

A Agenda Não Mente

A Agenda Não Mente

Marketing digital para clínicas e
consultórios médicos no Brasil

Matheus Mundim

EDIÇÃO DE CORTESIA

Exemplar de distribuição gratuita. Não está à venda.

A Agenda Não Mente

Marketing digital para clínicas e consultórios médicos no Brasil

© 2026 Matheus Mundim. Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma ou meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação, ou arquivada em sistema de recuperação de informação, sem autorização escrita do autor.

1ª edição — 2026

Os casos apresentados são compostos a partir de padrões recorrentes em operações reais. Os números são internamente consistentes e ilustrativos, e não constituem promessa de resultado. Este livro não substitui orientação jurídica, contábil ou de conselho profissional.

Meta, Instagram, WhatsApp, Google, YouTube, TikTok, Doctoralia e demais marcas citadas pertencem a seus respectivos titulares e são mencionadas apenas em caráter informativo.

matheusmundim.com @matheusmundim

Nota de uso desta edição

Este é um exemplar de cortesia de *A Agenda Não Mente*, cedido gratuitamente a você por Matheus Mundim. Não está à venda, não é uma versão reduzida e não substitui a edição comercial: o conteúdo é o livro inteiro.

O que você pode fazer

Ler, imprimir uma cópia para uso próprio, aplicar o método na sua clínica ou consultório e citar trechos curtos com atribuição ao autor e ao título.

O que peço que você não faça

Encaminhar este arquivo a terceiros. Publicá-lo em sites, grupos, drives compartilhados, comunidades ou repositórios. Reproduzi-lo, no todo ou em parte, em cursos, treinamentos, apresentações ou materiais próprios. Vendê-lo ou incluí-lo em qualquer produto pago.

Se alguém precisar do livro

Peça um exemplar de cortesia direto para mim — mundim.m.a.b@gmail.com ou @matheusmundim. É gratuito e leva um minuto. Encaminhar o PDF tira de mim a única coisa que ganho com isso: saber quem está lendo.

Antes de começar

Se você recebeu este livro de mim, é porque em algum momento conversamos sobre a sua agenda — ou porque eu acho que a conversa vale a pena.

Ele não foi escrito para vender serviço. Foi escrito porque a maior parte do que se fala de marketing para clínica no Brasil começa pelo lugar errado: pelo canal, pelo anúncio, pela rede social. A agenda vem antes disso, e ela não mente. Se você olhar os seis números do Capítulo 1 com honestidade, em uma tarde já vai saber qual é a sua restrição — e provavelmente não é a que você imaginava.

Uma sugestão de percurso, se o tempo for curto. Leia o Capítulo 1 e preencha os seis números da sua operação. Depois vá direto ao Capítulo 14, que é o plano de 90 dias. Os capítulos do meio explicam o porquê de cada decisão, e você pode voltar a eles conforme a necessidade aparecer.

Se, ao terminar, você tiver preenchido os números e discordar de alguma conclusão, escreva para mim. Discordância fundamentada em dado próprio é a melhor conversa que existe neste assunto.

Boa leitura.

Matheus Mundim

Sumário

Três clínicas, um mesmo problema	1
Parte I — O que a agenda está dizendo	9
Capítulo 1 — A agenda como demonstração de resultado	11
Capítulo 2 — Por que “postar mais” não resolve	23
Capítulo 3 — O Bowtie do consultório	33
Parte II — Fundamentos antes de investir	45
Capítulo 4 — O que a lei permite (e o que o cadastro custa)	47
Capítulo 5 — Marca médica: reputação vem antes da mídia	61
Capítulo 6 — O mapa de pontos de contato	77

Parte III — Lado esquerdo: aquisição	87
Capítulo 7 — Google e IA: onde o paciente já está procurando	89
Capítulo 8 — Meta e vídeo: construir confiança antes da procura	103
Capítulo 9 — Marketplaces, convênios e telemedicina	113
Capítulo 10 — Do clique ao agendamento	123
 Parte IV — Lado direito: retenção e monetização	 133
Capítulo 11 — O processo de acompanhamento do paciente	135
Capítulo 12 — Monetização ética	147
Capítulo 13 — O painel da clínica	157
Capítulo 14 — Os primeiros 90 dias	163
Conclusão — A agenda de daqui a um ano	169
Referências	173
Sobre o autor	177
Uma última coisa	179

Três clínicas, um mesmo problema

Antes de qualquer conceito, vamos apresentar três clínicas. Elas voltam em todos os capítulos deste livro, porque cada uma quebra em um ponto diferente e você vai se reconhecer em pelo menos uma delas.

Os três casos são compostos a partir de padrões recorrentes em operações reais. Os números são internamente consistentes e realistas, mas ilustrativos: servem para tornar visível a ordem de grandeza e a direção dos efeitos, não para prever o seu resultado. A estrutura do raciocínio é o que se transfere.

Dra. Renata: o consultório que não controla a própria origem

Ortopedista, subespecialista em joelho, consultório próprio em uma cidade de 700 mil habitantes. Atende sozinha, com uma secretária. Agenda de 140 consultas por mês, 60% por convênio e 40% particular. Consulta particular a R\$ 450.

De onde vem o paciente? Ela responde sem hesitar: "indicação de outros médicos e o convênio". Tem um Instagram com 2.100 seguidores, posta duas vezes por semana, quase sempre um card com dica sobre lesão de ligamento. Nunca anunciou.

A agenda está cheia. O problema aparece quando um dos dois convênios que mais encaminham reduz a rede credenciada. Em oito semanas, a agenda cai 30%, e ela descobre que não tem nenhum mecanismo próprio de fazer paciente novo chegar. Tudo o que enche a agenda dela está na mão de terceiros.

Infográfico 1 — Dra. Renata (1 de 2)

- Ortopedista, subespecialista em joelho
- Consultório próprio, atende sozinha + 1 secretária
- Cidade de 700 mil habitantes

Origem do paciente	Indicação médica + convênio
Investimento em mídia	R\$ 0 — nunca anunciou

Infográfico 1 — Dra. Renata (2 de 2)

1. Mix de atendimento	60% convênio · 40% particular
2. Ticket particular	R\$ 450
3. Agenda mensal	140 consultas/mês
4. Instagram	2.100 seguidores
5. Frequência de posts	2/semana
6. Queda da agenda em 8 semanas	-30%

COMO QUEBRA

Origem que não pertence a ela. A agenda está cheia, mas 100% do que a enche vem de terceiros. Convênio reduz rede credenciada → agenda cai → nenhum mecanismo próprio de captar paciente novo.

Fonte: Elaboração própria.

Clínica Vitalis: o lead que morre no WhatsApp

Multiespecialidade, nove médicos, três recepcionistas, 1.900 consultas por mês. Investe R\$ 9 mil por mês em anúncios no Meta e no Google, com uma agência pequena que entrega relatório de alcance, cliques e "leads".

O relatório diz que a campanha gera 620 conversas de WhatsApp por mês. O que o relatório não diz:

Tabela 1 — Relatório Clínica Vitalis

Etapa	Volume	Taxa
Conversas iniciadas	620	—
Conversas respondidas em até 2 horas	384	62%
Agendamentos realizados	190	31% das conversas
Pacientes que compareceram	140	74% dos agendados (no-show de 26%)

Fonte: Elaboração própria.

O custo por conversa é R\$ 14,50. O custo por paciente que efetivamente sentou na cadeira é R\$ 64. Ninguém na clínica sabe esse segundo número. A recepção atende telefone, recebe paciente, cobra e responde WhatsApp ao mesmo tempo, e o tempo médio da primeira resposta é 47 minutos.

A Vitalis não tem problema de demanda. Tem um buraco entre o clique e a cadeira.

Infográfico 2 — Clínica Vitalis (1 de 2)

- Multiespecialidade · 9 médicos · 3 recepcionistas
- 1.900 consultas/mês
- Investe R\$ 9 mil/mês em Meta + Google (agência pequena)

Custo por conversa

R\$ 14,50

Custo por paciente na cadeira

R\$ 64

Infográfico 2 — Clínica Vitalis (2 de 2)

1. Conversas iniciadas	620/mês
2. Respondidas em até 2h	384 · 62%
3. Agendamentos realizados	190 · 31%
4. Compareceram	140 · 74%
5. No-show	26%
6. Tempo médio de 1ª resposta	47 min

COMO QUEBRA

Buraco entre o clique e a cadeira. A Vitalis não tem problema de demanda. A mesma recepção atende telefone, recebe paciente, cobra e responde WhatsApp ao mesmo tempo — com 47 minutos de demora na primeira resposta.

Fonte: Elaboração própria.

Instituto Olhar: a base que ninguém acompanha

Oftalmologia com foco em cirurgia refrativa. Quatro cirurgias, 400 consultas por mês, 22 cirurgias por mês a um ticket médio de R\$ 9.500. Base cadastrada de 11 mil pacientes acumulada em sete anos.

O marketing funciona: o Instituto aparece bem no Google, tem 4,8 estrelas em mais de 900 avaliações e as campanhas trazem paciente para a avaliação pré-cirúrgica. O buraco está depois.

De cada 100 pacientes avaliados e considerados aptos à cirurgia, 34 não fecham em 90 dias. Ninguém liga para eles. Dos 11 mil pacientes da base, apenas 14% voltam para uma consulta de rotina no ano seguinte. Não existe régua de retorno, não existe reativação, não existe mensagem depois do pós-operatório de 30 dias.

O Instituto gasta para trazer o paciente pela porta da frente e deixa o paciente sair pela porta dos fundos sem ninguém perceber.

Infográfico 3 — Instituto Olhar (1 de 2)

- **Oftalmologia, foco em cirurgia refrativa**
- **4 cirurgias · base de 11 mil pacientes em 7 anos**
- **400 consultas/mês · 22 cirurgias/mês**

Avaliação no Google

4,8★ em 900+ avaliações

Marketing

Campanhas ativas até a avaliação

Infográfico 3 — Instituto Olhar (2 de 2)

1. Ticket médio	R\$ 9.500
2. Consultas/mês	400
3. Cirurgias/mês	22
4. Aptos que não fecham em 90 dias	34 em cada 100
5. Base cadastrada	11 mil pacientes
6. Retorno anual da base	14%

COMO QUEBRA

Aquisição funciona, retenção não existe. O Instituto gasta para trazer o paciente pela porta da frente — e deixa sair pela porta dos fundos sem ninguém perceber. Não existe régua de retorno, reativação, nem mensagem pós-operatória de 30 dias.

Fonte: Elaboração própria.

O que os três têm em comum

Os três médicos olham para o marketing como uma atividade paralela à clínica: uma coisa que a agência faz, que a secretária posta, que “um dia a gente organiza”. E os três têm, na própria agenda, todo o diagnóstico de que precisam. Só não leem.

Este livro é sobre aprender a ler.

Convenções do livro

- **Você** é o médico dono da clínica ou do consultório. Se você é gestor ou administrador, leia com o médico ao lado: as decisões deste livro exigem os dois.
- **Paciente** é usado do primeiro contato em diante. Evito "lead" fora dos capítulos de mídia, porque a palavra faz a clínica esquecer que há uma pessoa com uma dor do outro lado.
- Tabelas carregam o argumento. Quando um capítulo tiver uma tabela, ela é o capítulo; o texto em volta é explicação.
- Legislação, números de mercado e nomes de plataformas mudam. Onde houver dado de terceiros, a data e a fonte estão indicadas, e você deve conferir se ainda valem quando estiver lendo.

Parte I

O que a agenda está dizendo

Capítulo 1

A agenda como demonstração de resultado

Toda empresa tem uma demonstração de resultado. Na clínica, ela existe antes mesmo de o contador fechar o mês: é a agenda.

A agenda registra quem chegou, de onde veio, quanto pagou, se voltou e se faltou. Cada uma dessas informações é uma métrica de marketing. Cada uma delas está sendo produzida, todos os dias, pelo sistema que você já usa. E quase nenhum médico lê.

O que você vai conseguir fazer ao final deste capítulo: extrair da sua agenda seis números, entender o que cada um revela e identificar, em uma tarde, qual deles está travando a sua receita.

A agenda cheia esconde mais do que mostra

Um consultório lotado produz uma sensação específica: a de que o marketing está resolvido. Se falta horário, para que anunciar?

O raciocínio tem três falhas.

A primeira é que "cheia" diz respeito à ocupação, não à receita. A Dra. Renata tem 140 consultas por mês, e 60% delas são de convênio, pagando uma fração do valor particular. Se a proporção fosse invertida, a mesma agenda produziria 40% a mais de receita com o mesmo número de horas de trabalho. A agenda está cheia, mas está cheia do paciente errado do ponto de vista financeiro.

A segunda é que "cheia" diz respeito ao presente. A agenda de hoje foi construída por decisões e relacionamentos de dois, três, cinco anos atrás. Quando o convênio da Dra. Renata reduziu a rede, a agenda demorou oito semanas para cair. Ela não teve nenhum aviso, porque nunca olhou para a origem do paciente como uma métrica.

A terceira é que "cheia" não diz nada sobre desperdício. A Vitalis tem 1.900 consultas por mês e joga fora, todos os meses, cerca de 50 pacientes que já tinham agendado e não vieram, além de cerca de 240 pessoas que chamaram no WhatsApp e não receberam resposta a tempo. A agenda cheia convive com um vazamento constante.

O que resolve as três falhas é o mesmo: parar de olhar para a agenda como um calendário e passar a olhar para ela como uma demonstração de resultado.

Infográfico 4 — Os problemas ocultos da agenda cheia (1 de 2)

1 Ocupação não é receita

"Cheia" diz respeito à ocupação, não ao valor de cada horário. A mesma agenda pode estar cheia do paciente errado do ponto de vista financeiro.

Dra. Renata: 140 consultas/mês, 60% convênio → mix invertido renderia +40% de receita nas mesmas horas

2 "Cheia" fala do presente

A agenda de hoje foi construída por decisões e relacionamentos de anos atrás. Sem acompanhar a origem do paciente, não existe aviso prévio de queda.

Convênio reduziu a rede → agenda da Dra. Renata caiu em 8 semanas, sem nenhum aviso

Infográfico 4 — Os problemas ocultos da agenda cheia (2 de 2)

3 "Cheia" não fala de desperdício

Uma agenda pode estar cheia e ainda assim conviver com um vazamento constante de pacientes que já foram conquistados.

Vitalis: 1.900 consultas/mês, ~50 no-shows e ~240 mensagens no WhatsApp sem resposta a tempo — todo mês

COMO RESOLVER

Parar de olhar para a agenda como um calendário e passar a olhar para ela como uma demonstração de resultado.

Fonte: Elaboração própria.

As seis métricas que já estão na sua agenda

Você não precisa de nenhuma ferramenta nova para começar. Precisa de uma planilha e de uma tarde. As seis métricas abaixo saem de qualquer sistema de agendamento, e onde não saem, saem do caderno da recepção.

Tabela 2 — As métricas da agenda

Métrica	O que é	O que revela
Ocupação	Horários atendidos ÷ horários disponíveis	Se o problema é de demanda ou de conversão

continua na página seguinte

Tabela 2 — As métricas da agenda (*continuação*)

Métrica	O que é	O que revela
No-show	Agendados que não compareceram ÷ agendados	Quanto da demanda gerada está sendo desperdiçada
Taxa de retorno	Pacientes que voltaram em 12 meses ÷ pacientes atendidos	Se a clínica retém ou só adquire
Ticket médio	Receita ÷ consultas ou procedimentos	Se o mix de pacientes e serviços faz sentido
Origem	De onde veio cada paciente novo	Quem controla a sua agenda: você ou terceiros
Tempo até a primeira consulta	Dias entre o primeiro contato e a consulta realizada	Quanta demanda esfria antes de virar paciente

Fonte: Elaboração própria.

Nenhuma delas é sofisticada. A combinação delas é.

Ocupação

Divida os horários atendidos pelos horários disponíveis, por médico, por semana. Uma ocupação abaixo de 70% com agenda aberta é um problema de demanda ou de conversão. Uma ocupação acima de 90% é um problema de capacidade, e nesse caso qualquer real gasto em anúncio é dinheiro para criar fila, não paciente.

Ocupação também mostra desequilíbrio. Na Vitalis, dois dos nove médicos operam a 95% e três ficam abaixo de 55%. O relatório da agência fala de “leads gerados para a clínica”, mas os leads estão indo para especialidades que já não têm horário, enquanto o dermatologista novo espera.

No-show

A taxa de falta é a métrica mais barata de melhorar e a mais ignorada. A Vitalis tem 26%. Isso significa que, de cada quatro horários agendados, um fica vazio, e o custo daquele horário (médico, sala, recepção) foi pago de qualquer forma.

O no-show tem duas causas principais: tempo entre agendamento e consulta (quanto maior, maior a falta) e ausência de confirmação ativa. As duas são processo, não marketing. Mas o efeito é o mesmo de uma campanha ruim: dinheiro gasto e cadeira vazia.

Taxa de retorno

De cada 100 pacientes atendidos em 2024, quantos voltaram em 2025? Para especialidades de acompanhamento contínuo (endocrinologia, cardiologia, oftalmologia, dermatologia clínica), uma taxa de retorno abaixo de 40% indica que a clínica está funcionando como pronto-atendimento: resolve a dor imediata e perde o paciente.

O Instituto Olhar tem 14%. Cada paciente que sai e não volta precisa ser substituído por um paciente novo, que custa dinheiro para chegar. A clínica está correndo numa esteira.

Ticket médio

Receita total dividida pelo número de atendimentos, separada por tipo (consulta, retorno, procedimento) e por pagador (particular, cada convênio). Aqui a Dra. Renata descobre que a consulta de um dos seus convênios paga R\$ 78 e exige o mesmo tempo da consulta particular de R\$ 450.

O ticket não é uma métrica de marketing no sentido estrito, mas define quanto você pode gastar para trazer um paciente. Se a consulta particular vale R\$ 450 e o paciente médio volta 2,3 vezes, um paciente novo particular vale cerca de R\$ 1.000 no

primeiro ano. Pagar R\$ 120 para trazê-lo é barato. Pagar R\$ 120 para trazer um paciente de convênio que vale R\$ 180 no ano é queimar dinheiro.

Origem

Pergunte a cada paciente novo como chegou até você e registre. Não como formalidade: como métrica. Depois de 90 dias, você terá uma distribuição.

A da Dra. Renata, quando finalmente fez isso:

Tabela 3 — Origem dos pacientes da Dra. Renata

Origem	Pacientes novos (90 dias)	%
Encaminhamento de outros médicos	58	41%
Guia do convênio	49	35%
Indicação de paciente	22	16%
Google (busca ou Maps)	8	6%
Instagram	3	2%

Fonte: Elaboração própria.

76% da agenda nova dela depende de decisões de outros médicos e de operadoras. O Instagram em que ela investe duas horas por semana produz 2%. A tabela não diz que ela deve parar de postar. Diz que ela não tem um canal próprio.

Tempo até a primeira consulta

Quantos dias se passam entre o primeiro contato do paciente (ligação, WhatsApp, formulário) e a consulta realizada? Esse número combina duas coisas: quanto tempo a recepção demora para responder e quanto tempo há até o próximo horário livre.

Quando passa de sete dias, uma parte relevante dos pacientes marca em outro lugar. A dor não espera a sua agenda abrir. E quando o paciente é eletivo (cirurgia refrativa, procedimento estético, ortopedia sem urgência), cada dia de espera é um dia a mais para ele reconsiderar.

Lendo as três agendas

Com as seis métricas na mesa, os três casos ficam legíveis em uma página.

Tabela 4 — As seis métricas das nossas clínicas

Métrica	Dra. Renata	Vitalis	Instituto Olhar
Ocupação	88% (mas caiu para 62% após o convênio)	95% em 2 médicos, <55% em 3	82%
No-show	11%	26%	9%
Taxa de retorno (12 m)	47%	31%	14%
Ticket médio	R\$ 227 (mix convênio/particular)	R\$ 190	R\$ 1.180 (mix consulta/cirurgia)
Origem própria (Google + redes + base)	8%	39%	61%
Tempo até 1ª consulta	9 dias	12 dias	6 dias

Fonte: Elaboração própria.

Três clínicas, três diagnósticos diferentes:

- A Dra. Renata tem uma operação boa (no-show baixo, retorno razoável) apoiada em uma origem que ela não controla. O problema dela é de **aquisição própria**.

- A Vitalis tem demanda de sobra e desperdiça um terço dela entre o WhatsApp e a cadeira. O problema dela é de **conversão e processo**.
- O Instituto Olhar adquire bem e converte bem, mas não retém. O problema dele é de **acompanhamento e monetização da base**.

Infográfico 5 — Três clínicas, três diagnósticos (1 de 2)

1 Dra. Renata

Operação boa — no-show baixo, retorno razoável — apoiada em uma origem que ela não controla.

Diagnóstico: aquisição própria

2 Clínica Vitalis

Demanda de sobra. Desperdiça um terço dela entre o WhatsApp e a cadeira.

Diagnóstico: conversão e processo

Infográfico 5 — Três clínicas, três diagnósticos (2 de 2)

3 Instituto Olhar

Adquire bem e converte bem, mas não retém.

Diagnóstico: acompanhamento e monetização da base

TRÊS CLÍNICAS, TRÊS DIAGNÓSTICOS

Nenhum dos três precisa "fazer mais marketing". Cada um precisa fazer uma coisa específica — e essa coisa é diferente em cada caso. Com o mesmo pacote de "tráfego + social media", dois deles jogariam dinheiro fora.

Fonte: Elaboração própria.

Aplicação: sua agenda em uma tarde

Reserve três horas com quem cuida da agenda e faça o seguinte, para os últimos 90 dias:

1. **Ocupação por médico, por semana.** Marque quem está acima de 90% e quem está abaixo de 70%.
2. **No-show.** Conte agendados e faltas. Se não houver registro de falta, comece a registrar hoje e volte a esta tabela em 30 dias.
3. **Taxa de retorno.** Pegue os pacientes atendidos no mesmo trimestre do ano anterior e veja quantos voltaram nos 12 meses seguintes.
4. **Ticket médio por pagador.** Receita e número de atendimentos por convênio e particular.

5. **Origem.** Se não há registro, instrua a recepção a perguntar e anotar a partir de amanhã. Enquanto isso, estime.
6. **Tempo até a primeira consulta.** Pegue 20 pacientes novos e some os dias entre o primeiro contato e a consulta.

Monte a tabela com as seis linhas. Não tente corrigir nada ainda. O Capítulo 3 vai mostrar por que escolher a métrica certa para atacar importa mais do que atacar todas.

Resumo do capítulo

1. A agenda é a demonstração de resultado da clínica e já contém as métricas de marketing que você precisa: ocupação, no-show, retorno, ticket, origem e tempo até a primeira consulta.
2. "Agenda cheia" não significa marketing resolvido. Significa ocupação alta hoje, com origem, mix e desperdício que a sensação de lotação esconde.
3. Os três casos deste livro têm três problemas diferentes, e o mesmo pacote de marketing não resolveria nenhum deles. Antes de investir, é preciso ler.

No próximo capítulo: por que os conselhos padrão do mercado ("posta mais", "faz tráfego", "cadastra na Doctoralia", "conta com indicação") falham exatamente por ignorar essa leitura.

Capítulo 2

Por que "postar mais" não resolve

A Dra. Renata, depois da queda de 30% na agenda, fez o que a maioria faz: perguntou a um colega. O colega indicou uma agência. A agência propôs um pacote: 12 posts por mês, 8 stories por semana, R\$ 1.500 de impulsionamento, relatório mensal de alcance e engajamento. Preço: R\$ 3.800 por mês.

Ela assinou. Quatro meses depois, o Instagram tinha 3.400 seguidores e a agenda tinha voltado a 70% de ocupação, não por causa do Instagram, mas porque um segundo convênio ampliou a rede. A agência apresentou o resultado como prova de que a estratégia funcionava.

Ela não tinha como saber. Não tinha a tabela de origem.

Este capítulo desmonta os quatro conselhos mais comuns que médicos recebem sobre marketing. Não porque sejam sempre errados, mas porque cada um deles é a resposta certa para um problema específico, e é vendido como resposta para qualquer problema.

Conselho 1: "Você precisa estar nas redes sociais"

O conselho vem em geral de outro médico que tem muitos seguidores, ou de uma agência que vende produção de conteúdo. A lógica implícita: seguidores geram autoridade, autoridade gera paciente.

O que é verdade nisso: presença digital importa, e o paciente pesquisa você antes de agendar. Um perfil abandonado, com a última postagem de 2022, pesa contra.

O que é falso: que volume de postagem gera agenda. A relação entre seguidores e pacientes é fraca para a maioria das especialidades, por três razões.

A primeira é geografia. O Instagram distribui conteúdo para quem se interessa pelo tema, não para quem mora a 15 km do seu consultório. A Dra. Renata tem seguidores em oito estados. Nenhum deles vai atravessar o país para uma consulta de joelho.

A segunda é intenção. Quem segue um perfil médico está, na maior parte do tempo, consumindo informação, não procurando atendimento. O momento em que a pessoa procura atendimento é outro, e nesse momento ela vai ao Google ou às inteligências artificiais, não necessariamente ao feed.

A terceira é a Resolução CFM 2.336/2023, que veremos em detalhe no Capítulo 4. Ela ampliou o que o médico pode comunicar, mas mantém limites que tornam o conteúdo “de engajamento” (antes e depois sem contexto, promessa de resultado, sensacionalismo) exatamente o tipo de conteúdo que você não pode produzir. O que sobra, o conteúdo educativo sério, funciona, mas funciona devagar e para outro objetivo: construir confiança em quem já está considerando você.

Infográfico 6 — Verdadeiro e falso sobre as redes sociais (1 de 2)

Verdade

Presença digital importa

Falso

Volume de postagem gera agenda

1 Geografia

O Instagram distribui conteúdo para quem se interessa pelo tema, não para quem mora perto do consultório.

Dra. Renata tem seguidores em 8 estados — nenhum vai atravessar o país para uma consulta de joelho

Infográfico 6 — Verdadeiro e falso sobre as redes sociais (2 de 2)

2 Intenção

Quem segue um perfil médico está, na maior parte do tempo, consumindo informação — não procurando atendimento. Nesse momento, ela vai ao Google ou às IAs, não ao feed.

3 Resolução CFM 2.336/2023

Ampliou o que o médico pode comunicar, mas mantém limites que tornam o conteúdo "de engajamento" — antes e depois sem contexto, promessa de resultado, sensacionalismo — exatamente o que você não pode produzir.

O que sobra — o conteúdo educativo sério — funciona, mas funciona devagar e para outro objetivo: construir confiança em quem já está considerando você.

Fonte: Elaboração própria.

O que "estar nas redes" resolve: a etapa de confiança, para o paciente que já chegou até o seu perfil por outro caminho. O que não resolve: origem. Voltaremos a isso no Capítulo 8, com o uso correto.

Conselho 2: "Faz tráfego pago para o WhatsApp"

Esse conselho é mais sofisticado e, por isso, mais perigoso. A agência da Vitalis vendeu exatamente isso: campanhas no Meta

e no Google com o objetivo "mensagens", levando o paciente direto para o WhatsApp da clínica. Os números são bons no relatório: 620 conversas por mês a R\$ 14,50 cada.

O problema não está na campanha. Está no que acontece depois do clique.

Lembre da tabela da abertura. De 620 conversas, 236 não receberam resposta em duas horas. Dessas, a maioria não respondeu à segunda mensagem da recepção, quando ela finalmente veio. O que aconteceu com essas pessoas? Marcaram em outra clínica, que respondeu em cinco minutos.

Tráfego para o WhatsApp é uma promessa de atendimento imediato. Quem clica em um anúncio e abre uma conversa espera resposta em minutos, não em horas. Quando a recepção está atendendo o balcão, o telefone e o WhatsApp ao mesmo tempo, o anúncio está comprando conversas que a clínica não consegue atender.

E há um segundo efeito, mais sutil, que quem leu meu livro anterior, *O Algoritmo Nunca Erra (2026)*, vai reconhecer. Quando a campanha é otimizada por "mensagem iniciada", a plataforma aprende a encontrar pessoas que iniciam mensagens, e não pessoas que agendam e comparecem. Com o tempo, o custo por conversa cai e a qualidade da conversa cai junto. A Vitalis viu o custo por conversa cair de R\$ 21 para R\$ 14,50 em seis meses, enquanto a taxa de agendamento por conversa caiu de 41% para 31%. A agência comemorou a primeira linha e não mediu a segunda.

O que "tráfego para o WhatsApp" resolve: demanda, para uma clínica que tem processo de resposta e horário disponível. O que não resolve: uma recepção que não dá conta. E o que ele piora: uma campanha otimizada pelo sinal errado. O Capítulo 10 trata do buraco entre o clique e a cadeira; o Capítulo 8, do sinal correto.

Conselho 3: "Cadastra na Doctoralia e pronto"

Marketplaces de agendamento médico (Doctoralia é o mais conhecido no Brasil, mas não é o único) têm uma proposta clara: o paciente busca a especialidade e a cidade, vê médicos com avaliações e agenda online. Para um médico começando, é a forma mais rápida de aparecer para quem está procurando.

A lógica funciona. O que não funciona é tratar o marketplace como estratégia.

Um marketplace é um canal de terceiros, como o convênio. Ele controla a ordem em que você aparece, o preço que cobra pelo destaque, as regras de avaliação e, o mais importante, a relação com o paciente. O paciente que agenda pela plataforma é, do ponto de vista dela, paciente da plataforma. Se você sair, ele vê outro médico na mesma tela.

A Dra. Renata tem perfil na Doctoralia com 4,9 estrelas e 61 avaliações. Recebe de lá 4 a 6 pacientes por mês. É bom. Mas ela está, mais uma vez, dependendo de uma lista em que ela é uma linha entre 40.

O que o marketplace resolve: visibilidade rápida e agendamento com pouco atrito, para especialidades com busca frequente. O que não resolve: a construção de um canal que é seu. O Capítulo 9 mostra como usar sem depender.

Conselho 4: "Medicina boa se espalha por indicação"

Este é o conselho mais antigo e o mais confortável, porque não exige fazer nada. A qualidade do atendimento gera indicação, a indicação gera paciente, e marketing é coisa de quem não tem qualidade.

A parte verdadeira: indicação é o canal com maior taxa de conversão e menor custo que existe. Um paciente indicado

chega confiando, agenda mais rápido, falta menos e volta mais. Nenhuma campanha produz isso.

A parte falsa: que indicação é um resultado automático da qualidade. Indicação é um comportamento, e comportamentos têm gatilhos. O paciente indica quando (a) lembra de você no momento em que alguém próximo precisa e (b) sente que a indicação vai ser bem recebida. A qualidade cria a condição; ela não cria o gatilho.

O Instituto Olhar é a prova. Tem 4,8 estrelas em mais de 900 avaliações, pacientes satisfeitos e resultados cirúrgicos excelentes. E não tem nenhum sistema de indicação: nenhuma mensagem depois do pós-operatório perguntando se o paciente conhece alguém que também considera a cirurgia, nenhum material para o paciente compartilhar, nenhum registro de quem indicou quem. A indicação acontece, mas acontece por acidente, na taxa em que a memória do paciente permite.

E há a dependência. Quando 76% da agenda nova da Dra. Renata vem de encaminhamentos e convênio, "medicina boa se espalha" é o argumento que a impede de perceber que ela nunca construiu um canal próprio.

O que a indicação resolve: conversão e retenção, quando existe um sistema para provocá-la. O que não resolve: crescimento previsível. O Capítulo 12 transforma a indicação de acidente em processo.

O padrão por trás dos quatro conselhos

Coloque os quatro lado a lado.

Tabela 5 — Os quatro “conselhos” que todo médico recebe

Conselho	Resolve	Não resolve	Para quem faz sentido
Redes sociais	Confiança de quem já chegou	Origem	Clínica com origem resolvida e conversão em consulta baixa
Tráfego para WhatsApp	Volume de demanda	Conversão, sinal	Clínica com recepção estruturada e agenda aberta
Marketplace	Visibilidade imediata	Canal próprio	Médico iniciante ou em nova cidade
Indicação	Conversão e retenção	Previsibilidade	Clínica com base grande e processo de acompanhamento

Fonte: Elaboração própria.

Nenhum conselho é errado. Cada um resolve uma etapa específica do caminho do paciente, e falha quando aplicado à etapa errada. A Dra. Renata contratou redes sociais para resolver origem. A Vitalis contratou tráfego para resolver o que era conversão. O Instituto Olhar conta com indicação sem processo para resolver retenção.

O que falta a todos eles não é um conselho melhor. É um mapa que mostre em que etapa do caminho o paciente está sendo perdido, para que o conselho certo seja aplicado no lugar certo.

Esse mapa existe. É o que o próximo capítulo apresenta.

Aplicação: auditoria do que você já está fazendo

Liste tudo o que a sua clínica faz hoje em marketing, com o custo mensal (em dinheiro e em horas suas). Para cada item, responda:

1. Qual etapa isso atende: origem, confiança, agendamento, comparecimento, retorno ou indicação?
2. Qual é a métrica da agenda (Capítulo 1) que deveria mudar se isso funcionasse?
3. Essa métrica mudou nos últimos 90 dias?

Se a resposta à pergunta 3 for "não sei", o item está sendo pago sem ser medido. Se for "não", o item está atendendo a etapa errada, ou está sendo executado mal. Você vai descobrir qual no Capítulo 3.

Resumo do capítulo

1. "Redes sociais", "tráfego para WhatsApp", "marketplace" e "indicação" são respostas corretas para etapas específicas do caminho do paciente, vendidas como resposta para tudo.
2. Cada um deles falha de um jeito previsível quando aplicado à etapa errada: redes não geram origem, tráfego não converte recepção, marketplace não constrói canal próprio, indicação sem sistema não gera previsibilidade.
3. Antes de escolher a tática, é preciso saber em que etapa o paciente está sendo perdido. Isso exige um mapa, não um pacote.

No próximo capítulo, o mapa: o Bowtie aplicado ao consultório.

Capítulo 3

O Bowtie do consultório

Existe uma imagem que resume tudo o que uma clínica faz com um paciente, do momento em que ele ainda não sabe que você existe até o momento em que ele indica você para o cunhado. Na **Arquitetura de Receita de Jacco van der Kooij (2023)**, essa jornada é representada pelo modelo **Bowtie**: uma gravata-borboleta formada por duas metades que se encontram em um nó.

O lado esquerdo é tudo o que acontece antes da primeira consulta. O lado direito é tudo o que acontece depois. O nó, no meio, é a primeira consulta realizada.

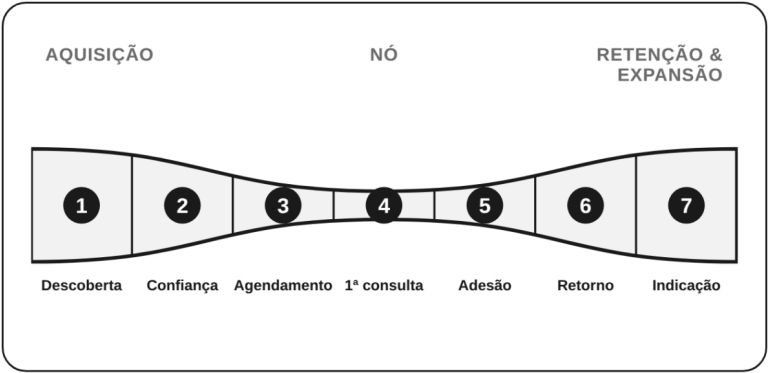
A maior parte do marketing médico vive só no lado esquerdo. Trazer paciente novo, mais paciente novo, mais paciente novo. Este livro trata os dois lados como um sistema único, porque a agenda da sua clínica é o resultado dos dois, e porque, na maioria dos casos, o lado direito é mais barato e mais lucrativo de consertar.

O que você vai conseguir fazer ao final deste capítulo: desenhar o Bowtie da sua clínica, atribuir uma métrica a cada etapa e identificar a única etapa que está limitando a sua receita hoje.

As sete etapas

O Bowtie tem sete etapas. Três no lado esquerdo, uma no nó, três no lado direito.

Infográfico 7 — As sete etapas do Bowtie (1 de 2)



Infográfico 7 — As sete etapas do Bowtie (2 de 2)

- 1 Descoberta.** O paciente toma conhecimento de que você existe. *"Quem trata isso perto de mim?"*

- 2 Confiança.** O paciente avalia se você é a escolha certa. *"Esse médico é bom? É seguro?"*

- 3 Agendamento.** O paciente entra em contato e marca. *"Consigo marcar? Quando? Quanto custa?"*

- 4 Primeira consulta.** O paciente comparece e é atendido. *"Fui bem atendido? Vale a pena continuar?"*

- 5 Adesão.** O paciente segue o plano proposto. *"Vou fazer o que ele pediu?"*

- 6 Retorno.** O paciente volta quando deve voltar. *"Preciso voltar? Lembro de marcar?"*

- 7 Indicação.** O paciente traz outro paciente. *"Conheço alguém que precisa disso?"*

Fonte: Baseado em Jacco van der Kooij (2023). Elaboração própria.

Cada etapa é uma transição, e cada transição tem uma taxa. Nem todo mundo que descobre você confia. Nem todo mundo que confia agenda. Nem todo mundo que agenda comparece. E assim por diante até a indicação, que fecha o ciclo e alimenta a descoberta de novo.

Um Bowtie saudável é aquele em que o lado direito gera uma parte relevante do lado esquerdo: retorno e indicação enchendo

a agenda com paciente que custou quase nada para chegar. Um Bowtie doente é aquele em que a clínica gasta para encher o lado esquerdo e vaza tudo pelo direito.

Uma métrica por etapa

O Capítulo 1 tirou seis métricas da agenda. Agora elas ganham lugar.

Tabela 6 — Os quatro “conselhos” que todo médico recebe

Etapa	Métrica principal	De onde sai
Descoberta	Contatos novos por mês, por canal	Registro de origem na recepção; relatórios de Google, Meta, marketplace
Confiança	Taxa de contato por visualização de perfil; nota e volume de avaliações	Google Perfil da Empresa, Instagram, marketplaces
Agendamento	Taxa de agendamento por contato; tempo até a primeira consulta	WhatsApp/CRM e agenda
Primeira consulta	Taxa de comparecimento (1 - no-show)	Agenda
Adesão	% de pacientes que iniciam o plano proposto (exame, tratamento, cirurgia)	Prontuário e agenda
Retorno	Taxa de retorno em 12 meses	Agenda
Indicação	% de pacientes novos com origem “indicação”	Registro de origem

Fonte: Elaboração própria.

Com essa tabela preenchida, você deixa de discutir “marketing” e passa a discutir uma etapa específica com um número específico. É a diferença entre dizer “a Vitalis precisa de mais paciente” e dizer “a Vitalis converte 31% dos contatos em agendamento e perde 26% dos agendados no no-show”.

A regra da restrição única

Aqui entra a ideia mais importante do livro, e a que mais contraria o instinto.

Uma clínica é uma cadeia de etapas dependentes. O paciente só chega à consulta se agendou; só agenda se confiou; só confia se descobriu. Numa cadeia assim, a capacidade total é definida pela etapa mais fraca, e melhorar qualquer outra etapa não muda o resultado final.

Isso tem um nome na gestão de operações: restrição. Na **Teoria das Restrições, desenvolvida por Eliyahu M. Goldratt (1984)**, isso leva a uma consequência prática que soa errada até que você a veja funcionando: você deve atacar uma etapa por vez, a mais fraca, e ignorar as outras até que ela deixe de ser a mais fraca.

Infográfico 8 — A Teoria das Restrições

Elo

Cada etapa da cadeia

Restrição

O elo mais fraco da cadeia



A corrente só é tão forte quanto o elo mais fraco. Não importa quão fortes sejam os outros seis — se um deles cede, a corrente inteira cede ali. Numa clínica, o elo mais fraco é a etapa (descoberta, confiança, agendamento...) que hoje limita quantos pacientes chegam ao fim da cadeia.

COMO APLICAR

Fortalecer um elo que já é forte não muda a força da corrente.

Encontre o elo mais fraco, ataque só ele, e siga assim até que outro elo vire o mais fraco.

Fonte: Baseado em Eliyahu M. Goldratt (1984). Elaboração própria.

Volte à Vitalis. Ela recebe 620 contatos, converte 190 em agendamento e 140 em comparecimento. Se a agência dobrar o orça-

mento e trazer 1.240 contatos, o que acontece? A recepção, que já não responde 38% dos contatos em duas horas, vai responder ainda menos. A taxa de agendamento cai. O no-show, alimentado por agendamentos mal confirmados, sobe. A Vitalis pode acabar com 1.240 contatos e 160 pacientes na cadeira, pagando o dobro por um resultado 14% maior.

Agora imagine o contrário: a Vitalis não muda o orçamento, mas coloca uma pessoa dedicada ao WhatsApp, com meta de resposta em cinco minutos, e um fluxo de confirmação 48 horas e 3 horas antes da consulta. A taxa de agendamento volta aos 41% que tinha antes de a campanha se degradar; o no-show cai de 26% para 15%. Resultado: 620 contatos, 254 agendamentos, 216 pacientes na cadeira. 54% a mais, com o mesmo investimento em mídia.

A restrição da Vitalis não é demanda. É o buraco entre o clique e a cadeira. Cada real gasto em demanda antes de fechar esse buraco é um real que vaza.

Encontrando a restrição nos três casos

O método é o mesmo para qualquer clínica: preencha a tabela de métricas por etapa e procure a transição com a maior perda proporcional em relação ao que seria razoável para a sua especialidade.

Dra. Renata. Confiança alta (4,9 no marketplace, 47% de retorno), agendamento razoável, no-show baixo. A perda está na etapa 1: ela recebe pouquíssimos contatos que não venham de encaminhamento ou convênio. A restrição é **descoberta**. Consertar o Instagram ou a recepção não muda a agenda dela. Construir um canal próprio de descoberta muda.

Vitalis. Descoberta abundante, confiança adequada. A perda está entre as etapas 3 e 4: 69% dos contatos não viram agendamento, 26% dos agendamentos não viram consulta. A

restrição é **agendamento e comparecimento**. Mais mídia só aumenta o vazamento.

Instituto Olhar. Descoberta boa, confiança excelente, agendamento e comparecimento bons. A perda está nas etapas 5 e 6: 34% dos pacientes aptos não fecham a cirurgia e ninguém retoma o contato; 86% da base não volta em 12 meses. A restrição é **adesão e retorno**. O Instituto não precisa de nenhum paciente novo para crescer nos próximos 12 meses. Precisa falar com os que já tem.

Três clínicas, três restrições, três planos completamente diferentes. E, o que é mais importante, três planos que não incluem "postar mais".

Por que o lado direito costuma ser a resposta

Há uma razão econômica para começar a olhar pelo lado direito, mesmo quando a restrição parece estar no esquerdo.

O custo de um paciente novo inclui mídia, tempo de recepção, primeira consulta com anamnese longa e a incerteza de saber se ele volta. O custo de um paciente que retorna é uma mensagem de lembrete. Um paciente que indica custa uma pergunta no momento certo.

Faça a conta com o Instituto Olhar. A base tem 11 mil pacientes. Se a taxa de retorno subir de 14% para 30% (um número modesto para oftalmologia, onde a consulta de rotina é anual), são 1.760 consultas adicionais por ano, sem um centavo de mídia. A um ticket de consulta de R\$ 380, são R\$ 668 mil de receita anual. E uma parte desses retornos vai gerar procedimento.

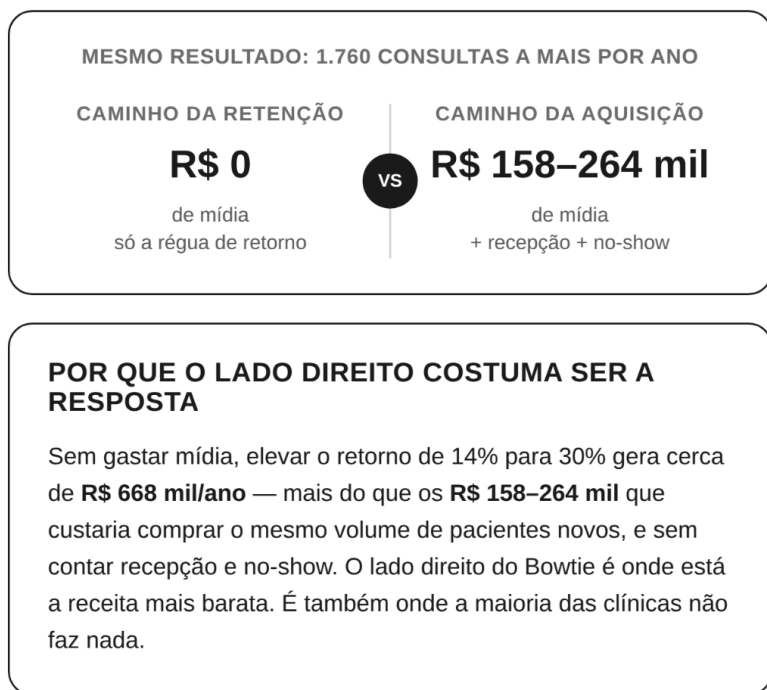
Compare com o que custaria trazer 1.760 pacientes novos por mídia paga: a um custo realista de R\$ 90 a R\$ 150 por paciente novo em oftalmologia, entre R\$ 158 mil e R\$ 264 mil só de mídia, mais o tempo de recepção, mais o no-show.

Infográfico 9 — O lado direito do Bowtie (1 de 2)

Paciente novo	Mídia + recepção + anamnese longa + incerteza
Paciente que retorna	Uma mensagem de lembrete
Paciente que indica	Uma pergunta no momento certo

1. Base de pacientes	11 mil
2. Retorno atual	14%
3. Retorno-alvo	30%
4. Consultas adicionais/ano	1.760
5. Ticket da consulta	R\$ 380
6. Receita adicional/ano	R\$ 668 mil

Infográfico 9 — O lado direito do Bowtie (2 de 2)



Fonte: *Elaboração própria.*

A conta muda de clínica para clínica, mas o padrão se repete: o lado direito do Bowtie é onde está a receita mais barata, e é onde a maioria das clínicas não faz nada.

O que muda quando a restrição muda

A restrição não é permanente. Quando a Vitalis consertar a recepção, a restrição vai se deslocar. Talvez para a capacidade dos dois médicos que já operam a 95%. Talvez para o retorno, que está em 31%. Nesse momento, o plano muda de novo.

Isso é o oposto de um “plano de marketing anual”. É um ciclo: medir, encontrar a restrição, atacar a restrição, medir de novo. As sete etapas e suas métricas são o painel que permite fazer isso sem adivinhar. O Capítulo 13 organiza esse painel em uma página; o Capítulo 14 transforma o ciclo em um plano de 90 dias.

Antes disso, porém, há três fundamentos que qualquer clínica precisa ter no lugar antes de mexer em qualquer etapa: o que a lei permite comunicar, o que a sua marca diz sem você perceber e onde estão os pontos de contato em que o paciente forma a opinião sobre você. É a Parte II.

Aplicação: o Bowtie da sua clínica

1. Desenhe as sete etapas em uma folha. Lado esquerdo, nó, lado direito.
2. Preencha a métrica de cada etapa com os dados do Capítulo 1. Onde não houver dado, escreva “não medido” (isso já é um diagnóstico).
3. Para cada transição, pergunte: essa perda é normal para a minha especialidade, ou está claramente acima?
4. Marque a transição com a maior perda anormal. Essa é a sua restrição.
5. Escreva, em uma frase: “Minha restrição hoje é [etapa], porque [métrica] está em [número] e deveria estar em [número razoável].”

Guarde essa frase. Ela vai definir qual capítulo da Parte III ou da Parte IV você deve ler com mais atenção, e é a frase que abre o seu plano de 90 dias.

Resumo do capítulo

1. O Bowtie tem sete etapas: descoberta, confiança, agendamento, primeira consulta, adesão, retorno e indicação. Cada uma tem uma métrica que sai da sua agenda ou das plataformas que você já usa.
2. A clínica é uma cadeia. A etapa mais fraca define o resultado, e melhorar qualquer outra etapa antes dela é desperdício. Ataque uma restrição por vez.
3. O lado direito (adesão, retorno, indicação) costuma ser a receita mais barata disponível, e é onde a maioria das clínicas não tem nenhum processo.

Na Parte II: o que a lei permite, o que a sua marca comunica sem você saber e onde estão os pontos de contato que decidem a opinião do paciente.

Parte II

Fundamentos antes de investir

Capítulo 4

O que a lei permite (e o que o cadastro custa)

A agência da Dra. Renata entregou, no segundo mês, um post com foto de uma paciente antes e depois da cirurgia de ligamento, com a legenda "resultado em 8 semanas, agende sua avaliação". A Dra. Renata aprovou. Uma colega mandou mensagem no mesmo dia perguntando se ela sabia que o post podia render uma denúncia no CRM.

Ela não sabia. A agência também não. E a resposta correta, sob a norma atual, não é "pode" nem "não pode": é "pode, com condições que esse post não cumpriu".

Este capítulo existe para que você nunca dependa da agência para saber isso. O que você vai conseguir fazer ao final: classificar qualquer peça de comunicação da sua clínica em três colunas (permitido, permitido com condição, vedado) e saber quais dados de paciente você pode usar para se comunicar, e com que base.

Um aviso antes de começar: as normas citadas aqui foram conferidas na data de redação. Resoluções são revisadas, e os conselhos regionais publicam notas interpretativas. Antes de uma decisão com risco ético ou jurídico, confirme na fonte e, se necessário, com quem faz isso profissionalmente. Este livro organiza; não substitui.

O tamanho do mercado em que você compete

Vale começar pelo contexto, porque ele explica por que a regulação mudou.

Segundo a Demografia Médica no Brasil 2025 (FMUSP, AMB e Ministério da Saúde, coordenação de Mário Scheffer), o país fechou 2025 com cerca de 636 mil médicos em atividade, perto de 3 profissionais por mil habitantes. Foram mais de 116 mil médicos novos em cinco anos, e a projeção do estudo é ultrapassar 1,15 milhão em 2035, o que levaria a razão para mais de 5 por mil habitantes.

A distribuição é o que importa para você. O mesmo estudo mostra que 58% dos médicos estão concentrados em 48 municípios com mais de 500 mil habitantes. Se a sua clínica está em uma dessas cidades, você compete com uma densidade de médicos que dobrou em pouco mais de uma década e vai continuar crescendo. Se está fora delas, tem um problema diferente: menos concorrência, mas também menos pacientes com capacidade de pagar particular.

Há também uma mudança no perfil da oferta. O número de médicos sem título de especialista passou de cerca de 154 mil em 2018 para 244 mil em 2024 (41% do total), porque a abertura de faculdades cresceu mais rápido do que as vagas de residência. Ou seja: mais médicos recém-formados, sem título, entrando no mercado a cada ano, disputando os mesmos pacientes. Para o especialista com RQE, isso é uma vantagem competitiva que a norma atual permite comunicar de forma explícita. Voltaremos a isso no Capítulo 5.

Infográfico 10 — O mercado da medicina no Brasil (1 de 2)

- **Demografia Médica no Brasil 2025 — FMUSP, AMB e Ministério da Saúde (coord. Mário Scheffer)**



Novos médicos (últimos 5 anos)	+116 mil
Médicos concentrados em 48 municípios (>500 mil hab.)	58%

Infográfico 10 — O mercado da medicina no Brasil (2 de 2)

Sem título de especialista — 2018	154 mil
Sem título de especialista — 2024	244 mil
Parcela do total em 2024	41%

O QUE ISSO SIGNIFICA PARA VOCÊ

Dentro das 48 cidades grandes: densidade de médicos que dobrou em uma década, e continua subindo.

Fora delas: menos concorrência, mas também menos pacientes com capacidade de pagar particular.

Fonte: Demografia Médica no Brasil 2025 (FMUSP, AMB e Ministério da Saúde, coordenação de Mário Scheffer). Elaboração própria.

Foi nesse cenário de saturação crescente que o Conselho Federal de Medicina reescreveu as regras.

A Resolução CFM 2.336/2023: o que mudou

A norma anterior, de 2011, era restritiva a ponto de tornar quase qualquer comunicação digital arriscada. A atual foi construída ao longo de três anos, com uma consulta pública que recebeu mais de 2.600 sugestões, e entrou em vigor em 11 de março de 2024, acompanhada de um Manual de Publicidade Médica que detalha a interpretação artigo por artigo.

A mudança central é de lógica. A resolução considera publicidade ou propaganda médica a comunicação ao público, por

qualquer meio de divulgação da atividade profissional, com iniciativa, participação e/ou anuência do médico. E, ao contrário da anterior, ela reconhece que essa comunicação pode ter objetivo comercial, desde que em canal próprio: o art. 8º, §2º, admite publicidade com o fim de formar, manter ou ampliar clientela nas redes próprias do médico (site, blog, perfis). Em veículo de terceiros, como entrevista ou artigo em portal, vale o oposto: o art. 10 exige que o médico se abstenha de angariar clientela e veda a divulgação de endereço e telefone.

Isso separa duas situações que a maioria dos médicos ainda mistura. No seu Instagram, no seu site e nos seus anúncios, você pode buscar paciente. Numa entrevista, num podcast de terceiros ou num artigo em portal, você fala como representante da medicina e não pode pedir agendamento nem divulgar contato.

Em resumo, a norma passou a permitir que o médico mostre o ambiente de trabalho e os equipamentos da clínica, use imagens de antes e depois com finalidade educativa, republique elogios, anuncie pós-graduações concluídas e informe o preço da consulta.

A tabela: permitido, com condição, vedado

O que segue é uma organização do texto da resolução e do manual. Cada linha da coluna do meio tem uma condição que, se não for cumprida, joga a peça para a coluna da direita.

Tabela 7 — As regras do CFM

Tema	Permitido	Permitido com condição	Vedado
Identificação	Nome, CRM, especialidade com RQE	Pós-graduação sem RQE, desde que acompanhada do termo “NÃO ESPECIALISTA”	Anunciar-se como especialista sem RQE
Preço	Valor da consulta, meios e formas de pagamento	—	Pacotes, consórcios, promoção com caráter de “oferta”
Imagem do médico e da equipe	Foto e vídeo do consultório, dos equipamentos, da equipe, selfies	Desde que sem sensacionalismo ou concorrência desleal	Insinuar que o equipamento é exclusivo ou superior
Imagem de paciente	—	Antes e depois, com autorização do paciente, caráter educativo, texto com indicações terapêuticas e fatores que podem influenciar negativamente o resultado	Antes e depois como vitrine, sem contexto, com promessa implícita
Depoimentos	—	Republicação de elogios e depoimentos, desde que não configurem promessa de resultado	Depoimento que garante êxito ou compara com outros médicos

continua na página seguinte

Tabela 7 — As regras do CFM (*continuação*)

Tema	Permitido	Permitido com condição	Vedado
Resultado	Explicar o que o procedimento faz e o que não faz	—	Prometer resultado, garantir êxito, promover método não reconhecido pelo CFM
Canal de terceiros	Entrevista, artigo, podcast com finalidade educativa	Sem divulgar endereço, telefone ou canal de agendamento	Usar entrevista para angariar clientela
Premiações	—	—	“Médico do ano”, “melhor da especialidade” e similares
Consultório	—	—	Consultório dentro de farmácia, ótica, loja de órteses/ próteses

Fonte: Elaboração própria.

Duas linhas dessa tabela merecem atenção, porque são as que mais aparecem nas denúncias.

Antes e depois. A permissão existe, mas é estreita. A imagem deve vir acompanhada de texto educativo, contendo indicações terapêuticas e fatores que possam influenciar negativamente o resultado. O post da Dra. Renata tinha a foto e a chamada para agendar. Não tinha a indicação, não tinha os fatores de risco e a legenda transformava o caso individual em promessa. Faltou tudo o que a condição exige.

Preço. O art. 9º, VI, permite divulgar o valor da consulta e as formas de pagamento, desde que isso não configure pacote ou consórcio. Muitos médicos ainda evitam informar valor por acharem que é proibido. Não é. E do ponto de vista de conversão (Capítulo 10), o paciente que sabe o preço antes de chamar no WhatsApp é um paciente que agenda mais e falta menos.

O que continua vedado, e por quê

A resolução proíbe o médico de portar-se de forma sensacionalista e autopromocional e de praticar a concorrência desleal ou divulgar conteúdo inverídico. E veda participar de propaganda enganosa de qualquer natureza (que induza a promessa de resultados, garantia de êxito, ou promova métodos não reconhecidos pelo CFM, dentre outros).

A lógica por trás disso tem consequência prática para o seu marketing: tudo o que funciona no marketing de consumo por gerar urgência e desejo (escassez artificial, “últimas vagas”, resultado garantido, comparação com concorrentes) é exatamente o que a medicina veda. O paciente não é consumidor de um produto; é uma pessoa com uma dor, tomando uma decisão sob assimetria de informação. A norma protege isso, e a sua marca (Capítulo 5) também deveria.

Na prática, o marketing médico que a norma permite é o marketing que educa, mostra estrutura, mostra credencial, informa preço e convida ao contato. É menos “vendedor” e, para quem faz bem, mais eficaz, porque o paciente que chega educado já venceu a etapa de confiança.

Odontologia e outras profissões

Se a sua clínica é multiprofissional, cada profissão responde ao seu conselho. Na odontologia não há uma resolução única

equivalente à do CFM: as regras de anúncio e publicidade estão no Capítulo XVI do Código de Ética Odontológica (Resolução CFO 118/2012), e a Resolução CFO 196/2019 complementa esse capítulo apenas no uso de imagem — autorretratos e imagens de diagnóstico e de resultado final de tratamento.

Duas diferenças importam na prática. O antes e depois só pode ser publicado pelo próprio cirurgião-dentista que executou o procedimento, com o nome e o número de inscrição no CRO na peça e com autorização do paciente; clínicas e consultórios, como pessoas jurídicas, não podem publicar esse conteúdo. E são vedadas as imagens do transcurso do procedimento e as que permitam identificar equipamentos e instrumentais — o inverso da linha correspondente na tabela acima, que vale para o CFM. Sobre preço, a regra mudou em 2025: uma decisão do CADE e a Resolução CFO 271/2025 retiraram do Código de Ética as restrições a programas e cartões de desconto.

Fisioterapia, nutrição e psicologia têm códigos próprios. Uma clínica multiespecialidade como a Vitalis precisa de uma matriz por profissão, não de uma regra única — e, na odontologia, a matriz tem de dizer também quem publica, não só o que se publica.

Além dos conselhos, duas camadas se aplicam a qualquer anúncio: o Código de Defesa do Consumidor, no que diz respeito a informação clara e ausência de propaganda enganosa, e o CONAR, que julga denúncias de publicidade e cujo código tem seção específica para produtos e serviços de saúde. As plataformas (Meta, Google) também têm políticas próprias para anúncios de saúde, que veremos nos Capítulos 7 e 8.

LGPD: o que o cadastro do paciente permite

A segunda metade deste capítulo trata de algo que a maioria das clínicas ignora até o dia em que precisa: a base legal para falar com o paciente.

A Lei 13.709/2018 classifica dados de saúde como dados pessoais sensíveis. Isso não significa que a clínica precise de consentimento para tudo. A LGPD também estabeleceu como base legal o tratamento de dados pessoais para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária (art. 7º, inciso VIII e art. 11, II, "f"). Atender, registrar prontuário, lembrar de um retorno clínico: isso é tutela da saúde e não depende de consentimento.

O que muda é a finalidade. Se for finalidade acessória (marketing, usos secundários não necessários) - consentimento. Enviar uma mensagem lembrando o retorno anual de um paciente com glaucoma é tutela da saúde. Enviar uma mensagem para toda a base oferecendo uma nova consulta de estética é marketing, e precisa de base própria.

Isso tem consequência direta para o lado direito do Bowtie. O Instituto Olhar quer reativar 11 mil pacientes. Pode, mas precisa distinguir:

Tabela 8 — Mensagens de acordo com a LGPD

Tipo de mensagem	Base legal provável	Precisa de consentimento específico?
Confirmação e lembrete de consulta agendada	Execução do atendimento / tutela da saúde	Não

continua na página seguinte

Tabela 8 — Mensagens de acordo com a LGPD (*continuação*)

Tipo de mensagem	Base legal provável	Precisa de consentimento específico?
Lembrete de retorno clinicamente indicado	Tutela da saúde	Não, mas o paciente deve ter sido informado do canal
Orientação pós-procedimento	Tutela da saúde	Não
Oferta de novo serviço ou procedimento	Marketing (finalidade acessória)	Sim
Pedido de avaliação no Google	Interesse legítimo / marketing	Recomendável ter, e sempre com opção de não receber
Uso de imagem do paciente em post	Direito de imagem + LGPD	Sim, específico e por escrito

Fonte: Elaboração própria.

A forma mais simples de resolver isso é um termo único, apresentado na primeira consulta, que informe quais canais a clínica usa (WhatsApp, e-mail, SMS), para quais finalidades (lembretes, orientações, comunicações sobre serviços) e como o paciente pode revogar. Esse termo pode ser assinado em papel ou digitalmente, e fica arquivado com a documentação do paciente.

WhatsApp: o canal mais usado e o menos controlado

O WhatsApp é, para a maioria das clínicas brasileiras, o principal canal de agendamento, confirmação e relacionamento. É também onde a maioria dos incidentes acontece.

A regra prática é separar o que trafega por ali. O WhatsApp serve para lembretes, confirmações e orientações gerais; diag-

nóstico, resultado de exame e prescrição não devem trafegar por ele. Resultado de exame, laudo e receita devem ir por portal do paciente, sistema de prontuário ou canal com controle de acesso.

Três medidas resolvem a maior parte do risco:

1. **Número da clínica, não do médico nem da recepcionista.** WhatsApp Business ou API, com acesso controlado, para que o histórico não saia com quem sai da equipe.
2. **Registro.** Cada interação pelo WhatsApp precisa ficar documentada, com data, horário e conteúdo. Um CRM faz isso por padrão; uma conversa em celular pessoal não faz.
3. **Opção de saída.** Toda mensagem de marketing deve permitir que o paciente peça para não receber mais, e o pedido deve ser cumprido.

Isso não é só conformidade. Um número único, com registro e opção de saída, é a infraestrutura de que o Capítulo 10 (conversão) e o Capítulo 11 (acompanhamento) precisam. A lei e o processo pedem a mesma coisa.

Aplicação: auditoria de conformidade em uma hora

1. Abra os últimos 30 posts do perfil da clínica e classifique cada um na tabela de três colunas. Conte quantos estão na coluna da direita.
2. Verifique se nome, CRM e RQE (ou “NÃO ESPECIALISTA”) aparecem no perfil e nas peças.
3. Localize o termo de consentimento da primeira consulta. Se não existir, ou se não mencionar canais e finalidades de comunicação, este é o primeiro item do seu plano.
4. Descubra em que número está o WhatsApp da clínica e quem tem acesso a ele.

5. Peça à agência (se houver) a política de anúncios de saúde da Meta e do Google. Se ela não souber do que se trata, você já aprendeu algo importante.

Resumo do capítulo

1. A Resolução CFM 2.336/2023 ampliou o que o médico pode comunicar (preço, ambiente, equipe, antes e depois educativo, depoimentos), mas quase tudo vem com condição, e a condição não cumprida transforma o permitido em vedado.
2. Canal próprio pode buscar paciente; canal de terceiros não. Sensacionalismo, promessa de resultado e comparação seguem proibidos, e o marketing que sobra é o que educa e informa.
3. A LGPD separa tutela da saúde (não precisa de consentimento) de marketing (precisa). Um termo único na primeira consulta e um WhatsApp com número institucional, registro e opção de saída resolvem a maior parte do risco e são a infraestrutura de que os capítulos seguintes precisam.

No próximo capítulo: o que a sua marca já comunica antes de você abrir a boca.

Capítulo 5

Marca médica: reputação vem antes da mídia

Faça um teste agora. Abra o navegador em modo anônimo e pesquise no Google o seu nome, depois o nome da sua clínica, depois “[sua especialidade] em [sua cidade]”. Olhe o que aparece na primeira tela: o que está escrito, as estrelas, as fotos, o horário, a última avaliação.

Isso é a sua marca. Não é o logotipo, não é a paleta de cores, não é o posicionamento que a agência escreveu no briefing. É o que o paciente vê e conclui nos 40 segundos entre sentir a dor e decidir para quem mandar mensagem.

O que você vai conseguir fazer ao final deste capítulo: definir o que a sua marca precisa comunicar, escolher entre médico-marca e clínica-marca, e transformar a avaliação do Google no ativo de reputação mais barato que existe.

Marca é o que o paciente conclui, não o que você declara

Na maior parte das especialidades, o paciente escolhe o médico sob duas condições: tem pouca informação técnica e tem pressa. Ele não consegue avaliar a qualidade da sua medicina antes da consulta. Então avalia o que consegue: se você parece competente, se outras pessoas confiaram, se é fácil chegar até você e se o preço cabe.

A marca médica é a soma dos sinais que respondem a essas quatro perguntas antes do primeiro contato. E a ordem de

importância, para o paciente, é bem diferente da ordem que o médico imagina.

Tabela 9 — O que importa para o paciente

O que o médico acha que importa	O que o paciente usa para decidir
Currículo, títulos, congressos	Nota e volume de avaliações recentes
Logotipo e identidade visual	Fotos reais do consultório e do médico
Quantidade de seguidores	O que outros pacientes escreveram sobre o atendimento
"Anos de experiência"	RQE visível, especialidade clara, subespecialidade nomeada
Site institucional	Tempo de resposta no WhatsApp e horário disponível

Fonte: Elaboração própria.

Nenhum item da coluna esquerda é irrelevante. Mas nenhum deles decide. Os da direita decidem.

Especialista em quê, para quem

A Dra. Renata se apresenta como "ortopedista". A cidade dela tem mais de 60 ortopedistas. O que a diferencia é que 80% do que ela faz é joelho, e dentro de joelho, ligamento e menisco em pessoas ativas entre 30 e 55 anos. Isso não aparece em lugar nenhum.

Quando o Capítulo 4 mostrou que o número de médicos sem título de especialista chegou a 244 mil em 2024, a implicação era esta: a saturação é maior no genérico. "Ortopedista em Uberlândia" é uma disputa com dezenas. "Ortopedista de joelho

para quem corre” é uma disputa com dois ou três, e o paciente que procura por isso já chega meio convencido.

Posicionar não é recusar paciente. A Dra. Renata continua atendendo ombro e coluna. Posicionar é decidir por qual problema você quer ser lembrado, e comunicar esse problema em todos os pontos onde o paciente vê você: nome do perfil do Google, bio do Instagram, primeira frase do site, mensagem automática do WhatsApp.

A norma ajuda. O RQE permite comunicar a especialidade de forma inequívoca, e em um mercado onde 41% dos médicos não têm título, “Ortopedia e Traumatologia — RQE 12345” na primeira linha já é diferenciação. A subespecialidade (joelho, esporte) pode ser comunicada como área de atuação, respeitadas as regras do Capítulo 4.

Infográfico 11 — Posicionamento (1 de 2)



ONDE COMUNICAR O MESMO POSICIONAMENTO

1. Nome do perfil no Google

2. Bio do Instagram

3. Primeira frase do site

4. Mensagem automática do WhatsApp

Infográfico 11 — Posicionamento (2 de 2)

O RQE permite Comunicar a especialidade sem ambiguidade

Exemplo "Ortopedia e Traumatologia — RQE 12345"

Contexto 41% dos médicos não têm título — isso já diferencia

POSICIONAR NÃO É RECUSAR PACIENTE

A Dra. Renata continua atendendo ombro e coluna. Posicionar é decidir **por qual problema você quer ser lembrado** — e repetir esse problema em todos os pontos onde o paciente vê você.

Fonte: Elaboração própria.

Médico-marca ou clínica-marca

Uma decisão que precisa ser tomada cedo, porque muda tudo o que vem depois: o paciente vai procurar você ou vai procurar a clínica?

Médico-marca. O nome do médico é o que o paciente busca e recomenda. Funciona para consultório solo e para especialidades onde a relação é pessoal e longa. É o caso da Dra. Renata. A vantagem: confiança se acumula no nome, e nome viaja com o médico. A desvantagem: não escala. Se ela contratar um segundo ortopedista, os pacientes vão continuar pedindo por ela.

Clínica-marca. O nome da clínica é o que o paciente busca; os médicos são a equipe. Funciona para multiespecialidade, para procedimentos com protocolo padronizado e para qualquer operação que queira crescer além de um médico. É o caso

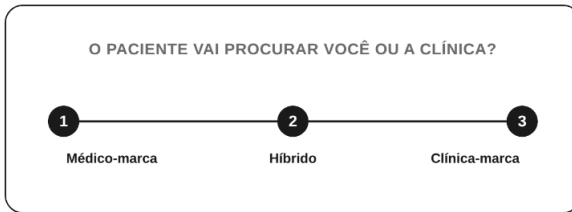
da Vitalis e do Instituto Olhar. A vantagem: escala, e o paciente aceita ser atendido por outro médico da casa. A desvantagem: exige consistência de experiência entre os médicos, porque a marca responde pelo pior deles.

Vale reparar em um detalhe: quando uma clínica ou hospital chega a esse estágio, o paciente pergunta "você é credenciado com a Einstein?" e não "você atende com o doutor fulano?" quase sempre é porque a instituição já é uma marca consolidada na região, não porque decidiu um dia parar de depender de nomes. Hospital Israelita Albert Einstein, Sírío-Libanês, Fleury: ninguém escolhe esses lugares atrás de um médico específico. Escolhe atrás da reputação institucional, construída ao longo de décadas com investimento pesado em estrutura, protocolo e percepção de segurança. Essa reputação é o ativo que permite trocar o médico sem perder o paciente.

Isso importa para quem está no tamanho da Vitalis ou do Instituto Olhar: virar clínica-marca não é uma mudança de discurso, é um projeto de construção de reputação institucional que roda em paralelo ao crescimento da equipe médica. Contratar o segundo, o terceiro, o quarto médico não cria a marca sozinho; só cria a necessidade dela.

Híbrido. A clínica é a marca principal, e um ou dois médicos são rostos visíveis dela. É o modelo mais comum entre clínicas que crescem a partir de um fundador. O risco é a assimetria: o fundador tem agenda lotada e os outros médicos não, porque toda a comunicação aponta para ele. A Vitalis vive exatamente isso, com dois médicos a 95% e três abaixo de 55%.

Infográfico 12 — Do médico-marca à clínica-marca (1 de 3)



1 Médico-marca

O nome do médico é o que o paciente busca e recomenda. Funciona para consultório solo e especialidades de relação pessoal e longa.

Vantagem Confiança acumula no nome — e viaja com o médico

Desvantagem Não escala: um segundo médico não herda os pacientes

Caso: Dra. Renata

Infográfico 12 — Do médico-marca à clínica-marca (2 de 3)

2 Híbrido

A clínica é a marca principal, e um ou dois médicos são rostos visíveis dela. O modelo mais comum entre clínicas que crescem a partir de um fundador.

Risco Assimetria de agenda entre fundador e demais

Caso: Vitalis — 2 médicos a 95%, 3 abaixo de 55%

Infográfico 12 — Do médico-marca à clínica-marca (3 de 3)

3 Clínica-marca

O nome da clínica é o que o paciente busca; os médicos são a equipe. Funciona para multiespecialidade e protocolos padronizados.

Vantagem Escala — paciente aceita outro médico da casa

Desvantagem Exige consistência: a marca responde pelo pior médico

Caso: Vitalis e Instituto Olhar

O DETALHE QUE MUDA TUDO

O paciente pergunta "você é credenciado com a Einstein?" — não "você atende com o doutor fulano?"

Einstein, Sírio-Libanês, Fleury: ninguém escolhe atrás de um médico específico — escolhe atrás de décadas de reputação institucional em estrutura, protocolo e segurança

Fonte: Elaboração própria.

Não há resposta certa universal. Há uma resposta certa para o seu plano de crescimento. Se você não pretende ter mais médicos, seja médico-marca sem culpa. Se pretende, comece a construir a clínica-marca agora, sabendo que o nome da clínica só vai pesar tanto quanto o nome do médico quando a reputação institucional tiver sido construída com a mesma intenção, mesmo que ainda demore anos para isso acontecer.

Avaliações: o ativo mais barato que existe

Se houvesse um único investimento de marca a fazer, seria este.

A avaliação no Google (e, em segundo plano, nos marketplaces) é a prova social que o paciente consulta no momento de decidir. Ela é pública, gratuita, ranqueia a clínica no mapa, e a norma permite republicar elogios (com a condição de não configurar promessa de resultado).

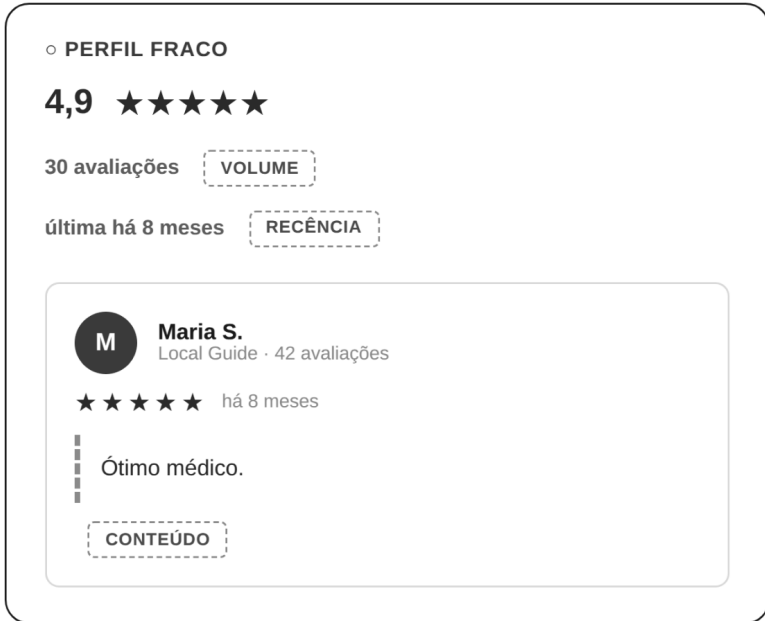
Três coisas importam, nesta ordem: **recência, volume e conteúdo**. Uma clínica com 4,9 estrelas em 30 avaliações, a última de 2023, perde para uma com 4,7 em 300, com cinco novas esta semana. E uma avaliação que diz “ótimo médico” vale menos do que uma que diz “fui atendida em dois dias, a recepção confirmou por WhatsApp, o Dr. explicou o exame com calma”.

O Instituto Olhar tem mais de 900 avaliações e 4,8 estrelas. Isso não aconteceu por acaso: há um pedido sistemático no pós-operatório de 30 dias, feito no momento em que o paciente enxerga bem e está grato. O Instituto acertou nisso e errou em tudo o que vem depois, mas a base de reputação é um dos motivos pelos quais a conversão dele é alta.

Infográfico 13 — Volume, recência e conteúdo no Google Meu Negócio (1 de 2)



Infográfico 13 — Volume, recência e conteúdo no Google Meu Negócio (2 de 2)



Fonte: Elaboração própria.

Como construir isso sem violar norma nem LGPD:

1. **Peça no momento certo.** Depois de um resultado bom, um retorno resolvido ou um pós-operatório tranquilo. Nunca na saída da primeira consulta, quando o paciente ainda não tem resultado para avaliar.
2. **Peça a quem deu sinal.** O paciente que agradeceu, que elogiou a recepção, que voltou. Não dispare pedido para a base inteira.
3. **Facilite.** Um link direto para a página de avaliação, enviado pelo canal que o paciente já usa com a clínica, com uma frase curta.

4. **Nunca condicione.** Não ofereça desconto, brinde ou qualquer vantagem em troca. Isso viola as políticas do Google e pode ser lido como conduta antiética.
5. **Responda.** Todas, positivas e negativas, em tom sóbrio, sem discutir caso clínico em público, sem confirmar que a pessoa é paciente (isso é sigilo). Uma resposta bem escrita a uma avaliação negativa vale mais do que dez positivas, porque mostra ao próximo paciente como você lida com problema.

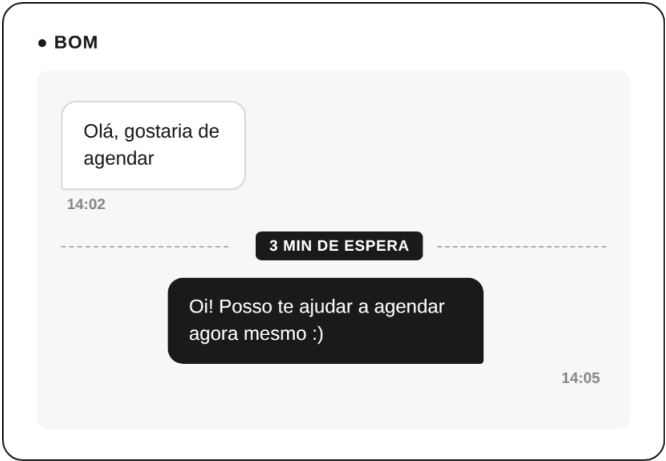
O que a marca comunica sem você perceber

Há uma camada de marca que nenhuma agência entrega e que decide mais do que qualquer post: a experiência do primeiro contato.

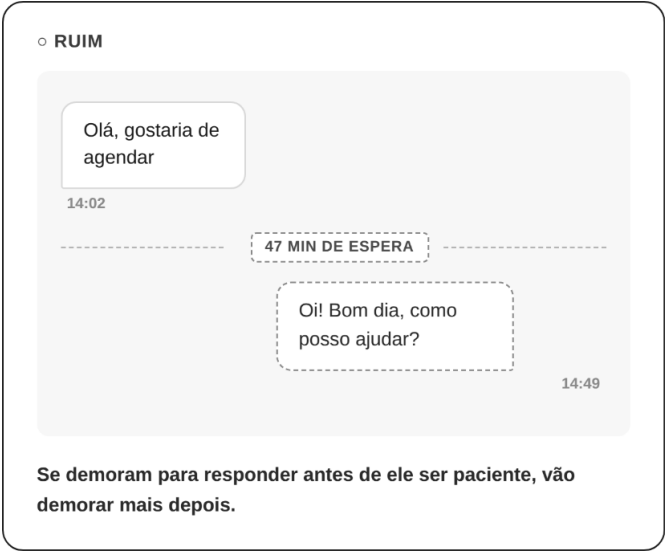
O paciente que manda "Olá, gostaria de agendar" e recebe resposta em 47 minutos (Vitalis) aprendeu algo sobre a clínica. O que ele aprendeu não está no logotipo. Está na conclusão de que, se demoram para responder antes de ele ser paciente, vão demorar mais depois.

O mesmo vale para o áudio de espera do telefone, para o tom da mensagem automática, para o link do site que abre uma página de 2019, para a foto do perfil do Google em baixa resolução. Cada um desses sinais é lido e somado. O Capítulo 6 mapeia todos eles.

Infográfico 14 — O primeiro contato (1 de 3)



Infográfico 14 — O primeiro contato (2 de 3)



Infográfico 14 — O primeiro contato (3 de 3)

OUTROS SINAIS QUE SOMAM

Áudio de espera do telefone

Tom da mensagem automática

Link do site que abre uma página de 2019

Foto do perfil do Google em baixa resolução

A REGRA É SIMPLES

A marca é construída — e destruída — nos detalhes que o médico não vê, **porque ele não é o paciente.**

Fonte: Elaboração própria.

A regra é simples: a marca é construída nos detalhes que o médico não vê, porque ele não é o paciente. E é destruída nos mesmos detalhes.

Identidade visual e site: o que fazer e quanto gastar

Identidade visual importa menos do que a agência diz e mais do que o médico acha. O que ela precisa fazer é uma coisa só: parecer profissional e consistente em todos os pontos de contato. Logotipo, cor e tipografia iguais no Google, no Instagram, no WhatsApp, na placa da recepção e no papel timbrado. Se já é assim, não gaste mais. Se não é, resolva uma vez e não volte ao assunto.

Site é diferente. Para a maior parte das clínicas, o site tem uma função principal: ser a página que o Google mostra quando alguém busca o nome, e converter esse clique em con-

tato. Isso exige pouca coisa: quem você é, o que trata, onde fica, como agendar, preço da consulta (permitido, lembre), avaliações e um botão de WhatsApp que funciona no celular. Um site de cinco páginas que carrega rápido vale mais do que um portal institucional de 40 páginas que ninguém lê.

O Capítulo 7 volta ao site pelo ângulo do Google. Por agora, a regra: o site é um ponto de contato, não um projeto.

Aplicação: a auditoria de marca em modo anônimo

1. Faça a busca anônima descrita na abertura: seu nome, o nome da clínica, "[especialidade] em [cidade]". Anote o que aparece e o que falta.
2. Escreva em uma frase para que problema você quer ser lembrado. Se não conseguir, escolha o que mais atende hoje e comece por aí.
3. Decida: médico-marca, clínica-marca ou híbrido. Escreva a decisão e a razão.
4. Conte suas avaliações no Google, veja a data da última e leia as cinco mais recentes. Se a última tem mais de 30 dias, você não tem processo de avaliação.
5. Mande uma mensagem para o WhatsApp da própria clínica, de um número que a recepção não conhece, e cronometre a resposta.

Resumo do capítulo

1. Marca médica é o que o paciente conclui em 40 segundos, e ele conclui a partir de avaliações, fotos reais, especialidade clara e velocidade de resposta, não de currículo e logotipo.
2. Posicionar por problema e pessoa ("joelho para quem corre") reduz a concorrência de dezenas para poucos, e

o RQE visível é diferenciação num mercado com 41% de médicos sem título.

3. Avaliações no Google são o ativo de reputação mais barato que existe. Recência, volume e conteúdo importam, nessa ordem, e o pedido precisa ser sistemático, no momento certo e sem contrapartida.

No próximo capítulo: o mapa completo dos pontos de contato, e onde a opinião do paciente sobre a clínica é formada.

Capítulo 6

O mapa de pontos de contato

Um paciente da Vitalis escreveu uma avaliação de duas estrelas. O texto dizia que a médica era excelente, que o diagnóstico foi preciso e que ele ia voltar. As duas estrelas eram pela espera de 50 minutos, pela recepção que não sabia onde estava o exame que ele tinha enviado e pelo estacionamento.

A médica leu e ficou indignada: "Eu atendi bem e ele me deu duas estrelas". Ela tem razão e está errada ao mesmo tempo. Ela atendeu bem. A clínica, não.

Este capítulo trata do que acontece entre as consultas: os pontos onde o paciente forma a opinião sobre a clínica, que quase nunca coincidem com o momento em que está na frente do médico. O que você vai conseguir fazer ao final: desenhar a jornada completa do seu paciente, identificar os três ou quatro momentos que decidem a opinião dele e medir cada um sem contratar pesquisa.

Touchpoint e jornada não são a mesma coisa

Há uma diferença que a McKinsey formalizou há uma década e que continua valendo: a satisfação com cada ponto de contato isolado costuma ser alta, e a satisfação com a jornada inteira costuma ser baixa. O paciente da Vitalis avaliaria a médica com cinco estrelas e a consulta com cinco estrelas. Avaliou a jornada com duas.

A razão é que o paciente não vive pontos de contato. Ele vive uma sequência com começo, meio e fim, e a opinião se forma

pela soma, com peso desproporcional para o pior momento e para o último. Uma clínica pode acertar em oito de dez pontos e ser lembrada pelos dois em que errou, principalmente se um deles for o último.

Infográfico 15 — Pontos de contato e jornada (1 de 2)

A AVALIAÇÃO DE DUAS ESTRELAS



"A médica era excelente, o diagnóstico foi preciso, e eu vou voltar."

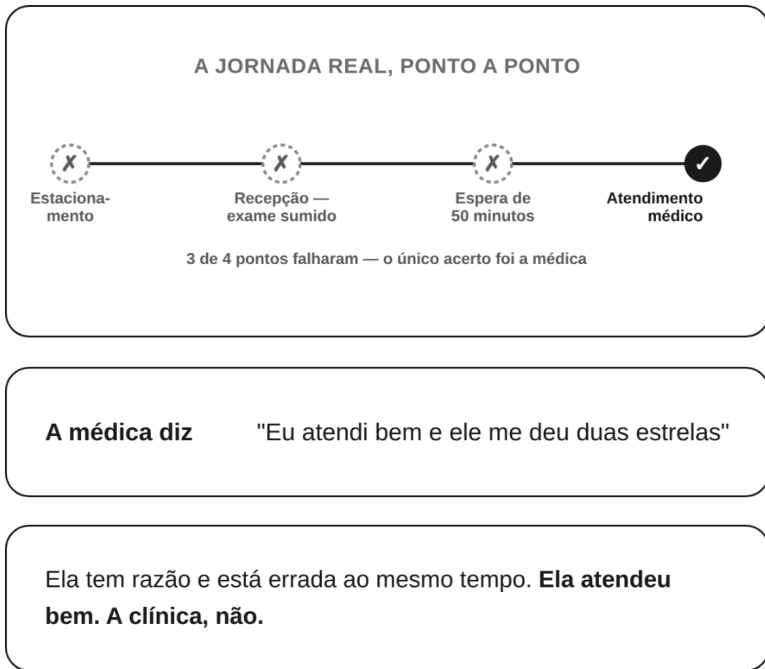
AS DUAS ESTRELAS FORAM POR

1. Espera de 50 minutos

2. Recepção não sabia onde estava o exame enviado

3. Estacionamento

Infográfico 15 — Pontos de contato e jornada (2 de 2)



Fonte: Elaboração própria.

Isso muda o que você deve medir. Não a satisfação com o médico (que costuma ser alta e não explica o resultado), mas a satisfação com a jornada, e onde ela cai.

As sete fases e os pontos de contato de cada uma

O Bowtie do Capítulo 3 tem sete etapas. Cada etapa tem pontos de contato, e cada ponto de contato tem uma expectativa que o paciente carrega e que a clínica pode cumprir ou frustrar.

Tabela 10 — Bowtie vs. pontos de contato

Etapa do Bowtie	Pontos de contato típicos	O que o paciente espera
Descoberta	Busca no Google, perfil no mapa, anúncio, indicação, marketplace	Achar rápido, entender o que a clínica faz
Confiança	Avaliações, fotos, site, Instagram, bio, preço visível	Sinais de que é seguro escolher
Agendamento	WhatsApp, telefone, formulário, agendamento online	Resposta rápida, horário próximo, clareza de preço e convênio
Primeira consulta	Confirmação, chegada, recepção, espera, sala, consulta, pagamento, saída	Ser esperado, não esperar, ser ouvido, saber o próximo passo
Adesão	Orientação pós-consulta, pedido de exame, encaminhamento, orçamento de procedimento	Entender o que fazer e por quê; não ficar sozinho com a decisão
Retorno	Lembrete, reagendamento, consulta de retorno	Ser lembrado no momento certo, sem esforço
Indicação	Pedido de avaliação, material para compartilhar, pergunta do médico	Sentir que a indicação é bem-vinda e fácil

Fonte: Elaboração própria.

Cada linha dessa tabela é um lugar onde a jornada pode quebrar. E, na maioria das clínicas, ninguém é dono de linha nenhuma. A recepção cuida de “atender”, a agência cuida de

“postar”, o médico cuida de “consultar”. Ninguém cuida de “o paciente entendeu o que fazer depois da consulta”.

Momentos da verdade: onde a opinião é decidida

Dos vinte ou trinta pontos de contato de uma jornada típica, três ou quatro decidem a opinião. São os momentos em que a expectativa é mais alta ou a vulnerabilidade é maior. Em clínicas, eles costumam ser os mesmos:

O primeiro contato. O paciente mandou mensagem. Ele está com dor, ou preocupado, ou decidiu finalmente resolver algo que adiou. Os minutos seguintes definem se a clínica parece competente. Resposta em 5 minutos: competente. Em 47: desorganizada. No dia seguinte: perdeu.

A chegada. O paciente entra na recepção. Se a recepcionista sabe o nome dele e o que ele veio fazer, ele se sente esperado. Se pergunta “qual é o seu nome mesmo?” e procura na tela, ele se sente um número. A diferença é um olhar na agenda dez minutos antes.

A espera. Cada minuto além do horário marcado é debitado da conta da clínica, e o paciente não sabe (nem se importa) que o médico está atrasado porque o paciente anterior precisava de mais tempo. O que ele sabe é que marcou às 14h e são 14h50. A pesquisa da McKinsey mostrou que a satisfação com a jornada cai de forma desproporcional quando a espera é longa e, principalmente, quando não há informação sobre ela.

A saída da consulta. O paciente sai com um pedido de exame, um encaminhamento ou um orçamento. Nos 30 segundos seguintes, ou ele sabe exatamente o que fazer (onde marcar o exame, quando voltar, quanto custa) ou ele sai com uma folha de papel e uma dúvida. Esse é o momento que decide a adesão, e é o que o Instituto Olhar perde: 34 de cada 100 pacientes aptos

saem da avaliação sem um próximo passo definido e ninguém liga.

Se você só puder consertar quatro coisas na sua clínica, conserte essas.

Medindo sem pesquisa cara

Você não precisa de uma pesquisa de satisfação estruturada para começar. Precisa de quatro medidas que a operação já produz, e de uma pergunta.

Tabela 11 — Medindo a experiência do paciente

Momento	Medida	Como coletar
Primeiro contato	Tempo até a primeira resposta (mediana)	Relatório do WhatsApp Business ou CRM
Chegada	% de pacientes cujo nome a recepção sabia antes de perguntar	Auditoria mensal: alguém observa 20 chegadas
Espera	Minutos entre o horário marcado e a entrada na sala (mediana)	Registro simples na recepção, por 2 semanas
Saída	% de pacientes que saem com o próximo passo agendado ou orçado	Contagem na recepção, no ato do pagamento

Fonte: Elaboração própria.

E a pergunta: no dia seguinte à consulta, uma mensagem curta com "De 0 a 10, o quanto você recomendaria a clínica a alguém?" e um campo aberto. É o NPS, e ele serve menos pelo número e mais pelo campo aberto, onde o paciente conta qual foi o pior momento. Leia todos. Em 30 dias você vai saber onde a jornada quebra, com as palavras de quem viveu.

Omnichannel para clínica: uma única conversa

Há uma palavra que o mercado usa para uma ideia simples: o paciente é um só, independente do canal por onde ele fala com a clínica.

Na Vitalis, o paciente que agendou pelo WhatsApp, ligou para confirmar e chegou na recepção é, para a clínica, três interações sem ligação entre si. O WhatsApp não sabe da ligação, a recepção não sabe do WhatsApp, e o exame que ele enviou por mensagem não está na tela da recepcionista.

O que resolve isso não é uma plataforma cara. É uma decisão: toda interação com o paciente é registrada em um lugar único, com o nome dele, e quem atende em qualquer canal olha para esse lugar antes de falar. Um CRM simples faz isso. Uma planilha compartilhada faz, com esforço. Um celular pessoal com WhatsApp não faz.

Infográfico 16 — Omnichannel simplificado para clínicas (1 de 2)

Omnichannel é uma ideia simples: o paciente é um só, independente do canal por onde ele fala com a clínica.

◦ SEM REGISTRO ÚNICO



X

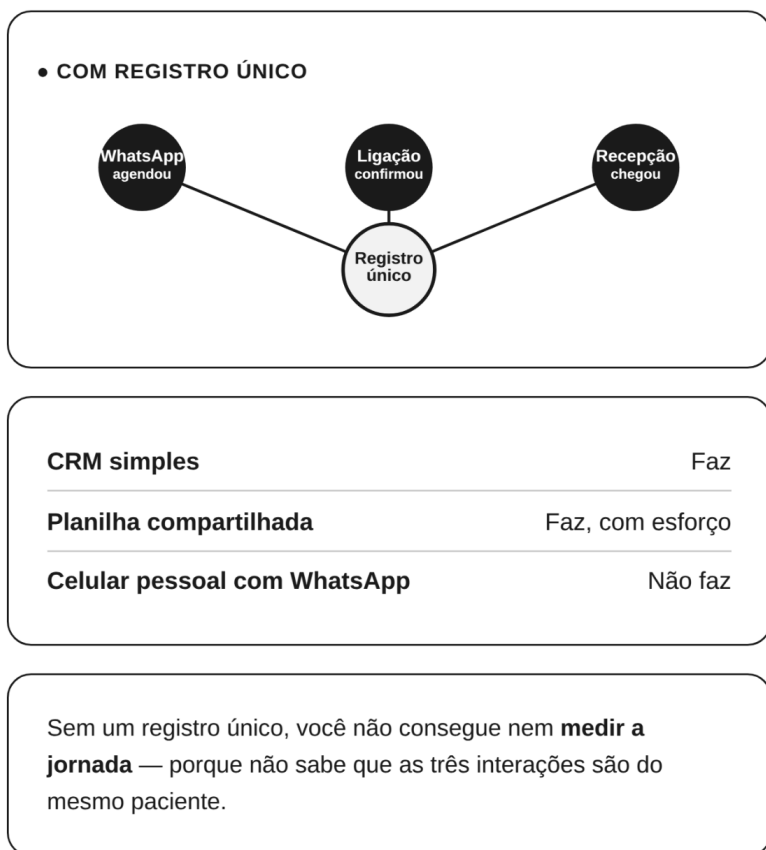


X



três interações sem ligação entre si

Infográfico 16 — Omnichannel simplificado para clínicas (2 de 2)



Fonte: Elaboração própria.

O Capítulo 10 entra no detalhe da conversão via WhatsApp. O ponto aqui é anterior: sem um registro único, você não consegue nem medir a jornada, porque não sabe que as três interações são do mesmo paciente.

Os três casos, pelo mapa

Dra. Renata. A jornada dela é boa depois do agendamento: no-show baixo, retorno de 47%, recepção que conhece o paciente. O buraco está nas etapas de descoberta e confiança, onde ela quase não tem pontos de contato próprios. O mapa dela confirma a restrição do Capítulo 3.

Vitalis. A jornada quebra no primeiro contato (47 minutos), na espera (mediana de 35 minutos em dois dos médicos) e na saída (recepção não sabe se o paciente tem retorno marcado). Cada momento da verdade está sendo perdido, e por isso a médica excelente recebe duas estrelas.

Instituto Olhar. A jornada é impecável até a saída da consulta. O paciente apto à cirurgia sai com um orçamento em mãos e nenhum próximo contato programado. O momento da verdade da adesão está vazio. Depois, a jornada simplesmente termina: não há retorno, não há lembrete anual, não há pedido de indicação além da avaliação de 30 dias.

Aplicação: o mapa da sua clínica em uma semana

1. Desenhe as sete etapas e liste todos os pontos de contato reais da sua clínica em cada uma. Inclua os que você não controla (Doctoralia, guia do convênio).
2. Marque os quatro momentos da verdade: primeiro contato, chegada, espera, saída.
3. Comece a medir os quatro, com os métodos da tabela. Duas semanas bastam para a primeira leitura.
4. Envie a pergunta de NPS no dia seguinte a cada consulta, durante 30 dias. Leia os campos abertos.
5. Nomeie um dono para cada momento da verdade. Não "a recepção": uma pessoa.

Resumo do capítulo

1. O paciente avalia a jornada, não o médico. A satisfação com cada ponto isolado pode ser alta enquanto a jornada é lembrada pelo pior momento.
2. Quatro momentos da verdade decidem quase tudo em uma clínica: o primeiro contato, a chegada, a espera e a saída da consulta. Cada um tem uma medida simples e um dono.
3. Sem registro único do paciente, não há jornada para medir. A decisão de centralizar precede qualquer ferramenta.

Fim da Parte II. Com a lei, a marca e o mapa no lugar, a Parte III entra no lado esquerdo do Bowtie: como fazer o paciente descobrir, confiar e agendar, começando por onde ele já está procurando.

Parte III

Lado esquerdo: aquisição

Capítulo 7

Google e IA: onde o paciente já está procurando

Uma mulher de 42 anos acorda com o joelho inchado depois de uma corrida no domingo. Ela não abre o Instagram. Ela pega o celular e digita "ortopedista joelho" e o nome do bairro. Em três segundos vê um mapa com três pins, três nomes, três notas com estrelas e um botão de ligar. Ela escolhe um.

A Dra. Renata não está entre os três. Está na segunda página, com um perfil sem foto, categoria "Médico" (genérica), horário desatualizado e 14 avaliações, a última de um ano atrás.

Este capítulo trata do lugar onde o paciente procura ativamente por você: a busca, no Google e, cada vez mais, nas ferramentas de inteligência artificial. O que você vai conseguir fazer ao final: colocar a clínica no mapa da forma correta, aparecer quando o paciente pergunta a uma IA, decidir se e como anunciar na busca e entender por que a intenção é o que torna a busca diferente de tudo o que vem depois.

Intenção existente versus demanda criada

Há dois tipos de marketing e eles não se substituem.

O primeiro captura uma intenção que já existe. A mulher do joelho já decidiu procurar um ortopedista; o trabalho é aparecer no momento certo com os sinais certos. Isso é o Google (busca e mapa), plataformas de inteligência artificial e os marketplaces do Capítulo 9.

O segundo cria uma demanda que ainda não existe, ou antecipa uma que existe de forma latente. A pessoa que vê um vídeo sobre sinais de catarata e percebe que a mãe tem os sintomas não estava procurando; foi encontrada. Isso é o Meta, o YouTube e o TikTok do Capítulo 8.

Para a maioria das clínicas, a ordem de prioridade é a mesma: primeiro capturar a intenção que já existe (mais barata, converte mais, exige menos criativo), depois criar demanda. Uma clínica que anuncia no Instagram sem estar bem posicionada no Google está pagando para gerar uma busca que vai levar o paciente a um concorrente.

O Perfil da Empresa no Google: o ativo de aquisição mais barato

Quando alguém busca “[especialidade] perto de mim” ou “[especialidade] em [cidade]”, o Google mostra, antes de qualquer site, um bloco com mapa e alguns resultados. Esse bloco é alimentado pelo Perfil da Empresa no Google (o antigo Google Meu Negócio). É gratuito, e é o canal de descoberta mais eficiente que uma clínica local pode ter.

Três fatores definem quem aparece nesse bloco: relevância (o perfil descreve o que a pessoa busca), distância (onde a pessoa está) e proeminência (avaliações, volume de informação, sinais de atividade). Você não controla a distância. Controla os outros dois.

O que um perfil completo precisa ter, na ordem em que o Google e o paciente leem:

Tabela 12 — O Perfil da Empresa no Google (antigo Google Meu Negócio)

Item	O que fazer	Erro comum
Categoria principal	A mais específica possível: "Ortopedista", "Clínica oftalmológica", "Dermatologista"	"Médico" ou "Clínica" genérico
Categorias secundárias	Subespecialidades e serviços	Deixar em branco
Nome	Exatamente o nome da clínica ou do médico como aparece na fachada	Enfiar palavra-chave no nome ("Dra. Renata Ortopedista Joelho") — viola a política e pode suspender
Fotos	Fachada, recepção, sala, equipe, médico. Fotos reais, recentes, em boa resolução, renovadas a cada mês	Logotipo como única foto; fotos de banco
Horário	Atualizado, incluindo feriados	Perfil dizendo "aberto" quando está fechado (gera avaliação negativa)
Telefone e WhatsApp	O número que a recepção atende; link de WhatsApp com mensagem pré-preenchida	Número do médico ou número que ninguém atende
Site	Link para a página principal ou de agendamento	Link para o Instagram
Serviços	Lista dos procedimentos e consultas, com descrição curta e preço quando permitido	Vazio

continua na página seguinte

Tabela 12 — O Perfil da Empresa no Google (antigo Google Meu Negócio)
(continuação)

Item	O que fazer	Erro comum
Descrição	O que trata, para quem, com RQE	Texto institucional genérico
Perguntas e respostas	Responder e, se preciso, cadastrar as perguntas mais comuns (convênio, preço, estacionamento)	Ignorar perguntas de pacientes
Avaliações	Processo sistemático (Capítulo 5), resposta a todas	Pedir só quando lembra

Fonte: *Elaboração própria.*

O perfil da Dra. Renata tinha categoria “Médico”, uma foto, telefone do consultório e 14 avaliações. Corrigido em uma tarde: categoria “Ortopedista”, secundária “Clínica de medicina esportiva”, 22 fotos, serviços listados com preço da consulta, WhatsApp com link, descrição com “joelho e medicina do esporte, RQE”. Somado ao processo de avaliações, em 90 dias ela passou de 14 para 61 avaliações e de nenhum contato do Google para 11 por mês. Continua sendo pouco diante do que ela precisa, mas é o primeiro canal que ela controla.

Um dado de contexto: a pesquisa Perfil do Paciente Digital, da Doctoralia, aponta que os critérios que o paciente usa para escolher um profissional online são o número de avaliações no perfil, a localização, as fotos, a presença em redes sociais e os horários disponíveis. Note que é a mesma lista da tabela acima. O paciente que busca no Google e o que busca num marketplace olham para as mesmas coisas.

SEO local: o site como extensão do perfil

O site tem um papel secundário em relação ao perfil do Google para a maioria das clínicas, mas ele tem duas funções que o perfil não cumpre: ranquear para buscas mais específicas ("cirurgia de menisco recuperação", "quanto custa consulta com ortopedista") e converter o clique de quem quer saber mais antes de agendar.

Infográfico 17 — O que é SEO? (1 de 2)

SEO (Search Engine Optimization) é a otimização de um site para aparecer nos mecanismos de busca — Google, Bing e, cada vez mais, buscadores com IA — sem pagar por clique.

COMO O GOOGLE DECIDE O QUE MOSTRAR

1. Rastreamento — o Google encontra a página
2. Indexação — o Google entende do que ela trata
3. Ranqueamento — o Google decide a ordem dos resultados

1 Técnico

Site rápido, funciona bem no celular, endereço seguro (https), sem erros que travam o carregamento. Sem isso, o Google nem considera o resto.

Exemplo: site do consultório que demora 8 segundos para abrir no celular perde posição antes de o conteúdo ser lido

Infográfico 17 — O que é SEO? (2 de 2)

2 Conteúdo

Páginas que respondem à pergunta que o paciente digitou — não à especialidade que você quer anunciar.

Exemplo: "dor no joelho ao correr" ranqueia melhor que "ortopedista especialista"

3 Autoridade local

Perfil do Google Meu Negócio completo, avaliações recentes e volumosas, e o mesmo nome/endereço/telefone repetidos de forma consistente pela internet.

Fonte: Elaboração própria.

O que funciona, em ordem de retorno:

1. **Uma página por serviço ou problema.** Não uma página "Serviços" com uma lista. Uma página "Lesão de ligamento cruzado anterior: diagnóstico e tratamento", outra "Dor no joelho ao correr", outra "Cirurgia de menisco". Cada uma com o que é, como é feito, para quem, o que esperar, preço da consulta, botão de WhatsApp. Isso é o que ranqueia para a busca específica e, ao mesmo tempo, é conteúdo educativo dentro do que a CFM permite.
2. **Consistência de nome, endereço e telefone.** Os mesmos dados, escritos da mesma forma, no site, no perfil do Goo-

gle, nos marketplaces, nas redes. Inconsistência confunde o Google e derruba a proeminência.

3. **Velocidade no celular.** Mais de 80% das buscas por saúde acontecem no celular. Um site que demora quatro segundos para abrir perde metade dos cliques antes de carregar.
4. **Dados estruturados.** Um marcador técnico (schema) que diz ao Google "isto é um médico, esta é a especialidade, este é o endereço". Quem fez o site sabe fazer; se não sabe, é sinal de trocar.
5. **Botão de WhatsApp em todas as páginas,** fixo, visível no celular, com mensagem pré-preenchida que já diz qual página o paciente estava lendo.

O que não vale a pena para a maioria: blog de notícias de saúde genéricas ("5 dicas para o verão"), páginas institucionais longas, vídeo de apresentação na página inicial. Tudo isso consome dinheiro e não ranqueia nem converte.

Quando o paciente pergunta à IA

Uma parcela crescente das buscas por saúde já não começa em uma caixa de pesquisa, mas em uma conversa. "Qual ortopedista de joelho em Uberlândia atende particular e tem boa avaliação?" digitado no ChatGPT, no Gemini ou no Perplexity, ou respondido pelo resumo de IA que o próprio Google mostra acima dos resultados. A resposta vem em três ou quatro nomes, com uma frase sobre cada um. Quem não está nessa frase não existe para aquele paciente.

Isso muda menos do que parece. As ferramentas de IA não têm uma fonte própria de informação sobre a sua clínica; elas leem o que já está publicado e sintetizam. Para um médico local, a resposta é montada a partir do Perfil da Empresa no Google, das avaliações e do que está escrito nelas, dos marketplaces (Ca-

pítulo 9), do site da clínica e de menções em portais, vídeos e redes. Ou seja: as mesmas fontes da tabela do perfil. Quem fez o trabalho deste capítulo já fez a maior parte do trabalho para a IA.

O que muda é o formato do que a IA consegue usar. Ela cita com mais facilidade conteúdo que responde diretamente a uma pergunta, em um bloco curto e autossuficiente, com dados que podem ser atribuídos a uma fonte.

Tabela 13 — O que a IA lê e o que fazer

O que a IA usa para responder	O que fazer
Perfil da Empresa no Google e avaliações	Tudo o que a tabela do perfil pede; avaliações recentes com conteúdo, não só estrelas
Consistência de nome, endereço, especialidade	Os mesmos dados, escritos da mesma forma, em todos os lugares
Páginas do site que respondem a perguntas	Uma página por problema, com a resposta direta nas primeiras linhas e subtítulos em forma de pergunta (“Quanto custa a consulta?”, “Quando procurar um ortopedista?”)
Dados atribuídos	Preço da consulta, RQE, tempo de espera, área de atuação escritos de forma explícita, não implícita
Menções fora do seu site	Vídeos no YouTube, marketplaces, entrevistas educativas (Capítulo 4), perfis de associações e sociedades de especialidade

Acesso técnico

Site que não bloqueia os rastreadores de IA no robots.txt; dados estruturados de médico e clínica; um arquivo llms.txt na raiz, se quem faz o site souber criar

Fonte: Elaboração própria.

Duas cautelas. A primeira é que a IA erra: ela pode atribuir a você um convênio que você não atende, um endereço antigo, uma especialidade que não é a sua. Pergunte, uma vez por mês, às três ou quatro ferramentas mais usadas o que elas dizem sobre a sua clínica, e corrija na fonte (o perfil, o site, o marketplace) o que estiver errado. A segunda é que, ao contrário do Google, a IA não mostra dez resultados: mostra três. A disputa é mais estreita, e o que decide são as mesmas coisas do Capítulo 5, avaliação, especialidade clara e consistência, só que com menos margem para quem ainda não fez o básico.

A Dra. Renata, dois meses depois de corrigir o perfil e o site, perguntou ao Gemini quem era o melhor ortopedista de joelho da cidade. Apareceu em terceiro, com a frase “boas avaliações recentes e foco em medicina esportiva”. Seis meses antes, não aparecia.

Anúncios na busca: comprar a intenção

O Google Ads na rede de busca faz uma coisa simples: mostra o seu anúncio quando alguém digita o termo que você escolheu. É o canal com maior intenção que existe, e por isso costuma ser o de melhor conversão em consulta.

Quando faz sentido: quando a busca existe (especialidades e procedimentos que as pessoas procuram ativamente) e quando você tem horário para atender o que vier. Quando não faz:

quando a agenda já está a 90%, ou quando a especialidade é de baixíssima busca ativa.

A estrutura mínima que funciona para uma clínica:

Tabela 14 — Google Ads para clínicas

Elemento	O que fazer
Palavras-chave	Termos com intenção de agendamento: "[especialidade] [cidade]", "[especialidade] perto de mim", "[procedimento] [cidade]", "consulta [especialidade] particular". Evitar termos informacionais ("o que é menisco") que atraem quem só quer ler
Negativas	Excluir "grátis", "SUS", "curso", "vaga", "salário", nomes de concorrentes se você não quer pagar por isso
Segmentação geográfica	Raio realista em torno da clínica (15 a 30 km em cidade média), não o estado inteiro
Anúncio	Especialidade, RQE ou credencial, benefício concreto ("agenda para esta semana"), preço da consulta se for competitivo, chamada para WhatsApp. Sem promessa, sem superlativo
Extensões	Telefone, localização, links para as páginas de serviço, preços
Destino	Página de serviço específica ou WhatsApp direto. Nunca a página inicial
Conversão	Contar contato de WhatsApp, ligação e, idealmente, agendamento realizado (Capítulo 10)

Fonte: Elaboração própria.

Uma nota sobre política. O Google tem regras específicas para anúncios de saúde. Para uma clínica médica comum, com conteúdo educativo, sem promessa de cura e sem tratamentos controversos, o anúncio costuma ser aprovado sem problemas.

Categorias sensíveis (tratamento de dependência química, alguns procedimentos estéticos, medicamentos, testes genéticos) passam por verificação ou são restritas. Se um anúncio for reprovado, o motivo aparece na Central de Políticas da conta, e a solução quase sempre é remover uma alegação (Capítulo 4) e não brigar com a plataforma.

A conta da Dra. Renata

Depois de corrigir o perfil e o site, ela testou busca paga por 90 dias, com R\$ 1.800 por mês.

Tabela 15 — Dra. Renata e o Google Ads

Métrica	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Cliques	310	340	355
Custo por clique	R\$ 5,80	R\$ 5,30	R\$ 5,07
Contatos (WhatsApp + ligação)	41	52	61
Agendamentos	19	27	34
Pacientes atendidos (particular)	17	25	31
Custo por paciente atendido	R\$ 106	R\$ 72	R\$ 58

Fonte: Elaboração própria.

No terceiro mês, 31 pacientes particulares novos a R\$ 58 cada, com consulta de R\$ 450. A conta se paga na primeira consulta e ela ainda tem o retorno e o procedimento. Mais importante: pela primeira vez, 20% da agenda nova dela vem de um canal que ela liga e desliga quando quer.

A melhora entre os meses não veio de mágica: veio de cortar termos que não convertiam, de responder o WhatsApp mais rápido (Capítulo 10) e de o Google aprender quem clica e agenda.

Aplicação: o Google em uma semana

1. Busque a clínica em modo anônimo e veja se aparece no bloco do mapa para a especialidade principal. Se não, o perfil é o primeiro trabalho.
2. Preencha a tabela do perfil, item por item. Fotos reais primeiro.
3. Liste os cinco problemas ou procedimentos que mais atende e verifique se cada um tem uma página própria no site.
4. Cronometre o site no celular. Acima de três segundos, é problema.
5. Se a agenda tem horário e a especialidade tem busca, monte uma campanha de busca com a estrutura mínima e R\$ 1.000 a R\$ 2.000 por mês por 90 dias. Meça paciente atendido, não clique.

Resumo do capítulo

1. O Google e as ferramentas de IA são os lugares onde o paciente procura ativamente por você. Capturar essa intenção vem antes de criar demanda em qualquer outra plataforma, e as duas buscas se alimentam das mesmas fontes: perfil, avaliações e site.
2. O Perfil da Empresa no Google é o canal de descoberta mais barato que existe. Categoria específica, fotos reais, serviços com preço e avaliações sistemáticas colocam a clínica no mapa.
3. Busca paga compra intenção. Funciona quando há busca e há horário, com termos de agendamento, raio realista e conversão medida em paciente atendido.

No próximo capítulo: Meta, YouTube e TikTok, onde o trabalho é criar demanda e construir confiança antes de a busca acontecer, e onde as regras de sinal mudaram.

Capítulo 8

Meta e vídeo: construir confiança antes da procura

O Instituto Olhar tem um problema que o Google não resolve. A cirurgia refrativa não é uma dor de domingo. É uma decisão que a pessoa adia por anos, que envolve medo, dinheiro e uma conversa com o cônjuge. Quando ela finalmente busca “cirurgia a laser miopia”, já pesquisou por meses, já assistiu a vídeos, já leu relatos. A busca é o final de um processo, e o Instituto quer estar no começo.

Isso é o que o Meta (Instagram e Facebook), o YouTube e o TikTok fazem que o Google não faz: chegam antes. O que você vai conseguir fazer ao final deste capítulo: decidir o que publicar, como anunciar por tipo de especialidade e como medir num ambiente em que as plataformas restringiram o sinal que aceitam de clínicas.

Urgência e eletivo pedem plataformas diferentes

Toda especialidade fica em algum ponto de um espectro entre urgência e eletivo, e isso define onde investir.

Tabela 16 — De urgência a eletivo vs. plataformas

Tipo	Exemplo	Como o paciente decide	Plataforma principal
Urgência / sintoma agudo	Ortopedia (trauma), otorrino, ginecologia (sintoma), dermatologia clínica	Rápido, quando o sintoma aparece	Google (Capítulo 7)
Acompanhamento crônico	Endocrinologia, cardiologia, oftalmologia clínica, psiquiatria	Uma vez, depois retenção	Google para entrar; base própria para manter (Capítulo 11)
Eletivo / alto ticket	Cirurgia refrativa, cirurgia plástica, bariátrica, implantes, fertilização	Longo, com pesquisa, medo e comparação	Meta e vídeo para educar; Google para capturar no final

Fonte: Elaboração própria.

A Dra. Renata (urgência) deveria gastar a maior parte no Google. A Vitalis (mista) precisa dos dois. O Instituto Olhar (eletivo) é o caso em que Meta e vídeo carregam a maior parte do trabalho, porque o paciente precisa ser educado por semanas antes de buscar.

Conteúdo orgânico: quatro pilares dentro da norma

O que publicar, dado o que o Capítulo 4 permite e veda, cabe em quatro pilares. Eles são suficientes para anos de conteúdo.

Educação. O que é a condição, quais os sinais, quando procurar ajuda, o que esperar de cada tratamento, o que pode dar errado. É o pilar que mais constrói confiança e o mais prote-

gido pela norma. A regra prática: cada peça responde a uma pergunta que um paciente já fez no consultório.

Estrutura. O consultório, os equipamentos (sem insinuar exclusividade), a equipe, a rotina do dia. Isso é permitido de forma explícita e responde à pergunta “é um lugar sério?”.

Credencial e bastidor. Formação, RQE, congressos, casos discutidos de forma anônima e educativa, a decisão clínica explicada. Não é currículo; é mostrar como o médico pensa.

Prova social. Avaliações republicadas (sem promessa de resultado), antes e depois com as condições da norma (autorização, contexto educativo, indicações e fatores de risco). Use com parcimônia e nunca como vitrine.

O formato importa menos do que a consistência. Um vídeo de 60 segundos por semana, gravado no celular, com o médico respondendo a uma pergunta real, vale mais do que dez cards de design. E o vídeo curto tem uma vantagem operacional: o mesmo arquivo serve para Reels, YouTube Shorts e TikTok.

Uma advertência sobre o que a norma proíbe e as plataformas premiam: conteúdo que gera engajamento por medo, choque ou promessa (“o erro que está destruindo seu joelho”, “resultado em 7 dias”). A tentação é grande porque funciona no algoritmo. Não funciona no CRM.

YouTube e TikTok: o mesmo vídeo, dois papéis

O YouTube tem duas funções para uma clínica. A primeira é hospedar o conteúdo longo que responde às perguntas complexas (“como é a recuperação da cirurgia refrativa, dia a dia”), que ranqueia na busca do próprio YouTube e no Google por anos. A segunda é ser o repositório para o qual o site e o Instagram apontam. Para especialidades eletivas, um canal com 20 vídeos bem feitos é um ativo de conversão permanente.

O TikTok alcança um público mais jovem e distribui conteúdo sem depender de seguidores, o que o torna útil para especialidades com paciente entre 18 e 35 anos (dermatologia, ginecologia, psiquiatria, ortopedia esportiva). A mesma norma se aplica, e a plataforma tem políticas próprias para saúde. Trate como um canal secundário de distribuição do vídeo que você já grava, não como um projeto separado.

Anúncios no Meta: o que mudou nas regras

Anunciar no Meta como clínica ficou mais restrito em dois níveis nos últimos dois anos, e a maioria das agências ainda opera como se nada tivesse mudado.

Primeiro nível: o criativo do anúncio. A política de atributos pessoais da Meta proíbe que o anúncio afirme ou insinue que a pessoa tem uma condição. "Você sofre com dor no joelho?" pode ser reprovado. "Tratamento para dor no joelho: quando procurar um ortopedista" é aprovado. A diferença é sutil e a plataforma tem aplicado essa regra de forma mais agressiva, reprovando até formulações indiretas. Escreva sobre a condição, não sobre a pessoa.

Segundo nível: o sinal. A partir de 2025, a Meta passou a classificar fontes de dados (pixel e API de Conversões) ligadas a condições médicas, status de saúde ou relação médico-paciente na categoria "saúde e bem-estar", com restrições sobre quais eventos ela aceita para otimização. Na prática, eventos de fundo de funil (lead, agendamento, compra) podem ser bloqueados parcial ou totalmente, dependendo do nível de restrição atribuído à sua fonte de dados. Públicos personalizados e semelhantes construídos a partir de eventos restritos podem ser desativados. Os objetivos de alcance, tráfego, engajamento e mensagens seguem disponíveis, assim como os formulários nativos da plataforma.

Isso muda o jogo para quem leu meu livro anterior, **O Algoritmo Nunca Erra (2026)**. A tese de que o algoritmo otimiza para o sinal que recebe continua verdadeira; o que mudou é que, para clínicas, a Meta limita qual sinal aceita. Você precisa de duas coisas: saber o seu nível de restrição (Gerenciador de Eventos, fonte de dados, categorias) e construir a medição fora da Meta.

O que fazer, em ordem:

1. **Verifique a categoria** da sua fonte de dados no Gerenciador de Eventos. Cada pixel é classificado separadamente.
2. **Não envie dado sensível.** URLs, nomes de eventos e parâmetros não podem carregar condição, procedimento ou qualquer coisa que identifique saúde. Um evento chamado "agendou_catarata" é o tipo de coisa que pode gerar restrição.
3. **Use os eventos permitidos com o melhor sinal possível.** Se "mensagem iniciada" é o que a plataforma aceita, qualifique a mensagem: o anúncio deve levar a uma conversa com quem tem intenção real (preço na peça, localização clara, especialidade nomeada), para que o evento aceite seja o mais próximo possível de agendamento.
4. **Eventos personalizados registrados**, com nomes neutros, podem ser aceitos em níveis de restrição parcial. Isso depende do seu caso e muda; confirme na documentação atual.
5. **Meça no seu CRM.** A verdade sobre quantos pacientes cada campanha trouxe está no seu registro de origem (Capítulo 1), não no Gerenciador de Anúncios. É assim que o Instituto Olhar sabe que a campanha X trouxe 14 avaliações e 5 cirurgias, mesmo que a Meta reporte só "mensagens".
6. **Públicos:** em vez de listas de pacientes (proibido carregar, pela LGPD, e restrito pela Meta), use públicos de engaja-

mento (quem assistiu a 75% dos vídeos, quem interagiu com o perfil). Não sinalizam condição e funcionam.

Estrutura de campanha por tipo de especialidade

Tabela 17 — Estrutura de campanhas de urgência vs. eletivo para o Meta e afins

Objetivo	Urgência	Eletivo (ex.: Instituto Olhar)
Papel do Meta	Secundário: lembrar quem está perto	Principal: educar por semanas
Criativo	Estrutura, localização, preço, "agenda esta semana"	Vídeo educativo em série: o que é, como é, recuperação, custo, quem não pode
Objetivo de campanha	Mensagens (WhatsApp)	Engajamento em vídeo → depois mensagens para quem assistiu
Segmentação	Raio da clínica, faixa etária ampla	Raio, faixa etária, depois públicos de engajamento
Métrica que importa	Custo por paciente atendido (CRM)	Custo por avaliação realizada e por cirurgia (CRM), com janela de 60-90 dias
Orçamento	Menor do que o Google	Maior do que o Google

Fonte: Elaboração própria.

O Instituto Olhar reorganizou a mídia assim: uma série de oito vídeos curtos sobre cirurgia refrativa (indicação, exame, dia da cirurgia, recuperação, riscos, custo, quem não pode, o que muda depois), rodando para um raio de 40 km com objetivo de visualização. Depois, campanha de mensagens só para

quem assistiu a mais da metade de pelo menos dois vídeos. O custo por avaliação subiu de R\$ 140 para R\$ 190; a taxa de fechamento de cirurgia entre os avaliados subiu de 41% para 58%, porque o paciente chegava educado. O custo por cirurgia caiu de R\$ 340 para R\$ 328, e o médico gasta menos tempo na avaliação explicando o básico.

Infográfico 18 — Estrutura do Instituto Olhar (1 de 2)

- 8 vídeos curtos sobre cirurgia refrativa, raio de 40 km, objetivo visualização
- Depois: mensagens só para quem assistiu mais da metade de pelo menos 2 vídeos

OS 8 VÍDEOS

1. Indicação

2. Exame

3. Dia da cirurgia

4. Recuperação

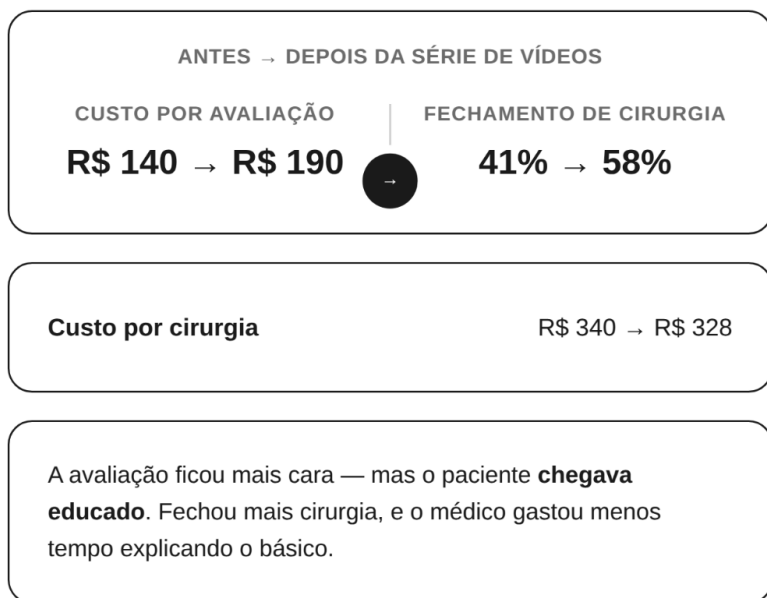
5. Riscos

6. Custo

7. Quem não pode

8. O que muda depois

Infográfico 18 — Estrutura do Instituto Olhar (2 de 2)



Fonte: Elaboração própria.

Aplicação: o Meta e o vídeo em 30 dias

1. Classifique a sua especialidade no espectro urgência-eletivo. Isso define quanto do orçamento vai para cá.
2. Liste as 20 perguntas que os pacientes mais fazem na consulta. São os seus 20 primeiros vídeos.
3. Grave um por semana, no celular, no consultório. Publique em Reels, Shorts e TikTok.
4. Se for anunciar, verifique a categoria do pixel antes de qualquer campanha. Reescreva os anúncios para falar da condição e não da pessoa.
5. Garanta que o CRM registra a origem de cada contato. É lá que a campanha será julgada.

Resumo do capítulo

1. Meta, YouTube e TikTok chegam antes da busca: educam e constroem confiança. O peso deles cresce quanto mais eletiva e de alto ticket é a especialidade.
2. Quatro pilares (educação, estrutura, credencial, prova social) cabem na norma e bastam para anos de conteúdo; vídeo curto do médico respondendo perguntas reais é o formato de melhor retorno.
3. A Meta restringiu o sinal que aceita de clínicas: escreva sobre a condição e não sobre a pessoa, não envie dado sensível, use públicos de engajamento e meça no CRM, não no Gerenciador de Anúncios.

No próximo capítulo: os canais de terceiros (marketplaces, convênios e telemedicina), o que eles entregam e como usar sem ficar refém.

Capítulo 9

Marketplaces, convênios e telemedicina

Há uma categoria de canal que a maioria das clínicas usa e quase nenhuma gerencia: os canais de terceiros. Marketplaces de agendamento, operadoras de plano de saúde e, cada vez mais, plataformas de telemedicina. Eles trazem paciente, e trazem uma dependência que a Dra. Renata descobriu da pior forma.

O que você vai conseguir fazer ao final deste capítulo: avaliar cada canal de terceiros pelo que entrega e pelo que cobra (em dinheiro e em controle), e usar cada um sem que a agenda fique refém.

Marketplaces: o tamanho do canal

O paciente brasileiro migrou para o agendamento online mais rápido do que a maioria dos médicos percebeu. Segundo a Doctoralia, mais de 88 milhões de consultas foram agendadas por meios digitais no Brasil ao longo de 2025. A própria plataforma, líder no país, registra mais de 255 milhões de visitas e mais de 9 milhões de agendamentos por mês, e estima que um em cada seis brasileiros já a usa.

O comportamento desse paciente tem uma característica que importa direto para a operação da clínica: mais de um terço dos agendamentos acontece fora do horário comercial, e o acesso é quase todo por celular (85%). Quem só aceita agendamento por telefone em horário comercial está fechado para um terço da demanda.

Infográfico 19 — Panorama da Doctoralia no Brasil

O PACIENTE JÁ MIGROU PARA O DIGITAL

Consultas agendadas por meios digitais em 2025	88 milhões+
--	-------------

Visitas à plataforma / mês	255 milhões+
----------------------------	--------------

Agendamentos / mês	9 milhões+
--------------------	------------

Brasileiros que já usam a plataforma	1 em cada 6
--------------------------------------	-------------

Agendamentos fora do horário comercial	33%+
--	------

Agendamentos feitos pelo celular	85%
----------------------------------	-----

Quem só aceita agendamento por telefone em horário comercial está **fechado para um terço da demanda**.

Fonte: Medicina S/A (2025, 2026); Doctoralia Pro (2025). Elaboração própria.

As especialidades mais buscadas na plataforma (ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, dermatologia, ortopedia e psicologia) dão uma pista de onde o marketplace pesa mais: especialidades de busca ativa, com muitos profissionais e escolha por comparação.

O que o marketplace entrega e o que cobra

Tabela 18 — Os marketplaces de serviços médicos no Brasil

Entrega	Cobra
Visibilidade imediata para quem busca a especialidade	Mensalidade e, em alguns planos, destaque pago
Agendamento online 24 horas, com confirmação automática	A relação com o paciente é da plataforma, não sua
Avaliações que constroem reputação	Você é uma linha numa lista ordenada por regras que não controla
Redução de no-show pelas confirmações	Dependência: se sair, o paciente vê o próximo da lista

Fonte: Elaboração própria.

A regra de uso é a mesma do Google: estar presente com perfil completo (foto, especialidade, RQE, preço, horários abertos, avaliações), porque o paciente está lá. A regra de gestão é diferente: cada paciente que chega pelo marketplace precisa ser convertido em paciente da clínica.

Isso significa três coisas: cadastrar na base própria com o termo de consentimento do Capítulo 4; oferecer, na saída da primeira consulta, o canal direto da clínica para o retorno (WhatsApp institucional, agendamento online no site); e medir, na tabela de origem, quantos pacientes do marketplace voltam pelo canal próprio na segunda vez. Se a taxa for baixa, você está alugando paciente.

A Dra. Renata recebia 4 a 6 pacientes por mês pela Doctoralia. Continuou. Mas passou a registrar a origem, a cadastrar com consentimento e a agendar o retorno diretamente. Em seis meses, 70% dos pacientes que chegaram pelo marketplace retornaram pelo WhatsApp da clínica.

Convênios: o canal que define a economia da clínica

Plano de saúde não costuma ser tratado como canal de marketing. É. Para muitas clínicas, é o maior canal de origem, e é o que mais define ticket, mix e dependência.

A conta que precisa ser feita, e que a Dra. Renata só fez depois da queda de 30%:

Tabela 19 — Impacto dos convênios na receita

Pagador	Consultas/ mês	Valor médio	Receita/ mês	Tempo médio	Receita por hora
Convênio A	45	R\$ 78	R\$ 3.510	25 min	R\$ 187
Convênio B	39	R\$ 95	R\$ 3.705	25 min	R\$ 228
Particular	56	R\$ 450	R\$ 25.200	30 min	R\$ 900

Fonte: Elaboração própria.

60% das consultas dela geram 22% da receita. E são as 60% que ela não controla.

Isso não é um argumento para descredenciar. O convênio traz volume, traz paciente que depois indica, traz paciente que faz procedimento particular. Para quem está começando, é o canal que enche a agenda. O argumento é outro: o convênio é uma restrição que precisa ser gerida, não uma dádiva.

Três decisões que a tabela permite:

1. **Qual convênio manter.** O que paga melhor por hora e tem menor atraso de glosa fica. O que paga pior e trava a agenda pode ser reduzido (limitar horários) antes de ser cortado.
2. **Qual é a meta de mix.** Se a Dra. Renata levar o particular de 40% para 55% das consultas em 12 meses, a receita sobe cerca de 30% com a mesma agenda. Isso vira a meta dos Capítulos 7 e 8: o canal próprio existe para mudar o mix.
3. **Como comunicar.** A norma permite informar preço e formas de pagamento, e permite informar convênios atendidos.

Uma clínica que quer crescer no particular comunica o preço da consulta com destaque e os convênios com discrição, não o contrário.

Um alerta sobre risco: o paciente de convênio é, na maior parte das especialidades, um paciente de outra clínica no dia em que o credenciamento acaba. A base própria com consentimento (Capítulo 4) e o processo de acompanhamento (Capítulo 11) são o que transforma parte desse paciente em paciente da clínica, independente do pagador.

Telemedicina: canal de entrada e de retenção

A telemedicina foi regulamentada em caráter definitivo pela Lei 14.510/2022 e pela Resolução CFM 2.314/2022, e virou parte da rotina de uma parcela grande das clínicas: segundo o Panorama das Clínicas e Hospitais 2025 (Doctoralia e Feegow), 68% das instituições de saúde no país já oferecem o serviço. Na Doctoralia, os agendamentos de teleconsulta cresceram mais de 50% entre 2023 e 2024, passando de 3 milhões no ano, com saúde mental (psiquiatria e psicologia) respondendo por mais de 80% deles.

Infográfico 20 — Panorama da telemedicina no Brasil

Lei 14.510/2022

Regulamentação definitiva

Resolução CFM 2.314/2022

Regulamentação definitiva

TELEMEDICINA NO BRASIL

Instituições de saúde que já oferecem teleconsulta 68%

Crescimento dos agendamentos (2023 → 2024) +50%

Agendamentos de teleconsulta / ano 3 milhões+

Saúde mental no total de teleconsultas 80%+

A telemedicina deixou de ser exceção de pandemia e **virou rotina** — mas é uma rotina concentrada: quatro em cada cinco teleconsultas são de psiquiatria e psicologia.

Fonte: Doctoralia e Feegow (2025). Elaboração própria.

Para a clínica, a telemedicina tem dois papéis distintos.

Canal de entrada. Uma primeira consulta ou triagem por vídeo reduz a barreira para o paciente que está longe, tem pouco tempo ou ainda está decidindo. Para especialidades eletivas, uma “consulta de orientação” online de 20 minutos, cobrada, converte para a avaliação presencial com muito menos atrito do que pedir que a pessoa venha à clínica sem conhecer o médico. O Instituto Olhar passou a oferecer isso para pacientes de

fora da cidade: 20 minutos de vídeo, exame de rotina no local, cirurgia no Instituto.

Canal de retenção. Retornos simples, ajuste de medicação, resultado de exame, acompanhamento pós-operatório tardio. É o que permite manter o paciente crônico na clínica sem exigir deslocamento a cada retorno. Para o Capítulo 11, isso é infraestrutura: metade das réguas de acompanhamento pode terminar em uma teleconsulta.

O que a norma exige e você precisa ter: consentimento informado registrado, plataforma com segurança e sigilo (não é videochamada de WhatsApp), prontuário com registro do atendimento, prescrição com assinatura digital válida, e a primeira consulta presencial nas situações em que a resolução a exige. Confira o texto vigente antes de estruturar.

Como usar canais de terceiros sem ficar refém

A regra, para os três: **todo paciente que entra por um canal de terceiros sai como paciente da clínica.**

Tabela 20 — Gestão de canais de terceiros

Canal	O que ele controla	O que você precisa controlar
Marketplace	Ordem na lista, regras de avaliação, agendamento inicial	Cadastro com consentimento, retorno pelo canal próprio, origem registrada
Convênio	Valor, volume, credenciamento	Mix de pagadores, comunicação do particular, relacionamento com o paciente

continua na página seguinte

Tabela 20 — Gestão de canais de terceiros (*continuação*)

Canal	O que ele controla	O que você precisa controlar
Telemedicina (plataforma de terceiros)	Interface, agenda, pagamento	Prontuário próprio, base própria, retorno pelo canal da clínica

Fonte: Elaboração própria.

Medir uma coisa só: a taxa de pacientes de origem terceirizada que retornam pelo canal próprio. Se está acima de 60%, os canais de terceiros são fornecedores. Se está abaixo de 30%, são donos da sua agenda.

Aplicação: auditoria de dependência

1. Monte a tabela de origem (Capítulo 1) e some quanto vem de marketplace, convênio e indicação de outros médicos. Esse é o seu índice de dependência.
2. Monte a tabela de receita por hora por pagador. Marque quem está abaixo da metade do particular.
3. Defina a meta de mix particular para 12 meses e o canal próprio que vai construir para chegar lá.
4. Verifique se o paciente de marketplace está sendo cadastrado com consentimento e se o retorno é agendado pelo canal da clínica.
5. Se ainda não oferece telemedicina, escolha um uso (orientação inicial ou retorno simples) e estruture com a documentação exigida.

Resumo do capítulo

1. Marketplaces, convênios e telemedicina são canais reais e grandes: dezenas de milhões de agendamentos digitais por

ano, um terço fora do horário comercial, 68% das instituições com teleconsulta.

2. Cada um entrega volume e cobra controle. A conta de receita por hora por pagador mostra o preço real do convênio; a taxa de retorno pelo canal próprio mostra se o marketplace é fornecedor ou dono.
3. A regra única: todo paciente que entra por terceiros sai como paciente da clínica, com cadastro consentido, origem registrada e retorno pelo canal próprio.

No próximo capítulo, o buraco do meio do Bowtie: o que acontece entre o clique e a cadeira, onde a Vitalis perde um terço de tudo o que compra.

Capítulo 10

Do clique ao agendamento

Quarta-feira, 10h14. Uma mulher clica no anúncio da Vitalis e escreve: "Bom dia, quero marcar uma consulta com dermatologista". A mensagem chega ao celular da recepção, que está com três pessoas no balcão e o telefone tocando. Às 11h01, a recepcionista responde: "Bom dia! Qual convênio?". A mulher já marcou em outra clínica às 10h31.

A Vitalis pagou R\$ 14,50 por essa conversa. Vai pagar por mais 235 iguais este mês.

Este é o capítulo sobre o que acontece entre o clique e a cadeira, o lugar onde a maioria das clínicas perde mais do que em qualquer campanha. O que você vai conseguir fazer ao final: medir a taxa de aproveitamento, estruturar quem responde, o que responde e em quanto tempo, e fechar o ciclo confirmando a consulta para que o paciente compareça.

A taxa de aproveitamento

Uma métrica organiza este capítulo: **pacientes atendidos dividido por contatos recebidos**. Chamo de taxa de aproveitamento, e ela mede quanto da demanda que chega vira paciente na cadeira.

A da Vitalis: $140 \text{ atendidos} \div 620 \text{ contatos} = 22,6\%$. Isso significa que, de cada R\$ 100 gastos em mídia, R\$ 77 compram conversas que não viram consulta.

Ela se decompõe em três taxas, e cada uma tem um dono e uma correção:

Tabela 21 — Taxa de aproveitamento da clínica

Taxa	Vitalis hoje	Referência razoável	Dono	Correção principal
Resposta em 5 min	21%	80%+	Recepção / atendimento	Pessoa dedicada, horário estendido
Agendamento por contato	31%	45-60%	Atendimento	Script, preço claro, oferta de horários
Comparecimento	74%	88-92%	Recepção	Confirmação ativa em dois momentos

Fonte: Elaboração própria.

Se a Vitalis levar as três para a referência, a taxa de aproveitamento vai de 22,6% para cerca de 50%. Com os mesmos 620 contatos e os mesmos R\$ 9 mil, são 310 pacientes na cadeira em vez de 140. É o cálculo do Capítulo 3, agora com o detalhe de cada parte.

Quem responde

A primeira decisão é a mais simples e a mais evitada: o WhatsApp não pode ser respondido por quem está atendendo o balcão.

O balcão e o telefone têm alguém na frente. O WhatsApp tem uma pessoa que pode ir embora. Quando as duas demandas competem, o balcão sempre ganha, e o paciente novo sempre perde. A solução tem nome em vendas (pré-atendimento, SDR) e não precisa ter nome na clínica: é uma pessoa cuja função principal é responder contatos novos e agendar, com meta de tempo de resposta.

Para uma clínica do tamanho da Vitalis (620 contatos por mês, 30 por dia útil), uma pessoa em horário estendido (8h às 20h, com revezamento) resolve. Para a Dra. Renata (60 contatos

por mês), a secretária dá conta, desde que o WhatsApp tenha prioridade sobre o telefone nos primeiros minutos de cada contato.

E fora do horário? Um terço dos agendamentos digitais acontece fora do horário comercial (Capítulo 9). Duas soluções, em ordem de custo: uma resposta automática imediata que coleta nome, especialidade e preferência de horário e promete retorno humano em horário definido (e cumpre); ou agendamento online no site e no perfil do Google, para que o paciente marque sozinho às 22h.

Automação tem um limite claro: ela serve para acusar recebimento e coletar informação. A conversão acontece quando um humano oferece um horário. Um robô que tenta agendar sozinho, com menus de "digite 1 para", pode derrubar a taxa de agendamento em vez de subir.

O que responde: o script

A segunda decisão é o que se diz. A Vitalis abria com "Qual convênio?". Isso faz a clínica parecer um balcão de triagem e adia o que o paciente quer: um horário.

O script que funciona tem cinco movimentos e cabe em três mensagens:

1. **Cumprimenta pelo nome e confirma a necessidade.** "Bom dia, Carla! Consulta com dermatologista, certo? Posso te ajudar com isso agora."
2. **Pergunta o que decide a agenda.** "É particular ou por convênio? E prefere manhã ou tarde?" Uma mensagem, duas perguntas, nenhuma a mais.
3. **Oferece dois horários concretos.** "Tenho quinta às 14h30 com a Dra. Ana ou sexta às 9h com o Dr. Luís. Qual fica

melhor?" Nunca "qual dia você prefere?", que devolve o trabalho ao paciente.

4. **Informa preço e forma de pagamento antes de o paciente perguntar** (permitido, Capítulo 4). "A consulta particular é R\$ 380, pode pagar no cartão ou Pix no dia."
5. **Confirma e orienta.** "Confirmado: quinta, 14h30, Dra. Ana. Vou te mandar o endereço e uma lembrança na véspera. Se precisar remarcar, é só me avisar aqui."

Objeções recorrentes têm resposta pronta, escrita, à mão de quem atende: preço ("entendo; a consulta inclui..."), convênio não atendido ("não atendemos esse convênio, mas o valor particular é X e muitos pacientes pedem reembolso"), horário distante ("posso te colocar na lista de espera e te aviso se abrir antes; enquanto isso, garanto esse").

O tempo total de uma conversa bem conduzida: quatro a seis minutos. A da Vitalis levava, quando levava a algum lugar, 40 minutos espalhados em uma tarde.

Onde fica: o registro

Toda conversa acontece no número institucional da clínica (Capítulo 4), e toda conversa fica registrada num CRM, ainda que simples, com quatro campos mínimos: nome, origem (de onde veio o contato), status (novo, em conversa, agendado, compareceu, não compareceu, perdido) e motivo da perda.

O CRM não é burocracia. É o que permite três coisas que a Vitalis não conseguia fazer: saber a taxa de aproveitamento por origem (a campanha do Google converte 48%, a do Meta 26%, o marketplace 61%), recuperar quem parou de responder (uma mensagem 24 horas depois traz de volta 10% a 15% das conversas paradas) e devolver às plataformas o sinal certo.

Infográfico 21 — O CRM para clínicas (1 de 2)

OS 4 CAMPOS MÍNIMOS

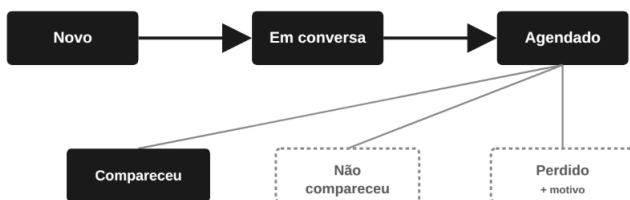
1. Nome

2. Origem — de onde veio o contato

3. Status — novo, em conversa, agendado, compareceu, não compareceu, perdido

4. Motivo da perda

O PIPELINE, PONTA A PONTA



Infográfico 21 — O CRM para clínicas (2 de 2)

O QUE ISSO PERMITE

1. Taxa de aproveitamento por origem

Cada origem — Google, Meta, marketplace, indicação —
converte numa taxa diferente

2. Recuperar quem parou de responder

Uma mensagem 24h depois pode trazer 10–15% das
conversas paradas de volta

3. Devolver o sinal certo às plataformas

"Compareceu" volta como conversão offline pro Google, e
(nos limites do Cap. 8) pra Meta

Fonte: Elaboração própria.

Sobre esse último ponto, o ciclo se fecha com o livro anterior. Quando o status “compareceu” existe no CRM, ele pode ser enviado de volta ao Google (conversão offline) e, nos limites que a Meta permite para clínicas (Capítulo 8), à Meta. A plataforma passa a aprender com o paciente que sentou na cadeira, não com quem clicou. Foi isso que fez o custo por paciente da Dra. Renata cair de R\$ 106 para R\$ 58 em três meses.

Fechar o ciclo: confirmação e no-show

Agendar não é o fim. A Vitalis perde 26% dos agendados entre o “confirmado” e a cadeira.

O no-show tem duas alavancas principais, e as duas são processo:

Reduzir o intervalo. Quanto mais dias entre o agendamento e a consulta, maior a falta. Oferecer o horário mais próximo disponível, manter uma lista de espera ativa para preencher cancelamentos e liberar horários de encaixe reduzem o intervalo médio. A Vitalis tinha 12 dias de média; com lista de espera e encaixe, chegou a 7.

Confirmar ativamente em dois momentos. Uma mensagem 48 horas antes (“Sua consulta é quinta às 14h30. Confirma? Se precisar remarcar, me avisa aqui”) e um lembrete 3 horas antes com endereço e o que levar. A primeira captura remarcações com tempo de reocupar o horário; a segunda reduz o esquecimento. Quem não responde à primeira recebe uma ligação. Quem confirma e falta entra numa régua de reagendamento no mesmo dia.

Tudo isso é tutela do atendimento e não exige consentimento adicional (Capítulo 4). E tudo isso cabe num fluxo automatizado, desde que a resposta do paciente caia numa pessoa.

Resultado na Vitalis, em 60 dias: no-show de 26% para 14%.

A Vitalis depois

Tabela 22 — Clínica Vitalis e otimizações

Etapa	Antes	Depois (90 dias)
Contatos	620	640
Resposta em 5 min	21%	83%

continua na página seguinte

Tabela 22 — Clínica Vitalis e otimizações (*continuação*)

Etapas	Antes	Depois (90 dias)
Agendamentos	190 (31%)	326 (51%)
No-show	26%	14%
Pacientes atendidos	140	280
Custo por paciente atendido	R\$ 64	R\$ 32
Taxa de aproveitamento	22,6%	43,8%

Fonte: Elaboração própria.

Mesmo orçamento. O dobro de pacientes. Uma pessoa contratada, um script, um CRM e duas mensagens de confirmação. A restrição da Vitalis, identificada no Capítulo 3, foi tratada, e agora ela se deslocou: os dois médicos que já estavam a 95% de ocupação estão com lista de espera, e a taxa de retorno de 31% virou o próximo problema. É a Parte IV.

Aplicação: o meio do Bowtie em 30 dias

1. Calcule a taxa de aproveitamento dos últimos 90 dias e as três taxas que a compõem. Se não tem os dados, comece a registrar hoje no CRM mais simples que conseguir.
2. Decida quem responde o WhatsApp e em que horário. Meta: 80% dos contatos respondidos em 5 minutos.
3. Escreva o script de cinco movimentos e as respostas para as três objeções mais comuns. Cole na tela de quem atende.
4. Ative a confirmação em dois momentos e a lista de espera.
5. Em 30 dias, recalcule. A taxa de aproveitamento deve ter subido pelo menos 10 pontos. Se não subiu, o problema está na resposta ou no script, nessa ordem.

Resumo do capítulo

1. Taxa de aproveitamento (atendidos ÷ contatos) mede quanto da demanda comprada vira paciente. Ela se decompõe em resposta rápida, agendamento por contato e comparecimento, cada uma com dono e correção.
2. WhatsApp não pode ser respondido por quem atende o balcão. Uma pessoa dedicada, um script de cinco movimentos com dois horários concretos e preço claro, e um CRM com origem e status.
3. Confirmação ativa em dois momentos e redução do intervalo até a consulta cortam o no-show pela metade. Com isso, a Vitalis dobrou os pacientes com o mesmo orçamento, e a restrição se deslocou para o lado direito.

Fim da Parte III. A Parte IV entra no lado direito do Bowtie: o processo de acompanhamento do paciente, a monetização ética da base e o painel que mantém tudo isso funcionando.

Parte IV

Lado direito: retenção e monetização

Capítulo 11

O processo de acompanhamento do paciente

Um homem de 38 anos fez a avaliação pré-cirúrgica no Instituto Olhar em março. Foi considerado apto. Saiu com um orçamento de R\$ 9.500, uma folha com as datas disponíveis e a frase "qualquer coisa, é só ligar". Ele ia decidir com a esposa. Em abril, uma viagem. Em maio, o dinheiro foi para o carro. Em junho, ele já não lembrava o nome do cirurgião. Em setembro, viu um anúncio de outra clínica, fez uma nova avaliação e operou lá.

O Instituto gastou R\$ 190 para trazê-lo, uma hora de médico para avaliá-lo e zero reais para mantê-lo. Ele foi um dos 34 em cada 100.

Este é o capítulo mais importante do livro, porque trata do que a maioria das clínicas não faz e do que rende mais por real investido. O que você vai conseguir fazer ao final: desenhar as réguas de acompanhamento da sua especialidade, reativar a base que já existe e medir o efeito na agenda, dentro do que a LGPD permite.

Por que o paciente some

O paciente não some porque ficou insatisfeito. Na maior parte dos casos, ele some por três razões mais banais.

Ele esqueceu. O retorno em seis meses, o exame anual, a revisão do tratamento. Ninguém lembrou, e a vida é cheia.

Ele não decidiu. O procedimento eletivo, o tratamento caro, a mudança de hábito. Ele saiu com uma decisão a tomar e ninguém o ajudou a tomá-la.

Ele melhorou. O sintoma passou, e ele concluiu que não precisa voltar, mesmo quando precisa.

Repare que nenhuma das três é sobre o médico. Todas são sobre o que acontece entre as consultas. E todas são resolvidas pela mesma coisa: alguém, ou algo, falando com o paciente no momento certo, com a mensagem certa.

Isso tem um nome: régua de relacionamento. É uma sequência de contatos, definida por especialidade e por situação clínica, disparada a partir de um evento (a consulta, o pedido de exame, o orçamento) e executada de forma consistente, sem depender de a recepção lembrar.

A tabela de deriva: seis meses com e sem acompanhamento

Antes de desenhar réguas, veja o que a ausência delas faz com uma agenda. A tabela abaixo acompanha 100 pacientes que fizeram a primeira consulta no Instituto Olhar em um mesmo mês, com e sem processo de acompanhamento. Os números são compostos a partir do que se observa em operações do gênero e servem para mostrar a direção e a ordem de grandeza.

Tabela 23 — O impacto da régua de relacionamento na receita

Mês	Sem acompanhamento	Com acompanhamento
Mês 0 — 100 primeiras consultas	100	100

continua na página seguinte

Tabela 23 — O impacto da régua de relacionamento na receita (*continuação*)

Mês	Sem acompanhamento	Com acompanhamento
Mês 1 — fizeram o exame ou avaliação pedida	61	84
Mês 2 — pacientes aptos que fecharam procedimento (base: 40 aptos)	21 (52%)	30 (75%)
Mês 3 — retorno pós-procedimento realizado	19	30
Mês 6 — retorno de rotina ou reavaliação agendado	8	44
Mês 6 — avaliações no Google geradas	3	17
Mês 6 — pacientes novos por indicação desta coorte	2	9
Receita da coorte em 6 meses	R\$ 236 mil	R\$ 349 mil

Fonte: Elaboração própria.

Mesmos 100 pacientes, mesma clínica, mesmos médicos. A diferença de R\$ 113 mil em seis meses veio de mensagens, ligações e um processo. Nenhum real de mídia.

E o efeito composto: a coorte com acompanhamento gerou 9 pacientes novos por indicação e 17 avaliações, que alimentam a descoberta e a confiança dos próximos meses. O lado direito do Bowtie enchendo o esquerdo.

Réguas por situação clínica

Uma régua é uma sequência de contatos com gatilho, momento, canal, conteúdo e responsável. Abaixo, as cinco situações que cobrem a maior parte das clínicas. Adapte os intervalos à sua especialidade.

Tabela 24 — Régua 1 — Pós-consulta (todos os pacientes)

Momento	Canal	Conteúdo	Responsável
Mesmo dia, à noite	WhatsApp	Agradecimento, resumo do próximo passo (exame, retorno, orientação), como tirar dúvidas	Automático
Dia seguinte	WhatsApp	Pergunta de NPS (0-10) com campo aberto	Automático, leitura humana
7 dias	WhatsApp	"Conseguiu marcar o exame?" (se houver pedido pendente)	Atendimento

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 25 — Régua 2 — Exame ou encaminhamento pendente

Momento	Canal	Conteúdo
7 dias sem retorno	WhatsApp	Lembrete, com onde fazer e como enviar o resultado
21 dias	Ligação	Verificar dificuldade (preço, local, medo), oferecer alternativa
Resultado recebido	WhatsApp	Confirmação de recebimento e agendamento do retorno em dois horários

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 26 — Régua 3 — Orçamento de procedimento em aberto (o caso do Instituto)

Momento	Canal	Conteúdo
3 dias	WhatsApp	“Ficou alguma dúvida sobre o que conversamos? Posso te mandar o material sobre a recuperação”
10 dias	WhatsApp	Vídeo educativo (Capítulo 8) sobre a etapa que mais gera medo ou dúvida
21 dias	Ligação do atendimento	Entender a objeção real (dinheiro, medo, cônjuge, tempo) e oferecer um caminho (parcelamento, conversa com o médico, data futura)
45 dias	WhatsApp	Última mensagem ativa: disponibilidade de datas e canal aberto
6 meses	WhatsApp	Reavaliação: “seu exame tem validade de X; quer atualizar?”

Fonte: Elaboração própria.

Essa régua sozinha levou a taxa de fechamento do Instituto entre aptos de 66% para 78% em quatro meses. Sem um paciente novo.

Tabela 27 — Régua 4 — Retorno clínico programado (crônicos e rotina)

Momento	Canal	Conteúdo
30 dias antes	WhatsApp	“Seu retorno de [rotina anual / controle] está próximo. Dois horários: X ou Y?”
14 dias antes, se não agendou	WhatsApp	Segundo lembrete com link de agendamento

continua na página seguinte

Tabela 27 — Régua 4 — Retorno clínico programado (crônicos e rotina)
(continuação)

Momento	Canal	Conteúdo
7 dias após a data ideal, se não veio	Ligação	Reagendamento

Fonte: Elaboração própria.

Esta é a régua que muda a taxa de retorno. No Instituto Olhar, a consulta oftalmológica anual é indicação clínica para praticamente toda a base. A régua 4 aplicada aos 11 mil pacientes, com a base legal de tutela da saúde (Capítulo 4), levou a taxa de retorno de 14% para 31% em 12 meses. São cerca de 1.900 consultas adicionais no ano.

Tabela 28 — Régua 5 — Reativação de base inativa

Momento	Canal	Conteúdo
Dia 0	WhatsApp	Mensagem pessoal, em nome do médico: "faz um tempo que não nos vemos; a revisão de [X] é recomendada a cada [Y]. Quer agendar?" com opção clara de não receber mais
Dia 10, sem resposta	WhatsApp	Uma única mensagem com um horário concreto
Sem resposta	—	Encerra. Não insistir

Fonte: Elaboração própria.

Para quem está há mais de 18 meses sem contato. Aqui a base legal muda: se a mensagem é lembrete de cuidado clinicamente indicado, é tutela da saúde; se é oferta de novo serviço, é mar-

keting e exige o consentimento que o paciente deu (ou não) no termo. Separe a base em dois grupos antes de disparar.

Taxa típica de resposta: 8% a 15% da base inativa. Em 11 mil pacientes, entre 900 e 1.600 conversas, sem custo de mídia.

Infográfico 22 — Resumo das réguas de relacionamento (1 de 3)

1 Pós-consulta (todos os pacientes)

Mesmo dia, à noite Agradecimento + próximo passo

Dia seguinte NPS (0–10)

7 dias "Conseguiu marcar o exame?"

2 Exame ou encaminhamento pendente

7 dias sem retorno Lembrete + onde fazer

21 dias Ligação — entender a dificuldade

Resultado recebido Confirmação + agenda retorno

Infográfico 22 — Resumo das réguas de relacionamento (2 de 3)

3 Orçamento de procedimento em aberto

3 dias "Ficou alguma dúvida?"

10 dias Vídeo educativo

21 dias Ligação — objeção real

45 dias Última mensagem ativa

6 meses Reavaliação do exame

Caso Instituto Olhar: fechamento entre aptos subiu de 66% para 78% em 4 meses — sem um paciente novo

Infográfico 22 — Resumo das réguas de relacionamento (3 de 3)

4 Retorno clínico programado

30 dias antes Dois horários sugeridos

14 dias antes, sem agendar Segundo lembrete

7 dias após, se não veio **Ligação — reagendamento**

Caso Instituto Olhar: retorno subiu de 14% para 31% em 12 meses — ≈1.900 consultas adicionais/ano

5 Reativação de base inativa (18+ meses)

Dia 0 Mensagem pessoal, em nome do médico

Dia 10, sem resposta Uma mensagem, um horário concreto

Ainda sem resposta **Encerra — não insistir**

Resposta típica: 8–15% da base inativa. Em 11 mil pacientes, 900–1.600 conversas sem custo de mídia

Fonte: Elaboração própria.

As regras que tornam a régua boa e não invasiva

Uma régua mal feita é spam com CRM. Cinco regras separam as duas coisas.

1. **Cada mensagem tem uma razão clínica ou de serviço.** Se você não consegue dizer por que o paciente se beneficia de receber aquela mensagem, ela não vai.
2. **Frequência baixa e previsível.** Nenhuma régua manda mais de uma mensagem por semana, e a maioria manda uma por mês ou menos.
3. **Toda mensagem permite sair.** Uma frase, no final, e o pedido é cumprido no mesmo dia.

4. **Toda resposta cai numa pessoa.** A automação dispara; o humano conversa. Um paciente que responde “estou com medo” e recebe outra mensagem automática está perdido.
5. **Dado sensível não trafega no WhatsApp.** A mensagem diz “seu exame está pronto, acesse pelo portal”; nunca o resultado.

O no-show pelo ângulo do acompanhamento

O Capítulo 10 tratou do no-show como conversão. Aqui ele aparece como sintoma de vínculo. As pesquisas brasileiras sobre absenteísmo convergem: o Panorama das Clínicas e Hospitais de 2022 (Doctoralia e Feegow) encontrou que 85% das instituições privadas reportam taxas entre 5% e 20%, e um estudo publicado na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, com mais de três mil consultas, mediu 19,2% de faltas, com variação grande por especialidade. Uma parte relevante dessas faltas tem a mesma origem que o paciente que some: ausência de vínculo entre a consulta e o dia seguinte.

Um paciente que recebeu a mensagem de agradecimento na noite da primeira consulta, respondeu ao NPS e foi lembrado do exame tem uma relação com a clínica que o paciente da Vitalis não tinha. Ele falta menos, e quando precisa remarcar, avisa. Na Vitalis, depois das régua 1 e 4, o no-show de retorno caiu de 19% para 9%, abaixo do no-show de primeira consulta. É o inverso do padrão da maioria das clínicas, onde o retorno falta mais do que a primeira vez.

Ferramenta: o mínimo necessário

O que executa tudo isso é um CRM com automação de mensagens e agenda integrada, ou uma combinação de sistema de gestão com um disparador conectado ao WhatsApp institucio-

nal. O critério de escolha não é preço nem quantidade de recursos; é responder a quatro perguntas:

- Ele dispara mensagens com base em eventos da agenda (consulta realizada, retorno vencido, orçamento aberto)?
- Ele registra a resposta do paciente e coloca numa fila para um humano?
- Ele registra o consentimento e respeita o pedido de saída?
- Ele mostra, por régua, quantos pacientes voltaram?

Se responde às quatro, serve. Se não responde à segunda ou à terceira, não serve, por mais barato que seja.

Aplicação: as régua da sua clínica em 30 dias

1. Liste as cinco situações (pós-consulta, exame pendente, orçamento aberto, retorno programado, base inativa) e escreva, para cada uma, os intervalos que fazem sentido clínico na sua especialidade.
2. Escreva as mensagens. Curtas, em nome do médico ou da clínica, com razão clínica, com saída.
3. Separe a base em dois grupos pela base legal (tutela da saúde vs. marketing) e verifique o termo de consentimento.
4. Comece pela régua 3 (orçamento aberto) se você tem procedimento eletivo, ou pela régua 4 (retorno) se tem paciente crônico. Uma régua por vez.
5. Meça, a cada 30 dias, a taxa de retorno e a taxa de fechamento. Compare com o mês anterior ao início.

Resumo do capítulo

1. O paciente some porque esqueceu, não decidiu ou melhorou. Nenhuma das três é sobre o médico; todas são resolvidas por alguém falando com ele no momento certo.

2. Régua de relacionamento por situação clínica (pós-consulta, exame, orçamento, retorno, reativação) são a receita mais barata disponível: a mesma coorte de 100 pacientes rende R\$ 113 mil a mais em seis meses, e alimenta o lado esquerdo com indicação e avaliação.
3. Régua boa tem razão clínica, frequência baixa, saída fácil, resposta humana e nenhum dado sensível no WhatsApp. O que separa isso de spam é o cuidado, não a ferramenta.

No próximo capítulo: como transformar retenção em receita sem empurrar procedimento.

Capítulo 12

Monetização ética

Há uma palavra que faz médico torcer o nariz: monetização. Ela evoca a clínica que vende procedimento desnecessário, o dentista que "descobre" cinco cáries, a estética que empurra pacote. E o receio é legítimo, porque a linha entre cuidar bem e vender mais é fina, e a norma do Capítulo 4 existe justamente por isso.

Este capítulo parte de uma premissa: **a monetização ética é a consequência de o paciente ser bem cuidado durante mais tempo.** Não é vender mais para o mesmo paciente; é o paciente que fica e faz tudo o que precisa fazer, com você. O que você vai conseguir fazer ao final: calcular o valor de um paciente ao longo do tempo, identificar onde a receita está vazando por falta de continuidade e transformar a indicação de acidente em sistema.

O valor de um paciente ao longo do tempo

A conta que muda a forma como você olha para mídia e para retenção é o valor do paciente ao longo da relação (o LTV do jargão). Ela é simples:

Valor do paciente = ticket médio por visita × visitas por ano × anos de relação, mais procedimentos, mais o valor dos pacientes que ele indica.

Para os três casos:

Tabela 29 — LTV dos pacientes ao longo do tempo

	Dra. Renata (particular)	Vitalis (média)	Instituto Olhar
Ticket por consulta	R\$ 450	R\$ 190	R\$ 380
Visitas por ano	2,3	1,8	1,1
Anos de relação (média)	2,5	1,6	1,3
Receita de consultas na relação	R\$ 2.590	R\$ 547	R\$ 543
Procedimentos na relação (média ponderada)	R\$ 1.400	R\$ 320	R\$ 3.600
Valor do paciente (sem indicação)	R\$ 3.990	R\$ 867	R\$ 4.143
Custo para trazer um paciente novo (Cap. 7-10)	R\$ 58	R\$ 32	R\$ 190

Fonte: Elaboração própria.

Duas coisas saltam da tabela.

A primeira: o custo de aquisição é uma fração pequena do valor do paciente em todos os casos. A discussão de “quanto gastar em média” costuma ser conduzida como se o paciente valesse uma consulta. Ele vale de 10 a 20 vezes isso, se ficar.

A segunda: a linha “anos de relação” é a mais sensível e a mais barata de mover. Se o Instituto Olhar levar a relação média de 1,3 para 2,5 anos com a régua de retorno, o valor do paciente quase dobra, e a maior parte disso é consulta anual e exame de rotina, que o paciente precisa fazer de qualquer forma.

Os quatro lugares onde a receita vaza

A monetização ética não cria demanda. Ela fecha buracos por onde a receita que já deveria existir está escapando.

1. Adesão ao plano de tratamento. O paciente sai com um plano (exame, fisioterapia, medicação, retorno) e cumpre metade. Cada etapa não cumprida é cuidado que não aconteceu e receita que não entrou. A régua 2 do Capítulo 11 trata disso. Na Dra. Renata, 35% dos pacientes com indicação de fisioterapia não iniciavam; com a régua e uma parceria com uma clínica de fisioterapia que reporta o início, esse número caiu para 15%.

2. Procedimento eletivo em aberto. O orçamento entregue e não fechado. A régua 3. O Instituto tinha 34% de aptos não operados; hoje tem 22%. Cada ponto percentual são cerca de R\$ 45 mil por ano.

3. Retorno não realizado. A consulta anual, o controle semestral, o exame periódico. A régua 4. É a maior alavanca em especialidades crônicas e de rotina, e a mais negligenciada.

4. Serviço que o paciente precisa e não sabe que a clínica oferece. A Vitalis tem nutricionista, e 80% dos pacientes da endocrinologia não sabem. Informar é cuidado; não informar é omissão. A diferença entre isso e empurrar serviço está em uma pergunta: o médico indicou clinicamente? Se sim, a clínica comunica e facilita. Se não, não comunica.

Recorrência: o que a especialidade permite

Algumas especialidades têm recorrência natural (crônicos, rotina anual, pediatria, ginecologia) e outras não (trauma, cirurgia única). Isso define o que é ético estruturar.

Tabela 30 — Recorrência vs. especialidade

Tipo	Recorrência natural	O que estruturar
Crônicos (endocrino, cardio, psiquiatria)	Retornos regulares por indicação	Régua de retorno, teleconsulta para retornos simples, protocolo de exames periódicos
Rotina (oftalmo, gineco, dermato, pediatria)	Consulta anual ou semestral	Lembrete anual, "check-up" da especialidade com exames combinados
Procedimento único (refrativa, plástica, bariátrica)	Baixa	Pós-operatório longo (1 ano), reavaliação periódica, acompanhamento de complicações tardias
Trauma e agudo (ortopedia trauma, otorrino)	Baixa	Prevenção e reabilitação (fisioterapia, avaliação esportiva), retorno de alta

Fonte: Elaboração própria.

Em nenhum caso a recomendação é "criar" retorno. É garantir que o retorno que a boa prática já indica aconteça.

Uma estrutura que funciona em especialidades de rotina é o protocolo anual: um pacote de consulta mais exames de rastreio adequados à idade e ao perfil, com preço fechado, comunicado como o que é (uma rotina de prevenção que a especialidade recomenda). É permitido, desde que não seja apresentado como "pacote promocional" ou "consórcio", e é a forma mais simples de transformar o paciente de "veio uma vez" em "vem todo ano".

Preço e mix: a decisão que ninguém toma

A Dra. Renata não reajustava a consulta particular havia três anos, por medo de perder paciente. Enquanto isso, 60% da agenda era de convênio a R\$ 78 e R\$ 95.

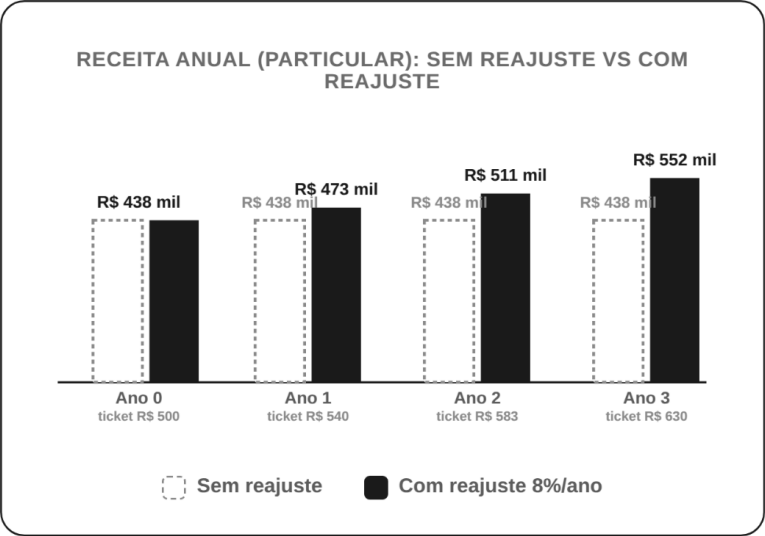
Preço é uma decisão de posicionamento (Capítulo 5) e de mix (Capítulo 9). Três regras práticas:

1. **O preço da consulta precisa refletir o valor por hora que a clínica precisa gerar.** Se o particular está muito abaixo do que a agenda comporta, a clínica está subsidiando o convênio com a hora do médico.
2. **Reajuste regular e comunicado.** Anual, pequeno, informado com antecedência aos pacientes recorrentes. A perda de pacientes com um reajuste de 8% a 10% é, na experiência da maioria das clínicas, muito menor do que o medo sugere, e o paciente que sai por isso era o que valia menos.
3. **Mix como meta explícita.** “Particular de 40% para 55% em 12 meses” é uma meta de marketing. Ela define quanto gastar em canal próprio e quantos horários de convênio liberar.

A Dra. Renata reajustou de R\$ 450 para R\$ 500, reduziu os horários do convênio que pagava R\$ 78 e, com o canal próprio do Google, levou o mix particular de 40% para 52% em oito meses. Receita 34% maior, mesma agenda, uma consulta a menos por dia.

Infográfico 23 — O impacto do reajuste anual no faturamento (1 de 2)

Ticket base	R\$ 500
Reajuste anual	8% ao ano, composto
Volume particular / ano	876 consultas



Infográfico 23 — O impacto do reajuste anual no faturamento (2 de 2)

RECEITA ADICIONAL VS. PREÇO CONGELADO

Ano 1	+R\$ 35 mil
Ano 2	+R\$ 73 mil
Ano 3	+R\$ 114 mil
Acumulado em 3 anos	≈ R\$ 222 mil

Mesma agenda, mesmo paciente. **O reajuste composto sozinho vale mais do que a maioria das campanhas de aquisição.**

Fonte: Elaboração própria.

Indicação como sistema

A indicação é o canal com maior conversão e menor custo. O Capítulo 2 mostrou que ela não é automática: precisa de gatilho. Aqui, o sistema.

Quando pedir. Nos momentos em que o paciente está grato e tem resultado: alta de tratamento, pós-operatório bem-sucedido, retorno em que o exame melhorou, resposta 9 ou 10 no NPS. Nunca na primeira consulta.

Como pedir. Uma frase do médico, na consulta (“se você conhecer alguém passando pelo mesmo, pode mandar para cá; a gente cuida”), e uma mensagem do atendimento no dia seguinte, com algo que o paciente possa encaminhar: o cartão digital da clínica, um vídeo educativo sobre a condição dele, o

link do perfil do Google. Sem cupom, sem desconto, sem “indique e ganhe”. Isso é vedado e, mais do que isso, desvaloriza a indicação.

Como registrar. O campo de origem (Capítulo 1) tem a opção “indicação de paciente”, e a recepção pergunta quem indicou. O paciente que indicou recebe um agradecimento pessoal, do médico. Isso é o que faz o segundo paciente indicado aparecer.

Como medir. Percentual de pacientes novos com origem “indicação de paciente”, mês a mês. Uma clínica com processo de acompanhamento e pedido sistemático costuma sair de 10% a 15% para 25% a 35% em um ano.

O que não é monetização ética

Para que não haja dúvida:

- Indicar exame ou procedimento sem indicação clínica.
- Criar retorno que a boa prática não recomenda.
- Usar a régua de relacionamento para ofertar serviço a quem não consentiu.
- Condicionar avaliação, indicação ou desconto.
- Apresentar protocolo de rotina como promoção ou pacote.
- Diferenciar a qualidade do atendimento pelo pagador.

Tudo isso, além de errado, aparece na agenda: paciente que percebe pressão não volta e não indica. A monetização ética é a única que sobrevive à tabela de retorno.

Aplicação: a conta da sua clínica

1. Calcule o valor do paciente com a fórmula, para o seu paciente particular típico. Compare com o custo de aquisição.

2. Para cada um dos quatro vazamentos, estime a taxa atual (adesão, fechamento de eletivo, retorno, serviço não informado). Marque o maior.
3. Defina o que a sua especialidade permite estruturar como recorrência, e escreva o protocolo.
4. Decida o reajuste e a meta de mix para 12 meses.
5. Escreva a frase de pedido de indicação e a mensagem do dia seguinte. Comece a registrar quem indicou.

Resumo do capítulo

1. O paciente vale de 10 a 20 vezes o custo de trazê-lo, e a linha mais barata de mover é a duração da relação.
2. Monetização ética não cria demanda; fecha quatro vazamentos: adesão, eletivo em aberto, retorno e serviço não informado. A pergunta que separa cuidado de venda é "o médico indicou clinicamente?".
3. Preço, mix e indicação são decisões, não acasos. Reajuste regular, meta de mix explícita e pedido de indicação no momento de gratidão, sem contrapartida.

No próximo capítulo: o painel de uma página que mantém tudo isso visível.

Capítulo 13

O painel da clínica

Todo mês, a agência da Vitalis mandava um relatório de 14 páginas. Alcance, impressões, cliques, CPM, CTR, engajamento, seguidores. A sócia-gestora abria, olhava o gráfico de alcance subindo e fechava. Ela não sabia dizer, olhando aquilo, se a clínica tinha ganhado ou perdido pacientes.

Um painel serve para uma coisa: permitir que o médico responda, em cinco minutos, à pergunta “onde está a restrição este mês?”. Se ele não responde a isso, é decoração. O que você vai conseguir fazer ao final deste capítulo: montar um painel de uma página com as métricas que importam, saber de onde cada uma vem e estabelecer o ritual mensal que transforma número em decisão.

Os dez números

O painel tem dez linhas, e cada uma corresponde a uma etapa do Bowtie ou a uma conta de fechamento. Nada além disso.

Tabela 31 — O painel da clínica

#	Métrica	Etapa	Fonte	Referência
1	Contatos novos por origem	Descoberta	CRM (campo origem)	Cresce mês a mês; origem própria acima de 50%
2	Avaliações novas no Google (e nota)	Confiança	Perfil da Empresa	8+ por mês por clínica; nota ≥ 4,7

continua na página seguinte

Tabela 31 — O painel da clínica (*continuação*)

#	Métrica	Etapas	Fonte	Referência
3	Tempo de primeira resposta (mediana)	Agendamento	WhatsApp / CRM	≤ 5 minutos em horário de atendimento
4	Taxa de agendamento por contato	Agendamento	CRM	45-60%
5	No-show	Primeira consulta	Agenda	≤ 12% (primeira consulta), ≤ 8% (retorno)
6	Taxa de aproveitamento	Meio	Contatos + atendidos	≥ 40%
7	Adesão ao plano (exame/ procedimento iniciado)	Adesão	Prontuário + CRM	≥ 75%
8	Taxa de retorno em 12 meses	Retorno	Agenda	≥ 40% (crônicos e rotina)
9	% de novos por indicação de paciente	Indicação	CRM	≥ 25%
10	Custo por paciente atendido, por canal	Fechamento	Mídia + atendidos (CRM)	Abaixo de 10% do valor do paciente

Fonte: Elaboração própria.

Mais três linhas de contexto, que não são métricas de marketing mas explicam as outras: ocupação por médico, ticket médio por pagador e mix particular/convênio.

Isso é tudo. Alcance, impressões, seguidores e CTR são métricas intermediárias que a agência usa para operar campanhas. Elas não entram no painel do médico, porque não respondem à pergunta que ele precisa responder.

De onde vem cada número

O painel exige que quatro fontes existam e conversem:

A **agenda** fornece no-show, retorno, ocupação e ticket. Qualquer sistema de gestão de clínica exporta isso; se o seu não exporta, é um problema do sistema.

O **CRM** fornece contatos por origem, tempo de resposta, agendamento por contato, adesão (se o status “iniciou exame/procedimento” for registrado) e indicação. É a fonte mais importante e a que a maioria das clínicas não tem. Sem CRM não há painel; há palpite.

O **Perfil da Empresa no Google** fornece avaliações, nota, e as ações no perfil (ligações, rotas, cliques), que são um indicador secundário de descoberta.

As **plataformas de mídia** fornecem o investimento por canal. Só isso. O número de pacientes por canal vem do CRM, não da plataforma, pelas razões do Capítulo 8.

O trabalho de montar o painel é, na prática, o trabalho de garantir que a recepção registra origem e status em cada contato. Tudo o mais é exportação e uma planilha.

O ritual mensal

O painel só funciona com um ritual. Sem ritual, ele vira o relatório de 14 páginas que ninguém lê.

Quando. Uma vez por mês, na primeira semana, 45 minutos. Presentes: o médico responsável, quem cuida do atendimento e, se houver, quem cuida da mídia (agência ou interno).

Como. Três perguntas, nessa ordem:

1. **Qual linha piorou ou está mais longe da referência?** Essa é a restrição do mês. Uma só.
2. **O que foi feito no mês passado sobre a restrição anterior, e funcionou?** Se funcionou, a restrição se moveu; se não, a ação estava errada ou incompleta.

3. **Qual é a única ação para o próximo mês?** Uma ação, um responsável, uma data. Não um plano.

O que não fazer. Discutir criativo, discutir post, discutir o concorrente, discutir a agência. Nada disso responde às três perguntas.

O painel dos três casos, doze meses depois

Para fechar os casos, o painel de cada clínica um ano após o diagnóstico do Capítulo 3.

Tabela 32 — Resumo dos nossos três casos após as intervenções sugeridas

Métrica	Dra. Renata	Vitalis	Instituto Olhar
Contatos novos/mês (origem própria)	8% → 41%	39% → 58%	61% → 74%
Avaliações Google (total)	14 → 96	210 → 540	900 → 1.480
Tempo de resposta (mediana)	12 min → 4 min	47 min → 3 min	6 min → 4 min
Agendamento por contato	44% → 53%	31% → 52%	49% → 55%
No-show (1ª consulta)	11% → 8%	26% → 12%	9% → 7%
Taxa de aproveitamento	39% → 49%	23% → 46%	45% → 51%
Adesão ao plano	65% → 85%	não medido → 71%	66% → 78%
Retorno 12 meses	47% → 56%	31% → 44%	14% → 31%
Novos por indicação de paciente	16% → 29%	12% → 24%	9% → 22%
Custo por paciente atendido	— → R\$ 58	R\$ 64 → R\$ 31	R\$ 190 → R\$ 168
Mix particular	40% → 52%	55% → 61%	100%
Receita (variação em 12 meses)	+34%	+47%	+38%

Fonte: Elaboração própria.

Nenhuma das três dobrou o orçamento de mídia. A Dra. Renata começou a investir (R\$ 1.800/mês); a Vitalis manteve os R\$ 9 mil; o Instituto subiu de R\$ 12 mil para R\$ 15 mil. O crescimento veio de ler a agenda, achar a restrição e tratá-la, uma por vez.

E as restrições se moveram. A Dra. Renata, que começou em descoberta, hoje tem restrição de capacidade: está decidindo se contrata um segundo ortopedista, o que reabre a decisão de médico-marca versus clínica-marca. A Vitalis, que começou em conversão, hoje tem restrição em adesão. O Instituto, que começou em retorno, hoje tem restrição em descoberta de novo, porque a base está sendo bem cuidada e a agenda tem espaço.

É assim que funciona. O painel mostra a restrição, a restrição é tratada, e a próxima aparece.

Aplicação: o painel em uma semana

1. Verifique quais das dez métricas você consegue produzir hoje. As que não consegue são as lacunas de registro; comece a registrar amanhã.
2. Monte a planilha com as dez linhas mais as três de contexto. Uma coluna por mês.
3. Preencha os últimos três meses com o que tiver, mesmo estimado. Marque o que é estimativa.
4. Agende o ritual mensal, com os presentes e as três perguntas.
5. Peça à agência, se houver, que o relatório dela passe a ter uma página: investimento por canal e o que ela precisa do CRM. O resto é operacional dela.

Resumo do capítulo

1. O painel tem dez métricas, uma por etapa do Bowtie mais o fechamento, e responde a uma pergunta: onde está a restrição este mês. Alcance, seguidores e CTR não entram.
2. A fonte mais importante é o CRM com origem e status. Sem ele não há painel.
3. O ritual mensal de 45 minutos com três perguntas (o que piorou, o que foi feito, qual a única ação) é o que transforma número em decisão. Uma restrição por vez, uma ação por mês.

No último capítulo: o plano de 90 dias, do diagnóstico à primeira restrição tratada.

Capítulo 14

Os primeiros 90 dias

Você chegou aqui com o Bowtie desenhado, a restrição identificada e a frase do Capítulo 3 escrita: “Minha restrição hoje é [etapa], porque [métrica] está em [número] e deveria estar em [número razoável]”.

Este capítulo transforma a frase em 90 dias de trabalho. Ele tem uma estrutura fixa (três fases de 30 dias) e um conteúdo variável (o que fazer em cada fase depende da restrição). Ao final, você terá um plano executável, com marcos, responsáveis e o que medir para saber se funcionou.

A estrutura: três fases

Tabela 33 — Estruturando a sua clínica

Fase	Dias	Objetivo	Marco de saída
1. Fundação	1-30	Ter os dados, a conformidade e a infraestrutura mínima	Painel preenchido, CRM registrando origem e status, termo de consentimento revisado, WhatsApp institucional
2. Restrição	31-60	Tratar a restrição identificada, e só ela	A métrica da restrição moveu na direção certa
3. Consolidação	61-90	Tornar o que funcionou um processo, e identificar a próxima restrição	Ritual mensal rodando, processo documentado, nova frase de restrição escrita

Fonte: Elaboração própria.

A tentação, nos primeiros 30 dias, é pular a fundação e ir direto para a ação. Não pule. Sem CRM registrando origem, você não vai conseguir saber se a fase 2 funcionou. Sem o termo de consentimento, a régua de reativação não pode rodar. Sem WhatsApp institucional, o tempo de resposta não é mensurável.

Fase 1 — Fundação (dias 1 a 30), igual para todos

Semana 1: ler a agenda.

- Extrair as seis métricas do Capítulo 1 dos últimos 90 dias.
- Montar o painel do Capítulo 13 com o que existir, marcando o que é estimativa.
- Fazer a auditoria de marca em modo anônimo (Capítulo 5).

Semana 2: conformidade.

- Classificar os últimos 30 posts na tabela de três colunas (Capítulo 4). Remover ou corrigir o que estiver na coluna vedada.
- Revisar o termo de consentimento: canais, finalidades, saída.
- Verificar nome, CRM e RQE em todos os pontos de contato.

Semana 3: infraestrutura.

- WhatsApp institucional com acesso controlado.
- CRM (o mais simples que atenda às quatro perguntas do Capítulo 11) com campos: nome, origem, status, motivo de perda.
- Recepção instruída a perguntar e registrar origem em todo contato novo.

Semana 4: mapa.

- Desenhar o Bowtie com métricas por etapa (Capítulo 3).

- Medir os quatro momentos da verdade por duas semanas (Capítulo 6).
- Escrever a frase de restrição. Se a fase 1 mudou o diagnóstico, melhor saber agora.

Fase 2 — Restrição (dias 31 a 60), por tipo

Escolha a trilha que corresponde à sua frase.

Trilha A — Restrição em descoberta (o caso da Dra. Renata).

- Dias 31-37: Perfil da Empresa no Google completo (tabela do Capítulo 7). Fotos reais, categoria específica, serviços com preço, WhatsApp.
- Dias 31-45: processo de avaliações (Capítulo 5): pedido sistemático nos momentos certos, link direto, resposta a todas.
- Dias 38-45: página por serviço para os cinco problemas principais (Capítulo 7).
- Dias 45-60: campanha de busca com estrutura mínima, R\$ 1.000 a R\$ 2.000/mês, medindo paciente atendido por origem.
- Se a especialidade é eletiva: gravar os primeiros oito vídeos educativos e iniciar campanha de visualização (Capítulo 8).
- **Métrica de saída:** contatos novos de origem própria por mês, e custo por paciente atendido.

Trilha B — Restrição em agendamento e comparecimento (o caso da Vitalis).

- Dias 31-35: definir quem responde o WhatsApp e em que horário. Meta: 80% em 5 minutos.
- Dias 31-40: escrever e implantar o script de cinco movimentos e as respostas às três objeções (Capítulo 10).

- Dias 36-45: ativar confirmação em dois momentos (48h e 3h) e lista de espera.
- Dias 45-60: régua 1 (pós-consulta) e mensagem de recuperação 24h para conversas paradas.
- Enviar status “compareceu” de volta ao Google como conversão offline; na Meta, dentro do que a categoria do pixel permitir.
- **Métrica de saída:** taxa de aproveitamento e no-show.

Trilha C — Restrição em adesão e retorno (o caso do Instituto Olhar).

- Dias 31-40: separar a base pela base legal (tutela vs. marketing) e pelo tempo desde o último contato.
- Dias 31-45: implantar a régua mais relevante: régua 3 (orçamento aberto) para eletivo, régua 4 (retorno programado) para crônico e rotina.
- Dias 40-50: régua 2 (exame pendente) e pedido de indicação no momento de gratidão (Capítulo 12).
- Dias 50-60: régua 5 (reativação) para o grupo com base legal de tutela; o grupo de marketing só com consentimento.
- Definir protocolo anual ou de reavaliação, se a especialidade permitir.
- **Métrica de saída:** taxa de fechamento de eletivo ou taxa de retorno, e % de novos por indicação.

Se a sua restrição for outra (confiança, por exemplo, com boa descoberta e baixa taxa de contato), a lógica é a mesma: os capítulos 5 e 8 têm as ações, e a métrica de saída é a taxa de contato por visualização de perfil e a nota.

Fase 3 — Consolidação (dias 61 a 90), igual para todos

Semana 9-10: documentar.

- O que funcionou vira processo escrito: script, réguas, checklist de perfil, política de avaliações. Uma página cada, com dono.
- O que não funcionou é registrado com a hipótese do porquê.

Semana 11: primeiro ritual mensal completo.

- Painel preenchido com 60 dias de dados reais.
- As três perguntas do Capítulo 13.
- Nova frase de restrição. Ela provavelmente mudou.

Semana 12: decidir o próximo ciclo.

- Se a restrição se moveu para outra etapa, a próxima trilha começa no dia 91.
- Se não se moveu, a ação da fase 2 estava incompleta. Volte a ela antes de mudar de trilha.
- Rever o mix e o preço (Capítulo 12) se a agenda começou a lotar.

O que vai tentar te tirar do plano

Cinco coisas, previsíveis:

A agência com uma ideia nova. Um formato, uma plataforma, um "case". A resposta é a pergunta do painel: qual linha isso move? Se não for a linha da restrição, fica para depois.

O mês bom. A agenda lotou por um motivo qualquer (sazonalidade, um convênio novo) e a sensação é de que o problema acabou. Não acabou; a tabela de origem vai mostrar de onde veio.

O mês ruim. A agenda caiu e a reação é gastar mais em mídia. Antes disso, o painel: a queda foi em descoberta ou em conversão? Gostar em mídia com restrição em conversão é o erro da Vitalis, de novo.

A comparação com o colega. O médico do Instagram com 80 mil seguidores. O painel dele, se existir, tem as mesmas dez linhas que o seu, e você não sabe o que elas dizem.

O cansaço com o registro. A recepção vai parar de anotar origem na terceira semana se ninguém olhar. O ritual mensal é o que mantém o registro vivo, porque alguém pergunta.

Aplicação: o seu plano em uma página

Preencha e cole na parede da sala da coordenação:

1. **Frase de restrição:** "Minha restrição hoje é ____, porque ____ está em ____ e deveria estar em ____."
2. **Trilha:** A, B ou C.
3. **Marco da fase 1 (dia 30):** painel, CRM, termo, WhatsApp. Responsável: ____.
4. **Ações da fase 2 (dias 31-60):** as quatro ou cinco da trilha, com responsável e data cada.
5. **Métrica de saída e valor esperado no dia 60:** ____.
6. **Data do primeiro ritual mensal:** ____.

Resumo do capítulo

1. Três fases de 30 dias: fundação (dados, conformidade, infraestrutura), restrição (uma trilha, uma métrica) e consolidação (processo, ritual, próxima restrição).
2. Não pule a fundação. Sem CRM registrando origem, você não saberá se a fase 2 funcionou.
3. O que vai tentar te tirar do plano é previsível: a ideia nova, o mês bom, o mês ruim, o colega e o cansaço. A resposta a todos é a mesma pergunta: qual linha do painel isso move?

Conclusão — A agenda de daqui a um ano

Na abertura, três clínicas e uma promessa: aprender a ler a agenda. Doze meses depois, no Capítulo 13, as três agendas leem diferente. A Dra. Renata controla 41% da própria origem. A Vitalis atende o dobro de pacientes com o mesmo dinheiro. O Instituto Olhar fala com a base que já tinha e cresce 38% sem depender de paciente novo.

Nenhuma delas fez marketing "melhor" no sentido em que a palavra costuma ser usada. Nenhuma descobriu um formato, um segredo de algoritmo, uma agência genial. As três fizeram a mesma coisa em ordens diferentes: leram a agenda, acharam a restrição e trataram uma por vez.

O modelo em uma página

Se você guardar uma página deste livro, que seja esta.

A agenda é a demonstração de resultado. Ocupação, no-show, retorno, ticket, origem e tempo até a primeira consulta já estão lá. Leia antes de gastar.

O Bowtie tem sete etapas. Descoberta, confiança, agendamento, primeira consulta, adesão, retorno, indicação. Cada uma tem uma métrica. A clínica é uma cadeia, e a etapa mais fraca define o resultado.

Uma restrição por vez. Melhorar qualquer etapa antes da mais fraca é desperdício. Ache a mais fraca, trate, meça, ache a próxima.

Fundamentos antes de investir. O que a lei permite (com condições), o que a marca comunica sem você perceber (avaliações, especialidade, velocidade), onde a opinião do paciente é formada (primeiro contato, chegada, espera, saída).

Lado esquerdo: capturar intenção antes de criar demanda. Google primeiro, porque o paciente já procura. Meta e vídeo depois, com mais peso quanto mais eletiva a especialidade, dentro das regras novas de sinal. Canais de terceiros como fornecedores, nunca como donos. E o buraco do meio, entre o clique e a cadeira, medido pela taxa de aproveitamento.

Lado direito: a receita mais barata. O paciente some porque esqueceu, não decidiu ou melhorou. Réguas de relacionamento por situação clínica resolvem as três, e a coorte bem acompanhada alimenta o lado esquerdo com indicação e avaliação. Monetização ética é fechar vazamentos, não criar demanda.

Um painel de dez linhas e um ritual de 45 minutos. Onde está a restrição este mês, o que foi feito, qual a única ação.

O primeiro movimento

Nas próximas 48 horas, faça uma coisa só: extraia da agenda a tabela de origem dos últimos 90 dias. De onde veio cada paciente novo.

Se a recepção não registra, comece a perguntar amanhã e volte à tabela em 30 dias. Se registra, você vai olhar para a distribuição e saber, antes de terminar de ler a tabela, se a sua restrição está em descoberta ou em outro lugar.

Tudo o mais neste livro depende dessa tabela. É o menor passo com a maior consequência.

O que vai puxar de volta

Daqui a três meses, a agenda vai encher por um motivo qualquer e você vai pensar que o problema acabou. Daqui a seis, uma agência vai apresentar um formato novo e você vai querer testar. Daqui a nove, um mês ruim vai fazer você querer dobrar o orçamento de mídia.

Em todos os casos, a pergunta é a mesma: qual linha do painel isso move? Se a resposta é “a linha da restrição”, faça. Se não é, anote para depois. O painel existe para que você não precise confiar na sensação.

Uma palavra sobre o que este livro não é

Ele não substitui a leitura da resolução do seu conselho, nem uma conversa com um advogado sobre a LGPD na sua clínica, nem o julgamento clínico sobre o que é indicado para cada paciente. As normas, os números de mercado e as políticas das plataformas citados aqui foram conferidos na data da redação e vão mudar. A estrutura do raciocínio é o que se transfere: agenda, Bowtie, restrição, painel.

E ele não substitui a medicina. Tudo o que está aqui pressupõe que o atendimento é bom. Se não for, o acompanhamento vai trazer de volta um paciente que vai sair de novo, e a avaliação vai contar isso para os próximos. A agenda também não mente sobre isso.

Antes de fechar

Se este livro mudou o jeito como você olha para a sua agenda, duas coisas ajudam a chegar a outros médicos: uma avaliação na página do livro na Amazon, com o que foi mais útil, e uma recomendação a um colega que esteja vivendo o caso da Dra. Renata, da Vitalis ou do Instituto.

As planilhas de painel, de tabela de origem e as régua de relacionamento descritas aqui estão disponíveis em formato editável no endereço indicado na página de contato do autor, ao final.

Boa leitura da sua agenda.

Nota sobre os casos e os dados

Os três casos são compostos a partir de padrões recorrentes em clínicas reais. Os números são internamente consistentes e realistas, mas ilustrativos: mostram a ordem de grandeza e a direção dos efeitos, não preveem resultados. Substitua pelos dados da sua operação antes de qualquer decisão.

Dados de mercado (Demografia Médica 2025; Perfil do Paciente Digital e Panorama das Clínicas e Hospitais, da Doctoralia e Feegow; estudos de absenteísmo), normas (Resolução CFM 2.336/2023 e Manual de Publicidade Médica; Resoluções CFO 118/2012, 196/2019 e 271/2025; Lei 13.709/2018; Lei 14.510/2022 e Resolução CFM 2.314/2022) e políticas de plataformas (Google Ads e Meta) foram conferidos na data da redação e devem ser atualizados na data de publicação.

Referências

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União, Brasília, 15 ago. 2018.

BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Autoriza e disciplina a prática da telessaúde em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina. Diário Oficial da União, Brasília, 5 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.336, de 8 de setembro de 2023. Dispõe sobre a publicidade e propaganda médica. Diário Oficial da União, Brasília, 13 set. 2023. Em vigor a partir de 11 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Manual de Publicidade Médica: orientações para a aplicação da Resolução CFM nº 2.336/2023. Brasília: CFM, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: CFO, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 196, de 29 de janeiro de 2019. Autoriza a divulgação de autorretratos (selfies) e de imagens relativas ao diagnóstico e à conclusão de tratamentos odontológicos. Rio de Janeiro: CFO, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 271, de 2025. Rio de Janeiro: CFO, 2025.

DOCTORALIA. Perfil do Paciente Digital 2025. 6. ed. São Paulo: Doctoralia, 2025.

DOCTORALIA. Perfil do Paciente Digital 2026. São Paulo: Doctoralia, 2026.

DOCTORALIA; FEEGOW. Panorama das Clínicas e Hospitais 2022. São Paulo: Doctoralia, 2022.

DOCTORALIA; FEEGOW. Panorama das Clínicas e Hospitais 2025. São Paulo: Doctoralia, 2025.

GOLDRATT, Eliyahu M.; COX, Jeff. A meta: um processo de melhoria contínua. Tradução brasileira. São Paulo: Nobel, 2014. Edição original: The Goal, 1984.

GOOGLE. Políticas do Google Ads: Saúde e medicamentos. Disponível em: support.google.com/adspolicy. Acesso em: set. 2026.

SILVEIRA, G. S. da et al. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 13, n. 40, p. 1-7, 2018.

META. Padrões de anúncios: saúde e bem-estar; atributos pessoais. Central de Transparência da Meta. Disponível em: transparency.meta.com/policies/ad-standards. Acesso em: set. 2026.

META. Restrições de compartilhamento de dados para fontes de dados de saúde e bem-estar. Central de Ajuda para Empresas da Meta, 2025.

MUNDIM, Matheus. O Algoritmo Nunca Erra: por que o seu tráfego pago não converte e o que fazer sobre isso. Edição do autor, 2026.

RAWSON, Alex; DUNCAN, Ewan; JONES, Conor. The truth about customer experience. Harvard Business Review, v. 91, n. 9, p. 90-98, set. 2013.

SCHEFFER, Mário et al. Demografia Médica no Brasil 2025. São Paulo: FMUSP, AMB, 2025.

VAN DER KOOIJ, Jacco. Revenue Architecture: designing and building a recurring revenue business. Winning by Design, 2023.

Sobre o autor

Matheus Mundim é fundador e Gerente PE&G da V4 Mundim & Co.

Economista pela UFU e mestre em Administração pela UFSC, com foco em Marketing. Fundou e lidera a V4 Mundim & Co como Gerente PE&G — uma das maiores unidades da rede V4 Company, a maior assessoria de marketing digital do Brasil. É Equity Partner e integra o Top 10 do ranking V4.

São mais de 60 pessoas no time, mais de 500 projetos liderados em 6 anos de V4 Company e mais de 100 profissionais desenvolvidos. Hoje aplica Teoria das Restrições e inteligência artificial em cada etapa do Método V4 — porque acredita que marketing sem método é custo, não investimento.

Contato

E-mail — mundim.m.a.b@gmail.com

Site — matheusmundim.com

Instagram — [@matheusmundim](https://www.instagram.com/matheusmundim)

Uma última coisa

Se alguma parte deste livro mudou o que você vai fazer na segunda-feira, me conta. Não por gentileza — é assim que eu descubro qual capítulo está funcionando de verdade e qual precisa ser reescrito na próxima edição.

O jeito mais simples: poste no Instagram marcando @matheusmundim e escreva a frase ou o número que te fez parar. Não precisa mandar o arquivo para ninguém — quem se interessar pede um exemplar de cortesia direto para mim, e eu envio.

Leio todas. E, quando o caso é interessante, respondo com o que eu faria no lugar.

Onde me achar

@matheusmundim no Instagram
matheusmundim.com
mundim.m.a.b@gmail.com

O próximo passo

Livro lido é livro que não muda nada. O que muda alguma coisa é a tarde que você reserva para preencher os seis números do Capítulo 1 com os dados reais da sua recepção.

Faça isso e você vai terminar com três coisas: a sua taxa de ocupação real, a sua taxa de aproveitamento entre contato e consulta, e a resposta para de onde vêm os seus pacientes novos. Com essas três, a restrição fica evidente, e o plano de 90 dias do Capítulo 14 deixa de ser genérico e passa a ser seu.

Quando tiver os números na mão, me mande. Eu leio, comento e devolvo o que eu faria no seu lugar — sem custo e sem compromisso. É o tipo de conversa que rende mais em vinte minutos do que qualquer proposta comercial.

Onde me achar

mundim.m.a.b@gmail.com

matheusmundim.com

@matheusmundim no Instagram

Este exemplar é de cortesia e não se destina a redistribuição. Se alguém precisar do livro, peça um exemplar para mim — é gratuito.