

# Mastopexia associada a implante de silicone submuscular ou subglandular: sistematização das escolhas e dificuldades

*Mastopexy associated with submuscular or subglandular silicone implants: indications and complications*

JOSÉ CARLOS DAHER<sup>1</sup>

JEFFERSON DI LAMARTINI

GALDINO DO AMARAL<sup>2</sup>

DIOGO BORGES PEDROSO<sup>3</sup>

RICARDO CINTRA JÚNIOR<sup>3</sup>

MARINA DE SOUZA

BORGATTO<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Ao longo dos tempos tem sido reportado o papel fundamental das mamas na feminilidade. Na mamoplastia de aumento deve-se buscar preservar a funcionalidade do órgão. As indicações do melhor plano tecidual de cobertura e a associação com a mastopexia podem tornar-se um grande desafio. O objetivo deste trabalho é avaliar uma série de casos de mastopexia associada a implantes. **Método:** Estudo descritivo retrospectivo de pacientes submetidas a mamoplastia de aumento e mastopexia no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul (Brasília, DF, Brasil). No período de julho de 2008 a julho de 2011, 243 pacientes foram operadas, com média de idade de 31,4 anos, sendo 149 operadas pela técnica subglandular e 94, pela submuscular. Os volumes dos implantes variaram de 150 ml a 400 ml. **Resultados:** Houve 174 casos de procedimentos combinados. Quatro pacientes submetidas à técnica subglandular desenvolveram contratura capsular (grau II). Foram observados 7 casos de pseudoptose pela técnica submuscular e 14 de ptose mamária pela técnica subglandular. Oito pacientes apresentaram mobilidade do implante pela ação do músculo. A taxa de reoperação total foi de 6,58%. **Conclusões:** O tratamento da ptose mamária associado a mamoplastia de aumento exige combinações técnicas complexas e cuidadosa análise pré-operatória, para definição das melhores técnicas a serem utilizadas, diminuindo a necessidade de revisões cirúrgicas e permitindo a obtenção de resultados harmônicos, duradouros e estáveis.

**Descritores:** Mamoplastia. Mama/cirurgia. Implante mamário.

## ABSTRACT

**Background:** Throughout history, the breasts are considered important to the femininity and self-esteem of women. In augmentation mammoplasty, organ function must be preserved. Indications for the best tissue plane for coverage of silicone implants and association with mastopexy can be challenging. The aim of this study was to evaluate a series of cases of mastopexy associated with silicone implants. **Methods:** A retrospective descriptive study was performed in patients who underwent mastopexy at the Plastic Surgery Unit of the Hospital Daher Lago Sul (Brasília, DF, Brazil). From July 2008 to July 2011, 243 patients with a mean age of 31.4 years underwent surgery. In 149 patients, the subglandular technique was used and in 94 patients, the submuscular technique was used. Implant volume ranged from 150 mL to 400 mL. **Results:** There were 174 cases of combined procedures. Four patients who underwent surgery using the subglandular technique developed capsular contracture (grade II). We followed up 7 cases of pseudoptosis with the submuscular technique and 14 cases of mammary ptosis with the subglandular technique. Eight patients experienced a mobile implant resulting from muscle activity. The reoperation rate was 6.58%. **Conclusions:** Treatment of mammary

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 31/3/2012  
Artigo aceito: 7/6/2012

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.
2. Membro titular da SBCP, preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.
3. Especialista em Cirurgia Geral, membro aspirante da SBCP, médico residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.

ptosis associated with augmentation mammoplasty demands a complex combination of techniques and careful preoperative analysis in order to define the best techniques to be used; this procedure lowers the need for surgical revisions and allows harmonious, stable, and long-lasting results.

**Keywords:** Mammoplasty. Breast/surgery. Breast implantation.

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos tem sido reportado o papel fundamental das mamas na feminilidade e na autoestima das mulheres, importância cada vez mais consolidada nos trabalhos que versam sobre o tema e exemplificada na obra de Frida Kahlo (Figura 1)<sup>1-15</sup>.

No âmbito da cirurgia estética de mama, a mamoplastia de aumento é o procedimento mais realizado no Brasil, segundo dados da pesquisa DataFolha em conjunto com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica<sup>2</sup>. Esse procedimento cirúrgico tem por objetivo proporcionar melhor forma às mamas; no entanto, deve preservar a funcionalidade do órgão, pelo importante papel da amamentação no cenário feminino. Fatores como dor crônica, contratura capsular e pressão excessiva do implante sobre o parênquima podem prejudicar a amamentação<sup>3</sup>.

Na prática cirúrgica diária, a colocação de implante de silicone, principalmente no plano subglandular, parece ser um procedimento simples até mesmo para os cirurgiões plásticos em treinamento, porém as indicações do melhor plano tecidual de cobertura e a associação com mastopexia podem transformar-se em um grande desafio, muitas vezes necessitando de procedimentos secundários<sup>4,5</sup>. Na escolha da melhor técnica cirúrgica, que deve ser individualizada, o cirurgião deve buscar proporcionar resultados mais naturais e duradouros. Nesse cenário, a técnica de aumento mamário



**Figura 1** – “A Minha Ama e Eu” (1937), obra de Frida Kahlo. Óleo sobre tela. Coleção Fundação Dolores Olmedo (México).

com implantes subpeitorais, associada ou não a mastopexia, ganha seu espaço no arsenal do cirurgião plástico.

O implante submuscular pode ser alocado em três tipos de bolsa: submuscular total, que inclui os músculos peitoral maior, oblíquo externo, serrátil anterior e reto abdominal; subpeitoral total, em que o implante fica sob o músculo peitoral e coberto pela fáscia peitoral ou pelo coxim gorduroso no segmento inferior; e subpeitoral parcial, em que parte do músculo servirá de cobertura no polo superior da mama<sup>6,7</sup>.

Perda de peso significativa, gravidez, amamentação por períodos prolongados e involução do tecido mamário na pós-menopausa são reconhecidos como causas da ptose mamária, e podem estar associadas a hipomastia e assim gerar a demanda da paciente pelo procedimento combinado de mastopexia com prótese<sup>8</sup>.

O objetivo deste trabalho é avaliar uma série de casos de mastopexia associada a implantes mamários, discutindo indicações, resultados e taxas de complicação observadas entre as pacientes operadas pelas técnicas subglandular e submuscular. Paralelamente, são discutidas as indicações e táticas aplicáveis nas mastopexias com próteses submusculares.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo com análise de prontuários de pacientes submetidas a mamoplastia de aumento associada a mastopexia, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul (Brasília, DF, Brasil).

No período de julho de 2008 a julho de 2011, 243 pacientes foram operadas, sendo 149 pela técnica subglandular e 94 pela submuscular.

A média de idade das pacientes à época da cirurgia foi de 31,4 anos, variando de 17 anos a 63 anos.

Todas as pacientes foram submetidas a investigação pré-operatória com ultrassonografia mamária e mamografia, avaliação cardiológica e exame histopatológico do produto das ressecções mamárias.

Do total de pacientes, 202 receberam anestesia geral e 41, peridural com morfina. Os volumes dos implantes variaram de 150 ml a 400 ml.

Foi avaliado o grau de satisfação do cirurgião e do paciente com o resultado estético obtido, classificado como bom, limitado ou ruim, de acordo com a técnica empregada.

Documentação fotográfica e análise da incidência de complicações e reoperações também foram realizadas.

### Descrição da Técnica

A técnica anestésica preconizada na instituição é preferencialmente anestesia geral e/ou anestesia peridural com morfina, para analgesia pós-operatória.

Todas as pacientes foram submetidas a conferência da marcação pré-operatória, que pode variar de incisão tipo “raquete” até Pitanguy clássica, dependendo do grau de ptose e do excedente cutâneo (Figura 2).

Os critérios de indicação de colocação dos implantes no plano submuscular foram: pele fina e presença de muitas estrias, pacientes após cirurgia bariátrica, glândula mamária e coxim adiposo escassos, contraturas capsulares ou resultados limitados com a técnica subglandular, e solicitação das pacientes.

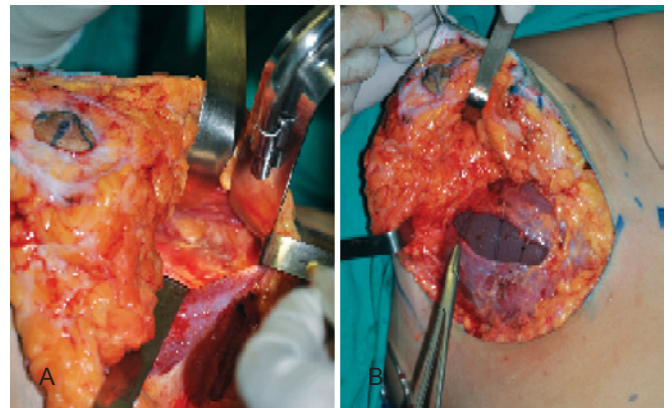
O acesso à região retromamária foi feito dentro dos preceitos da técnica de Pitanguy, com bipartição vertical da mama; nos casos de implantes submusculares, foi confeccionada uma loja subpeitoral, tendo como porta de entrada uma linha oblíqua no sentido das fibras do músculo grande peitoral na região retroareolar sobre o 4º ou 5º arcos costais.

O descolamento da loja subpeitoral foi realizado sob visão direta, com auxílio de fibra óptica e eletrocautério.

Os pontos-chave dessa técnica são secção completa da inserção medial do músculo peitoral na borda esternal até o 4º espaço intercostal e preservação do prolongamento fascial/adiposo que fará a conexão entre os músculos dissecados e a caixa torácica. Com essas manobras evita-se a mobilização do implante com a ação do músculo peitoral e possível deslocamento no sentido superior, além de permitir boa cobertura do implante no polo inferior, já que o conjunto

de músculos não perde a conexão com as costelas e o esterno (Figuras 3 e 4).

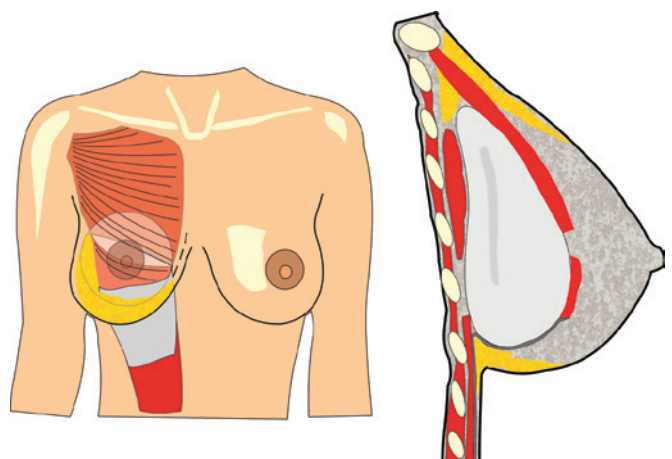
Foi colocado dreno tubular a vácuo na loja submuscular, com orifício de saída na região axilar. Foram utilizados implantes texturizados redondos de perfil alto, na maioria das pacientes, e poliuretano, em alguns casos. O fechamento da loja foi realizado por aproximação parcial das bordas do músculo peitoral maior com fio de náilon 3-0. Nesse momento, a loja foi fechada hermeticamente, o que, na maioria das vezes, é impossível, para evitar compressões na prótese e laceração das fibras do músculo peitoral maior. A intenção é fazer com que as bordas dos músculos se mantenham na posição demonstrada na Figura 5, até que a cicatrização faça essa conexão em definitivo e os implantes permaneçam guarnevidos por essa bolsa, que dará sustentação à prótese nos casos indicados.



**Figura 3** – Em A, secção da inserção medial do músculo peitoral até o 4º arco costal. Em B, visão do implante envolto pelo bolsão muscular.



**Figura 2** – Marcações variadas, dependentes do excesso de pele e do grau de ptose.



**Figura 4** – Esquema do posicionamento e da cobertura do implante. A linha tracejada representa o nível de secção muscular.



Após a colocação da prótese submuscular e a aproximação dos bordos apartados do músculo peitoral, foi programada a montagem da mama, obtendo-se mamas com colo bem projetado. Em casos de mamas maiores, em que a prótese foi agregada para melhorar o colo, foi realizada ressecção cuidadosa de parte dos quadrantes inferiores, pois, caso contrário, esses excessos determinariam pseudoptose e resultados indesejáveis. Após tais ressecções, os pilares medial e lateral da glândula foram montados com fio de náilon 3-0, arrematando a cobertura do implante que não fora completamente recoberta pelo músculo peitoral.

A elevação dos complexos areolopapilares foi feita com pedículo superior (Pitanguy) ou pedículo medial (Silveira Neto), conforme a exigência de cada caso. Foram passados pontos simples de aproximação do subcutâneo com fios de náilon 4-0, subdérmicos profundos com fio de náilon 5-0 e sutura intradérmica contínua com fio de náilon 4-0.

## RESULTADOS

O tempo de permanência hospitalar das pacientes foi, em média, de 24 horas, e as pacientes submetidas a cirurgias combinadas receberam alta em 48 horas. Houve 174 casos de procedimentos combinados, sendo a associação com lipoaspiração a mais comum, seguida de abdominoplastia.

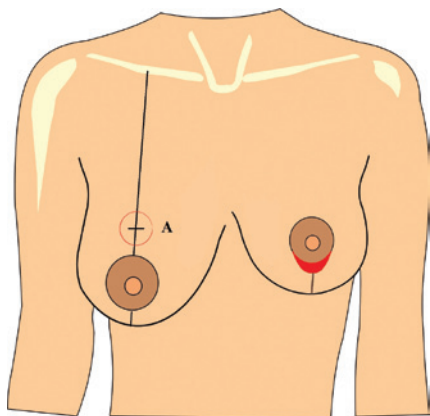
Uma paciente submetida à técnica subglandular apresentou complicação anestésica transoperatória, havendo infusão de relaxante muscular em tecido celular subcutâneo após perda despercebida do acesso venoso. A paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva em decorrência da absorção errática do medicamento.

Três pacientes evoluíram com hematoma expansivo no pós-operatório imediato, sendo necessária reoperação para drenagem, das quais 2 foram submetidas à técnica

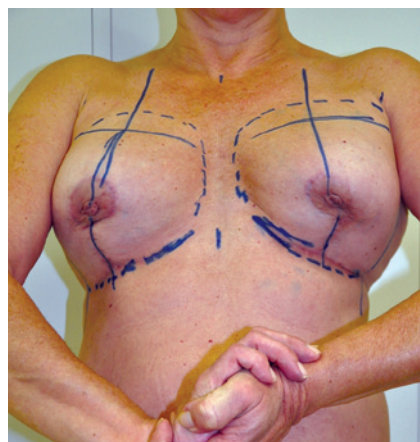
submuscular e 1, à subglandular. Duas pacientes, operadas pela técnica subglandular, apresentaram infecção e extrusão da prótese, tratadas com retirada do implante, antibioticoterapia e reoperação em 4 e 6 meses, sem complicações. Quatro pacientes submetidas à técnica subglandular desenvolveram contratura capsular (grau II de Baker), sendo 2 reoperadas, com mudança para o plano submuscular. Foram observados 7 casos de pseudoptose, com a mama deslizando sobre o implante e a paciente referindo que a prótese ficou alta, todas pela técnica submuscular, sendo 4 leves e 3 com necessidade de reabordagem cirúrgica. Catorze pacientes desenvolveram ptose mamária pela técnica subglandular, sendo 5 reoperadas, das quais 2 mudaram para o plano submuscular. Oito pacientes operadas pela técnica submuscular queixaram-se de mobilidade do implante com a ação do músculo peitoral (Figura 6), das quais uma foi reoperada, por solicitação, com mudança para técnica de duplo plano.

A taxa de reoperação total foi de 6,58%. Nenhum caso de deslocamento de prótese foi observado.

No acompanhamento ambulatorial, realizado no 3º, 7º, 14º, 30º, 90º, 180º e 360º dia de pós-operatório, ocorreram 19 casos de seroma, resolvidos com drenagem espontânea ou reabsorção sem necessidade de punção. Duas pacientes apresentaram estrias nas mamas, amenizadas com esfoliação química. Houve um caso de necrose parcial do complexo areolopapilar, elevado pela técnica de Silveira Neto, tratado com pigmentação. Em uma paciente ocorreu parestesia persistente em aréolas após 6 meses de acompanhamento. Sete casos de deiscência parcial foram observados, porém sem exposição dos implantes, dos quais 2 foram tratados com ressíntese e 5 com cicatrização por segunda intenção. Vinte e sete pacientes evoluíram com hipertrofia de cicatrizes, tratadas com fita de silicone e/ou infiltração de triancinolona.

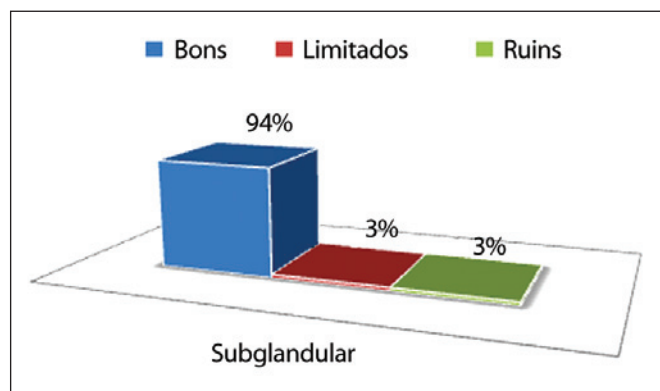


**Figura 5** – Esquema demonstrando dificuldade no fechamento da aréola (em vermelho) nos casos em que o volume do implante é inadequado. A = ponto A de Pitanguy.

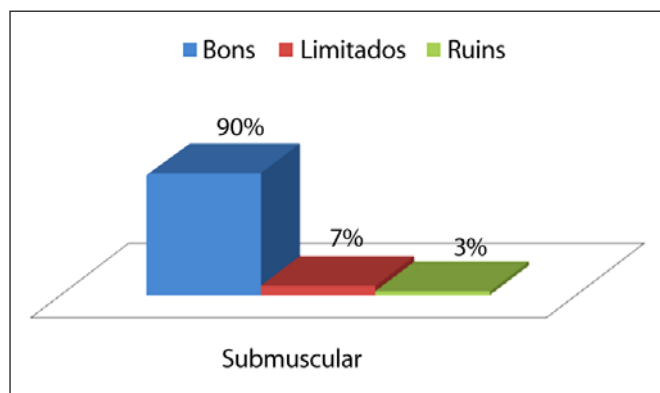


**Figura 6** – Mobilidade do implante com ação do músculo peitoral.

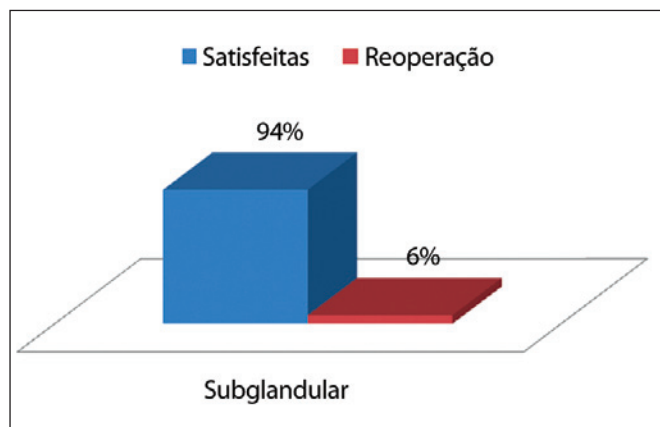
As Figuras 7 a 10 demonstram o grau de satisfação do cirurgião e das pacientes, de acordo com a técnica empregada.



**Figura 7** – Grau de satisfação do cirurgião, de acordo com a técnica subglandular.



**Figura 8** – Grau de satisfação do cirurgião, de acordo com a técnica submuscular.



**Figura 9** – Grau de satisfação da paciente, de acordo com a técnica subglandular.

## DISCUSSÃO

As opções com as quais o cirurgião plástico se depara na prática clínica cotidiana são:

- mamoplastia de aumento com implante subglandular;
- mamoplastia de aumento com implante submuscular;
- mastopexia associada a mamoplastia de aumento com implante subglandular;
- mastopexia associada a mamoplastia de aumento com implante submuscular.

Em nosso Serviço, as mamoplastias de aumento em hipomastias são corrigidas com implantes subglandulares ou subfasciais, alcançando assim resultados mais naturais.

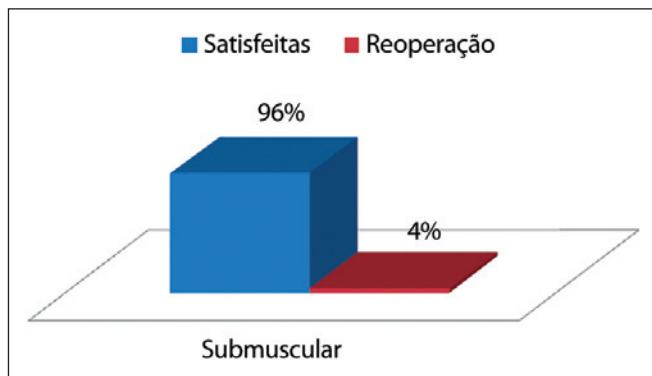
Nas hipomastias graves, em que há pouca e tênue cobertura de pele, tecido celular subcutâneo e glândula, indicamos os implantes subpeitorais, com base em nossa experiência nas reconstruções mamárias, em que frequentemente há tecidos de cobertura precários.

Quando há indicação de mastopexia associada a aumento com implante de silicone, sempre que possível, realizamos implante subglandular, por acreditarmos que os resultados são mais naturais quando o implante é menor que a glândula mamária existente.

### Dificuldades

Se o implante for grande e volumoso para um tecido frágil, pode haver deslocamento desse tecido, com deterioração da forma determinada e queda e deslocamentos laterais, entre outras complicações (Figura 11).

Os implantes submusculares associados a mastopexia são reservados a pacientes com pouco tecido dermoglandular, que não suportaria o novo cone mamário criado. O implante subpeitoral fixa o implante em posição definida na parede torácica anterior, sem perspectiva de deslocamentos. Dessa forma, cria-se um novo sutiã de pele e tecido dermoglandular sobre o bolsão músculo/fascial, com forma e volume estáveis (Figura 12).



**Figura 10** – Grau de satisfação da paciente, de acordo com a técnica submuscular.

Embora pareça lógica essa opção, existem várias situações de complicação que devem ser consideradas e prevenidas:

1. A glândula poderá deslizar sobre o implante (que permanece estável e envolto pela cápsula atrás do músculo peitoral), criando os seios pendurados no volume do silicone, o que acontece quando a glândula é muito grande e pesada (Figura 13). Para evitar essa situação, deve-se realizar maior esvaziamento do tecido glandular, semelhante à adenomastectomia, em que o volume principal da nova mama seja efetivamente o implante de silicone.
2. O mau posicionamento da aréola deve ser evitado com sua marcação mais alta, porém respeitando os princípios da marcação do ponto A de Pitanguy. Deve-se manter uma distância anatômica entre a clavícula e o ponto A. Se essa medida for longa ou o cone mamário não possuir vertentes proporcionais,

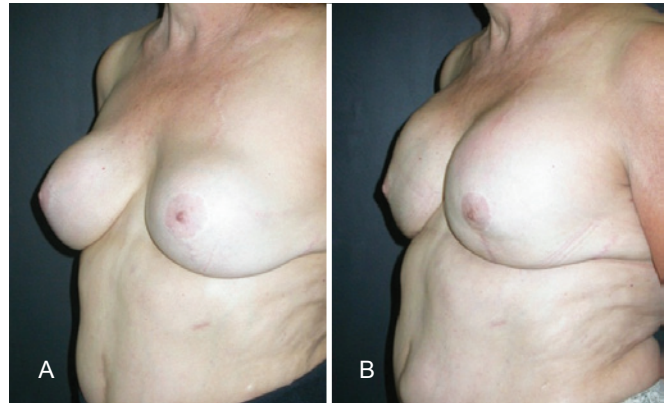
haverá tendência a queda do conjunto nos implantes subglandulares ou ptose do parênquima mamário sobre o implante (pseudoptose) (Figura 14).

3. Dificuldades na montagem da mama e síntese dos tecidos podem ocorrer, pois o fechamento da área original da aréola é um limitante ao volume do implante a ser utilizado, o que deve ser avaliado previamente pelo cirurgião e discutido com a paciente. A não observância a essa regra pode dificultar o fechamento da área original da aréola que foi transposta, levando a resultados artificiais (cintas retráteis no meio da mama e deiscências) (Figura 5).

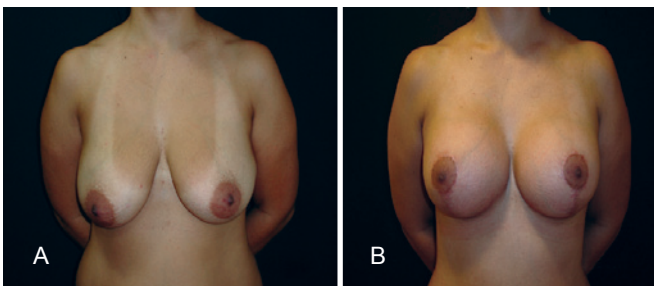
É fato que os implantes lisos, subglandulares, e a presença de bactérias sobre o implante (infecções subclínicas) estão associados a maior contratura capsular, porém paira a dúvida se os implantes submusculares apresentariam menor índice de contratura capsular, em decorrência da maior cobertura



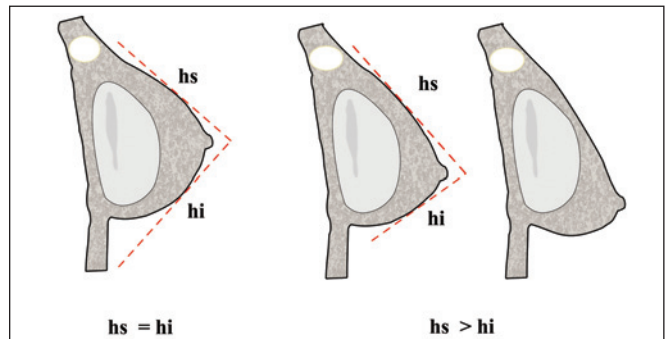
**Figura 11** – Paciente com implante volumoso apresentando queda e deslocamento lateral (técnica subglandular).



**Figura 13** – Em A, aspecto pré-operatório de paciente com mama grande e pesada. Em B, aspecto pós-operatório de mastopexia em que foi ressecado pouco parênquima, o qual deslizou sobre a prótese no plano submuscular.



**Figura 12** – Em A, aspecto pré-operatório de paciente com mamas volumosas e ptosadas. Em B, pós-operatório de mastopexia associada a implante de silicone submuscular, com manutenção da forma e sem deslocamentos.



**Figura 14** – Esquema demonstrando o correto posicionamento da aréola, em que  $hs = hi$ , e o deslizamento do ponto A no parênquima em  $hs > hi$ .  $hi$  = comprimento inferior do novo cone mamário;  $hs$  = comprimento superior do novo cone mamário.

tecidual que poderia camuflar tal complicação<sup>6,9-13</sup>. O plano submuscular pode estar associado a maior dor pós-operatória, maior índice de hematomas e mobilização ou deslocamento do implante com a ação muscular<sup>9,14</sup>. Essas possíveis complicações podem ser contornadas com melhor analgesia pós-operatória, uso rotineiro de drenos a vácuo e desinserção adequada da musculatura peitoral maior.

Pacientes magras, com falta de cobertura no polo superior das mamas, que tenham amamentado por longo período, de pele delgada e de má qualidade e que apresentam muitas estrias, pacientes idosas, ex-obesas com grandes perdas ponderais e lipodistrofias, que apresentem prótese com contração capsular e procura espontânea pela técnica são as melhores indicações para a técnica submuscular<sup>6-8,15</sup>.

Em pacientes ex-obesas e naquelas com mamas liposubstituídas, a amputação do segmento inferior das mamas é indicada para evitar possíveis ptoses precoces com efeito “dupla mama”. Em pacientes com forte história familiar, história prévia de câncer de mama, fatores de risco histológicos, mutação dos genes BRCA 14 e naquelas com prole constituída, que apresentem ptose significativa e em acordo com o desejo da paciente, assim como indicação da mastologia<sup>16</sup>, realizamos ampliação da ressecção do tecido mamário, ou seja, adenomastectomia subcutânea, evitando-se o deslizamento do tecido mamário remanescente sobre a prótese, sendo o resultado estético final proporcionado pelo volume e pela forma do implante mamário, o que é bem aceito pelas pacientes e garante resultados mais duradouros.

## CONCLUSÕES

O tratamento da ptose mamária associado a mamoplastia de aumento exige combinações técnicas complexas e cuidadosa análise pré-operatória, para definição das melhores técnicas a serem utilizadas, diminuindo a necessidade de revisões cirúrgicas e permitindo a obtenção de resultados harmônicos, duradouros e estáveis.

## REFERÊNCIAS

- Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/belas\\_artes/cap2.htm](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/belas_artes/cap2.htm)>. Acesso em: 22/8/2011.
- Pesquisa Datafolha encomendada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Disponível em: <<http://www2.cirurgioplastica.org.br>>. Acesso em: 22/8/2011.
- Michalopoulos K. The effects of breast augmentation surgery on future ability to lactate. *Breast J.* 2007;13(1):62-7.
- Spear SL, Low M, Ducic I. Revision augmentation mastopexy: indications, operations, and outcomes. *Ann Plast Surg.* 2003;51(6):540-6.
- Spear SL, Pelletiere CV, Menon N. One-stage augmentation combined with mastopexy: aesthetic results and patient satisfaction. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(5):259-67.
- Hendricks H. Complete submuscular breast augmentation: 650 cases managed using an alternative surgical technique. *Aesthetic Plast Surg.* 2007;31(2):147-53.
- Tebbetts JB. Dual plane breast augmentation: optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7 Suppl):81S-102S.
- De Benito J, Sánchez K. Key points in mastopexy. *Aesthetic Plast Surg.* 2010;34(6):711-5.
- Henriksen TF, Fryzek JP, Hölmich LR, McLaughlin JK, Kjølner K, Høyer AP, et al. Surgical intervention and capsular contracture after breast augmentation: a prospective study of risk factors. *Ann Plast Surg.* 2005;54(4):343-51.
- Embrey M, Adams EE, Cunningham B, Peters W, Young VL, Carlo GL. A review of the literature on the etiology of capsular contracture and a pilot study to determine the outcome of capsular contracture interventions. *Aesthetic Plast Surg.* 1999;23(3):197-206.
- Del Pozo JL, Tran NV, Petty PM, Johnson CH, Walsh MF, Bite U, et al. Pilot study of association of bacteria on breast implants with capsular contracture. *J Clin Microbiol.* 2009;47(5):1333-7.
- Biggs TM, Yarish RS. Augmentation mammoplasty: retropectoral versus retromammary implantation. *Clin Plast Surg.* 1988;15(4):549-55.
- Collis N, Coleman D, Foo IT, Sharpe DT. Ten-year review of a prospective randomized controlled trial of textured versus smooth subglandular silicone gel breast implants. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(4):786-91.
- Lesavoy MA, Trussler AP, Dickinson BP. Difficulties with subpectoral augmentation mammoplasty and its correction: the role of subglandular site change in revision aesthetic breast surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(1):363-71.
- Spear SL, Carter ME, Ganz JC. The correction of capsular contracture by conversion to “dual-plane” positioning: technique and outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(2):456-66.
- Hoover DJ, Paragi PR, Santoro E, Schafer S, Chamberlain RS. Prophylactic mastectomy in high risk patients: a practice-based review of the indications. Do we follow guidelines? *Breast Dis.* 2010;31(1):19-27.

### Correspondência para:

José Carlos Daher  
SHIS QI 8 – cj. 8 – casa 19 – Lago Sul – Brasília, DF, Brasil – CEP 71600-500  
E-mail: daher@hospitaldaher.com.br