



**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DOS CERTOS DA
MEDICAÇÃO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**
**KNOWLEDGE OF THE NURSING TEAM ABOUT THE RIGHTS OF MEDICATION IN INTENSIVE
CARE UNITS**
**CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA SOBRE LOS PRINCIPIOS DE MEDICACIÓN EN
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Patrícia Cabral Ferreira¹, Anna Livia de Medeiros Dantas², Késsya Dantas Diniz³, Kátia Regina Ribeiro de Barros⁴, Cláudia Janiele Batista Fonsêca⁵, Anna Laura Soares de Oliveira⁶

RESUMO

Objetivo: identificar o conhecimento da equipe de enfermagem das UTIs de um hospital universitário acerca dos certos aplicados no processo de medicação. **Método:** estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa realizado com 29 profissionais de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Onofre Lopes/HUOL localizado no município de Natal/RN entre 1º de junho e 31 de outubro de 2011. Os dados foram coletados por meio de observação não participativa e entrevista. O estudo teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 0239.0.051.000-10. **Resultados:** a maioria dos entrevistados (62,06%) não possui o conhecimento adequado acerca dos certos da medicação; 11 profissionais (37,93%) cometeram erros de horário; e quatro funcionários (13,79%) cometeram erro de dose. **Conclusão:** a maior parte da equipe de enfermagem não possui o conhecimento adequado acerca dos certos da medicação, o que pode ter gerado, na prática, a ocorrência de erros. **Descritores:** Erros de Medicação; Enfermagem; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to identify the knowledge of the nursing staff of the ICU of a university hospital about certain applied in the medication process. **Method:** descriptive exploratory study with a quantitative approach consisted of 29 nurses in the Intensive Care Unit of the University Hospital Onofre Lopes / HUOL located in Natal / RN between June 1 and October 31, 2011. The data were collected through non-participatory observation and interview. This study was a research project approved by the Research Ethics Committee, CAAE 0239.0.051.000-10. **Results:** most respondents (62,06%) has not an adequate knowledge of certain medication; 11 professionals (37,93%) committed time errors ; and four employees (13,79%) committed error in dosage. **Conclusion:** most of the nursing staff does not have the proper knowledge about certain medication, which may have generated in practice, the occurrence of errors. **Descriptors:** Medication Errors; Nursing; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: identificar el conocimiento del equipo de enfermería de las UTI de un hospital universitario acerca de los aciertos aplicados en el proceso de medicación. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cuantitativo realizado con 29 profesionales de enfermería en las Unidades de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Onofre Lopes/HUOL localizado en el municipio de Natal/RN entre 1º de junio y 31 de octubre de 2011. Los datos fueron recogidos por medio de observación no participativa y entrevista. El estudio tuvo el proyecto de investigación aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE 0239.0.051.000-10. **Resultados:** la mayoría de los entrevistados (62,06%) no posee el conocimiento adecuado acerca de los aciertos de la medicación; 11 profesionales (37,93%) cometieron errores de horario; y cuatro funcionarios (13,79%) cometieron error de dosis. **Conclusión:** la mayor parte del equipo de enfermería no posee el conocimiento adecuado acerca de los aciertos de la medicación, lo que puede haber generado, en la práctica, la ocurrencia de errores. **Descritores:** Errores de Medicación; Enfermería; Seguridad del Paciente.

¹Enfermeira, Professora Especialista em Terapia Intensiva, Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/FACISA/UFRN. Santa Cruz (RN), Brasil. E-mail: titiciacf@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Professora Especialista em Terapia Intensiva, Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/FACISA/UFRN. Santa Cruz (RN), Brasil. Email: livia_enfa@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Hospital Universitário Onofre Lopes/HUOL, Professora Mestre em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. Email: kessyadantas@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, UTI do Hospital Universitário Onofre Lopes/HUOL, Professora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação Interinstitucional/UFSC/UFRN. Natal (RN), Brasil. Email: katia_rbr@yahoo.com.br; ⁵Estudante, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Campus Santa Cruz. Santa Cruz (RN), Brasil. E-mail: claudiajaniele@hotmail.com; ⁶Estudante, Curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Campus Santa Cruz. Santa Cruz (RN), Brasil. E-mail: annalaura_21@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A terapia medicamentosa é uma das práticas de intervenção mais utilizadas durante a prestação do cuidado ao paciente, ocupando um lugar dominante no sistema de saúde e no tratamento de doenças. Estima-se que 88% dos pacientes que procuram atendimento relacionado com a saúde recebem prescrições de medicamentos.¹

Administrar medicamentos aos pacientes nas instituições de saúde é um processo complexo, que envolve várias etapas interligadas e interdependentes e profissionais de diferentes áreas do conhecimento.² A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor do hospital destinado ao atendimento de pacientes críticos que necessitem de cuidados complexos e especializados. Em razão de apresentarem pior condição clínica e maior gravidade da doença, os pacientes internados em UTI recebem ao menos duas vezes mais medicamentos que os pacientes hospitalizados em geral, o que aumenta sua exposição a erros de medicação.³

Para promover uso seguro de medicamentos e implementar estratégias de prevenção, o erro de medicação pode ser definido como *"Qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inadequado do medicamento ou prejudicar o paciente, enquanto o medicamento está sob controle de um profissional de saúde, do paciente ou do consumidor"*.^{4:4}

Tais eventos podem estar relacionados com a prática profissional, produtos, procedimentos e sistemas de atendimento à saúde, incluindo prescrição, comunicação, rótulos, embalagem e nomenclatura do produto; bem como composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitorização e utilização.⁴

Os erros podem ocorrer em qualquer etapa da terapia medicamentosa. Se houver dano, tem-se evento adverso, definido como prejuízo sofrido durante o atendimento à saúde, provocando doenças secundárias ou piora do atual quadro do paciente. Já uma resposta nociva, inesperada e indesejada relacionada com a administração de um medicamento em doses normalmente utilizadas para profilaxia, diagnóstico e tratamento é considerada evento adverso inevitável ao medicamento, diferenciando-se de erro.⁵

Visando a desenvolver ferramentas para subsidiar os profissionais e instituições a controlar os erros de forma sistemática e consistente, a *American Society of Health System Pharmacists (ASHP)*, em 1993, propôs

uma categorização acerca dos tipos de erros de medicação, que os classifica em: de prescrição; de omissão; de horário; de administração de medicamento não autorizado; de dose; de apresentação; de preparo; de administração; por uso de medicamentos deteriorados; de monitorização; em razão de adesão do paciente; e outros.⁶

A ocorrência de erros está atrelada a uma cadeia de eventos dentro de um sistema mal-elaborado e vários fatores podem contribuir para sua concretização. No tocante aos erros de medicação, está relacionada a múltiplas causas. Ambiente físico inadequado, cansaço e estresse da equipe, distração, falha na comunicação, sobrecarga de trabalho, treinamento profissional insuficiente, descumprimento de regras, inexistência de protocolos acerca do preparo e administração de medicamentos, prescrições ilegíveis ou incompletas, funcionamento inadequado de bombas de infusão, informações insuficientes e inadequadas sobre o paciente e o medicamento, entre outras.^{7:2}

A equipe de enfermagem é responsável pelo preparo e administração dos fármacos, última etapa do processo de medicação. Por isso, é rotineira a associação dos erros cometidos e não percebidos nas etapas iniciais do processo a esses profissionais. Esse fato também aumenta a responsabilidade da equipe de enfermagem, pois ela é a última oportunidade de interceptar e evitar um erro ocorrido nas etapas iniciais, transformando-se em uma das últimas barreiras de prevenção.⁸

Para evitar os erros de administração de medicamentos, estratégias de prevenção devem ser incorporadas à prática da enfermagem, como por exemplo: dupla checagem de medicamentos, sistema de consulta sobre incompatibilidade medicamentosa e adoção do sistema de certos da medicação.⁹

A partir dos pressupostos apresentados, este estudo tem como objetivo:

Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem das UTIs de um hospital universitário acerca dos certos aplicados no processo de medicação.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, realizado nas UTIs de um hospital universitário localizado no município de Natal/RN, entre 1º de junho e 31 de outubro de 2011.

O hospital faz parte do complexo hospitalar da UFRN, integrado a rede de hospitais-escola

do Ministério da Educação, classificado como instituição de alta e média complexidade do SUS. Existem, no referido hospital, duas Unidades de Terapia Intensiva: a Geral, que dispõe de oito leitos, um isolamento, destinada ao atendimento de pacientes críticos das diversas especialidades; e a Cirúrgica Cardíaca-Neurológica, com quatro leitos, que atendem os pacientes submetidos às cirurgias cardíacas, neurológicas e pacientes clínicos cardíacos sem foco de infecção.

A população compreendeu os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) atuantes nas UTIs, totalizando quarenta profissionais. A amostra foi composta por sete enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem, que aceitaram participar da pesquisa e se adequavam aos critérios de inclusão.

Os critérios de exclusão foram: trabalhar eventualmente na UTI, em função de impossibilitar a programação da observação; estar de licença maternidade ou de férias no período de coleta de dados. Já os critérios de inclusão compreenderam: ser membro da equipe de enfermagem atuante nas UTIs e trabalhar na assistência direta ao paciente internado.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas, no período de junho a outubro de 2011. Na primeira, realizou-se uma observação sistemática e não participativa de cada um dos sujeitos que concordaram em participar da pesquisa, em dias e horários pré-determinados de acordo com a escala de trabalho. A observação foi guiada por um roteiro estruturado, que contemplava o horário do início e do fim da observação e a execução dos certos da medicação.

Na segunda etapa, a pesquisadora realizou uma entrevista mediante um roteiro semiestruturado, que foi dividido em uma parte de caracterização e uma com questões abertas sobre o tema. Estas ocorreram, de acordo com a disponibilidade e preferência do entrevistado e, para melhor captação das falas, foi utilizado um gravador com a permissão prévia do participante.

A análise dos resultados ocorreu através de estatística descritiva, de modo que inicialmente foi construído um banco de dados eletrônicos em Planilha do aplicativo *Microsoft Office Excel* e criadas, posteriormente, tabelas com suas frequências absolutas e relativas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/CEP/UFRN mediante o Protocolo nº 046/2011 e CAAE nº 0239.0.051.000-10, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido/TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Acerca do perfil dos profissionais participantes, temos que: 82,76% pertenciam ao gênero feminino; 79,74% eram adultos com idade entre 24 e 40 anos; 58,34% eram casados; 31,04% tinham entre onze e quinze anos de formados; e 37,94% possuíam entre cinco e nove anos de experiência profissional em UTI.

Considerando a relevância de se verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os passos adequados na hora de preparar e administrar os medicamentos, foi questionado aos pesquisados se eles sabiam os certos que deveriam ser aplicados no processo de medicação e se poderiam nomeá-los. Para organizar as respostas de forma compreensível entre aqueles profissionais que detinham o conhecimento sobre os certos da medicação e aquelas respostas que podiam representar uma deficiência do saber, foi necessário agrupá-las em categorias.

Foi considerada resposta adequada aquela em que os profissionais expressaram conhecer os cinco certos da medicação e os citaram mesmo que não na ordem adequada. Já a categoria inadequada compreendeu aquelas respostas consideradas incompletas, em que os profissionais afirmaram conhecer os certos, mas não conseguiram citá-los. As respostas acerca do conhecimento sobre os certos da medicação são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da equipe de enfermagem atuante nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital universitário Onofre Lopes quanto ao seu conhecimento acerca dos certos da medicação.

Conhece os certos da medicação	n	%
Adequado	10	34,48
Não adequado	18	62,06
Não conhece	1	3,46
Total	29	100

A realização segura da terapia medicamentosa é uma grande preocupação e um problema global relacionado com a

qualidade e a segurança do atendimento ao paciente, visto que ela é uma das práticas de intervenção mais utilizadas durante a

prestação do cuidado ao paciente, ocupando um lugar dominante no sistema de saúde e no tratamento de doenças.¹⁰

Durante a hospitalização, vários são os agravos que podem acontecer ao paciente, de modo que os relacionados com o sistema de medicação ocupam lugar de destaque. A consequência desse tipo de evento para o paciente pode variar de ausência de dano até invalidez ou morte. A chance de um indivíduo hospitalizado morrer devido a erro de medicação é três vezes maior do que por acidente automobilístico.¹¹

Em 2002, dados do relatório divulgado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos mostrou que cerca de 7.000 norte-americanos morrem anualmente por erros de medicamentos. Estimou também que cada paciente admitido num hospital sofrerá 1,4 erros na medicação durante sua hospitalização e a cada 1000 prescrições feitas se encontrarão 4,7 erros. Para cada 1000 dias de internação encontrar-se-ão 311 erros e dezenove eventos adversos à medicação. Em 5% das prescrições haverá erros na medicação e 0,9% destes resultarão em um evento adverso à medicação.¹

Vale ressaltar que, apesar de corriqueira, a terapia medicamentosa é um processo complexo, que envolve várias etapas: prescrição; revisão e validação da prescrição; dispensação; preparo; administração; e monitorização do paciente. Com tantas pequenas etapas da cadeia formada entre a prescrição e o recebimento do medicamento pelo paciente, existem muitas oportunidades para que o erro aconteça.¹²

A equipe de enfermagem encontra-se na ponta dessa cadeia, uma vez que é responsável pelo preparo e administração dos medicamentos. Neste sentido, carrega a responsabilidade de ser a última oportunidade de interceptar um erro existente em etapas

anteriores do processo. Além disso, muitas vezes, erros ocorridos e não detectados em etapas iniciais lhe são atribuídos injustamente.²

Com intuito de detectar os erros nos estágios iniciais e evitá-los no momento de preparo e administração dos fármacos, a enfermagem lança mão de uma prática simples, os “certos da medicação”. Inicialmente foram criados e implantados “cinco certos” (paciente certo, fármaco certo, dose certa, hora certa e via certa), os quais ainda são os mais difundidos e utilizados na prática dos serviços de saúde.

Entretanto, em virtude de mudanças no sistema de saúde, foi criado o modelo de “nove certos”, o qual incluiu a compatibilidade medicamentosa, a orientação e informação ao paciente, o direito a recusa do medicamento e a anotação correta.¹¹

No presente estudo, observa-se que a maioria dos entrevistados (62, 6%) não possui o conhecimento adequado acerca dos certos da medicação, o que pode implicar uma maior ocorrência de erros na hora de preparar e administrar um medicamento. Quando existe a adoção dos “cinco certos” pela equipe de enfermagem, existe uma probabilidade menor de erros na administração dos medicamentos.¹³

Quando confrontamos essas informações com as observações realizadas *in loco*, percebemos que durante o período de observação, onze profissionais (37,93%) cometeram erros de horário, que variou entre vinte minutos a uma hora antes ou após o horário de aprazamento; e quatro funcionários (13,79%) cometeram erro de dose (Gráfico 1). Um estudo realizado por Teixeira e Cassiani sobre a avaliação dos erros de medicação em um hospital universitário revelou que, dos 74 erros ocorridos, 24,3% foram erros de dose e 22,9% erros de horário (Figura 1).¹⁴



Figura 1. Distribuição da equipe de enfermagem das UTIs de acordo com a ocorrência de erros durante o processo de medicação

A ocorrência de um número mais elevado de erros de horário pode estar associada com os atrasos na entrega das doses pela farmácia assim como ao próprio trabalho da enfermagem, que possui outras atribuições além da administração de medicamentos.

Além disso, também se constatou durante as observações que nenhum enfermeiro realizou preparo e administração de medicamentos. Embora se saiba que esse profissional é o responsável pelo planejamento, preparo e administração dos medicamentos, pela monitoração do paciente, podendo delegar alguns procedimentos aos outros membros da equipe de enfermagem sob sua supervisão.¹¹ Entretanto, o acúmulo de atribuições e a relação errônea entre o número de pacientes e a quantidade de enfermeiros são fatores que levam a uma maior delegação de funções, inclusive a de administração de medicamentos.¹⁵

Na realidade brasileira, estudos evidenciam que as atividades que envolvem a terapia medicamentosa nos serviços de saúde são executadas, na sua maioria, por técnicos e auxiliares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro. Dessa forma, é extremamente importante que os profissionais conheçam as responsabilidades legais que norteiam a execução dessa terapia, visando à promoção da segurança do paciente.¹⁶

Como já mencionada anteriormente, a realização da terapia medicamentosa não é uma tarefa simples. Dessa forma, não é possível executá-la pautada em cinco, sete, oito ou nove certos, mas em tantos quantos forem necessários para a realização da prática segura para os pacientes.¹⁷

Norteados pelo sistema de medicação, assim como nos principais erros e dificuldades de cada realidade, ferramentas devem ser criadas e incorporadas à prática da enfermagem para assegurar uma prática segura e eficiente para o paciente.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que a maior parte da equipe de enfermagem não possui o conhecimento adequado acerca dos certos da medicação, o que pode ter gerado, na prática, a ocorrência de erros. Isto porque foi observado que mais da metade dos profissionais participantes cometeu falhas relacionadas com a administração de medicamentos durante o período de desenvolvimento do estudo, os principais os erros de horário e de dose.

A proposta é que transformações sejam feitas no hospital em estudo. É preciso iniciar com pequenos passos, abarcando inicialmente

apenas algumas etapas do processo. Toda melhoria requer mudanças, mas nem todas otimizam resultados, por isso deve-se identificar as mudanças que resultarão em melhoria.

REFERÊNCIAS

1. Cassiani SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Rev bras enferm [Internet]. 2005 [cited 2012 Oct 6];58(1):95-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf>
2. Miaso AI, Silva AEBC, Cassiani SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakih FT. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 6];14(3):354-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a08.pdf>
3. Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu; 2010.
4. National Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error? NCCMERP [Internet].1998. [cited 2012 Oct 6]. Available from: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors>
5. Kusahara DM, Chanes DC. Segurança na medicação. In: Pedreira MLG, Harada MJC. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p. 119-138.
6. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. Am J Hosp Pharm [Internet]. 1993 [cited 2012 Oct 6];50(2):305-14. Available from: http://www.ashp.org/s_ashp/docs/files/Med_Mis_Gdl_Hosp.pdf
7. Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. Farmácia hospitalar: erros de medicação. Pharfamia Brasileira [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 6]. Available from: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf
8. Miaso AI, Grou CR, Cassiani SHB, Silva AEBC, Fakih FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 6];40(4):524-32. Available from: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/285.pdf>
9. Toffoletto MC, Padilha KG. Consequências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 6];40(2):247-52. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/12.pdf>

10. Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. Rev Bras Ter Intensiva [Internet].2010 [cited 2012 Oct 6];22(3):257-263. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/07.pdf>

11. Peterlini MAS, Pedreira MLG, Kusahara D M. Prevenção de erros na administração de fármacos. In: Viana RAPP, Whitaker IY. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 72-86.

12. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2009.

13. Souza LO, Carvalho APS, Chianca TCM, Freitas MEA, Ricaldoni CAC. Classificação de erros de medicação ocorridos em um hospital privado de belo horizonte. REME - Revista Mineira de Enfermagem [Internet]. 2000 [cited 2012 Oct 6];4(2):1-87. Available from:

http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0cdea0dfb21.pdf

14. Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um Hospital Universitário. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [citad 2012 Oct 6];44(1):139-46. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a20v44n1.pdf>

15. Martins CCF, Santos VEP, Tourinho FSV et al. Impacts of stress on nursing staff of an Intensive Care Unit. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2012 Oct 10];6(10):2364-70. Available from:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3232/pdf_1525

16. Pedreira MLG, Harada MJC. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2009.

17. Pedreira MLG, Peterlini MAS. Como garantir a segurança do paciente na UTI. In: Viana RAPP, Whitaker IY. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 46-56.

Submissão: 20/11/2012

Aceito: 05/04/2014

Publicado: 01/06/2014

Correspondência

Patrícia Cabral Ferreira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN
Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA)
Rua Trairi, s/n / Centro
CEP 59200-000— Santa Cruz (RN), Brasil