



Captação e fidelização do paciente ao cirurgião plástico

Captation and patient's loyalty to plastic surgeon

Bárbara Helena Barcaro Machado¹
Jorge Antônio De Menezes²
Leandro Ventura³

Trabalho realizado no Instituto Ivo Pitanguy, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo recebido: 9/10/2013
Artigo aceito 23/11/2013

RESUMO

Este artigo versa sobre a delicada natureza da relação médico-paciente, suas limitações, nuances e particularidades. Nele, tecemos considerações sobre o comportamento atual da mídia e internet, cada vez mais exigentes e tendenciosas, bem como o atuar dentro do consultório médico. Observamos que a ética, e um amplo entendimento de nossas possibilidades e limitações são a chave para se obter boa relação médico-paciente evitando demandas judiciais. .

Descritores: Relações Médico-paciente. Ética Médica. Marketing.

ABSTRACT

This article is about the tender nature of patient-doctor relationship, its limitations, details and particularities. Here, we make some considerations about actual behavior of media and internet, each time more and more demanding and tendentious, as well as how to act in a consultation room. We realized that Ethics and an abroad comprehension of our possibilities and limitations are the key for avoiding juridic problems and to obtain a satisfactory patient-doctor relationship.

Keywords: Physician-Patient Relations. Ethics, Medical. Marketing.

INTRODUÇÃO

1- O ATUAR MÉDICO E A ÉTICA

Existe um compromisso muito especial assumido entre o médico e o paciente, independentemente da condição de profissional liberal, autônomo, ou prestador de serviços de um plano de saúde, convênio, hospital ou serviço público. O paciente não pode exigir o impossível

do médico, que só tem a oferecer atendimento humanizado e o que a ciência e a Medicina desenvolveram, considerando, ainda, que, a seu alcance, existam os recursos necessários para o diagnóstico e tratamento. O médico seguirá regras ditadas pela ética, a qual, desde os primórdios da cultura, e a partir da visão filosófica, passou a ser entendida como a forma mais perfeita de agir e de se conduzir perante o

1. Membro Titular da SBCP. Professora Assistente PUC-Rio e IPGMCC. Chefe da Equipe Médica da Clínica Ivo Pitanguy.

2. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Diretor do DEPRO – SBCP.

3. Membro aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Pós-graduando do Serviço de Cirurgia Plástica do Professor Ivo Pitanguy.

próximo e a si mesmo definindo o correto e o incorreto, o justo e o injusto, o bem e o mal.

O princípio da Autonomia, por meio do qual há a compreensão de que, sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano, na relação médico-paciente, é extremamente relevante, na medida em que o médico deve ter em mente que somente pode manipular, drogar, receitar e conduzir seus pacientes, se eles, de fato, estiverem cientes e aptos a aceitar tais procedimentos e atitudes, dando à relação profissional uma forma respeitosa e aceitável do ponto de vista social e ético¹⁻⁴.

No livro *Epidemia*, escrito ao redor do ano 430 a.C., Hipócrates propôs aos médicos: "Pratique duas coisas ao lidar com as doenças: auxilie ou não prejudique o paciente". Este princípio propõe a obrigação de não causar dano intencional: "*Primum non nocere*". No juramento do médico, baseado em Hipócrates, inserimos as obrigações de Beneficência e de Não Maleficência^{2,3}. O princípio da Beneficência, obrigação moral de agir em benefício dos outros, busca maximizar os benefícios e minimizar os danos possíveis. O paciente, ao procurar o profissional da área de saúde, busca a cura para o seu mal, e o profissional, por sua vez, tentará empreender todos os esforços para não agravar e tentar curá-lo da condição que o aflige¹⁻⁴. Já o princípio da Privacidade enfatiza a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização e envolve as questões de anonimato, sigilo, afastamento ou solidão. A confidencialidade aplica-se a todas as faixas etárias, já que todos têm o direito à preservação de suas informações pessoais. O médico é o fiel depositário dessas informações, inclusive as mais íntimas, que muitas das vezes nem a um cônjuge ou a uma mãe se revela²⁻⁴.

O médico, por lidar com o bem mais precioso, que é a vida, muitas vezes gera expectativa de resultados infalíveis de tratamento e cura. Mas a prática médica, como qualquer atividade humana, está sujeita a erros, obstáculos e dificuldades que, muitas vezes, são imprevisíveis e incontroláveis. Alguns problemas no atendimento médico podem eventualmente resultar em danos à vida ou à saúde do paciente, seja pela ação ou pela omissão do médico^{2,4}. Esses problemas acontecem em situações específicas, caracterizadas por imperícia, imprudência ou negligência. Na imperícia, o médico pode cometer algum equívoco por desconhecimento, inexperiência, falta de habilidade ou de observação às normas técnicas. A imprudência,

no exercício da Medicina, é caracterizada quando o profissional pratica uma ação sem a devida cautela. A ação por omissão, com falta de cuidado, como a não prescrição correta, ou assistência inadequada ao paciente, é identificada como negligência do profissional. Essas situações não podem ser confundidas com procedimentos que fogem ao controle do médico, como o resultado adverso, quando o profissional empregou os recursos adequados obtendo resultados diferentes do pretendido. A adversidade é decorrente de situação incontrolável, própria da evolução do caso ou quando não é possível para a ciência e para a Medicina prever.

Dois instrumentos são fundamentais para assegurar a boa relação entre médico e paciente: o prontuário médico e o termo de consentimento livre e esclarecido, desenvolvido nas décadas de 60 e 70, quando trabalhos na área da sociologia da saúde trataram sobre a relação médico-paciente e o consenso intencional - atualmente chamado de consentimento informado^{3,5,6}. Este consentimento já faz parte do atual exercício da Medicina, e é encarado como um direito dos pacientes e uma obrigação dos médicos. Este termo tem como finalidade formalizar ou documentar o tratamento, e suas consequências e os riscos decorrentes do ato médico ou do tratamento proposto. Pode ser realizado verbalmente, embora a tendência atual seja a transcrição no prontuário por meio de um documento. O termo não pode ser imposto, não exclui nenhuma responsabilidade do médico e não tem valor para evitar possível pedido de indenização futura, ou seja, não é um salvo conduto para isentar o médico de responsabilidade e nem um estímulo para que o paciente obtenha uma espécie de indenização futura, mas legitima a boa vontade do médico em esclarecer e em observar os princípios éticos citados anteriormente.

O aspecto psicológico dos pacientes é de extrema importância e o encaminhamento para a psicoterapia deve ser considerado sempre que necessário. O temperamento dos pacientes durante a consulta nos indica sobre o curso de um eventual pós-operatório e o nível de expectativa em relação ao tratamento^{5,6}. Pacientes coléricos são determinados, dominadores, impulsivos e tendem a dominar a situação. Se as colocações do médico contrariam suas expectativas, contra-argumentam ou não aceitam. Pacientes fleumáticos são tranquilos, observadores, passivos, dedutivos e costumam aceitar as colocações do médico, mas pensam

metódica e cuidadosamente a respeito, procuram novos dados que lhes permitam avaliar melhor a situação, e talvez necessitem também de um tempo maior para digerir tudo o que ouviram. Em relação aos melancólicos, pacientes sensíveis, emotivos e intuitivos, e que geralmente desenvolvem relacionamentos pouco numerosos, porém profundos, deve-se ter muito cuidado no modo de informá-los, sobretudo quando as informações podem gerar algum tipo de medo ou ansiedade, pois tendem a ficar deprimidos. Os pacientes ditos sanguíneos são lábeis, sedutores, atraentes, de relacionamentos fáceis e numerosos, porém, tendendo a superficiais e que, provavelmente, aceitarão facilmente os argumentos e orientações do médico, o que não quer dizer que estarão realmente convencidos de tudo o que o médico disse. Talvez não sigam de forma correta as orientações, alegando esquecimento, falta de tempo ou excesso de atividades, entre várias possíveis desculpas. Obviamente, é difícil encontrarmos pacientes que manifestem apenas um dos quatro temperamentos descritos, porém, há quase sempre a predominância de um, e saber como lidar com eles amplia em muito nossas chances de sucesso⁵.

2- A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A formação e modo de atuação médica tendem a ser mais tecnicistas, mas o corpo humano não deve ser encarado como máquina, e as deformidades por ela apresentadas interpretadas como desarranjos de funcionamento passíveis de correção simples e linear. Existem alterações de natureza anatômica, fisiológica, bioquímica, genética, adquirida, passíveis de tratamento que não devem estar voltadas apenas para o organismo físico. Aspectos mentais são frequentemente importantes no desencadeamento de sua queixa.

A deformidade é interpretada como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo, fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais. O médico não é estimulado a pensar o paciente como um ser psicossocial, e a perceber o significado para o paciente do adoecer ou ser portador de uma doença ou deformidade. Doenças e deformidades cumprem um papel pedagógico: mostrar que algo não está como gostaríamos e

possibilitar uma mudança, muitas vezes interdisciplinar, com recursos que o médico deve saber indicar e coordenar. A avaliação psicológica do paciente, frequentemente, deve fazer parte de uma avaliação pré-operatória, com o intuito de conhecermos melhor o candidato à cirurgia. Há necessidade de um processo de humanização da Medicina, embora isto não signifique que os médicos tenham de se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença ou deformidade.

Há uma racionalização científica da Medicina moderna, baseada numa mensuração objetiva e quantitativa, bem como, na visão dualista mente-corpo. Esse modelo subestima a dimensão psicológica, social e cultural da relação saúde-doença, com os significados que a doença assume para o paciente e seus familiares. Os médicos e pacientes, mesmo pertencendo à mesma cultura, interpretam a relação saúde-doença de formas diferentes, já que eles não se colocam no mesmo plano. Trata-se de uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído^{7,8}.

O pré-requisito para uma relação médico-paciente bem construída baseia-se na transmissão de simpatia, acolhimento, confiança, segurança e apoio. O paciente que se encontre envolvido por essas qualidades certamente acolherá de forma receptiva o que lhe for informado e proposto. Para isto, é importante ter toda a atenção voltada ao paciente, percebê-lo emocionalmente, estar, metaforicamente, "dentro da sua pele", estar atento ao seu tempo, em sintonia com seu ritmo (o que significa não "atropelá-lo") e buscar sintonia afetiva, de modo que ele sinta no médico alguém que sabe o que ele está sentindo e, principalmente, que pode ajudá-lo⁵.

Balint⁸, em seu livro "O médico, o paciente e a doença", assinala logo no início que a droga mais frequentemente utilizada na clínica geral é o próprio médico, e que mais importante que o frasco de remédio era o modo como o médico o oferecia ao paciente, ou seja, a atmosfera na qual a substância era administrada e recebida. No processo proposto por ele, a primeira fase consiste em demonstrar a importância do "escutar" como uma forma de coleta de dados para a anamnese médica, seguido de fases referentes ao "compreender" e ao "uso da

compreensão de forma que ela tenha um efeito terapêutico". O médico, ao discutir suas atitudes, possibilita o desenvolvimento de uma compreensão de si mesmo como objeto de relação, ou seja, passa a perceber nuances de sua influência na relação terapêutica⁹⁻¹¹. A capacidade de escuta varia de médico para médico, o qual interpreta a queixa trazida pelo paciente e experimenta um exercício de partilha do seu saber. A introdução das "humanidades médicas" na formação universitária e na educação continuada prevê a incorporação de elementos das ciências humanas (filosofia, psicologia, antropologia, literatura) na formação e na prática dos profissionais de saúde¹² como um espaço para repensar a prática em Medicina, intervindo na qualidade da assistência com a personalização da relação, a humanização das atividades médicas e o direito à informação. A maioria das queixas dos pacientes faz referência a problemas comunicacionais com o médico e não a sua competência clínica, sendo estas queixas os efeitos de uma má relação.

Quatro modelos de relação médico-paciente foram propostos^{3,7}. O modelo sacerdotal é o mais tradicional, pois se baseia na tradição hipocrática. Neste modelo, o médico assume uma postura paternalista com relação ao paciente, e a decisão tomada pelo médico não leva em conta os desejos, crenças ou opiniões do paciente; o médico exerce não só a sua autoridade, mas o poder. O modelo engenheiro, ao contrário do sacerdotal, coloca todo o poder de decisão no paciente. O médico assume o papel de repassador de informações e executor das ações propostas pelo paciente. O paciente é visto como um cliente que demanda uma prestação de serviços médicos e o médico executa uma tomada de decisão de baixo envolvimento, que se caracteriza mais pela atitude de acomodação do médico que pela dominação ou imposição do paciente. O modelo colegial não diferencia os papéis do médico e do paciente no contexto da sua relação. O processo de tomada de decisão é de alto envolvimento e não existe a caracterização da autoridade do médico como profissional. O poder é compartilhado de forma igualitária, percebendo-se perda da finalidade da relação médico-paciente. O modelo contratualista, por sua vez, estabelece que o médico preserve a sua autoridade, enquanto detentor de conhecimentos, qualidades técnicas e habilidades específicas, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisões técnicas. O paciente também participa ativamente no processo de tomada de decisões,

exercendo seu poder de acordo com o estilo de vida e valores morais e pessoais. Há efetiva troca de informações e a tomada de decisão pode ser de médio ou alto envolvimento, tendo por base o compromisso estabelecido entre as partes envolvidas. Este parece ser o modelo ideal da relação médico-paciente, preservando a autoridade do médico, mas condiciona o exercício de tal autoridade a uma íntima relação de confiança entre paciente e médico, e a uma troca de informações recíproca e necessária ao estabelecimento da verdadeira relação de afeição, credibilidade e confiança a se formar entre as partes^{3,7}.

Equipe é um somatório de pessoas que possuem objetivos próprios, mas que devem se articular, mesmo que cada um viva, a seu modo, os objetivos comuns. Como se estivéssemos regendo uma orquestra, bem sintonizada e realmente harmônica, em que cada instrumento tem sua importância e sua vez de entrar em cena. A equipe médica conta, em geral, com a equipe de enfermagem, de fisioterapia, nutricionista, psicólogo e atendentes. Todos os membros da equipe buscam, e devem buscar, decifrar, compreender e acolher o desamparo sentido pela paciente, em decorrência da brusca ruptura do cotidiano, seja pela cirurgia, por medo da morte ou de outras complicações, pelo desconhecido da nova situação, pela dor física e psíquica. Todos os componentes devem ter sensibilidade e compreender que a fragilidade do paciente enfraquece e até adocece sua família, e que também acolhê-la significa um esforço adicional necessário^{5,6}.

Em nome da eficiência, às vezes, médicos se colocam em um distanciamento pouco eficaz, aparentam dificuldade para se colocarem por inteiro em um tratamento. Em geral, possuem excelente capacidade para procedimentos técnicos, mas nem sempre para atitudes profissionais humanizadas, protegem-se em uma assepsia que gera insegurança no paciente, e raiva na família, como se o atendimento da equipe não pudesse incluir ternura e acolhimento aos sentimentos que afloram na vivência do choque provocado pela cirurgia. Aspira-se pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico^{3,4,6,9-12}.

Ao assumirmos um paciente, estabelecemos um casamento, na maioria das vezes, sem direito a divórcio; e nós, médicos, estamos mais limitados, pois os pacientes podem querer se desligar, mas, em geral, nós não podemos tomar esta atitude.

Observamos, entretanto, que ocorrendo fatos prejudiciais ao bom relacionamento ou ao pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder⁴. Muitas vezes, o mais difícil está na negação ao tratamento, principalmente quando há alteração física visível. A não opção cirúrgica se dará porque, clinicamente, o risco é alto, ou por excesso de expectativa por parte do paciente, ou desequilíbrio psicológico do mesmo ou porque tecnicamente não há como realizar o que ele pede. Negar uma cirurgia a um paciente requer coragem e firmeza, e não frieza; é necessário ser bastante enfático nas razões que o levam a tal decisão. Mas deve-se manter em mente a frustração que causaremos e sentimentos de raiva e revolta podem decorrer desta negativa.

Na Medicina, a internet tem ocupado espaço mais vagorosamente quando se compara com as áreas mais tradicionais de negócios, e o grande número de portais médicos com enorme quantidade de informação tem gerado confusão para os leigos. Este fato pode ser explicado pelas questões éticas e jurídicas envolvidas, que são mais rigorosas que em outras áreas. Este novo meio de comunicação certamente será um dos principais promotores da comunicação entre os médicos e seus pacientes nesta era da comunicação instantânea, e está influenciando os padrões e a qualidade da assistência médica, além da natureza do relacionamento médico-paciente. A internet não tem um único dono e o seu poder real está nas pessoas e nas informações que são conectadas por esta rede internacional de computadores. A ocupação do espaço no mundo virtual da internet tem-se tornado comum, e a ausência será considerada como uma notável omissão.

O website profissional é um componente necessário da prática médica moderna e o marketing *on-line* é somente uma nova ferramenta. Uma objeção importante relacionada ao marketing profissional via internet é o comercialismo excessivo. O estigma da propaganda na prática médica tem sido muito discutido durante as últimas duas décadas, apesar dos padrões éticos serem mais restritos do que aqueles relacionados ao comércio em geral. Prover informação médica de qualidade, educar os usuários em relação à diferenciação de fontes de informação disponíveis na Internet e comunicar-se com pacientes por meio de e-mails

são serviços importantes e diferenciados prestados pelo médico. Tais serviços apontam para um profissional dedicado e decidido a promover o relacionamento médico-paciente, utilizando uma forma mais atualizada de comunicação. Entretanto, médicos que fornecem conselhos pessoais ou cuidados médicos *on-line* devem respeitar as condutas éticas fundamentais da Medicina, além de informar e educar seus pacientes sobre as limitações dos cuidados de saúde via internet.

3- CAPTAÇÃO E FIDELIZAÇÃO DO PACIENTE

Em todo o processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da arte médica. Quanto melhor a relação médico-paciente estabelecida por determinado profissional, melhor a capacidade de captação e fidelização de pacientes. A grande chave deste segredo se encontra dentro de cada um de nós. Ressaltamos, aqui, a importância da formação do cirurgião plástico, de sua filiação à Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, já que, apresentar formação adequada e conhecimento são essenciais para a conquista do paciente⁶ e o exercício adequado da especialidade.

A sedução do paciente deve acontecer desde o primeiro contato, já que inúmeros colegas de excelente qualidade e formação, com diferentes preços para seus procedimentos, disputam um mercado cada vez mais competitivo e restrito. O universo amplo de possibilidades de tratamentos para o envelhecimento e alterações do contorno corporal faz com que a busca pelo tratamento cirúrgico seja postergada enquanto possível. A Cirurgia Plástica procura estabelecer seu espaço em campos muitas vezes fundidos a outras especialidades e à chamada medicina estética, cuja formação é questionável, mas as promessas de resultado são extremamente convincentes, o que acaba sendo um competidor desleal.

Neste pequeno universo que é o ser humano, a sua individualidade pode ser considerada o atributo que mais atrai a atenção dos profissionais da área da saúde e dos interessados em marketing. Portanto, a atenção médica e os projetos de marketing se direcionam, em última instância, ao cliente, com o objetivo de construir relacionamentos mutuamente satisfatórios que perdurem. A chave para se alcançar metas, neste novo século, consiste em se determinar justamente os desejos e necessidades dos indivíduos formadores dos mercados-alvo. Entender estes

desejos é o ponto de partida das atividades dos especialistas em marketing e também dos Profissionais da Saúde. Portanto, a prestação de serviço médico obterá êxito se entregar o valor desejado ao paciente.

Em marketing, fidelização é reter clientes, evitando que migrem para a concorrência, e aumentar o valor dos negócios que eles proporcionam. A vantagem competitiva que uma empresa possui é o conhecimento de seus clientes. Todo o resto, a concorrência pode oferecer a qualquer momento¹³. Empresas desejam clientes fiéis para obter vantagens financeiras. Já nos relacionamentos pessoais, como a relação médico-paciente, a fidelidade está diretamente ligada a vantagens emocionais. Como nos relacionamentos pessoais, fidelidade não se compra; se conquista em longo prazo com atitudes que transmitam confiança, respeito, cuidado, atenção e carinho com o outro. E fidelização é um processo contínuo de conquista da lealdade, porque nenhum paciente é fiel de vez em quando - nem para sempre. Pacientes fiéis são muito mais propensos a retornar ao consultório e tendem a consumir mais, mesmo que por meio de procedimentos ambulatoriais. Como as expectativas dos pacientes aumentam com o tempo, eles tendem a não mais se satisfazer se o médico não conseguir acompanhar as mudanças de suas necessidades e desejos, o que demanda tempo, investimento e renovação de conhecimentos.

Quanto mais fiéis os pacientes, maior o valor financeiro agregado "à marca" do médico¹³. O esforço na retenção de pacientes é um investimento que irá garantir aumento nos atendimentos e redução das despesas. Um cliente insatisfeito costuma contaminar outros ¹³, enquanto que um satisfeito influencia apenas 5. Somente por meio de uma relação de confiança entre pacientes e médicos pode-se criar barreiras para a ação da concorrência. As pessoas confiam em quem os respeita, os ouve e os surpreende. E são fiéis quando e enquanto confiam; além disto, nada garante que um paciente satisfeito recusará as ofertas da concorrência.

Barbara Barcaro Machado
Rua Dona Mariana 65, Botafogo. Rio de Janeiro. CEP
22080-020

REFERÊNCIAS

1. Pineschi A. A Relação médico-paciente [Acesso 21/05/2011]. Disponível em: <http://www.cremerj.org.br/palestras/540.PDF>
2. França GV. Direito Médico, 8a ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 2003.
3. Moreira Filho JR. A Relação Médico-paciente [Acesso 18/05/2011]. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/2745/relacao-medico-paciente>
4. Código de Ética Médica [Acesso 21/07/2011]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br>.
5. Silva VMCF. A Relação Médico-paciente [Acesso 18/05/2011]. Disponível em: <http://www.sab.org.br/med-terap/art-vitor.htm>
6. Sabbatini RME. Relação médico-paciente. Campinas: Correio Popular; 1996. p.3 [Acesso 21/05/2011]. Disponível em: www.sabbatini.com/renato/correio/medicina/corr9645.htm
7. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev.* 1963;53(5):89-121.
8. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
9. Goldim JR, Francisconi CF. Modelos de relação médico-paciente [Acesso 18/05/2011]. Disponível em: <http://bioetica.ufrgs.br/relacao.htm>
10. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984;101(5):692-6.
11. Caprara A, Franco LSA. A relação paciente-médico. Para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(3):647-54.
12. Branch WT, Arky RA, Woo B, Stoeckle JD, Levy DB, Taylor WC. Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. *Ann Intern Med.* 1991;114(6):482-9.
13. Moutella C. Fidelização de clientes como diferencial competitivo [Acesso 21/05/2011]. Disponível em: www.portaldomarketing.com.br