplantadores. Essas comissões são responsáveis pelos seguintes procedimentos:

- notificar as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNNCDO, a existência de potencial doador;
- entrevistar o responsável legal do doador, solicitando o consentimento livre e esclarecido por meio de autorização da doação de Órgãos e Tecidos, por escrito;
- garantir ao responsável legal o direito de discutir com a família sobre a doação, prevalecendo sempre o consenso da família;
- esclarecer sobre o diagnóstico da morte encefálica e sobre o anonimato da identidade do doador para a família do receptor e deste para a família do doador; os exames a serem realizados; sobre a manutenção do corpo do doador em UTI e a transferência e procedimento cirúrgico para a retirada; sobre

o auxílio funeral e a interrupção em qualquer fase deste processo por motivo de parada cardíaca, além dos exames sorológicos positivos ou desistência familiar da doação;

- documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário do doador, bem como do receptor;
- transcrever e enviar as informações atualizadas sobre o processo de doação para a CNNCDO;
- receber e coordenar as equipes de retirada de órgãos, zelando pelo cumprimento da legislação vigente;
- executar e/ou supervisionar o acondicionamento do órgão até a cirurgia de implante, ou transporte para outra instituição
- acompanhar e supervisionar a entrega do corpo à família.

Diante do exposto, a CHIDOOT efetua a vistoria diária nos setores críticos dos hospitais para o reconhecimento de possíveis pacientes elegíveis para a doação de órgãos e tecidos para o transplante. Diante desta busca torna-se mais viável a avaliação de potenciais doadores pois, na presença de possíveis estratégias de intervenção, é viável analisar três parâmetros durante as primeiras 24 horas: a abertura ocular, a resposta motora e a resposta verbal, ou seja, a avaliação neurológica deve apresentar Glasgow 3 sem sedação por 24 horas ou em processo de suspensão (BRASIL, 2016).

Segundo Giugno (2003), Glasgow é uma escala de coma neurológico, popularmente conhecida como “Glasgua - ECG”, que estabelece um método confiável e objetivo para avaliar o nível de consciência de um indivíduo. Essa escala é geralmente aplicada para avaliação inicial e contínua de pacientes em estágio de pós traumatismo craniano (coma concebido por uma enfermidade), bem como no prognóstico de pacientes, sendo de grande utilidade na previsão de eventuais sequelas.

Giugno realça, ainda, que a escala varia entre 3 (valor mínimo) e 15 (valor máximo) e seu resultado é calculado baseando-se na soma do escore das três variáveis analisadas sendo que, quanto maior o valor, menor será o nível de gravidade. O Quadro 2 demonstra os parâmetros de mensuração da escala de coma de Glasgow.

Quadro 2 - Escala de coma de Glasgow

Variáveis	Características	Escore
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Voz	3
	Dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de Retirada	4
	Flexão Anormal	3
	Extensão Anormal	2
	Nenhuma	1
Total Máximo	Total Mínimo	Intubação
15	3	8

Fonte: Adaptado de Giugno *et al.* (2003, p. 289).

Segundo Moraes (2004), no Brasil, pacientes em estágio 3 são direcionados para o exame clínico que averiguará a existência ou não de um quadro de ME, baseado nas determinações da Resolução do CFM nº 1480/97. Diante da resposta, as comissões responsáveis pelo processo de doação de órgãos iniciarão todos os procedimentos para realização da doação, ressaltando que é de extrema importância manter os órgãos a serem transplantados em perfeitas condições e garantir suas atividades vitais, sem colocar em risco a vida do receptor.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por objetivo apresentar e analisar os resultados da pesquisa. Portanto, está estruturado em quatro partes. A primeira, seção 5.1, tem por objetivo caracterizar a amostra em termos demográficos e ocupacionais e em relação a aspectos gerais ligados à doação de órgãos. Já a seção 5.2 apresenta a validação do instrumento utilizado para a coleta de dados, o que traz resposta ao primeiro objetivo específico proposto, qual seja, testar a escala de doação de órgãos proposta por Rezende (2015).

Em seguida, já na seção 5.3, foram realizadas considerações sobre os dados descritivos relativos a cada um dos fatores da doação de órgãos validados anteriormente. Este capítulo encerrou-se com o alcance do segundo objetivo específico, qual seja, identificar e descrever a percepção dos pesquisados a respeito dos construtos de doação de órgãos.

A seção 5.4 tem por objetivo identificar quais construtos da doação de órgãos mostram-se mais importantes na intenção de doar órgãos. Estes, quando manifestados, aumentam a chance do indivíduo vir a ser um doador declarado, o que traz resposta ao terceiro objetivo específico proposto. Para tal, realizou-se uma análise de regressão logística considerando os indivíduos que declaradamente manifestaram sua intenção de serem doadores em relação àqueles que não possuem esse desejo.

Por fim, a seção 5.5 propôs-se a responder o quarto objetivo específico, isto é, identificar diferenças nos escores dos fatores de doação de órgãos em relação aos dados demográficos e ocupacionais. Para respondê-lo, realizaram-se testes de comparação de média Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

5.1 Dados sociodemográficos, ocupacionais e aspectos gerais da doação de órgãos

Para melhor organização da apresentação dos resultados, o perfil dos pesquisados foi avaliado em dois momentos distintos: dados sociodemográficos e ocupacionais (TAB. 3) e dados relativos aos aspectos gerais da doação de órgãos (TAB. 4).

Tabela 3 – Distribuição dos pesquisados segundo dados sociodemográficos e ocupacionais

Variável demográfica		Frequência	
		Abs.	Rel. (%)
Gênero	Feminino	415	67,8
	Masculino	197	32,2
Faixa etária	16 a 17 anos	4	0,7
	18 a 30 anos	161	26,3
	31 a 50 anos	345	56,4
	51 a 60 anos	75	12,3
	A partir de 61 anos	27	4,4
Estado civil	Casado(a) ou união estável	329	53,8
	Divorciado(a) / Desquitado(a)	59	9,6
	Solteiro(a)	210	34,3
	Viúvo(a)	9	1,5
Filhos	Outros	5	0,8
	Não	287	46,9
Número de filhos	Sim	325	53,1
	Não tem filhos	283	46,2
	Um	153	25,0
	Dois	135	22,1
	Três	32	5,2
Escolaridade	Mais de três	9	1,5
	Analfabeto	2	0,3
	1º grau completo ou Incompleto	12	2,0
	2º grau completo ou Incompleto	85	13,9
	Superior completo ou Incompleto	269	44,0
	Especialização / MBA (em curso ou completo)	178	29,1
Declaração quanto a cor da pele	Mestrado / Doutorado (em curso ou completo)	66	10,8
	Amarelo	21	3,4
	Branco(a)	329	53,8
	Indígena(a)	2	0,3
	Negro(a)	38	6,2
Religião	Pardo(a)	222	36,3
	Católico	311	50,8
	Ateu	12	2,0
	Evangélico	104	17,0
	Espírita	83	13,6
	Testemunha de Jeová	4	12,6
	Budista	3	0,5
	Islamita	1	0,2
Outro	17	2,8	
Trabalha atualmente	Não segue religião	77	0,7
	Não	121	19,8
Renda mensal	Sim	491	80,2
	Não trabalha atualmente	83	13,6
	Até 1.874,00	111	18,1
	De R\$ 1.875,00 até R\$ 4.685,00	229	37,4
	De R\$ 4.686,00 até R\$ 9.370,00	123	20,1
De R\$ 9.371,00 até R\$ 18.740,00	56	9,2	

Acima de R\$ 18.741,00	10	1,6
------------------------	----	-----

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Conforme dados apresentados na TAB. 3, a maioria da amostra foi composta por pessoas do gênero feminino (67,8%), com idade entre 31 e 50 anos (56,4%), casadas ou que vivem em união estável (53,8%), com filhos (53,1%) e com nível superior completo ou incompleto (44,0%). Em relação à escolaridade, observa-se, ainda, que um contingente significativo dos respondentes possui pelo menos ensino superior completo (39,9%). Este percentual encontra-se acima daquele observado na população brasileira em geral (10,7%) e na região sudeste (13,3%) de acordo com informações provenientes do IBGE (2013).

Ainda em relação ao perfil sociodemográfico, 53,8% dos pesquisados declaram-se brancos, percentual próximo do observado na região sudeste (62,4%) de acordo com o IBGE (2010). Ainda, 50,8% dos respondentes são católicos. Na população brasileira, esse percentual é de 73,8%, de acordo com o IBGE. Por fim, a maioria dos sujeitos da amostra trabalha (80,2%) com remuneração mensal de R\$ 1.875,00 até R\$ 4.685,00 (37,4%).

A TAB. 4 traz o perfil dos pesquisados em relação aos aspectos gerais da doação de órgãos. A maioria nunca doou órgãos (98,7%), mas pretende ser doador no futuro (86,4%). Estes últimos resultados mostram-se muito distantes do número de doadores efetivos no Brasil e de doadores potenciais. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2016, somente 14,6 pessoas a cada um milhão doaram órgãos. Quanto ao número de potenciais doadores, tem-se 49,7 a cada milhão. Observa-se, então, uma discrepância entre a intenção declarada de ser doador e os números que atestam quem de fato é ou foi doador.

Constatou-se, ainda, que a maioria dos respondentes nunca conheceu alguém que já tenha realizado doação (69,3%), resultado já esperado, dado que o número de doações efetivas no Brasil é pequeno em relação à população como um todo.

Tabela 4 – Distribuição dos pesquisados segundo aspectos gerais da doação de órgãos

Aspectos gerais da doação de órgãos		Frequência ¹	
		Abs.	Rel. (%)
Já doou órgãos	Não	604	98,7
	Sim	8	1,3
Pretende ser doador de órgãos	Não	83	13,6
	Sim	529	86,4
Principal motivo para não doação	Receio que retirem meus órgãos antes que eu esteja realmente morto	41	48,8
	Tenho problemas de saúde e meus órgãos não são indicados para doação	17	20,2
	Receio de incentivar o tráfico de órgãos	9	10,7
	Minha família não concorda com a doação	5	6,0
	Receio precisar do órgão em uma próxima vida	5	6,0
	Questões religiosas	4	4,8
	Não saber quem será o receptor do órgão	3	3,6
Já informou a família	Não	249	40,7
	Sim	363	59,3
Sentimento que mais representa o ato de doar órgãos	Amor ao próximo	261	42,6
	Solidariedade	261	42,6
	Sensação de dever cumprido	43	7,0
	Medo	21	3,4
	Nada	15	2,5
	Me sinto importante	8	1,3
Já recebeu doação de órgãos	Alegria	3	0,5
	Não	607	99,2
Órgão recebido	Sim	5	0,8
	Córnea	3	60,0
	Coração	1	20,0
Já viu/ouviu campanha de doação de órgãos	Válvula Aórtica	1	20,0
	Sim	552	90,2
Tem lembrança clara das mensagens veiculadas nas campanhas	Não	60	9,8
	Sim	359	65,0
Conhece alguém que já tenha doado órgãos	Sim	193	35,0
	Não	424	69,3
Já mudou de religião devido a divergência sobre o ato de doar	Sim	188	30,7
	Não	606	99,0
	Sim	6	1,0

Nota 1: Refere-se a dados válidos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quando perguntados a respeito de qual sentimento mais representa o ato de doar órgãos, a maior parte dos pesquisados informou amor ao próximo (42,6%), mesmo percentual obtido por solidariedade (42,6%).

Dentre aqueles que manifestaram não possuir intenção de doar (13,6%), o principal motivo recai sobre o receio de que a retirada dos órgãos ocorra antes que o indivíduo esteja, de fato, morto (48,8%). Este mesmo motivo foi prevalente na pesquisa de Rezende (2015), que investigou 581 indivíduos residentes na Região Metropolitana

de Belo Horizonte. Dentre aqueles que não tinham a intenção de doar, 59,1% afirmam que isto ocorre pelo mesmo motivo mencionado. Para este contingente de pessoas, portanto, faltam informações sobre a acuidade dos exames realizados para detecção dessa condição.

Observou-se, também, que a maioria dos respondentes não mudou de religião devido a divergências sobre o ato de doar (99,0%). Quanto à decisão de serem ou não doadores, 59,3% afirmaram que já informaram à família acerca desse posicionamento. E ainda, a maioria da amostra declarou que não recebeu órgãos (99,2%). Dentre os que receberam (5 indivíduos), 3 fizeram transplante de córnea, 1 de coração e 1 de válvula aórtica. Por fim, a maioria dos pesquisados já viu ou ouviu campanhas de doação de órgãos (90,2%), mas não tem lembrança clara das mensagens veiculadas (65,0%). Estes resultados atestam a capacidade das campanhas de atingir um vasto público. Mas atestam, também, sua baixa habilidade de fixar na mente das pessoas as mensagens veiculadas.

A próxima seção mostra a validação da escala utilizada para a coleta de dados desta pesquisa.

5.2 Validação da escala de doação de órgãos

A escala utilizada para coleta de dados sobre doação de órgãos foi elaborada e validada por Rezende (2015). Trata-se de 52 questões coletadas numa escala de 7 pontos. A fim de explorar os diferentes âmbitos que permeiam a doação de órgãos e categorizá-los de acordo com a realidade da amostra pesquisada, aplicou-se a técnica estatística multivariada de análise fatorial (AF).

Antes da aplicação da análise fatorial, cumpre realizar algumas considerações acerca do tamanho da amostra. Em relação a este ponto, Hair Jr. *et al.* (2005) recomendam pelo menos 5 participantes por variável. No caso desta pesquisa, e considerando que a amostra é composta por 612 pessoas, tem-se aproximadamente 12 respondentes por questão, o que garante adequação da realização da análise fatorial em relação a este quesito, em particular. Ainda sobre o tamanho amostral necessário para realização da análise fatorial, Gudagnoli e Velicer (1998) afirmam que se um fator tem

quatro ou mais cargas maiores do que 0,6, o mesmo é confiável independentemente do tamanho da amostra. Este critério foi avaliado em seguida.

Em conformidade com os estudos de Hair *et al.* (2005), Mesquita (2010) e Pestana e Gagueiro (2000), os seguintes passos foram adotados para execução da análise fatorial: (1) análise descritiva dos dados, (2) análise da matriz de correlação, (3) seleção do método fatorial, (4) avaliação da adequação da utilização da análise fatorial, (5) avaliação das comunalidades e computação, rotação e interpretação dos fatores, (6) avaliação da variância explicada, (7) avaliação da confiabilidade da escala, (8) avaliação da validade convergente, discriminante e de conteúdo e, por fim, (9) avaliação da unidimensionalidade.

O primeiro passo para realização da análise fatorial, portanto, trata da avaliação descritiva dos dados. Para realização desta, as questões da escala foram codificadas conforme o Quadro 3. O intuito de tal procedimento foi facilitar a apresentação dos resultados nas análises que se sucedem.

Quadro 3 - Codificação das questões relativas a doação de órgãos

(Continua)

Comportamento socialmente aprendido

- CSA1 Busco convencer outras pessoas a serem doadores de órgãos.
- CSA2 Converso com meus amigos a respeito da doação de órgãos.
- CSA3 Tenho amigos que são doadores de órgãos.
- CSA4 Meus amigos me influenciaram a ser um doador de órgãos.
- CSA5 Busco influenciar pessoas de meu ambiente de trabalho/escola a doar órgãos.
- CSA6 Na minha família todos são doadores de órgãos.
- CSA7 Converso a respeito da doação de órgãos com meus familiares.
- CSA8 Sou doador declarado de órgãos.

Atitude em relação à doação de órgãos

- ADO1 Eu considero a doação de órgãos importante.
- ADO2 Acho importante para a sociedade o ato de doar órgãos.
- ADO3 Doar órgãos é um ato de solidariedade.
- ADO4 Doar órgãos é um ato de amor ao próximo.
- ADO5 Acho importantes as campanhas governamentais a respeito da doação de órgãos.
- ADO6 Doar órgãos é importante porque salva vidas.

Intenção de doar órgãos

- INT1 Fico satisfeito em pensar que posso salvar uma vida mesmo após minha morte.
- INT2 Saber que um órgão de um parente salvou uma vida pode atenuar o sentimento de perda da família
- INT4 Ser um doador de órgãos me deixa orgulhoso.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Rezende (2015).

Quadro 3: Codificação das questões relativas a doação de órgãos

(Continua)

Intenção de doar órgãos

- INT5 Gostaria que minha família doasse meus órgãos.
 INT6 Autorizaria a doação de órgãos de parentes.
 INT7 Doar órgão é uma forma de se manter vivo em outras pessoas.
 INT8 Ser um doador de órgãos me deixa feliz.

Atuação do governo

- ATG1 As campanhas do governo me influenciaram a ser um doador.
 ATG2 As campanhas governamentais a respeito da doação de órgãos são eficazes.
 ATG3 O governo se preocupa com o bem estar da população, por isso, que realiza campanhas de doação de órgãos.
 ATG4 A sociedade é bem informada sobre o processo de doação de órgãos.
 ATG5 O governo esclarece a população sobre a importância da doação de órgãos.

Apelo das campanhas

- APC1 As campanhas de doação de órgãos mostrando o lado trágico com a imagem de pessoas doentes ou acidentadas sensibilizam mais as pessoas.
 APC2 Independente do apelo da campanha de doação de órgãos seja trágico ou não, estas promovem a doação de órgãos e contribuem para aumentar a quantidade de doadores.

Grupos de referência

- GR1 No meu ambiente profissional/escolar são realizadas campanhas de doação de órgãos.
 GR2 Meu trabalho/escola incentiva a doação de órgãos.
 GR3 Conscientizei-me a respeito da doação de órgão por causa do meu ambiente de trabalho/escola.
 GR4 Indivíduos do meu grupo familiar já precisaram de doação de órgãos.

Campanhas de marketing social

- CMS1 As campanhas com maior periodicidade incentivam a doação de órgãos.
 CMS2 As campanhas de promoção da doação de órgãos sensibilizariam mais a população se apresentassem testemunhos de pessoas que se curaram depois de transplantarem órgãos.
 CMS3 As campanhas de promoção da doação de órgãos sensibilizariam mais a população se apresentassem testemunhos de pessoas que são doadoras de órgãos.

Normas subjetivas

- NS1 Doar órgãos é um ato de cidadania.
 NS2 Doar órgãos é um dever de todo cidadão.
 NS3 Doar órgãos é uma obrigação moral.

Motivação

- MO1 Doadores de órgãos gostam de ser reconhecidos socialmente
 Doadores de órgãos gostam que seus colegas de trabalho/escola saibam quando eles doam órgãos
 MO2 doam órgãos
 MO3 Doar órgãos é importante porque um dia posso precisar
 MO4 Recompensas financeiras motivariam as pessoas a doarem órgãos

Atitude em relação ao tráfico de órgãos

- ATO1 O tráfico de órgãos é algo corrente na sociedade
 ATO2 O tráfico de órgãos é um assunto de responsabilidade exclusiva do governo
 ATO3 Todas as pessoas deveriam se unir contra o tráfico de órgãos
 ATO4 O tráfico de órgãos é um problema que a maioria da população desconhece

Crenças normativas

- CN1 Minha religião é a favor da doação de órgãos
 CN2 Minha religião incentiva a doação de órgãos

Atitude em relação à doação de órgãos em vida

- ADV1 Tenho medo de doar órgãos em vida
 ADV2 Doaria um órgão em vida caso uma pessoa querida necessitasse

Fonte: Elaborado pela autora com base em Rezende (2015).

Quadro 3: Codificação das questões relativas a doação de órgãos

(Conclusão)

Informação	
INF1	Sou esclarecido sobre o processo de doação de órgãos. Os hospitais esclarecem a família no momento do falecimento de um ente sobre o
INF2	processo de doação de órgãos.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Rezende (2015).

A análise descritiva foi realizada em dois passos: o primeiro relativo à busca por dados ausentes e o segundo, concernente à avaliação de medidas de tendência central, de variabilidade e de normalidade das distribuições. Em relação à primeira etapa, verificou-se a inexistência de dados ausentes, o que traz maior garantia de que os resultados da matriz de correlação não foram distorcidos, assim como as estimativas derivadas desta (PESTANA; GAGUEIRO, 2000). Quanto à segunda, avaliou-se as medidas constantes na TAB. 5. Observa-se que as médias das variáveis oscilaram entre 2,15 e 6,78, ao passo que os desvios padrões encontram-se entre 0,72 e 2,58.

As questões que obtiveram os maiores níveis de concordância foram aquelas atreladas ao construto atitude em relação a doação de órgãos, quais sejam: ADO1 (M=6,78), ADO6 (M=6,76). ADO3 (M=6,69), ADO4 (M=6,63) e ADO2 (M=6,60). Esse resultado indica que os respondentes, em geral, acreditam que a doação de órgãos é algo importante e relevante para a sociedade como um todo. Essa inferência reitera a atitude favorável à doação manifestada pelos respondentes, reportada no capítulo 5, seção 5.1, uma vez que 86,4% dos participantes da pesquisa pretendem ser doadores.

Tabela 5 - Análise descritiva das variáveis de gestão do conhecimento

Questão	Média	Mediana	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose	Questão	Média	Mediana	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
CSA1	3,82	4,00	2,28	0,14	-1,41	APC1	4,33	4,00	2,16	-0,24	-1,21
CSA2	3,72	4,00	2,24	0,21	-1,37	APC2	5,27	6,00	1,85	-0,83	-0,28
CSA3	3,66	4,00	2,34	0,23	-1,46	GR1	2,72	1,00	2,14	0,91	-0,57
CSA4	2,15	1,00	1,80	1,49	1,13	GR2	2,68	1,00	2,11	0,94	-0,48
CSA5	3,26	3,00	2,26	0,53	-1,16	GR3	2,17	1,00	1,87	1,50	1,01
CSA6	2,64	2,00	2,04	1,00	-0,28	GR4	2,34	1,00	2,17	1,35	0,19
CSA7	3,75	4,00	2,39	0,18	-1,53	CMS1	5,80	7,00	1,59	-1,32	1,10
CSA8	3,55	3,00	2,58	0,31	-1,65	CMS2	5,95	7,00	1,58	-1,68	2,26
ADO1	6,78	7,00	0,72	-4,30	22,13	CMS3	5,87	7,00	1,57	-1,47	1,59
ADO2	6,60	7,00	1,04	-3,31	11,83	NS1	6,21	7,00	1,59	-2,14	3,68
ADO3	6,69	7,00	0,95	-3,93	16,72	NS2	4,90	5,00	2,23	-0,62	-1,03
ADO4	6,63	7,00	1,04	-3,56	13,73	NS3	3,65	4,00	2,24	0,18	-1,34
ADO5	6,46	7,00	1,26	-2,78	7,70	MO1	2,99	3,00	1,97	0,58	-0,78
ADO6	6,76	7,00	0,78	-4,26	20,63	MO2	3,07	3,00	2,14	0,64	-0,89
INT1	6,54	7,00	1,19	-3,05	9,24	MO3	5,51	7,00	2,05	-1,12	-0,09
INT2	5,09	6,00	2,14	-0,85	-0,63	MO4	3,16	2,00	2,32	0,52	-1,28
INT4	5,66	7,00	1,93	-1,30	0,46	ATO1	4,72	5,00	2,03	-0,45	-0,95
INT5	6,08	7,00	1,87	-1,96	2,35	ATO2	2,93	2,00	2,10	0,71	-0,82
INT6	5,78	7,00	2,00	-1,46	0,73	ATO3	6,25	7,00	1,63	-2,31	4,24
INT7	4,73	5,00	2,42	-0,51	-1,35	ATO4	5,57	6,00	1,79	-1,23	0,61
INT8	6,11	7,00	1,53	-1,88	2,93	CN1	5,34	7,00	2,12	-0,95	-0,45
ATG1	3,24	3,00	2,12	0,44	-1,11	CN2	4,20	4,00	2,29	-0,12	-1,38
ATG2	3,60	4,00	1,88	0,16	-0,90	ADV1	4,02	4,00	2,29	-0,09	-1,45
ATG3	2,63	2,00	1,80	0,87	-0,25	ADV2	5,98	7,00	1,68	-1,65	1,76
ATG4	2,68	2,00	1,71	0,90	0,10	INF1	4,94	5,00	1,86	-0,52	-0,66
ATG5	2,92	3,00	1,73	0,66	-0,30	INF2	4,00	4,00	1,97	0,04	-0,98

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A questão que obteve a menor concordância foi CSA 4 (M=2,15). Este dado indica que, em geral, os respondentes não sofrem influência dos amigos para se tornarem doadores. Esse resultado é negativo, pois sugere que os pesquisados e seu ciclo de amizades não discutem a necessidade de realizar-se a doação. Conforme explicam Morais e Morais (2012), discutir com amigos o posicionamento favorável à doação é salutar, pois dissemina os benefícios e a pertinência dessa prática.

Além da verificação de dados ausentes e da avaliação de medidas descritivas, a realização da análise fatorial requer avaliação da normalidade dos dados. Conforme explicam Pestana e Gagueiro (2000), apesar da normalidade não ser um pressuposto para realização da citada técnica, distribuições muito enviesadas podem distorcer as estimativas. A partir do resultado do teste de normalidade de Shapiro Wilk, verificou-se que nenhuma das variáveis segue distribuição normal (o valor p encontrado foi menor que 0,001 em todos os casos). Apesar deste resultado, e conforme dados

apresentados na TAB. 4, tem-se que a maioria dos indicadores de assimetria e de curtose encontram-se próximos de 1 e os valores de mediana e de média estão próximos entre si, o que indica que as distribuições não são altamente enviesadas. Desse modo, entende-se que, a partir desse critério, a realização da análise fatorial foi fundamentada.

A exceção a essa conclusão recai sobre os indicadores do construto atitude em relação à doação de órgãos, que apresentam valores baixos de assimetria e elevados de curtose. Esses resultados já eram esperados, uma vez que as análises anteriormente realizadas indicaram alta prevalência de concordância para as questões desse construto. Com isso há uma concentração maior de dados à direita (que faz diminuir os valores de assimetria) e a curva da distribuição é mais afunilada, com pico mais alto do que a distribuição normal (que faz aumentarem os indicadores de curtose). Apesar destas inferências, optou-se por prosseguir na análise fatorial, sendo destinada a esse construto atenção especial em relação aos demais indicadores de adequabilidade fatorial.

A etapa 2 da análise fatorial corresponde à avaliação da correlação entre as variáveis. Em virtude da extensão da matriz de correlação atrelada aos dados desta pesquisa (matriz 52x52), optou-se por apresentar adiante (TAB. 5), somente a correlação entre as variáveis que estão agregadas em um mesmo construto, conforme proposto por Rezende (2015). A matriz de correlações completa pode ser visualizada no Apêndice B.

Por meio de inspeção visual da TAB. 6, verifica-se existência de número considerável de coeficientes de correlação superiores a 0,30 (marcados em negrito). Tal característica, conforme Hair Jr. *et al.* (2005), oferece indícios iniciais de ajuste das variáveis à aplicação da análise fatorial. Para atitude em relação ao tráfico de órgãos (ATO) e *atitude em relação à doação de órgãos em vida* (ADV), verificou-se correlações de baixa intensidade ou não significativas, o que sugere não agregação das variáveis em fatores. Mais à frente será abordada esta questão.

Tabela 6 - Análise da correlação entre as variáveis

Questão	1	2	3	4	5	6	7
1. CSA1	--						
2. CSA2	0,624**	--					
3. CSA3	0,402**	0,495**	--				
4. CSA4	0,296**	0,367**	0,419**	--			
5. CSA5	0,596**	0,636**	0,456**	0,381**	--		
6. CSA6	0,279**	0,314**	0,449**	0,304**	0,359**	--	
7. CSA7	0,535**	0,658**	0,515**	0,250**	0,645**	0,414**	--
8. CSA8	0,382**	0,426**	0,425**	0,196**	0,444**	0,413**	0,503**
1. INT1	--						
2. INT2	0,211**	--					
3. INT4	0,460**	0,244**	--				
4. INT5	0,539**	0,107**	0,411**	--			
5. INT6	0,440**	0,164**	0,404**	0,715**	--		
6. INT7	0,256**	0,322**	0,385**	0,249**	0,339**	--	
7. INT8	0,598**	0,284**	0,691**	0,554**	0,489**	0,361**	--
1. ADO1	--						
2. ADO2	0,573**	--					
3. ADO3	0,385**	0,514**	--				
4. ADO4	0,431**	0,553**	0,677**	--	--		
5. ADO5	0,397**	0,494**	0,296**	0,337**	--		
6. ADO6	0,449**	0,526**	0,446**	0,475**	0,509**		
1. ATG1	--						
2. ATG2	0,505**	--					
3. ATG3	0,416**	0,516**	--				
4. ATG4	0,326**	0,321**	0,363**	--			
5. ATG5	0,398**	0,485**	0,498**	0,692**			
1. APC1	--						
2. APC2	0,402**						
1. GR1	--						
2. GR2	0,869**	--					
3. GR3	0,592**	0,647**	--				
4. GR4	0,216**	0,203**	0,203**				
1. CMS1	--						
2. CMS2	0,488**	--					
3. CMS3	0,462**	0,761**					
1. NS1	--						
2. NS2	0,432**	--					
3. NS3	0,274**	0,530**	--				
1. MO1	--						
2. MO2	0,392**	--					
3. MO3	0,057	0,053	--				
4. MO4	0,157**	0,079*	0,056				
1. ATO1	--						
2. ATO2	0,000	--					
3. ATO3	0,245**	-0,038	--				
4. ATO4	0,095*	-0,067	0,214**				
1. CN1	--						
2. CN2	0,591**						
1. ADV1	--						
2. ADV2	-0,233**						
1. INF1	--						
2. INF2	0,369**						

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

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

Nota 1: A utilização da correlação de Spearman justifica-se, pois as variáveis não seguem distribuição normal.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Para extração dos fatores (etapa 3), utilizou-se o método de componentes principais. A escolha deste método apoia-se no objetivo de identificar “o número mínimo de fatores necessários para explicar a parte máxima da variância representada no conjunto original de variáveis” (HAIR JR., *et al.*, 2005, p. 99). Para definição do número de fatores, utilizou-se o critério de autovalor maior que 1 e, para rotação dos fatores, optou-se pelo método varimax. Este último visa obter fatores que não estejam correlacionados entre si, além de minimizar o número de variáveis que têm altas cargas em um fator (HAIR JR. *et al.*, 2005).

Após definição do método e do critério para definição do número de fatores, realizou-se uma primeira análise fatorial sucedida por outras quatro rodadas. A cada etapa eliminaram-se as variáveis que não apresentaram cargas fatoriais, comunalidades, KMO ou alfa de Cronbach adequados. Pelos mesmos motivos os construtos atitude em relação ao tráfico de órgãos, atitude em relação à doação de órgãos em vida, apelo das campanhas e informação foram integralmente excluídos. Para os dois primeiros construtos, esse resultado já era esperado, uma vez que correlações de baixa intensidade ou não significativa foram observadas entre suas variáveis, o que já apresentava indícios de que estas não se agrupam em variáveis latentes. Portanto, identificaram-se nove fatores conforme, apresenta-se na TAB. 7.

Ressalta-se que a TAB. 6 apresenta os resultados da última rodada da análise fatorial, necessários à realização de suas etapas (4, 5, 6 e 7).

Tabela 7 - Fator, autovalor, variável, carga fatorial, comunalidade, KMO e alfa de Cronbach – Análise fatorial de doação de órgãos

Fator	Autovalor	% de variância explicada ¹	Variável	Carga fatorial	Comunalidade	KMO	Alfa de Cronbach	
							Se item excluído	Todas as questões
1	7,46	11,36	CSA1	0,728	0,600	0,600	0,843	0,865
			CSA2	0,811	0,707	0,707	0,828	
			CSA3	0,651	0,593	0,493	0,856	
			CSA5	0,723	0,726	0,726	0,832	
			CSA7	0,819	0,723	0,723	0,826	
			CSA8	0,659	0,557	0,557	0,864	
2	4,13	9,26	INT1	0,706	0,639	0,639	0,811	0,832
			INT4	0,594	0,619	0,619	0,829	
			INT5	0,809	0,739	0,739	0,772	
			INT6	0,742	0,630	0,630	0,801	
			INT8	0,736	0,691	0,691	0,773	
3	2,60	8,95	ADO1	-0,624	0,546	0,546	0,806	0,824
			ADO2	-0,760	0,680	0,680	0,768	
			ADO3	-0,824	0,693	0,693	0,781	
			ADO4	-0,783	0,657	0,657	0,782	
			ADO6	-0,600	0,584	0,584	0,804	
			ATG1	0,625	0,501	0,501	0,776	
4	1,90	8,48	ATG2	0,737	0,621	0,621	0,743	0,792
			ATG3	0,717	0,551	0,551	0,753	
			ATG4	0,696	0,584	0,584	0,768	
			ATG5	0,835	0,732	0,732	0,724	
			GR1	0,846	0,840	0,840	0,776	
5	1,64	7,06	GR2	0,872	0,881	0,881	0,730	0,874
			GR3	0,752	0,659	0,659	0,927	
			CMS1	0,637	0,503	0,503	0,859	
6	1,45	6,74	CMS2	0,871	0,794	0,794	0,595	0,782
			CMS3	0,846	0,761	0,761	0,629	
			NS1	0,600	0,575	0,575	0,705	
7	1,26	5,93	NS2	0,801	0,726	0,726	0,460	0,701
			NS3	0,764	0,657	0,657	0,612	
			CN1	0,863	0,810	0,810	--	
8	1,15	4,77	CN2	0,786	0,764	0,764	--	0,750
			MO1	0,848	0,760	0,760	--	
9	1,06	4,10	MO2	0,677	0,659	0,659	--	0,538

Variância total explicada: 66,7%

KMO considerando toda a escala: 0,853

Nota 1: % de variância explicada após rotação

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A avaliação da adequação da utilização da análise fatorial foi realizada a partir das estatísticas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Hair Jr. *et al.* (2005) apresentam a seguinte interpretação para os escores de KMO que variam de 0 a 1: 0,80 ou acima, admirável; 0,70 ou acima, mediano; 0,60 ou acima, medíocre; 0,50 ou acima, ruim; e abaixo de 0,50, inaceitável. Nesse sentido, quanto mais próximo de 1, maior será a adequação da amostra à análise fatorial. Para os dados desta pesquisa, o KMO alcançou o escore de 0,853 (considerando todas as variáveis) e os KMO's das variáveis oscilaram,

individualmente, entre 0,501 e 0,881, indicando adequação geral e univariada dos dados à aplicação da análise fatorial. Exceção foi observada em relação à CSA3, que alcançou KMO de 0,493. Apesar deste resultado, optou-se por manter essa variável na escala em virtude de seus adequados indicadores de carga fatorial e de comunalidade e em função da queda no valor do alfa de Cronbach, a partir de sua retirada (com a exclusão de CSA3, esta medida passa de 0,865 para 0,856).

Na TAB. 7 apresentamos, também, os fatores retidos, os autovalores, a variância explicada por cada fator, a variância total, as comunalidades, as cargas fatoriais e o alfa de Cronbach. A variância total explicada alcançou uma porcentagem de 66,7%. Analisando individualmente cada uma das variáveis latentes, pode-se afirmar que o primeiro fator possui maior poder de explicação, respondendo por 11,36% da variação original.

Com relação às cargas fatoriais e às comunalidades, seus valores encontram-se dentro dos limites de significância propostos por Hair Jr. *et al.* (2005) (comunalidades de 0,5 e cargas fatoriais superiores a 0,30), o que garante adequação da massa de dados à realização da análise fatorial. Observa-se, também, que a maioria das cargas fatoriais apresentou valores superiores a 0,60; indicando que o tamanho da amostra foi suficiente para a realização das estimativas, conforme critério proposto por Gudagnoli e Velicer (1998). Especificamente em relação ao construto atitude em relação a doação de órgãos, os adequados valores de carga fatorial, comunalidade, KMO e alfa de Cronbach indicam a validade do construto, apesar dos indicadores de curtose e de assimetria reportados anteriormente.

Ainda em relação às cargas fatoriais apresentadas na TAB. 7, observa-se que as correlações entre as variáveis que compõem os fatores 1, 2 e 4 a 9 são positivas. Portanto, notas maiores para essas variáveis estão associadas a maiores escores dos fatores. Em relação ao fator 3, a relação estabelece-se de modo inverso, uma vez que as correlações associadas são negativas. Então, maiores notas para as variáveis que compõem esse fator estão associadas a menores escores fatoriais. Esta informação será resgatada na análise descritiva, tema da seção 5.3

A TAB. 7 apresenta, ainda, informações sobre a confiabilidade avaliada via alfa de Cronbach. De acordo com Hair Jr. *et al.* (2005), a confiabilidade mede a consistência da escala e deve alcançar escore de 0,70, podendo diminuir para 0,60 em pesquisas exploratórias. Para oito dos nove fatores retidos, os valores de alfa de Cronbach alcançaram escores superiores a 0,70, indicando que as questões refletem os construtos que estão medindo. Exceção foi observada em relação ao fator 9 que obteve alfa de Cronbach igual a 0,538. Considerando que as variáveis desse construto obtiveram notas adequadas de cargas fatoriais e de comunalidades e considerando, também, que esse fator é composto por apenas duas questões, optou-se por mantê-lo. Em relação aos fatores 5, 6 e 7, os alfas alcançaram valores superiores com exclusão, respectivamente, de GR3, CMS1 e NS1. Apesar disso, optou-se por manter as referidas variáveis, dado que a elevação do alfa a partir da exclusão foi pequena.

A validade divide-se em três partes: convergente, discriminante e de conteúdo, conforme Mesquita descreve:

a validação convergente busca determinar se duas medidas distintas do mesmo conceito são correlacionadas, ao passo que a validade discriminante procura avaliar se medidas de conceitos distintos são pouco correlacionadas. A validade de conteúdo, ou de face, julga se a definição conceitual de um construto está adequadamente relacionada aos indicadores que o compõem (MESQUITA, 2010, p. 105).

Segundo o mesmo autor, a análise da validade convergente e discriminante exige avaliação dos escores fatoriais (EF) e das escalas múltiplas (EM). Os primeiros correspondem a um escore múltiplo para cada indivíduo em um fator particular (FIELD, 2009) e, os segundos, à média aritmética das variáveis que compõe o fator (MESQUITA, 2010). Para cálculo dos escores fatoriais optou-se pelo método de regressão, uma vez que nele as variâncias das variáveis são estabilizadas.

Conforme observa-se na TAB. 8, a validade convergente foi confirmada em função dos altos coeficientes de correlação existentes entre os escores fatoriais e as escalas múltiplas de cada fator (em **negrito**), o que indica que os escores fatoriais gerados representam adequadamente as variáveis originais. A validade discriminante também foi validada, uma vez que existem correlações de baixa magnitude ou não significativas entre os escores fatoriais e as escalas múltiplas de diferentes fatores (em *itálico*), o que indica que cada fator representa diferentes dimensões da doação

de órgãos. Por fim, também alcançou-se a validade de conteúdo, uma vez que a nomeação de cada fator representa corretamente as questões que o compõem, em conformidade com Rezende (2015).

Tabela 8 - Correlação entre escores fatoriais e escalas múltiplas

	EM1	EM2	EM3	EM4	EM5	EM6	EM7	EM8	EM9
EF1	0,946**	0,222**	0,124**	0,086*	0,303**	0,111**	0,159**	0,204**	0,140**
EF2	0,051	0,783**	0,176**	0,022	-0,057	0,018	0,033	0,060	-0,021
EF3	-0,058	-0,055	0,706**	-0,033	-0,056	-0,024	-0,105**	-0,015	-0,088*
EF4	0,083*	0,055	0,004	0,968**	0,215**	0,024	0,122**	0,096*	0,174**
EF5	0,123**	0,014	-0,079*	0,098*	0,869**	-0,088*	-0,006	0,118**	0,157**
EF6	0,015	0,049	0,191**	0,020	-0,105**	0,911**	0,111**	0,074	-0,024
EF7	0,102*	0,261**	0,134**	0,070	0,010	0,140**	0,922**	0,085*	0,030
EF8	0,099*	0,062	0,152**	0,036	0,076	0,117**	0,101*	0,909**	0,085*
EF9	0,049	0,052	-0,039	0,109**	0,118**	-0,012	0,007	0,024	0,908**

Legenda: EF1 indica escore do fator 1; EF2, escore do fator 2; e assim por diante. EM1 indica escala múltipla do fator 1; EM2, escala múltipla do fator 2 e assim por diante.

Nota 1: A correlação não paramétrica de *Spearman* foi realizada, dado que as variáveis não seguem distribuição normal.

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

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Após a validação de conteúdo, passa-se, por fim, à última etapa da AF. A estimação da análise fatorial para cada construto indicou extração de um único fator com adequada variância explicada (60,46% para fator 1; 61,88% para fator 2; 59,20% para fator 3; 55,29% para fator 4; 79,86% para fator 5; 70,16% para fator 6; 63,03% para fator 7; 80,07% para fator 8 e 68,44% para fator 9), o que garante unidimensionalidade dos construtos, isto é, não há nenhuma dimensão subjacente que ainda possa ser extraída da massa de dados (MESQUITA, 2010). Com este procedimento, finaliza-se a AF dos construtos da doação de órgãos.

Em síntese, a seção 5.2 teve por objetivo testar a escala de doação de órgãos proposta por Rezende (2015). Todos os indicadores avaliados indicaram pertinência da utilização da análise fatorial para definição da estrutura latente das variáveis. Nove fatores foram definidos e sua análise descritiva será realizada na próxima seção.

5.3 Análise da percepção dos pesquisados a respeito dos fatores da doação de órgãos

Para transplantes de órgãos são necessários procedimentos que oferecem esperança de vida nova aos receptores. Entretanto, enquanto a lista de espera por um transplante cresce, a disponibilidade de órgãos permanece quase inalterada, acarretando

aumento no número de mortes na referida fila (IMPÉRIO, 2007). Por esse motivo, considera-se relevante estudar as circunstâncias que levam as pessoas a se tornarem doadoras.

Neste trabalho, a doação de órgãos foi avaliada a partir de nove construtos propostos por Rezende (2015) e validados na pesquisa: comportamento socialmente aprendido, intenção de doar órgãos, atitude em relação à doação de órgãos, atuação do governo, grupos de referência, campanhas de marketing social, normas subjetivas, crenças normativas e motivação. A seguir serão apresentados os conceitos de cada um destes construtos, elaborados conforme Rezende (2015).

- 1) Comportamento socialmente aprendido: parte do pressuposto de que o comportamento do indivíduo pode ser modificado de forma que ele assimile, aceite e compartilhe com seu grupo um determinado estímulo. No caso desta pesquisa, esse construto refere-se à possibilidade do indivíduo compartilhar com seu grupo social a disposição de ser um doador, de modo a influenciar positivamente os demais a se tornarem também, e vice e versa;
- 2) intenção de doar órgãos: avalia em que medida o indivíduo acredita que doar órgãos pode salvar vidas e pode lhe causar orgulho pessoal;
- 3) atitude em relação à doação de órgãos: afere se o indivíduo acredita que a doação de órgãos é importante para o próximo e para a sociedade como um todo;
- 4) atuação do governo: mede a percepção dos respondentes em relação à efetividade das campanhas governamentais destinadas a fomentar a doação e a trazer esclarecimento à população sobre os procedimentos necessários para tal;
- 5) grupos de referência: parte do pressuposto de que o comportamento dos indivíduos pode ser influenciado por pessoas ou por grupos de pessoas que apresentam padrões, regras e valores que determinam como as pessoas devem pensar e agir. No caso desta pesquisa, tal construto avalia se os pesquisados entraram em contato com o tema doação a partir de discussões empreendidas junto à escola ou ao trabalho e se estas favorecem a intenção do indivíduo de se tornar um doador;

- 6) campanhas de marketing social: partem do pressuposto de que o marketing social, por meio de ações de cunho coletivo, pode alterar o comportamento das pessoas, a fim de promover o bem-estar da sociedade. No caso desta pesquisa, tal construto avalia a percepção dos pesquisados em relação à importância das campanhas de marketing social e a capacidade de seu conteúdo de alterar o comportamento do indivíduo em prol da doação;
- 7) normas subjetivas: indicam que o comportamento em relação à doação depende de princípios intrínsecos ao indivíduo, isto é, depende do mesmo acreditar que a doação é um dever de todo cidadão e uma obrigação moral;
- 8) crenças normativas: medem a influência que o indivíduo percebe da religião que pratica em relação ao ato de doar órgãos;
- 9) motivação: avalia os elementos que levam as pessoas a se tornarem doadoras, tais como o reconhecimento social observado a partir da divulgação da intenção de ser doador junto aos amigos e colegas de trabalho ou escola.

Finalizada a definição dos construtos, passemos à avaliação descritiva das dimensões da doação de órgãos.

Para avaliação dos dados descritivos das dimensões da doação de órgãos, avaliaram-se os escores fatoriais gerados na análise fatorial. Esse procedimento é sugerido por Mingoti (2005). Segundo a autora, os escores fatoriais representam a nota de cada indivíduo em relação aos fatores avaliados e podem, portanto, ser utilizados para descrever e interpretar a percepção dos pesquisados a respeito dos quesitos avaliados.

Os resultados da análise descritiva encontram-se na TAB. 9. A média e o desvio padrão não foram apresentados, pois os escores fatoriais são medidas padronizadas e, portanto, possuem média 0 e desvio 1.

É importante observar que, na TAB. 8 apresentamos, também, os valores de referência para (a) aqueles indivíduos que marcaram no questionário a opção 2 em todas as questões e, portanto, discordam das assertivas presentes no questionário; (b) aqueles que marcaram a opção 4 em todas as perguntas e apresentam

concordância parcial; e, por fim, (c) para aqueles que marcaram a opção 6 em todas as assertivas do questionário e, portanto, concordam fortemente com as disposições nelas contidas. A apresentação dos valores de referência é sugerida por Mingoti (2005) e tem por objetivo comparar o escore fatorial do indivíduo em relação a valores pré-determinados de concordância ou discordância utilizados no questionário de coleta de dados.

Tabela 9 - Análise descritiva dos escores dos fatores de doação de órgãos

Fator	Mediana	Min	Max	Amplitude	Valores de referência		
					2	4	6
Comportamento socialmente aprendido	-0,12	-1,87	2,51	4,38	0,11	0,57	1,04
Intenção de doar órgãos	0,26	-4,21	1,82	6,02	-1,87	-1,11	-0,35
Atitude em relação à doação de órgãos	0,24	-8,03	1,85	9,88	6,31	3,70	0,03
Atuação do governo	-0,06	-2,02	3,78	5,80	-0,40	0,76	1,93
Grupos de referência	-0,24	-1,72	3,12	4,84	-0,41	0,37	1,15
Campanhas de marketing social	0,27	-4,32	2,31	6,62	-1,81	-0,93	-0,06
Normas subjetivas	0,10	-3,01	2,65	5,66	-0,08	0,22	0,53
Crenças normativas	0,14	-3,03	2,00	5,04	-0,10	0,01	0,11
Motivação	-0,01	-1,95	3,00	4,94	-0,31	0,39	1,08

Nota 1: Para o fator atitude em relação a doação de órgãos, maiores escores estão ligados a menor atitude em relação à doação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em relação ao fator comportamento socialmente aprendido, observa-se que a mediana possui valor de -0,12, sendo este escore próximo daquele apresentado pelo valor de referência 2. Esse dado indica que os respondentes, em geral, não compartilham com seu grupo social a disposição de serem doadores e não influenciam, ou não são influenciados, a tornarem-se doadores em função disso. O menor valor de amplitude existente nesse construto reitera a homogeneidade no posicionamento dos pesquisados em relação a essa questão (AMP=4,38). Tais resultados sugerem que a doação de órgãos não é tema comum nas conversas estabelecidas entre as pessoas.

Segundo Quinta e Arpini (2009), isso decorre do fato de que a doação de órgãos esbarra na morte e esta, por sua vez, ainda é um tabu em nossa sociedade. Nas palavras dos autores, “o tabu da morte se constitui numa barreira à possibilidade de falar sobre a doação, já que não se pode falar em doar órgãos de falecidos sem fazer menção a morrer” (QUINTANA; ARPINI, 2009, p. 99). Nesse sentido, os autores

indicam que falar sobre a morte e reconhecer a finitude da vida pode fomentar a modificação do comportamento das pessoas em prol da doação. A essa constatação, segundo os mesmos autores, soma-se o fato de que o desejo da pessoa em ser um doador é o elemento que mais se destaca como facilitador da decisão, reiterando a necessidade de que o tema passe a fazer parte das discussões.

Ainda sobre a relação que se estabelece entre morte e doação, Bendassolli (2001) realizou um estudo com estudantes universitários de uma universidade pública do estado de São Paulo. O autor concluiu que há uma relação significativa entre medo da morte e não doação, ou seja, aqueles que preferiam não doar mantinham um maior medo da morte.

Quanto ao fator intenção de doar órgãos, a mediana alcançou o escore de 0,26, sendo este mais próximo daquele observado junto ao valor de referência 6. Este resultado indica que os respondentes, em geral, acreditam que doar órgãos pode salvar vidas e que o cumprimento dessa ação pode lhes trazer orgulho pessoal. Essa inferência já era esperada, uma vez que a maioria da amostra havia declarado abertamente a intenção de se tornar doador, conforme apresentado na seção 5.1. No entanto, a intenção do indivíduo não implica que a doação concretizar-se-á, uma vez que a efetivação dela recai sobre a decisão da família (MORAES *et al.*, 2015) e também sobre a existência de estrutura física, tecnológica e de pessoal que permita extração, conservação e transplantação dos órgãos (NOTHEN, 2005; MENESES, *et al.*, 2010).

Em relação ao primeiro ponto, Moraes *et al.* (2015) estudaram estratégias para otimizar as taxas de consentimento familiar. Os autores concluíram que as ações que contribuem para redução da recusa familiar são o oferecimento de informações adequadas sobre o processo de doação e sobre a morte encefálica e disponibilização regular de informações sobre a evolução do quadro clínico do paciente de forma compreensível e com compaixão. Além disto, oferecer à família a garantia de que a equipe médica fez tudo que era possível para salvar a vida do ente querido e, da parte dos coordenadores de transplante, tratar com respeito e dignidade os familiares. Por fim, realizar a solicitação de doação em um ambiente privado, por indivíduos treinados para tal.

Em relação ao segundo ponto - (estrutura que permita extração, conservação e transplantação dos órgãos - Nothen (2005) afirma que deve haver um sistema logístico no processo de doação, pois há procedimentos complexos que necessitam ser atendidos de modo a manter o órgão em condições adequadas para realização do transplante. Além disso, há necessidade de um aparato tecnológico que permita a realização segura do diagnóstico de morte cerebral.

No que se refere ao fator atitude em relação à doação de órgãos, a mediana alcançou o escore de 0,24, sendo este mais próximo daquele observado junto ao valor de referência 6. Este dado indica que os respondentes, em geral, acreditam que a doação de órgãos é uma ação importante para o próximo e para a sociedade como um todo. Tal resultado já era esperado em função das constatações atreladas ao construto, intenção de doar órgãos.

Quanto ao fator atuação do governo, a mediana alcançou o escore de -0,06, sendo este mais próximo daquele observado junto ao valor de referência 3 (0,18)³. Esse resultado indica que os respondentes, em geral, acreditam que é baixa a efetividade das campanhas governamentais e que seus resultados não tendem a fomentar a doação nem a trazer maiores esclarecimentos à população sobre os procedimentos necessários para tal. Esse resultado é corroborado pelo fato de que 90,2% dos respondentes já viram ou ouviram alguma campanha de doação de órgãos, mas 75,0% não têm uma lembrança clara das mensagens veiculadas conforme, apresentado no item 5.1.

Resultados similares foram observados por Rezende *et al.* (2015). Os autores avaliaram a percepção de doadores e potenciais doadores de Minas Gerais acerca das estratégias de marketing social adotadas pelo governo. Assim, concluíram que, apesar de 92,2% dos respondentes afirmarem já terem visto alguma campanha de doação de órgãos, 60,4% indicaram não se lembrar bem de suas mensagens, o que demonstra a baixa aderência dessas campanhas à memória das pessoas.

³ O valor de referência 3 mostrou-se importante para avaliar a posição dos pesquisados apenas em relação a dois construtos: atitude em relação à doação de órgãos e motivação. Por esse motivo ele não foi apresentado na TAB. 7, sendo seus valores reportados apenas nas análises dos citados construtos.

Apesar desses resultados, os respondentes avaliam que as campanhas de marketing social voltadas para doação são importantes. Para esse construto, a mediana alcançou escore de 0,27, sendo este próximo daquele observado junto ao valor de referência 6. Este resultado indica que os respondentes, em geral, atestam a importância das campanhas de marketing social e, também, sua capacidade de promover a alteração do comportamento dos indivíduos em prol da doação. Neste sentido, supõe-se que as mensagens veiculadas pelas campanhas são adequadas, mas sua periodicidade não, comprometendo a capacidade dos indivíduos em reter as informações passadas por elas e em trazer modificações no comportamento, a médio e longo prazo. Ainda em relação a este construto, observa-se que alcançou o maior valor de amplitude (AMP=6,62), indicando que a percepção dos respondentes é mais heterogênea em relação a tal ponto: alguns acreditam que as campanhas são importantes ao passo que outros, não.

Dentre as campanhas atuais de marketing social em prol da doação em Minas Gerais, tem-se a Setembro Verde (FIG. 4) que comemora o Dia Nacional do Doador de Órgãos (27/9). Segundo a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (2017), a citada campanha, cujo slogan é, Doe órgãos, doe vida, é uma iniciativa do governo de Minas Gerais, realizada pela Secretaria de Estado da Saúde. Ainda de acordo com a Fundação, esta campanha tem dois objetivos principais: (1) conscientizar as pessoas acerca da importância de se realizar a doação e (2) incentivar a conversa entre amigos e familiares sobre o assunto. Especificamente em relação ao segundo objetivo, sua necessidade já foi reportada na análise da variável comportamento socialmente aprendido.

Figura 4 – Campanha setembro verde



Fonte: FHEMIG (2017).

Em relação ao fator grupos de referência, a mediana alcançou escore de -0,24, sendo esse mais próximo daquele observado no valor de referência 2. Esse resultado indica que os respondentes, em geral, não discutem o tema doação na escola ou no trabalho. Portanto, a intenção de doar não sofre interferência a partir desses grupos de referência. Este resultado já era esperado, em função das constatações atreladas ao construto comportamento socialmente aprendido. Na pesquisa realizada pela autora desta dissertação identificou-se esforço realizado pela ABTO no intuito de prover campanhas de doação junto a escolas. No entanto, esses eventos ocorreram em 2012 (ABTO, 2012) e posteriormente em 2014 (ABTO, 2014) tendo havido, de lá para cá, um grande lapso temporal. Desta forma, observa-se que os grupos de referência ligados à escola e ao trabalho oferecem pouca influência sobre a decisão do indivíduo em se tornar um doador de órgãos.

Sobre o fator normas subjetivas, Alberton e Saleh (2011) indicam que o ato de doar órgãos pode ser entendido não apenas como uma opção individual, mas como uma obrigação moral. No caso desta pesquisa, a mediana deste construto alcançou um escore de 0,10, sendo este mais próximo daquele observado junto ao valor de referência 4. Este resultado indica que os respondentes, em geral, acreditam que a doação é moderadamente um dever de todo cidadão e medianamente uma obrigação moral. Nesse sentido, tem-se que outros motivos alheios à moral têm maior força na decisão dos respondentes em doar.

Quanto ao fator crenças normativas, a mediana desse construto alcançou o escore de 0,14, sendo este mais próximo do valor de referência 6. Esse resultado indica que os respondentes, em geral, avaliam a existência de grande influência da religião nas decisões relativas à doação de órgãos. Conclusão contrária foi realizada por Bendassolli (2001), já que o autor não encontrou relação significativa entre religião e doação de órgãos em seu trabalho.

Por fim, no que se refere ao fator motivação, a mediana alcançou o escore -0,01, sendo este mais próximo do valor de referência 3 (0,04)⁴. Este resultado indica que os

⁴ O valor de referência 3 mostrou-se importante para avaliar a posição dos pesquisados apenas em relação a dois construtos: atitude em relação à doação de órgãos e motivação. Por esse motivo ele não foi apresentado na TAB. 7, sendo seus valores reportados apenas nas análises dos citados construtos.

respondentes, em geral, acreditam que elementos ligados ao reconhecimento social e ao fato de outros saberem da intenção do indivíduo em ser doador têm pouco efeito na decisão de doar. Esta constatação está em consonância com o observado junto ao construto comportamento socialmente aprendido, uma vez que os respondentes pouco compartilham com os membros de seu grupo social sua disposição em ser um doador.

Em síntese, observa-se que os respondentes, geralmente não compartilham com seu grupo social a disposição de serem doadores e têm a intenção de serem doadores. Além disto, acreditam que é baixa a efetividade das campanhas governamentais de doação e reconhecem que o marketing social ligado à doação de órgãos é importante, mas que suas mensagens não são retidas na mente das pessoas. Também não discutem o tema da doação com os grupos de referência, percebem, moderadamente, um dever moral ligado à doação e avaliam que existe grande influência da religião nas decisões relativas à mesma. Por fim, não observam que o reconhecimento social é elemento que motiva a doação.

A próxima seção avalia quais fatores da doação de órgãos, quando manifestados, aumentam a probabilidade do indivíduo ser ou não doador declarado de órgãos.

5.4 Relação entre a pretensão de doar órgãos e os construtos da escala de percepção de doação de órgão

Conforme apresentado no capítulo anterior, a percepção dos pesquisados acerca da doação de órgãos foi avaliada a partir de nove construtos: comportamento socialmente aprendido, intenção de doar órgãos, atitude em relação à doação de órgãos, atuação do governo, grupos de referência, campanhas de marketing social, normas subjetivas, crenças normativas e motivação. Este capítulo tem a intenção de verificar quais destes construtos, quando manifestados, são capazes de aumentar a chance de um indivíduo tornar-se doador. A pertinência de tal constatação recai sobre o fato de que tais elementos, quando identificados, poderão ser explorados junto a campanhas de marketing social, de modo a aumentar o número de potenciais doadores.

Para alcance desse objetivo realizou-se regressão logística a partir do método *enter*, uma vez que o mesmo possibilita testar teorias (FIELD, 2009). Consideraram-se como grupos de comparação os indivíduos que declararam não pretenderem ser doadores (grupo 0) em relação aos que declararam pretender (grupo 1)⁵. A partir destas considerações, e para fins de facilitação do entendimento das análises que seguem, o grupo 0 será denominado não doador e o grupo 1, doador.

Antes da realização da regressão logística, avaliou-se o comportamento das variáveis em relação aos grupos de não doadores e doadores conforme TAB. 10. Observa-se que a mediana dos grupos difere mais intensamente em relação a comportamento socialmente aprendido e a intenção de doar órgãos: o grupo de doadores possui, em mediana, melhor percepção em relação às referidas variáveis, o que traz indícios iniciais de que elas podem impactar a probabilidade do indivíduo vir a ser um doador.

Por outro lado, nos demais construtos, verificou-se que as medidas descritivas avaliadas mantêm-se próximas entre os dois grupos, sugerindo que estas não são adequadas para o mesmo fim.

Tabela 10 - Análise descritiva dos escores dos fatores de doação de órgãos por grupo de não doação/doação

Variável	Não doadores		Doadores	
	Mediana	Amplitude	Mediana	Amplitude
Comportamento socialmente aprendido	-0,67	3,51	0,01	4,31
Intenção de doar órgãos	-1,51	5,33	0,35	4,97
Atitude em relação à doação de órgãos	0,36	6,41	0,24	9,50
Atuação do governo	-0,23	5,10	-0,04	5,80
Grupos de referência	-0,22	4,68	-0,26	4,84
Campanhas de marketing social	0,41	5,06	0,26	6,62
Normas subjetivas	-0,07	5,00	0,13	5,14
Crenças normativas	-0,06	4,11	0,16	5,04
Motivação	0,14	4,63	-0,06	4,94

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Estes resultados são reiterados pelo GRAF. 3. Sua avaliação indica que os construtos, comportamento socialmente aprendido e intenção de doar órgãos, apresentam maior discrepância em relação aos grupos de não doadores (em vermelho) e doadores (em azul). Para as demais variáveis, observa-se que as caixas dos diferentes grupos

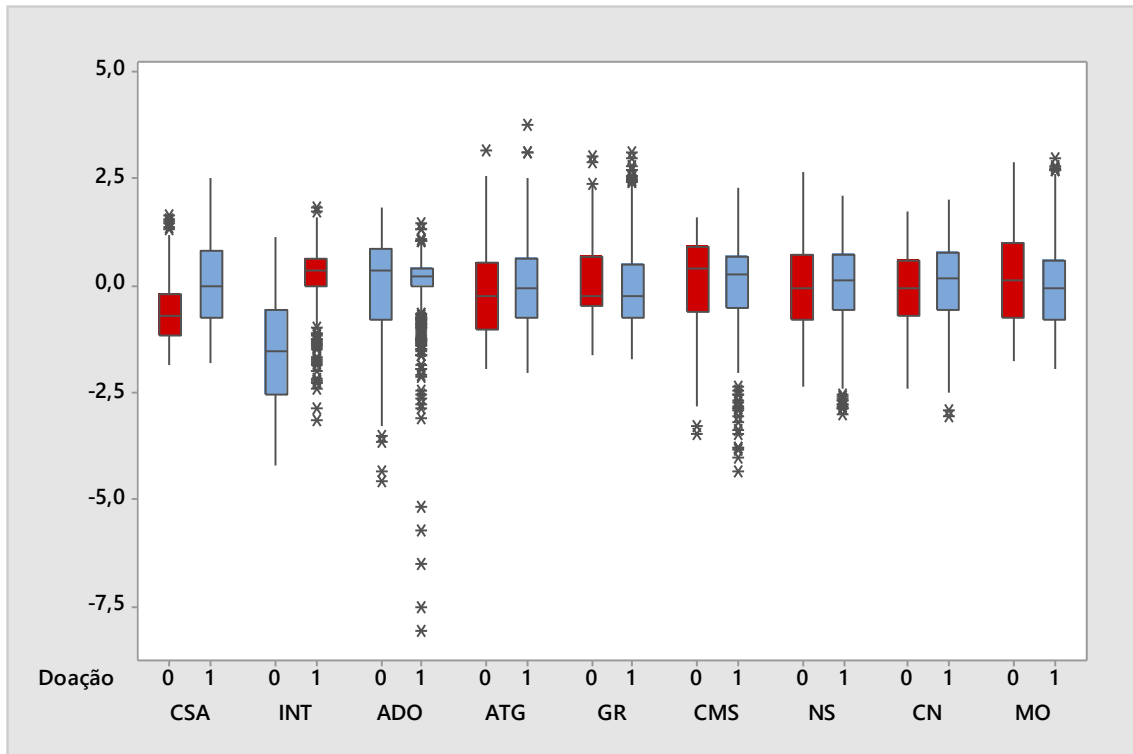
⁵ Essa segregação foi realizada a partir da questão 12 que perguntou: Você pretende ser doador de órgãos? As opções de resposta foram não (grupo não doador) e sim (grupo doador).

encontram-se próximas entre si, sugerindo que estas não são adequadas para avaliar as diferenças entre os grupos.

Considerando a necessidade de haver um número próximo de casos em cada grupo para realização da regressão logística e considerando, ainda, que os doadores (529 casos) representam uma parcela significativamente maior da amostra em relação aos não doadores (83 casos), optou-se por dividir o maior grupo em cinco partes. Nesse caso, houve formação de cinco novos subgrupos de doação, sendo os quatro primeiros formados por 105 indivíduos e o último, por 106. Essa divisão foi realizada considerando que as partições do grupo de doação deveriam possibilitar que cada novo subgrupo possuísse um número de participantes próximos a 83.

A definição de qual doador seria alocado em determinado grupo foi realizada da seguinte forma: (1) todos os doadores foram numerados de 1 a 529; (2) sorteou-se aleatoriamente (sem repetição) 105 indivíduos que compuseram o grupo de doação 1; (3) novo sorteio foi realizado (excluindo os 105 participantes já sorteados) e 105 novos doadores foram selecionados, compondo o grupo de doação 2 e assim por diante. Desta forma, ao final desse procedimento, os 529 doadores foram segregados em cinco diferentes grupos.

Gráfico 3 – Box plot dos escores dos fatores de doação de órgãos por grupo de não doação/doação



Nota 1: análise do GRAF. 3 indica existência de dados extremos (marcados com *). Na análise dos resíduos da regressão logística nova avaliação de dados discrepantes foi realizada. Os resultados estão indicados adiante.

Legenda: 0 e cor vermelha indicam o grupo de *não doares*; 1 e cor azul indicam o grupo de *doadores*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em seguida, realizou-se cinco regressões logísticas que compararam cada um dos cinco grupos de doadores em relação ao grupo único de não doadores. O objetivo deste procedimento foi garantir que a diferença entre o número de doares e de não doadores não impactasse a estimação dos coeficientes e garantisse, conseqüentemente, que os resultados auferidos fossem mais confiáveis. O pressuposto inerente a tal procedimento é que as variáveis que revelarem-se significativamente diferentes de zero nas são aquelas que representam a população de estudo. Os resultados encontram-se na TAB. 11. A regressão 1 indica análise realizada entre o grupo de doação 1 e o grupo de não doação, e assim por diante.

Observa-se que, das nove variáveis avaliadas, somente duas mostraram-se significativas nas cinco regressões, quais sejam, comportamento socialmente aprendido e intenção de doar órgãos. Dado que sua significância foi atestada em todos os subgrupos de doação, entende-se que estas variáveis impactam a chance de um indivíduo tornar-se um doador declarado na população em estudo. Reiterando esse

entendimento, tem-se que os coeficientes β estimados para comportamento socialmente aprendido mantiveram-se próximos em todas as regressões realizadas. O mesmo ocorreu para intenção de doar órgãos, o que atesta a confiabilidade das estimativas realizadas. Além disto, todas as regressões apresentaram porcentagens de previsões corretas próximas.

Respectivamente na segunda e quinta regressões, as variáveis atitude em relação a doação e grupo de referência mostram-se significativas. Entretanto, entende-se que esse resultado não pode ser extrapolado para a população, dado que sua significância foi atestada em apenas uma das cinco regressões realizadas.

Tabela 11 - Resultados da regressão logística - não doadores *versus* cinco grupos de doação

Regressão	Variável	Coefficiente logístico estimado (β)	Erro padrão	Wald	Sig.	Exp (β)
1	Comp. socialmente aprendido	0,593	0,240	6,110	0,013	1,810
	Intenção de doar órgãos	2,012	0,314	41,143	0,000	7,476
	Atitude em relação à doação	-0,022	0,214	0,011	0,918	0,978
	Atuação do governo	0,214	0,236	0,822	0,364	1,239
	Grupos de referência	-0,289	0,257	1,265	0,261	0,749
	Campanhas de marketing social	-0,131	0,243	0,290	0,591	0,877
	Normas subjetivas	-0,235	0,256	0,843	0,359	0,791
	Crenças normativas	0,225	0,228	0,979	0,322	1,253
	Motivação	-0,182	0,231	0,618	0,432	0,834
	Constante	1,147	0,250	21,093	0,000	3,150
2	Comp. socialmente aprendido	0,649	0,233	7,770	0,005	1,914
	Intenção de doar órgãos	1,794	0,276	42,183	0,000	6,012
	Atitude em relação à doação	0,381	0,183	4,339	0,037	1,464
	Atuação do governo	0,054	0,215	0,063	0,801	1,056
	Grupos de referência	-0,046	0,240	0,037	0,848	0,955
	Campanhas de marketing social	-0,417	0,230	3,268	0,071	0,659
	Normas subjetivas	0,175	0,236	0,546	0,460	1,191
	Crenças normativas	0,076	0,233	0,106	0,745	1,079
	Motivação	-0,038	0,232	0,027	0,869	0,962
	Constante	1,196	0,247	23,498	0,000	3,307
3	Comp. socialmente aprendido	0,527	0,245	4,620	0,032	1,694
	Intenção de doar órgãos	2,268	0,354	40,941	0,000	9,657
	Atitude em relação à doação	0,388	0,232	2,793	0,095	1,475
	Atuação do governo	0,259	0,242	1,142	0,285	1,295
	Grupos de referência	-0,312	0,260	1,445	0,229	0,732
	Campanhas de marketing social	-0,028	0,216	0,016	0,898	0,973
	Normas subjetivas	-0,375	0,267	1,968	0,161	0,687
	Crenças normativas	0,192	0,232	0,683	0,409	1,211
	Motivação	-0,395	0,267	2,190	0,139	0,674
	Constante	1,245	0,265	22,006	0,000	3,473
4	Comp. socialmente aprendido	0,745	0,230	10,478	0,001	2,106
	Intenção de doar órgãos	1,597	0,242	43,597	0,000	4,936
	Atitude em relação à doação	0,311	0,210	2,195	0,138	1,365
	Atuação do governo	0,296	0,220	1,817	0,178	1,345
	Grupos de referência	-0,117	0,212	0,303	0,582	0,890
	Campanhas de marketing social	0,176	0,218	0,651	0,420	1,193
	Normas subjetivas	-0,061	0,225	0,073	0,787	0,941
	Crenças normativas	0,316	0,232	1,864	0,172	1,372
	Motivação	-0,081	0,227	0,128	0,721	0,922
	Constante	1,223	0,247	24,422	0,000	3,396
5	Comp. socialmente aprendido	0,661	0,234	7,954	0,005	1,937
	Intenção de doar órgãos	1,953	0,285	47,072	0,000	7,049

Atitude em relação à doação	0,200	0,210	0,902	0,342	1,221
Atuação do governo	0,182	0,217	0,702	0,402	1,199
Grupos de referência	-0,540	0,248	4,732	0,030	0,583
Campanhas de marketing social	0,088	0,241	0,135	0,714	1,092
Normas subjetivas	-0,190	0,237	0,644	0,422	0,827
Crenças normativas	0,074	0,234	0,099	0,753	1,076
Motivação	-0,287	0,223	1,657	0,198	0,750
Constante	1,365	0,263	26,993	0,000	3,917

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Para dar prosseguimento à análise dose dados, optou-se por considerar o grupo de doação 1, uma vez que apresentou a maior porcentagem para previsões corretas, no geral. Uma nova regressão foi realizada considerando, desta vez, apenas as variáveis comportamento socialmente aprendido e intenção de doar órgãos. Esta indicou a existência de 16 indivíduos com altos valores de resíduos, alavancas ou distância de Cook. Considerando que este quantitativo representa uma pequena parcela da amostra (8% aproximadamente), optamos por excluir tais indivíduos e nova regressão foi realizada. Desta vez, os valores de resíduos padronizados (mínimo de -2,3 e máximo de 2,1), as alavancas (abaixo de 0,32) e as distâncias de Cook (abaixo de 0,98) mantiveram-se dentro dos limites propostos por Field (2009).

Após realização da análise de resíduos, passou-se à avaliação da aderência do modelo logístico estimado, conforme dados apresentados na TAB. 12. A função G indicou significância estatística ($p < 0,001$) e houve redução importante no valor de -2VL do modelo inicial para o final (de 235,08 para 28,40), o que indica que as variáveis inseridas no modelo afetam significativamente seu poder de previsão. O resultado do teste Omnibus foi significativo estatisticamente ($p < 0,001$), confirmando que as variáveis contribuem para melhorar a qualidade da predição. O teste de Hosmer e Lemeshow apresentou o resultado $p = 0,999$, o que conduz à não rejeição da hipótese nula do teste (as classificações em grupo previstas são iguais às observações) e o valor de R^2 de Nagelkerke (correspondente ao R^2 na regressão linear) apresentou um escore elevado de 0,939, reiterando a aderência do modelo.

Por fim, foi observado que a performance da regressão logística apresentou um excelente ajuste: o modelo foi capaz de prever 94,6% dos casos de não doadores, 96,9%, doadores; e 95,9% no geral.

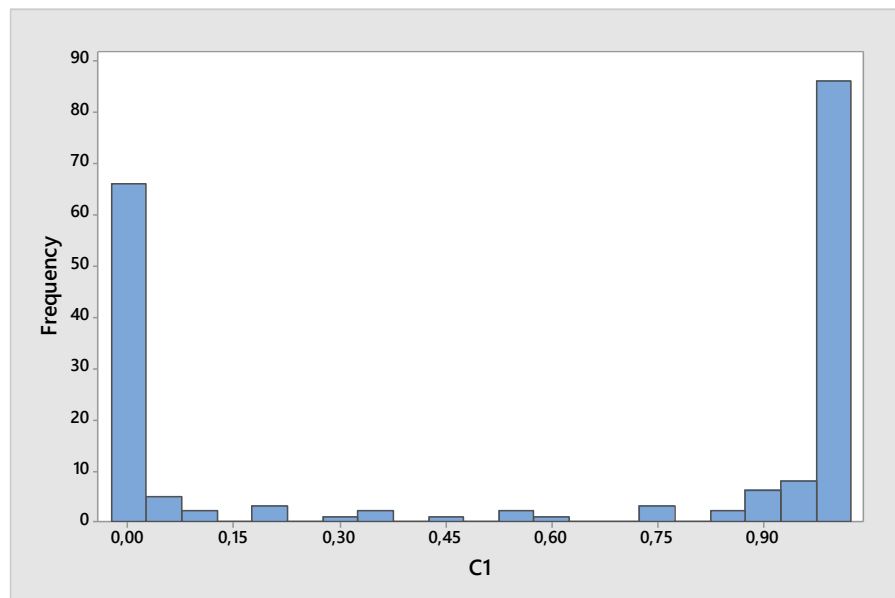
Tabela 12 - Avaliação da aderência do modelo de regressão logística

-2VL inicial	-2VL final	Valor p			R ² de Nagel Kerke	Previsões corretas		
		Função G	Teste omnibus	Teste Hosmer e Lemeshow		Não doador	Doador	Geral
235,08	28,40	0,000	0,000	0,999	93,9	94,6	96,9	95,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O GRAF.4 traz o histograma das probabilidades estimadas para cada indivíduo. Sua avaliação reitera a qualidade do ajustamento realizado, uma vez que as probabilidades são altas nas extremidades e baixas no restante do gráfico.

Gráfico 4 – Histograma das probabilidades estimadas pelo modelo logístico



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Considerando a aderência do modelo, passa-se à interpretação de seus dados, apresentados na TAB. 13. As duas variáveis, assim como a constante, mostraram-se significativas ($p < 0,01$). O fato de os coeficientes logísticos estimados para as duas primeiras variáveis serem positivos (respectivamente 1,648 e 9,773) e os valores de Exp. (β) serem maiores que um, indica que a probabilidade de ser um doador declarado é positivamente influenciada pelo comportamento socialmente aprendido e pela intenção de doar órgãos. Isto é, quanto maior for a disseminação da disposição do indivíduo de ser doador entre os grupos sociais aos quais pertence e quanto maior for o entendimento do indivíduo de que doação pode salvar vidas e pode lhe causar orgulho pessoal, maior será a probabilidade do se tornar um doador declarado.

Tabela 13 - Modelo de regressão logística

Variável	Coeficiente logístico estimado (β)	Erro padrão	Wald	Sig.	Exp (β)
Comp. socialmente aprendido	1,648	0,640	6,631	0,010	5,194
Intenção de doar órgãos	9,773	2,629	13,818	0,000	17547,970
Constante	3,499	0,983	12,676	0,000	33,081

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em síntese, observou-se que, dos nove fatores avaliados, comportamento socialmente aprendido e intenção de doar órgãos mostram-se significativos para predição da probabilidade do indivíduo tornar-se um doador declarado. Quanto maior o comportamento socialmente aprendido e a intenção de doar órgãos, maior é a probabilidade de o indivíduo vir a se tornar um doador declarado. Todos os indicadores de ajustamento avaliados concluíram pela aderência do modelo logístico aos dados da pesquisa.

5.5 Relação entre os fatores de doação de órgãos e os dados demográficos e ocupacionais

Esta seção tem por objetivo identificar diferenças significativas nos escores fatoriais da escala de doação de órgãos em função do gênero, da faixa etária, do estado civil, de possuir ou não filhos, da escolaridade e da renda mensal. As demais variáveis que compõem o perfil demográfico e ocupacional não foram selecionadas, uma vez que apresentam grupos de análise com número de casos muito discrepantes entre si, o que inviabiliza a realização dos testes de comparação de tendência central (PESTANA; GAGUEIRO, 2000).

Considerando esta mesma questão, optamos por agrupar as variáveis da seguinte forma:

- faixa etária, em 3 categorias: até 30 anos (165 casos), 31 a 50 (345 casos) e 51 anos ou mais (102 casos);
- renda mensal, em 3 categorias: até R\$ 1.874,00 (111 casos), de R\$ 4.686,00 até R\$ 9.370,00 (123 casos) e mais de R\$ 9.371,00 (66 casos);
- escolaridade, em 3 categorias: até 2º grau (99 casos), superior completo ou incompleto (269 casos) e especialização ou acima (244).

Em relação ao estado civil, escolaridade e religião, e ainda considerando a necessidade de possuir grupos mais homogêneos em relação ao número de casos, optou-se por comparar a percepção mediana dos casados em relação aos solteiros, daqueles que se declaram brancos em relação aos pardos e dos católicos em relação aos evangélicos.

Para definição de quais técnicas estatísticas deveriam ser utilizadas a fim de alcançar o objetivo proposto nesta seção, realizaram-se testes de normalidade de Shapiro-Wilk.

Considerando o nível de significância empregado ($\alpha=5\%$), concluiu-se que nenhum dos fatores avaliados segue distribuição normal (para todos os casos os valores p encontrados foram menores que 0,001). Diante disso, realizamos testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis (PESTANA; GAGUEIRO, 2000).

Os resultados encontram-se na TAB. 14.

Tabela 14 - Teste de comparação de tendência central das variáveis de doação de órgãos – Mann Whitney e Kurskal-Wallis

Variável	CSA	INT	ADO	ATG	GR	CMS	NS	CN	MO
Gênero	0,000	0,854	0,144	0,983	0,073	0,000	0,601	0,005	0,417
Estado civil	0,498	0,400	0,678	0,843	0,959	0,183	0,221	0,295	0,268
Filhos	0,868	0,347	0,804	0,994	0,865	0,063	0,702	0,001	0,837
Escolaridade	0,386	0,413	0,409	0,846	0,567	0,040 ⁶	0,667	0,037 ⁶	0,441
Religião	0,001	0,001	0,081	0,413	0,509	0,711	0,150	0,234	0,210
Remuneração	0,372	0,052	0,238	0,987	0,897	0,260	0,118	0,730	0,938
Faixa etária	0,251	0,000	0,107	0,117	0,083	0,017 ⁶	0,370	0,003	0,361

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Algumas diferenças significativas foram encontradas:

- mulheres possuem, em tendência central, maiores escores em comportamento socialmente aprendido ($PM^7=326,81$), campanhas de marketing social ($PM=325,92$) e crenças normativas ($PM=320,49$) em relação aos homens (PM

⁶ Devido à necessidade de diminuição do nível de significância do teste, a fim de evitar a inflação do erro tipo I, o nível de significância empregado passou a ser 0,0167, reiterando a inexistência de diferenças significativas entre os grupos.

⁷ PM = posto de média.

respectivamente de 263,72; 265,58 e 277,04). Isto é, em geral, as mulheres compartilham mais com seu grupo social a disposição de serem doadoras, porque acreditam com maior intensidade que as campanhas de marketing social são capazes de promover alteração no comportamento das pessoas e percebem maior influência da religião nas questões relativas a doação;

- indivíduos com filhos possuem, em tendência central, maior percepção de crenças normativas (PM=327,85) em relação aos que não têm prole (PM=282,32). Em outras palavras, pessoas com filhos percebem maior influência da religião nas questões relativas à doação em relação aos que não têm filhos;
- católicos possuem, em tendência central, maior percepção de comportamento socialmente aprendido (PM=219,42) em relação aos evangélicos (PM=173,85). Os evangélicos, por sua vez, possuem maiores escores de intenção de doar órgãos (PM=242,56) em relação aos católicos (PM=196,54). Em geral, os católicos compartilham mais com seu grupo social a disposição de serem doadores. Já os evangélicos percebem mais intensamente que a doação pode salvar vidas e pode lhes causar orgulho pessoal.

Em relação à faixa etária, diferenças significativas foram encontradas em relação à intenção de doar órgãos ($p < 0,001$) e crenças normativas ($p = 0,003$). Para identificar quais grupos de faixa etária diferem entre si, realizaram-se testes de *post hoc* (detalhados na TAB. 15) que indicaram:

- indivíduos com 51 anos ou mais possuem, em tendência central, menores escores de intenção de doar órgãos em relação aos que têm até 30 anos e aos que tem de 31 a 50 anos. Em outras palavras, para os indivíduos com 51 anos ou mais, há menor percepção de que a doação possa salvar vidas e menor sensação de orgulho em relação a esta ação. A justificativa para esse resultado pode alicerçar-se no fato de que pessoas mais velhas sentem mais intensamente o medo da morte (por estarem, teoricamente, mais próximas dela). Por este motivo, preferem não serem doadores. Neste sentido, os resultados desta pesquisa confirmam aqueles observados por Bendassolli (2001). Segundo o autor, há uma relação significativa entre medo da morte e

doação, isto é, aqueles que preferiam não doar mantinham maior medo da morte. A justificativa pode alicerçar-se, também, no fato de que pessoas mais velhas podem acreditar que seus órgãos não estão mais em condições de serem doados em função do decorrer da idade;

- indivíduos com 51 anos ou mais têm, em tendência central, maior percepção de crenças normativas em relação aos que possuem até 30 anos e 31 a 51 anos. Em outras palavras, os mais velhos percebem maior influência da religião nas questões relativas à doação.

Tabela 15 - Teste post hoc de Kruskal-Wallis – faixa etária versus intenção de doar órgãos e crenças normativas

Variável	Categoria	Postos de média	Ru-Rv	Z	Conclusão
Intenção de doar órgãos	(1) Até 30	327,93	(1) e (2): 13,5	40,2	(1) = (2)
	(2) 31 a 50	314,45	(1) e (3): 83,0	53,4	(1) > (3)
	(3) 51 ou mais	244,96	(2) e (3): 69,5	47,8	(2) > (3)
Crenças normativas	(1) Até 30	279,13	(1) e (2): 25,9	40,2	(1) = (2)
	(2) 31 a 50	305,04	(1) e (3): 76,6	53,4	(3) > (1)
	(3) 51 ou mais	355,72	(2) e (3): 50,7	47,8	(3) > (2)

Nota: a simbolização dos dados remete ao seguinte entendimento, respeitando-se o nível de significância empregado (5%): (1) = (2) indica que a tendência central do grupo 1 é estatisticamente equivalente à do grupo 2; (1) > (3) indica que a tendência central do grupo 1 é maior do que a do grupo 3. Mesmo raciocínio deve ser empregado para as demais avaliações.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em síntese, em tendência central, observou-se que as mulheres possuem maiores escores em comportamento socialmente aprendido, campanhas de marketing social e crenças normativas em relação aos homens; os católicos possuem maior percepção de comportamento socialmente aprendido em relação aos evangélicos. Estes últimos, por sua vez, possuem maior intenção de doar órgãos em relação aos católicos. Já os indivíduos com filhos possuem maiores escores em crenças normativas em relação aos que não têm e indivíduos com 51 anos ou mais têm menor intenção de doar órgãos e maior percepção de crenças normativas em relação aos mais jovens.

O próximo capítulo tratará da conclusão acerca dos resultados alcançadas nesta pesquisa.

Considerações foram realizadas, ainda, sobre a relação entre os construtos e os dados demográficos e ocupacionais, as limitações e contribuições deste estudo e, por fim, sugestões para pesquisas futuras.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou identificar e analisar quais os fatores exercem influência na intenção de doar órgãos, segundo a percepção de residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para a consecução dos objetivos propostos nesta pesquisa, desenvolvemos o estudo com base no modelo apresentado por Rezende (2015), que aponta os construtos associados aos aspectos relacionados à intenção de um indivíduo doar órgãos. A fim de atingir nosso objetivo foram aplicados 612 questionários em indivíduos com faixa etária entre 16 a 61 anos de idade.

Para tanto, buscou-se realizar uma análise sobre a temática em questão à luz do marketing social. É importante expor que a escola de marketing teve seu início no final da década de 1960, e a discussão sobre o marketing social também iniciou-se na mesma época, a partir dos estudos de Kotler e Levy (1969), Lazer (1969) e Luck (1969). Desta maneira, o marketing social pode ser definido como a gestão do processo de inovações de cunho social a partir da adoção de atitudes, comportamentos e práticas individuais e coletivas, orientadas de acordo com preceitos éticos e dos direitos humanos.

De acordo com os levantamentos, constata-se que o marketing social está diretamente relacionado ao processo de indução do comportamento, porque pode influenciar o indivíduo a refletir sobre uma causa de grandes proporções sociais. Em função disto, propõe-se uma correção no conceito de marketing social (KOTLER; ZALTMAN, 1971; ANDREASEN, 1994; 2002; BAKER, 2005; KOTLER; LEE, 2008; 2011), argumentando-se com a aplicação de técnicas oriundas do marketing para induzir o comportamento de determinado público a aceitar, modificar, rejeitar ou abandonar determinadas práticas e comportamentos em prol de um benefício comum.

Para entender, em maior profundidade, o objetivo geral desse estudo, optamos por desenvolver uma abordagem quantitativa que auxiliou a examinar as considerações a seguir, baseados nos objetivos específicos delimitados.

Após análise dos resultados, observou-se que o perfil dos pesquisados em relação ao processo de doação de órgãos vem trazendo um aspecto interessante em relação à intenção de ser doador, pois 86,4% dos entrevistados pretende ser doador de órgãos no futuro. Quando este resultado é confrontado com outros dados do trabalho, percebe-se que há uma discrepância entre a intenção declarada de ser doador e os números que atestam quem, de fato, é ou foi. É importante ressaltar que, de acordo com o Ministério da Saúde (2016), em 2016 somente 14,6 pessoas a cada um milhão doaram órgãos, pois as doações efetivas no Brasil são pequenas em relação à população como um todo.

Um ponto relevante é que na pergunta referente ao sentimento que mais representa o ato de doar órgãos, a maior parte dos pesquisados informou amor ao próximo (42,6%). Este mesmo percentual foi obtido para a questão referente à solidariedade (42,6%). Para os respondentes, a doação é vista como um ato por meio do qual partes de seu corpo mantêm-se viva em outra pessoa, possibilitando a continuidade da vida de um terceiro.

Já aqueles que se manifestam não possuírem intenção de doar representam (13,6%) e o seu principal motivo recai sobre o receio de que a retirada dos órgãos ocorra antes que o indivíduo esteja, de fato, morto (48,8%).

No intuito de minimizar esta situação, o Ministério da Saúde lançou o Dia Nacional da Doação de Órgãos, e a campanha, Família, quem você ama pode salvar vidas. O objetivo da campanha era promover a discussão do tema nas famílias a fim de despertar o desejo de doação de órgãos, principalmente nos casos em que havia morte encefálica, uma vez que a decisão de doar faz-se pelos membros familiares.

Em conformidade como o primeiro objetivo específico, que pretendeu testar a escala de doação de órgãos proposta por Rezende (2015), constatou-se que dos 13 construtos analisados por meio de análise fatorial, quatro foram descartados por não apresentarem cargas fatoriais, comunalidades, KMO ou alfa de Cronbach adequados. Os construtos eliminados foram: atitude em relação ao tráfico de órgãos, atitude em relação à doação de órgãos em vida, apelo das campanhas e informação. Sendo

assim, a validação da escala para a presente pesquisa foi baseada em nove construtos: comportamento socialmente aprendido, intenção de doar órgãos, atitude em relação à doação de órgãos, atuação do governo, grupos de referência, campanhas de marketing social, normas subjetivas, crenças normativas e motivação.

Apesar da eliminação de quatro das 13 variáveis verificou-se que, por intermédio da técnica estatística multivariada de análise fatorial, todos os indicadores avaliados indicaram pertinência da utilização da análise fatorial para a definição da estrutura latente das variáveis.

No que se refere ao segundo objetivo específico, tencionou-se identificar e descrever a percepção dos pesquisados a respeito dos construtos de doação de órgãos, ou seja, buscou-se compreender em que circunstâncias as pessoas tornar-se-iam doadoras. Desta forma, analisamos os dados descritivos das dimensões da doação de órgãos, por meio dos escores fatoriais gerados na análise fatorial, que teve por objetivo comparar o escore fatorial do indivíduo em relação a valores pré-determinados de concordância ou discordância. Avaliamos medidas de tendência central e de variabilidade que puderam explicitar o posicionamento dos pesquisados sobre as dimensões consideradas.

O terceiro objetivo específico buscou identificar quais construtos da doação de órgãos segregam aqueles que desejam doar órgãos em relação aos que não pretendem. Para tanto, foi realizada a regressão logística a partir do método *enter*, uma vez que este possibilita testar teorias (FIELD, 2009). Especificou-se que o grupo 0 seria denominado não doador e o grupo 1, doador. Observamos que a mediana dos grupos difere mais intensamente em relação a comportamento socialmente aprendido e a intenção de doar órgãos. Para as outras variáveis identificamos que as medidas descritivas avaliadas mantiveram-se próximas entre os dois grupos, sugerindo que estas não são adequadas para o mesmo fim. Inferiu-se, diante do exposto, que dos nove fatores avaliados, comportamento socialmente aprendido e intenção de doar órgãos mostraram-se significativos para predição da probabilidade do indivíduo tornar-se um doador declarado. Quanto maior o comportamento socialmente aprendido e a intenção de doar órgãos, maior é a probabilidade de o indivíduo vir a se tornar um

doador declarado. Por fim, todos os indicadores de ajustamento avaliados concluíram pela aderência do modelo logístico aos dados da pesquisa.

O quarto e último objetivo específico propôs identificar as diferenças na intenção de doar órgão em relação aos dados socio-demográficos e ocupacionais. Optamos por considerar os escores fatoriais da escala de doação de órgãos em função do gênero, da faixa etária, do estado civil, de possuir ou não filhos, da escolaridade e da renda mensal. As outras variáveis não foram levadas em consideração para a análise, uma vez que apresentaram grupos de análise com número de casos muito discrepantes entre si, o que inviabiliza a realização dos testes de comparação de tendência central (PESTANA; GAGUEIRO, 2000).

Observamos que, no geral, as mulheres possuem maiores escores em comportamento socialmente aprendido, campanhas de marketing social e crenças normativas em relação aos homens. Já os católicos possuem maior percepção de comportamento socialmente aprendido em relação aos evangélicos. Por sua vez, estes últimos, possuem maior intenção de doar órgãos em relação aos católicos. Indivíduos com filhos possuem maiores escores em crenças normativas em relação aos que não têm e indivíduos com 51 anos ou mais têm menor intenção de doar órgãos e maior percepção de crenças normativas em relação aos mais jovens.

Em face dos resultados atingidos pelo estudo, pode-se inferir que os nove construtos elegidos contribuem para um entendimento sobre a doação de órgãos e o aumento da probabilidade de um indivíduo tornar-se um doador declarado. Por intermédio destas variáveis, apuramos que os respondentes geralmente não compartilham com seu grupo social a disposição de serem doadores; têm a intenção de serem doadores e acreditam que é baixa a efetividade das campanhas governamentais de doação. Por outro lado, reconhecem que o marketing social ligado à doação de órgãos é importante, mas que suas mensagens não são retidas na mente das pessoas e não discutem o tema doação com os grupos de referência. Ademais, percebem moderadamente um dever moral ligado à doação, avaliam que existe grande influência da religião nas decisões relativas à doação e, por fim, não observam que o reconhecimento social é elemento que motiva a doação.

Através das respostas obtidas pelos participantes da pesquisa podemos perceber que as campanhas criadas pelos órgãos governamentais são contraproducentes. Assim, faz-se necessário desenvolver outras que busquem a sensibilização das pessoas, que envolvam instabilidades fraternais e assimilação intelectual de aprendizado gerando, assim, uma possível aderência dos cidadãos às campanhas de marketing social.

Verificamos, também, que cerca de 86,4% das pessoas pretendem doar órgãos futuramente. Contudo, os baixos índices de doadores no Brasil são díspares, visto que a decisão de doar, após constatada a morte encefálica, ficará a cargo da família que, muitas das vezes, por desconhecer os trâmites de doação ou por entender que o seu familiar ainda está “vivo”, acabam por não realizar a predisposição da doação. Isto pode ser constatado pelo número de doações no país, bem menor que a propensão dos indivíduos de doarem. Nessa perspectiva, é necessário que haja um aumento na divulgação das campanhas, com o uso de meios mais eficazes do marketing social, que despertem a consciência dos indivíduos em relação ao tema da doação de órgãos.

6.1 Limitações da pesquisa

Como limitações da presente pesquisa, aponta-se o alcance do estudo, limitado à Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Outro fator limitador foi o difícil acesso às informações relacionadas à doação de órgãos do estado, o MG Transplantes

6.2 Sugestões para estudos futuros

Para futuros estudos, sugere-se avaliar o motivo pelo qual é apresentada tamanha discrepância em relação ao número de pessoas que pretendem ser doadores e ao número que de fato são.

Sugere-se um maior empenho no desenvolvimento e avaliação das campanhas de doação de órgãos, a fim de verificar porque não há aderência às mensagens transmitidas pelas mesmas.

Acrescenta-se, ainda, como sugestão, uma análise mais aprofundada sobre a questão religiosa, buscando investigar se a religião é um fator impactante ou não à doação.

REFERÊNCIAS

- ABTO - **Associação Brasileira de Transplantes. Campanha de Doação de Órgãos e Tecidos**, confira os eventos. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=487&c=969&s>>. Acesso em: 01 dez. 2017.
- ABTO - **Associação Brasileira de Transplantes. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**, Ano 7, nº 3, Julho/ Setembro, 2004. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/ABTO_News/2004/3.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.
- ACKERMAN, R. W. **The social challenge to business**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1975.
- AJZEN, I. The Theory of Planned Behaviour. **Organizational Behaviour and Human Decision Processes**, v. 50, p. 179-211, 1991.
- AJZEN, I. Residual Effects of Past on Later Behavior: Habitual and Reasoned Action Perspectives. **Personality and Social Psychology Review**, v. 6, n. 2, p. 107-122, 2002.
- AJZEN, I.; FISHBEIN, M. The influence of attitudes on behavior. In: ALBARRACÍN, D.; JOHNSON, B. T.; ZANNA, M. P. (Eds.). **The handbook of attitudes**. Mahwah-NJ: Erlbaum, 2005.
- AGUINIS, H. **Organizational responsibility**: Doing good and doing well. 2011.
- ALBERTON, L.; SALEH, S. M. A doação post mortem de órgãos para transplantes no sul de Santa Catarina: uma análise do consentimento informado das famílias dos potenciais doadores x a autonomia da vontade do doador. **Amicus Curiae**, v.5, n.5 (2008), 2011.
- ARMITAGE, C. J., CHRISTIAN, J. From attitudes to behaviour: basic and applied research on the Theory of Planned Behaviour. **Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social**. Fall, 2003, vol. 22 (3), p. 187-195
- ANDREASEN, A. R. Social marketing its definition and domain. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 13, n.1, p. 108-114, 1994.
- ANG, L. Community relationship management and social media. **Journal of Data base Marketing & Customer Strategy Management**, v.18, n.1, p.31-38, 2011.
- ASSIS, F. C.; SALINO, A. Dennstaedtiaceae. **Flora do Distrito Federal, Brasil**, v. 6, p. 111-122, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO, Boletim Informativo da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, Ano, nº 3, julho /

setembro, 2004. Disponível em:

<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/ABTO_News/2004/3.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO. **RBT**

Registro Brasileiro de Transplantes, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 4-33, 2016.

Disponível em:

<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/rbt/anoXII_n3/index.aspx?idCategoria=2>. Acesso em: 26 mai. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO. **RBT**

Registro Brasileiro de Transplantes, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 4-33, 2017.

Disponível em:

<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/rbt/anoXII_n3/index.aspx?idCategoria=2>. Acesso em: 10 out. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO, **confira os eventos**. Disponível em:

<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=487&c=969&s=>. Acesso em: 01 dez 2017.

BACCHELLA, T.; OLIVEIRA, R. A. **Bioética dos transplantes: a questão ética e a saúde humana**, v. 1, p. 123-128, 2006.

BARTELS, R.; JENKINS, R. L. Macromarketing. **The Journal of Marketing**, p. 17-20, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BERGAMINI, C. W. **Psicodinâmica da Vida Organizacional: motivação e liderança**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BEUREN, I. M. (Org.) *et al.* **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BERTOLINO FILHO, J. **Motivação**. Campinas, SP: Alínea, 2000.

BENSASSOLLI, P. F. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 14 (1), p. 225-240, 2001.

BRASIL. **Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e legislação correlata. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde **Lista de espera**., 2007. Disponível em:

< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/aaa_Lista_06.2007.doc>. Acesso em: 2 jun.2017

- BRASIL. **MG Transplantes**. FHEMIG, 2014. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento-hospitalar/complexo-mg-transplantes>>. Acesso em: 24 jun.2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de transplantes.**, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/duvidas.htm>>. Acesso em: 26. Jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de transplantes.**, 2014. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/duvidas.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema nacional de transplantes**. 2016. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/campanhas-publicitarias/16547-doacao-de-orgaos-2016>> Acesso em: 01 out. 2017
- BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B.Snowball (Bola de Neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: Seminário internacional de representações sociais, subjetividade e educação, **Anais...** Curitiba, PR, Brasil, 1, 2011.
- BUXTON, G. The role of the comparative analysis approach in Social Marketing. **European Journal of Marketing**, v. 7, n.1, p.55-63, 1973.
- CAMPO SILVA, T. C.; CARVALHO, R. Transplante Hepático: problemas de enfermagem em pacientes no pós-operatório. **JBT**, v. 9, n. 1, p. 461- 508, 2006.
- CALDER, B. J.; ROEDDER, D. L.; STERNTHAL, B. Attitude-behavior consistency in children's responses to television advertising. **Journal of Marketing Research**, n. 20, p. 337-349, 1983. Disponível em: <<http://www.jstor.org/journals/00222437.html>>. Acesso em: 28 dez. 2017.
- CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L.; GONÇALVES, C. A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 5, n. 1, 2011.
- CARREL, A. The Operative Technique of Vascular Anastomoses and the Transplantation of Viscera. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 29, p. 3-6, 1963.
- CASTRO, I. M.; SANTOS, P. M. F. O efeito de campanhas de marketing social com apelos negativos no comportamento de risco das pessoas que ingerem bebidas alcoólicas. **ENAPG**, Belo Horizonte, MG, 2014.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6 .ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. RESOLUÇÃO, C. F. M. Nº 1480 de 08 de agosto de 1997. **Estabelece critérios diagnósticos de morte encefálica.** Conselho Federal de Medicina, 1997.

DAIBERT, M.C.D. **Recusa familiar para doação de órgãos na Central de Notificação, Captação e distribuição de órgãos-CNCDO/Regional da Zona da Mata/Minas Gerais.** 2007. 132f. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora (MG), 2007.

DAWSON, L. M. Marketing science in the age of Aquarius. **The Journal of Marketing**, p. 66-72, 1971.

DICKSON, P. R. **Ambiente de marketing e responsabilidade social.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

DUALIBI, S.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. Prevalência do beber e dirigir em Diadema, estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n.6, p.1058-1061, 2007.

ENGEL, J. F., BLACKWELL, R. D., MINIARD, P. W. **Comportamento do consumidor.** 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

FAGUNDES, F. A. F. **Um modelo dos fatores que influenciam a satisfação dos torcedores na ida aos estádios de futebol no Brasil e sua intenção de retorno.** 2013. Tese (Doutorado em Administração) - Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo.** 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2008.

FERBER, R. The Expanding Role of Marketing in the 1970s. **Journal of Marketing**, v.34, n.1, p.29-30, 1970.

FERREIRA, P. L. **Estatística descritiva e inferencial:** breves notas. Curso de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal, 2005.

FISHBEIN, M. AJZEN, I. **Belief, attitude, intention and behavior:** an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison - Wesley, 1975.

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Campanha Setembro Verde incentiva doação de órgão em Minas Gerais, 2017.** Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/banco-de-noticias/por-assunto/154-informacoes-do-governo-do-estado-de-minas-gerais/4196-campanha-setembro-verde-incentiva-doacao-de-orgao-em-minas-gerais>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

FONSECA, N.F. *et al.* Análise do desempenho recente de Fundos de Investimento no Brasil. **Contabilidade Vista & Revista**, v. 18, n. 1, p. 95-116, jan./mar. 2007.

FREITAS, H. *et al.* O método de pesquisa survey. **Revista de Administração - RAUSP**, v.35, n.3, p.105-112, 2000.

GASKI, J. F. Dangerous territory: The societal marketing concept revisited. **Business Horizons**, v. 28, n. 4, p. 42 -47, 1985.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIUGNO, K. M. *et al.* Tratamento da hipertensão intracraniana. **J Pediatr** (Rio J), v. 79, n. 4, p. 287-96, 2003.

GUADAGNOLI, E.; VELICER, W. Relation of sample size to the stability of component patterns. **Psychology Bulletin**, v. 103, p.265-275, 1998.

GREGORI, A.; BALTAR, F. Ready to complete the survey on Facebook- Web 2.0 as a research tool in business studies. **International Journal of Market Research**, v.55, n.1, p.131-148, 2013.

HAIR JR., J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**, 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAIR JR. J. F. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAIR JR, J. F.; GABRIEL, M. L. D. S.; PATEL, V. K. Modelagem de Equações Estruturais Baseada em Covariância (CB-SEM) com o AMOS: Orientações sobre a sua aplicação como uma Ferramenta de Pesquisa de Marketing. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 13, n. 2, p. 44-55, 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo, 2000**. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002tabulacao.shtm>>. Acesso em: 01 dez 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), 2013**. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_conti_nua/primeiros_resultados/analise02.shtm>. Acesso em: 01 dez 2017.

IMPÉRIO, F. D. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Janeiro-Março 2007, v. 19, n. 1, p. 74-84, 2007.

KALLÁS, I. E.; KALLÁS, A. C.; KALLÁS, E. Anastomoses arteriais: passado, presente e futuro. **Acta cir. bras**, v. 14, n. 4, p. 221-7, 1999.

KOTLER, P. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. 5. ed. São Paulo, 1998.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. 12. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

KOTLER, P.; LEE, N. **Marketing no setor público**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

KOTLER, P.; LEE, N. **Marketing social: influenciando comportamentos para o bem.** Tradução Jorge Ritter. Porto Alegre: Bookman, 2011.

KOTLER, P.; LEVY, S. A New Form of Marketing Myopia: Rejoinder to Professor Luck. **Journal of Marketing**, v.33, n.3, p.55-57, 1969.

KOTLER, P.; ROBERTO, E. L. **Social marketing: strategies for changing public behavior.** New York: Free Press, 1989.

LAZER, W. Marketing's changing social relationships. **The journal of Marketing**, v.33, n.1, p. 3-9, 1969.

LAZER, W.; KELLEY, E. J. **Social marketing: perspectives and viewpoints.** Homewood, Illinois: Richard D. Irwin, 1973.

LEFEBVRE, R. C. An integrative model for social marketing. **Journal of Social Marketing**, v. 1, n. 1, p. 54-72, 2011.

LEITE, R. C. C. **Transplantes de órgãos e tecidos e os direitos da personalidade.** São Paulo: J. de Oliveira, 2000.

LOPES, A. D.; MAGALHÃES, N. **A revolução dos transplantes.** In: Revista Veja, ed. 2147, v. 42, n. 14, abril, 2009. Editora Abril.

LUCK, D. J. Broadening the concept of marketing. Too far. **The Journal of Marketing**, v.33, n.3, p.53-55, 1969.

MARINHO, A. Transplantes de órgãos no Brasil. **Revista de Direito Sanitário.** São Paulo, v. 11, n. 3, p. 120-122, 2011.

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplante no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 10, v. 22, out. 2006.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.** Porto Alegre: Bookman, 2006.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.** Porto Alegre: Bookman, 2012.

MATOS, E. B. **A Intenção de Uso de Preservativo: um estudo de adolescentes comparando gêneros e classes sociais.** Dissertação (Mestrado em Psicologia), UFMG, 2008.

MENEZES, A. G. **Comportamento do doador de sangue: aspectos experienciais e motivacionais.** 2013. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2013.

MENEZES, A. G.; SOUZA, C. V. Comportamento do Doador de Sangue: uma análise à luz do Marketing Social. Encontro de Marketing da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, **Anais...** Gramado, RS, Brasil, 6, 2014.

MENESES, E. A. *et al.* Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e da doação de órgãos em hospital público de referência do Distrito Federal. **Revista Bioética**; 18 (2), p. 397-412, 2010.

MESQUITA, J. M. C. **Estatística multivariada aplicada à Administração**. Curitiba: Editra CRV, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal Brasil**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-transplantes-de-orgaos/servicos/estatisticas>>. Acesso em: 01 dez. 2017

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

MG TRANSPLANTES, **Epidemiologia e estatística de captação e transplantes de órgãos e tecidos em Minas Gerais**, 2014. Recuperado em: 20 de agosto de 2017 de <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/mg-transplantes/consulte-numeros>.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORAES, E. L. *et al.* **Trauma e doação de órgãos e tecidos para transplante**. JBT, p. 561, 2004.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 458-464, 2008.

MORAES, E. L. *et al.* Obstáculos no processo de doação de órgãos e estratégias para otimizar as taxas de consentimento familiar. **RBM**. v. 72 n. p. 5-11, Jun. 2015 .

MOSCHIS, G.; CHURCHILL, G. Consumer socialization: A theoretical and empirical analysis. **Journal of Marketing Research**. 15, November, p. 599-609, 1978. Disponível em: <http://www.jstor.org/journals/00222437.html>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

MOORE, R. Family communication patterns and consumer socialization. AMA Educators' Conference Proceedings, ed. Neil Beck *et al.*, Chicago: **American Marketing Association**, p. 226-230, out. 1979. Disponível em: <http://www.bus.iastate.edu>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

MORAIS, T. R.; MORAIS, M. R. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 633-639, out./dez. 2012.

MOWEN, J. C.; MINOR, M. S. **Comportamento do consumidor**. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

MOURA, L. C.; SILVA, V. S. **Manual do núcleo de captação de órgãos** - Iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes CIHDOTT. Barueri, SP: Minha Editora, 2014. Disponível em: <<https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/manual-ncap.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

NOMURA, J. M.; SOUZA, M. T. S. Uma revisão crítica do conceito de marketing social. **Revista Gerenciais**. v. 3, p. 45-52. São Paulo: UNINOVE, out. 2004.

NOTHEN, R. R. **A doação de órgãos no cenário brasileiro**. Associação Brasileira de Transplante de órgãos. São Paulo, 2005.

O'BRIEN COUSINS, S. The self-talk model for motivation older adults. Alcoa National Forum On Older Adults And Active Living. Abstracts: Canadian Centre for Activity and Aging Held at: The University of Western Ontario. In: **Celebration of the International Year of Older Persons (IYOP)**, p. 13-16, 1999.

PEREIRA, J. R. **História de vidas salvando vidas: aspectos relacionados à doação de sangue e proposição de um modelo sob a perspectiva do marketing social**. 2015. 170 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2015.

PEREIRA, M. I. R. **Análise das estratégias de Marketing Social na prevenção e desincentivo ao consumo de cigarros: um estudo com fumantes e não fumantes**. 2015. 139f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2015.

PESSINI L., BARCHITIFORME C. P. Segunda Chance de Vida: Transplante e Doação de Órgãos In: **Problemas atuais de Bioética**. 7. ed. São Paulo: Loyola, p. 333-350, 2005.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS**. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

PETER J. Paul; OLSON, Jerry. **Comportamento do consumidor e estratégia de Marketing**. 8. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2009. 555 p.

QUINTELA, E. Cuidados com o Potencial Doador de Órgãos na Unidade de Terapia Intensiva In: Lopes, A. C. *et al.* **Tratado de Clínica Médica**. v. 3. São Paulo: Roca LTDA, p. 4516-4520, 2006.

QUINTANA, A. M; ARPINI, D. M. Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. **Boletim da psicologia**, v.59 n.130, São Paulo, jun. 2009.

RATZ, W. **Indicadores de desenvolvimento na logística do sistema nacional de transplantes: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Escola de Engenharia de São Carlos - Universidade de São Paulo, 2006.

RAMALHO, W. **Modelos de atitudes em mercados de produtos novos entrantes.** Análise com medicamentos genéricos, contribuições teóricas e validação nomológica. 2006. 300 f. Tese (Doutorado em Administração) - Centro de Pós Graduação e Pesquisa em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

REZENDE, L. B. O. *et al.* Doação de órgãos no Brasil: uma análise das campanhas governamentais sob a perspectiva do marketing social. **Revista Brasileira de Marketing - ReMark.** v. 14, n. 3. p. 362-376, 2015.

ROQUETTE, M. Da vulnerabilidade do corpo humano "post mortem" sob o prisma do Biodireito e da Bioética. **Jus Navigandi**, Teresina, v.10, n. 1089, 2006.

SADALA, M. L. A. A Experiência de doar órgãos na visão de familiares doadores. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 143-151, 2001.

SANT'ANNA, Armando. **Propaganda: teoria - técnica - prática.** 7. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

SAMPAIO, D. O. **Intenção de compra e consumo de alimentos orgânicos:** um estudo sobre crenças, atributos e grupos de referência. 2012. 219 f. Tese (Doutorado em Administração) - Centro de Pós Graduação e Pesquisa em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 472-478, 2011.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 382-387, 2005.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, EsteraMuszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

SCHIAVO, M. R.; FONTES, M. B. **Conceito e Evolução do Marketing Social.** Rio de Janeiro, II Curso de Capacitação em Marketing Social, 1997.

SCHIFFMAN, L. G; KANUK, L. L. **Comportamento do consumidor.** Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora, 2000.

SCHWARTZ, G. Marketing: the societal marketing concept. **University of Washington Business Review**, v.31, n.3, p.31-38, 1971.

SHETH, J. N., MITTAL, B., NEWMAN, B. I. **Comportamento do cliente indo além do comportamento do consumidor.** São Paulo: Atlas, 2001.

SILVA, L. B. B. *et al.* **Processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.** Organização de procura de órgãos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Opo-Hcfmusp). 2008.

SILVA, E. C., MINCIOTTI, S. Marketing Social: Uma Análise de sua Aplicação às Políticas Públicas de Saúde em São Bernardo do Campo. Encontro de Administração Pública e Governança, **Anais...** Salvador, BA, Brasil, 3, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddart**: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOLOMON, M. R. **O comportamento do consumidor**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

STEINER, P. A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias. *Tempo Social - Revista de sociologia da USP*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 101-128, nov. 2004.

SWEENEY, D. J. Marketing: management technology or social process? **The Journal of Marketing**, p. 3-10, 1972.

SOUZA, M. J. B. *et al.* Medicamentos genéricos: um estudo longitudinal da percepção e decisão de compra da população com base no marketing social aplicado às políticas públicas. In: **ENCONTRO NACIONAL DA ANPAD**, 28., Curitiba, p.14, 2004.

SULBARÁN, D. **Medicion de actudes**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Central da Venezuela, Caracas, 2009.

TAKAS, A. Societal marketing: a businessman's perspective. **The Journal of Marketing**, p. 2-7, 1974.

TERENCE, A. C. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. **XXVI ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO-ENEGEP**, v. 9, 2006.

VARELLA, D. **Transplante o Dom da Vida**. Redação do Fantástico, 2009. Disponível em: <<http://especiais.fantastico.globo.com/transplante/tag/orgaos/>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

VARGAS, M. A. Novas Tecnologias, Doação de Órgãos e Bioética. In: A Bioética e os Modos de Ser da Enfermagem. **Semana Brasileira de Enfermagem**. v. 66. Porto Alegre, ABEn, p. 83-96, 2005.

VARGAS, M. A. O. *et al.* Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: vivências em um hospital de pronto-socorro em trauma. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, p. 190-200, 2007.

VAZ, G. N. **Marketing Institucional**: o mercado de ideias e imagens. São Paulo, Pioneira, 1995.

VIRGILLITO, S. B. **Pesquisa de marketing**: uma abordagem quantitativa e qualitativa. São Paulo: Saraiva, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 12. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

APÊNDICE A

QUANTITATIVA- Questionário da doação de órgãos

1. Qual o seu Sexo?

- Feminino
 Masculino

- Pardo(a)
 Negro(a)
 Indígena(a)
 Amarelo

2. Qual a sua faixa etária?

- 16 a 17 anos
 18 a 30 anos
 31 a 50 anos
 51 a 60 anos
 A partir de 61 anos

8. Você se considera:

- Evangélico
 Católico
 Budista
 Espírita
 Testemunhas de Jeová
 Islamismo
 Ateu
 Não segue religião
 Outro,
 Especifique:
-

3. Qual o seu Estado Civil?

- Solteiro(a)
 Casado(a) ou união estável
 Viúvo(a)
 Divorciado(a) / Desquitado(a)
 Outros

4. Você tem filhos?

- Sim
 Não

9. Você trabalha atualmente?

- Sim
 Não

5. Se você tem filhos, quantos são?

- Um
 Dois
 Três
 Mais de três
 Não tem filhos

10. Qual a sua renda mensal?

- Não trabalha atualmente
 Até 1.874,00
 De R\$ 1.875,00 até R\$ 4.685,00
 De R\$ 4.686,00 até R\$ 9.370,00
 De R\$ 9.371,00 até R\$ 18.740,00
 Acima de R\$ 18.741,00

6. Qual a sua Escolaridade?

- Analfabeto
 1º grau completo ou Incompleto
 2º grau completo ou Incompleto
 Superior completo ou Incompleto
 Pós-graduação: Especialização /
 MBA (em curso ou completo)
 Pós-graduação: Mestrado /
 Doutorado (em curso ou completo)

11. Você já doou órgãos?

- Sim
 Não

7. Você se considera:

- Branco(a)

12. Você pretende ser doador de órgãos?

- Sim - siga para a questão 14
 Não - siga para a próxima questão

13. Você já informou sua família?

- Sim
- Não

14. Qual sentimento mais representa o ato de doar de órgãos?

- Sensação de dever cumprido
- Alegria
- Medo
- Prazer
- Amor ao próximo
- Me sinto importante
- Solidariedade
- Nada

15. Você já recebeu alguma doação de órgãos?

- Sim
- Não

16. Você já recebeu alguma doação de órgãos?

- Sim - siga para a próxima questão
- Não - siga para a questão 18

17. Qual órgão você recebeu transplante?**18. Você já viu ou ouviu alguma campanha sobre doação de órgãos?**

- Sim - siga para a próxima questão
- Não - Siga para a questão 22

19. Em qual (s) canais de comunicação você viu/ouviu alguma campanha sobre doação de órgãos? (Marque quantas alternativas achar necessário)

- Rádio
- TV
- Internet (*sites*, redes sociais, *e-mails*, dentre outros meios)
- Meio impresso (cartazes, folders, panfletos, cartilhas, prospectos, entre outros)
- Eventos (palestras, congressos, seminários, dentre outros)
- Escola (colégio, grupo, faculdade, outros cursos)
- Outros

20. O que você acha a respeito das campanhas governamentais de doação de órgãos? (Marque quantas alternativas achar necessário)

- Emotivas
- Eficazes
- Desnecessárias
- Ruins
- Gastos financeiros desnecessários
- Motivadoras
- Abrangentes
- Atinge todas as classes sociais

21. Você se lembra claramente das mensagens veiculadas na (s) campanha (s) sobre doação de órgãos que viu ou ouviu?

- Sim
- Não

22. Conhece alguém que já tenha doado órgãos?

- Sim
- Não

23. Você já mudou de religião devido à divergência sobre o ato de doação (órgãos ou sangue)?

- Sim
- Não

24. Vou citar algumas afirmativas e peço que marque o seu grau de concordância com as questões, sendo que (1) você “DISCORDA TOTALMENTE” e (7) significa que você “CONCORDA TOTALMENTE”.

	1	2	3	4	5	6	7
Eu considero a doação de órgãos importante.							
Sou esclarecido sobre o processo de doação de órgãos.							
Os hospitais esclarecem a família no momento do falecimento de um ente sobre o processo de doação de órgãos.							
Tenho medo de doar órgãos em vida.							
Busco convencer outras pessoas a serem doadores de órgãos.							
Acho importante para a sociedade o ato de doar órgãos.							
Doadores de órgãos gostam de ser reconhecidos socialmente.							
Doar órgãos é um ato de solidariedade.							
Doar órgãos é um ato de amor ao próximo.							
Converso com meus amigos a respeito de doação de órgãos.							
Tenho amigos que são doadores de órgãos							
Meus amigos me influenciaram a ser um doador de órgãos.							
Minha religião é a favor da doação de órgãos.							
Minha religião incentiva a doação de órgãos.							

	1	2	3	4	5	6	7
No meu ambiente profissional/escolar são realizadas campanhas de doação de órgãos.							
Meu trabalho/escola incentiva a doação de órgãos.							
Busco influenciar pessoas de meu ambiente de trabalho/escola a doar órgãos.							
Me conscientizei a respeito da doação de órgão por causa do meu ambiente de trabalho/escola.							
Doadores de órgãos gostam que seus colegas de trabalho/escola saibam quando eles doam órgãos.							
Na minha família todos são doadores de órgãos							
Indivíduos do meu grupo familiar já precisaram de doação de órgãos							
Converso a respeito da doação de órgãos com meus familiares.							
Fico satisfeito em pensar que posso salvar uma vida mesmo após minha morte.							
Acho importante a campanha governamental a respeito da doação de órgãos.							
As campanhas de doação de órgãos mostrando o lado trágico com a imagem de pessoas doentes ou acidentadas sensibilizam mais as pessoas.							
Independente do apelo da campanha de doação de órgãos, seja trágico ou não, estas promovem a doação de órgãos e contribuem para aumentar a quantidade de doadores.							
As campanhas com maior periodicidade incentivam a doação de órgãos.							
As campanhas de promoção da doação de órgãos sensibilizariam mais a população se apresentassem testemunhos de pessoas que se curaram depois de transplantarem órgãos.							
As campanhas de promoção da doação de órgãos sensibilizariam mais a população se apresentassem testemunhos de pessoas que são doadoras de órgãos.							
As campanhas do governo me influenciaram a ser um doador.							
As campanhas governamentais a respeito da doação de órgãos são eficazes.							
O governo se preocupa com o bem-estar da população, por isso, que realiza campanhas de doação de órgãos.							
Doar órgãos é importante porque salva vidas.							
Doar órgãos é importante porque um dia posso precisar.							

	1	2	3	4	5	6	7
Doar órgãos é um ato de cidadania.							
Doar órgãos é um dever de todo cidadão.							
Doar órgãos é uma obrigação moral.							
Recompensas financeiras motivariam as pessoas a doarem órgãos.							
O tráfico de órgãos é algo corrente na sociedade.							
O tráfico de órgãos é um assunto de responsabilidade exclusiva do Governo.							
Todas as pessoas deveriam se unir contra o tráfico de órgãos.							
O tráfico de órgãos é um problema que a maioria da população desconhece.							
Saber que um órgão de um parente salvou uma vida pode atenuar o sentimento de perda da família.							
Ser um doador de órgãos me deixa feliz.							
Ser um doador de órgãos me deixa orgulhoso.							
A sociedade é bem informada sobre o processo de doação de órgãos.							
O governo esclarece a população sobre a importância da doação de órgãos.							
Sou doador declarado de órgãos.							
Doaria um órgão em vida caso uma pessoa querida necessitasse.							
Gostaria que minha família doasse meus órgãos.							
Autorizaria a doação de órgãos de parentes.							
Doar órgão é uma forma de se manter vivo em outras pessoas.							

