

Uma conversa com... Mary Dixon-Woods

Perspectiva

AHRQ Patient Safety Network

Nota do Editor: *A Dra. Dixon-Woods é professora da cátedra RAND de Pesquisa em Serviços de Saúde da Universidade de Cambridge e vice-editora-chefe do BMJ Quality and Safety. Sua pesquisa enfoca a melhoria da segurança do paciente e do cuidado de saúde, a ética em saúde e inovações metodológicas no estudo do cuidado de saúde. Conversamos com ela sobre novas formas de abordar a cultura de segurança.*

Dr. Robert M. Wachter: O que despertou o seu interesse pela cultura de segurança?

Dra. Mary Dixon-Woods: Tenho formação em ciências sociais. Portanto, o meu “feijão com arroz” consiste em examinar aspectos do comportamento das pessoas, as normas que as orientam, os valores que parecem embasar a sua prática, como isso surge nas rotinas organizacionais, como surge na forma como as pessoas se comportam umas com as outras. Também estou interessada em saber se e como é possível manipular o comportamento. O que me interessou é o meu grande compromisso em fazer um tipo de pesquisa que, em última análise, ajude os pacientes. Para mim, é muito importante que a pesquisa que faço possa levar a ações práticas, tenha um significado prático e seja importante para as pessoas. A meu ver, a cultura é uma das questões fundamentais para a segurança do paciente.

RW: Durante os meus anos de formação, não aprendi absolutamente nada sobre a cultura. Pessoas como você contribuíram para que aprendêssemos sobre essas

questões. Quando você passou a trabalhar no cuidado de saúde, o que a surpreendeu na forma como a cultura da medicina se manifesta?

MDW: Eu questionaria a sua afirmação – na verdade, você aprendeu muito sobre a cultura enquanto era estudante de medicina. Alguns dos melhores trabalhos feitos em sociologia médica enfocaram a cultura dos estudantes. Existe um livro famoso, do final da década de 1950, chamado *Boys in White: Student Culture in Medical School* (Meninos de branco: a cultura dos estudantes na faculdade de medicina). Este texto clássico explica como os estudantes de medicina são socializados e aculturados em formas específicas de comportamento. Eles aprendem muito rapidamente o que traz recompensas; porém, o que é muito mais importante: também aprendem o que é sancionado e os tipos de punições aplicadas. Talvez nunca sejam identificadas como punições, mas, de qualquer forma, é assim que são vivenciadas. A pessoa entende o que fará com que gritem com ela, o que a impedirá de obter uma boa recomendação para um próximo trabalho e a forma de identificar as pessoas que servem como modelos de comportamento em seu ambiente. Portanto, eu diria que aprendemos uma enorme quantidade de coisas sobre a cultura por meio desse currículo informal. O mérito de pessoas como Charles Bosk foi começar a codificar alguns desses elementos, dando-nos uma linguagem e uma maneira de falar sobre o tema, permitindo que aprendêssemos sobre o assunto e pudéssemos transformá-lo em algo valioso, que pode ser estudado.

RW: A cultura, obviamente, nos cerca por todos os lados, e somos aculturados ao entrarmos numa profissão. Isso nunca é explícito – e torna-se *meta* muito rapidamente –, mas, naquela época, ninguém nunca me mostrou, ou a qualquer outra pessoa, que existe algo como a cultura, que ela está acontecendo, que pode ser estudada, talvez até mesmo modificada, e que é um importante determinante de efeitos fundamentais. Qual é a importância de explicitar a cultura para pessoas que estão criando e vivendo, para que, no fim das contas, possam fazer algo a esse respeito?

MDW: É uma excelente pergunta. Eu fico exasperada ao ver que, atualmente, a cultura é usada de forma muito extravagante para explicar praticamente tudo. É usada como um atalho para dizer: “Não sabemos o que está acontecendo, mas é tudo cultural”, como se, de alguma forma, esse fosse um grande *insight*. Eu quase nunca uso o termo *cultura* quando falo de comportamentos, normas e valores em uma situação. Muitas vezes dizem que o que nós, os cientistas sociais, fazemos é como segurar um espelho. Em geral, quando fazemos um estudo, meus excelentes etnógrafos entram num ambiente, podem ficar por ali uma semana ou mais, e então voltam e simplesmente descrevem o que viram. Por vezes usamos termos teóricos para descrever o que vimos, para transformá-lo num relato sociologicamente adequado. Então, muitas vezes levamos essas informações de volta ao local onde fizemos as observações. Esse costuma ser um momento revelador para os participantes. Não é que eles não soubessem. É mais ou menos como você disse: você não percebeu que estava sendo socializado, ou ninguém lhe falou sobre o assunto. Porém, de alguma forma, quando dizemos a alguém “Você faz as coisas deste jeito, e outras pessoas as fazem daquele”, isso muitas vezes já é uma intervenção em si. *Cultura* é um termo que não me parece particularmente útil. Ele tem um caráter meio negligente, quase promíscuo. É como se fosse fácil demais utilizá-lo.

RW: Muito superficial.

MDW: Exato. Ele explica tudo e nada ao mesmo tempo. Não é um termo que me agrade em particular.

RW: Quando você descreve às pessoas o que elas fazem e a forma como os etnógrafos as observam, de que maneira isso afeta o comportamento delas? Você acha que ficam muito mais receptivas à ideia de fazerem mudanças difíceis depois de terem ouvido isso?

MDW: Outra excelente pergunta. Nem sempre acompanhamos o processo até o fim. Esse é um tipo de estudo que eu gostaria de fazer, dar o *feedback* como uma intervenção. O que as pessoas podem fazer é recebê-lo e usá-lo como uma forma muito positiva de perturbar o que estão fazendo. Podem usá-lo para dizer coisas que, de outra forma, seriam o que chamamos de conhecimento proibido. Há conhecimentos proibidos em todas as organizações. É o tipo de coisa que as pessoas sabem, mas que é muito difícil de expressar, pois é um conhecimento perigoso – ou, se o articularem, elas acabarão causando todo tipo de prejuízos a si mesmas ou aos outros. A capacidade de canalizar esses conhecimentos através de um mediador neutro – que é o que geralmente somos – e então torná-los visíveis, expressá-los, é uma intervenção valiosa.

RW: Poderia dar um exemplo de conhecimento proibido?

MDW: Um exemplo muito comum seria o de alguém que nos conta que um colega não se comporta de forma particularmente útil, grita com as pessoas, ou algo assim. Um exemplo mais sutil seria a inexistência de um fórum para discutir preocupações que permitam efetivamente converter o que é dito em ações concretas. Por exemplo, os médicos iniciantes precisam de um momento de sossego para concluir as suas anotações, mas nunca conseguem tê-lo. E sempre que tentam dizer: “Nós realmente precisamos de tempo para isto; se você nos interromper no meio, não vamos concluir as notas, e assim não teremos um prontuário completo para a passagem do caso”. Isso representa um conhecimento proibido, pois, se tentarem chamar a atenção para o fato, acabarão sendo vistos como reclamões.

RW: Ao longo dos últimos 15 a 20 anos, a nossa forma de pensar sobre erros e danos mudou, sendo dada muito mais ênfase às falhas sistêmicas do que às falhas pessoais. Quando ouço você discutir o uso flexível da palavra “cultura”, parece-me que temos aqui algo como uma tabela de 2x2: a importância e o uso potencialmente excessivo do

conceito de cultura, e a importância e o uso também potencialmente excessivo do conceito de sistemas?

MDW: Cerca de sete ou oito anos atrás, passei muito tempo examinando o problema das maçãs podres e fiquei bastante intrigada com isso. Existe uma literatura sobre as maçãs podres que não tem nenhuma relação com o cuidado de saúde, que mostra que, se colocarmos alguém que se comporta como uma criança mimada em um grupo e fizermos com que ela se comporte de certas maneiras, a produtividade do grupo é reduzida em cerca de 60%. Seu efeito é extremamente pernicioso e dominante. Os sistemas de saúde não são imunes às maçãs podres. Trata-se de um problema relativamente raro, mas não desconhecido. Podemos dizer que cabe aos sistemas detectar e lidar com esses casos. Na minha experiência, os sistemas não o fazem particularmente bem. Os sistemas precisam ser capazes de lidar com o fato de que haverá algumas pessoas, mesmo que em número muito reduzido, que não cooperam, são preguiçosas ou não fazem esforços suficientes para se dar bem com os colegas e contribuir de forma adequada.

Para um cientista social, a ideia de que os sistemas poderiam não incluir as pessoas parece disparatada – não faz nenhum sentido dizer algo assim. Os sistemas incluem pessoas, e precisamos entender como as pessoas trabalham nos sistemas. Eu concordo completamente – sistemas e cultura acabam sendo termos muito heterogêneos que não nos levam muito longe. Recentemente, temos pensado em como trabalhar a questão da responsabilização nos sistemas. Existe um verdadeiro risco de tomarmos um construto como a responsabilização e chegarmos a uma ideia completamente inútil, segundo a qual as pessoas teriam que demonstrar que estão contribuindo da maneira certa. Estamos interessados em chegar a um conceito bastante sofisticado do que significa a responsabilização. A literatura sociológica mostra como é fácil explorar as pessoas em organizações ao apelarmos para o profissionalismo – sem que nada tenha sido feito para otimizar os sistemas operacionais, equipamentos, suprimentos

ou qualquer outra coisa de que as pessoas precisem para cumprir as suas responsabilidades.

RW: Reunindo tudo isso, parece haver muita encenação, em que às vezes há uma maçã podre, mas ninguém quer chamar a sua atenção porque isso é um conhecimento proibido. Existem formas de demonstrar que uma organização está agindo dentro de um referencial de responsabilização, mas isso, em parte, pode ser apenas para manter as aparências. Parece haver um nível de autenticidade que as boas organizações, de alguma forma, conseguem alcançar, no qual esses artifícios são eliminados, de modo que as pessoas se comportem como seres humanos e digam abertamente o que lhes parece fácil ou difícil. Porém, muito poucas organizações chegam a esse Nirvana, ao menos do meu ponto de vista.

MDW: Autenticidade é uma palavra excelente, muito melhor do que as palavras que carregam um sentido muito normativo, como transparência e responsabilização.

Existe uma ótima literatura sobre a sociologia da contabilidade, que mostra como as contas das organizações podem ter muito pouca relação com o que realmente ocorre. E essa literatura, de fato, previu o desastre da Enron alguns anos antes de acontecer. Quando aplicamos a sociologia da contabilidade a algo como a qualidade e a segurança do cuidado de saúde, é muito fácil ver como é possível dar a aparência de que as normas estão sendo cumpridas – o que não quer dizer que estejamos autenticamente produzindo um ambiente no qual o cuidado seguro possa florescer.

RW: Você falou de uma série de tendências que têm recebido muita atenção: o foco na cultura, na medição, na transparência e no profissionalismo. Em algum momento, será que chegamos a uma fase mais madura, na qual já passamos por todas essas tendências e agora estamos nos atendo ao que é mais real? Você vê sinais de que estejamos avançando na direção certa?



MDW: Em parte sim, e em parte não. Na ciência, estamos vendo algumas mudanças muito bem-vindas. Eu sou vice-editora do *BMJ Quality and Safety*, por isso vejo boa parte da pesquisa que é produzida. É evidente que avançamos muito nos últimos 10 anos na compreensão da segurança do paciente. O que vejo, por exemplo, é que a noção de erro tem recuado cada vez mais, sendo dada mais ênfase ao controle de riscos, à redução de riscos, à proteção contra os danos. Isso me parece positivo, porque a ideia de que erros e danos estão diretamente ligados provavelmente foi um dos erros cometidos no início do movimento de segurança do paciente. Os erros podem acontecer, mas, dos milhões de erros de medicação que provavelmente são cometidos, muito poucos resultam em danos. Portanto, a ideia de que os erros são o alvo apropriado para as intervenções foi deixada para trás. Em vez disso, o que vemos é um maior foco nas melhores formas de proteger as pessoas; os controles de riscos que podem ser implementados; as diversas maneiras de pensar em proteção, que não têm nada a ver com os erros, e sim com, por exemplo, melhores formas de estabelecer prognósticos e diagnósticos.

A agenda do diagnóstico é interessante, pois tem muito pouca ligação com os erros; em vez disso, procura otimizar a forma como caracterizamos as informações que temos sobre os pacientes. Essa é uma mudança muito bem-vinda. Não concordo com tudo o que é dito sobre a Segurança II, mas essa mudança é positiva de modo geral, pois temos muito a aprender com os exemplos de algumas organizações que estão fazendo um trabalho realmente extraordinário ou com exemplos de coisas que vão bem e que parecem óbvias para mim. Para dar um exemplo, se quisermos aprender a evitar a obesidade, não basta estudar as pessoas obesas. Também devemos estudar as pessoas magras e ver o que elas fazem. Portanto, as tendências na ciência são, em geral, muito positivas, e estou muito satisfeita em ver que esta área está amadurecendo. No âmbito das políticas, não vejo o mesmo nível de maturidade. Particularmente nos EUA, fico muito decepcionada em ver que coisas como a segurança são constantemente utilizadas como um elemento de marketing. Toda a disputa sobre os rankings de hospitais reflete uma preocupação constante com a

aparência de cumprimento das normas, e existe o verdadeiro risco de provocarmos comportamentos organizacionais que contrariam a segurança, ao invés de incentivá-la.

RW: Você se tornou conhecida, ao menos para o público americano, em parte pelo seu trabalho no Projeto Keystone, em Michigan, não só estudando a implementação daquilo que foi um êxito seminal, mas também ajudando-nos a entender de forma mais aprofundada as razões pelas quais o projeto funcionou bem, e então examinando a forma como foi adaptado a outros ambientes. Foi um trabalho enorme. Poderia resumi-lo?

MDW: A primeira coisa a ser dita sobre o programa de Michigan é que ele envolveu uma intervenção técnica muito boa. É muito fácil esquecer a importância de sabermos realmente como solucionar o problema. Muitas vezes, vejo nas intervenções de segurança do paciente ou de melhoria de qualidade uma grande pressa para a implementação, quando as evidências para a intervenção técnica não são tão boas quanto deveriam ser. Portanto, se vamos implementar algo, temos que nos certificar de que aquilo realmente funciona. Já vimos alguns dos riscos do que pode acontecer se não o fizermos. Por exemplo, o uso rotineiro de betabloqueadores em cirurgia, uma intervenção técnica que simplesmente não era adequada.

Em segundo lugar, precisamos de uma estratégia de implementação otimizada. Duas intervenções jamais serão implementadas de maneira idêntica. A grande conquista de Peter Pronovost e Chris Goeschel em Michigan foi encontrar uma forma de convencer as pessoas de que realmente havia um problema. As infecções de cateteres centrais eram vistas como o preço a pagar pela internação numa UTI. Eles conseguiram demonstrar que aquilo realmente era um problema e que era tratável. Mas o mesmo não acontecerá com qualquer outro problema de segurança com que nos depararmos.

Uma questão que tem sido esquecida no caso de Keystone é que eles conseguiram ajustar a estratégia de implementação depois de várias tentativas fracassadas em Hopkins. Portanto, eles otimizaram tanto a intervenção técnica como a maior parte da

estratégia de implementação antes de ampliarem o projeto a uma escala maior. Esse é outro aprendizado importante: em primeiro lugar, fazer testes-piloto em algumas unidades. A replicação e difusão do que eles conseguiram fazer em Michigan foi dificultada porque, infelizmente, transformou-se numa história muito simplista sobre listas de verificação. Eu sei que Peter Pronovost ficou exasperado com essa história. Conseguimos explicar os mecanismos que efetuaram as mudanças em Michigan e articular elementos que eram invisíveis para os envolvidos. A replicação de um projeto numa escala maior parece depender de uma verdadeira compreensão do que aconteceu na tentativa que deu certo.

Muitas vezes, a tentativa de replicar uma intervenção numa escala maior gera uma imitação pálida, debilitada, que não reproduz os mecanismos, apenas reproduz sua aparência superficial externa. Quando tentaram levar o programa à Inglaterra sem entender o contexto local, o programa não foi tão bem-sucedido. Isto é, atingiu a mesma taxa de infecção, mas não funcionou de fato, pois poderia ter alcançado muito mais se houvesse uma melhor compreensão do que era necessário para fazê-lo funcionar. Em resumo, é importante termos uma boa intervenção técnica, uma boa estratégia de implementação, combiná-las e, quando conseguirmos que o projeto seja bem-sucedido uma vez, nossa responsabilidade passa a ser encontrar formas de fazê-lo funcionar mais de uma vez. Isto requer uma compreensão realmente sofisticada dos componentes do programa e seus mecanismos.

RW: Ao ouvir o que você diz, pergunto-me como consegue evitar todas as coisas que podem dar errado. É como se houvesse dificuldades em vários níveis. Você participou do projeto. Estava bastante ciente da possibilidade de que aquela intervenção complexa dependesse de muitos elementos sutis que poderiam ser diluídos. Como fica a questão quando o programa não é gerido por alguém tão carismático quanto o Peter? E quando uma pessoa menos sofisticada que você tenta gerir seus aspectos sociológicos? Vocês pensaram prospectivamente nos problemas da ampliação do programa para uma escala maior, e ainda assim os problemas surgiram. Como fazem para prevenir esses problemas, que me parecem quase naturais, talvez até inevitáveis?

MDW: Essa é, de fato, a direção do meu programa de pesquisa atual. Em psicologia, fala-se de manualização. Temos uma intervenção que parece funcionar. Como eschematizá-la num manual, para que possa ser ensinada uma segunda vez? O que estou dizendo talvez não seja muito adequado para o que tentamos fazer em segurança do paciente; é uma metáfora muito mecânica. Mas o que precisamos fazer tem uma pequena semelhança com isso. Atualmente, estamos examinando exemplos bem-sucedidos da ideia de “desvio positivo”, em que algo funcionou bem. Identificamos esses exemplos a partir dos resultados, usando dados concretos, como fez Peter Pronovost, que tinha dados concretos no caso do projeto de Michigan. Quando encontramos um excelente desempenho, vamos ao local e passamos algum tempo lá. Muitas vezes descobrimos que aquilo que a equipe pensa ser responsável pelo bom resultado não está plenamente articulado, ou sequer é reconhecido pelas pessoas no local. É preciso que nós visitemos o lugar e vejamos o que estão fazendo. Agora, a nossa preocupação é ver se conseguimos converter isso em um pacote que possa ser reproduzido num outro local. Essa é a questão fundamental. Estou cansada de coisas que só funcionam uma vez.

RW: De que forma a digitalização de um ambiente de trabalho no cuidado de saúde modifica os problemas dos quais estamos falando? Ela altera a nossa capacidade de melhorar o cuidado, a segurança e a qualidade? Ou apenas digitalizamos aquele mundo, mas os problemas continuam os mesmos? Ocorrem mudanças fundamentais quando passamos a trabalhar em um ambiente digital?

MDW: Bem, acho que o seu livro mostra que sim, ocorrem mudanças cruciais. Trata-se de algo absolutamente fundamental com uma profunda reestruturação do trabalho. Isto nos leva de volta ao que você disse antes: existe uma verdadeira distinção entre as pessoas e os sistemas? Essa mudança no sistema nos faz até reimaginar a natureza do trabalho. Trata-se de reestruturar as rotinas, as relações entre pessoas e máquinas, entre pessoas e pessoas, entre equipes e equipes. Uma reestruturação da natureza dos



papéis profissionais. Uma reestruturação das identidades profissionais. Adoro a noção de Abraham Verghese, segundo a qual o paciente real está ali esquentando o leito enquanto os médicos cuidam de pacientes eletrônicos. Isto está transformando o que significa ser um paciente. Acredito que a angústia que vemos nos Estados Unidos está ligada a essa reformulação das identidades profissionais. É uma das mudanças mais profundas que já vimos no cuidado de saúde. Muitas vezes dizemos que a cultura não é tão maleável, e, se fosse maleável, seria muito instável. Existem razões evolutivas que fazem com que seja difícil modificar as culturas, pois elas existem para manter a coerência. Mas o que vemos no cuidado de saúde, especialmente nos EUA, é uma enorme intervenção em grande escala, na qual muito poucos desses elementos são encarados como mudanças culturais, sendo vistos apenas como mudanças organizacionais.

RW: Imagino que, daqui para o futuro, resta a mesma questão sobre a ampliação para uma escala maior. Agora que conhecemos o problema, como modificá-lo?

MDW: Na verdade, enquanto conversamos, está me ocorrendo que a sua intervenção no sistema de saúde inglês [fazendo recomendações para a digitalização do National Health Service; RW presidiu o comitê, e MDW era um dos membros] é realmente muito útil. E não se trata de manualização – o que você fez ao reunir aquele grupo e compartilhar as lições aprendidas nos EUA, e até mesmo o conteúdo do seu livro, são exemplos de como articular e sintetizar esses elementos; essencialmente, você promoveu um exercício de ciências sociais, o que envolveu certos conhecimentos proibidos. Assim, você articulou e codificou tudo aquilo, dizendo: “Aqui estão as lições que vocês podem aprender com as dificuldades que tivemos”. Já estamos começando a ver evidências desse tipo de processo, o que significa que não precisaremos passar por tantas dificuldades quando o fizermos. Porém, a natureza humana é como é, por isso suspeito que ainda haverá certas dificuldades.

RW: Pegue a sua bola de cristal e, considerando a trajetória que você presenciou nesta área nos últimos 10 anos, diga-nos como imagina que serão os próximos 5 ou 10 anos.

MDW: Espero que vejamos uma maior sofisticação no que diz respeito à implantação da melhoria da qualidade (MQ). Penso que um dos paradoxos do movimento de segurança do paciente tem sido a promoção da MQ local como uma solução para a segurança do paciente. Para mim, está claro que, a menos que isso seja muito bem coordenado, não será uma verdadeira resposta para alguns problemas importantes, embora seja para outros. Como parte disso, veremos muito mais ênfase em iniciativas de grande escala, em reunir as pessoas e encontrar soluções coletivas, em usar laboratórios e testes-piloto para conseguir que as coisas funcionem. Isso acontecerá quando pudermos dizer que já otimizamos a intervenção técnica, já otimizamos a estratégia de implementação e estamos buscando os melhores mecanismos e modos de replicação e ampliação em maior escala.

RW: Sempre que leio o que você escreveu ou conversei com você, sinto que parte da intervenção deverá consistir em encontrar mais pessoas como você para ajudar as organizações ou projetos colaborativos. Porém, é bastante raro encontrar pessoas assim e contratá-las para este tipo de trabalho. Não me parece que as organizações, de modo geral, apreciem o valor de um especialista externo como você para ajudar com essas intervenções.

MDW: Bem, é uma excelente observação. Você começou dizendo: “Nunca me falaram sobre a cultura quando eu era estudante de medicina”. E existe a sensação de que isso faz parte de uma categoria de coisas, como as competências de comunicação e outras semelhantes, que não têm uma essência muito concreta. As pessoas tendem a pensar: “Esse é o tipo de coisa que, de qualquer forma, já estamos fazendo. Não precisam ser ensinadas. São coisas abstratas e maleáveis”.



A realidade é que essas são as coisas mais difíceis de aprender. Qualquer pessoa pode aprender ciência se se esforçar o bastante. Fazer o trabalho cultural é muito mais difícil e requer um conjunto de competências muito específico. Uma questão relacionada é a sensação de que os cientistas sociais não passam de complementos um tanto supérfluos. Do tipo que é interessante se tivermos um pouco de dinheiro sobrando, mas cujo papel não é muito valorizado. Também não sei ao certo se os cientistas sociais sempre fizeram um trabalho particularmente bom. Eles costumam ter uma pauta própria, publicam em periódicos que os clínicos e gestores não leem; além disso, podem escrever de uma maneira completamente inacessível e não necessariamente estão comprometidos com a melhoria. Por isso, como uma espécie de cruzada pessoal, faço um grande esforço para que as ciências sociais executem um papel relevante. A minha grande questão é: como torná-las práticas e úteis para que ajudem os pacientes?

Artigo publicado originalmente pela **AHRQ Patient Safety Network**

In Conversation With... Mary Dixon-Woods, DPhil [interview]. AHRQ PSNet [serial online]. Dezembro de 2017. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/219>

Copyright © 2017 AHRQ Patient Safety Network

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A AHRQ Patient Safety Network permitiu a tradução deste artigo e cedeu os direitos de publicação ao Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, único responsável pela edição em português. A AHRQ Patient Safety Network não se responsabiliza pela acurácia das informações e por perdas ou danos decorrentes da utilização desta versão.

Uma conversa com... Mary Dixon-Woods

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2017
Creative Commons Atribuição-NãoComercial 3.0 Não Adaptada