

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

# O crepúsculo da phronesis e a ascensão do leviatã algorítmico: uma exegese crítica sobre a substituição do juízo clínico pela razão computacional na era da tecnociência

Reginaldo Eugênio Ramos Teodoro

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.15060>

Submetido em: 2026-02-06

Postado em: 2026-02-24 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

# O CREPÚSCULO DA *PHRONESIS* E A ASCENSÃO DO LEVIATÃ ALGORÍTMICO: UMA EXEGESE CRÍTICA SOBRE A SUBSTITUIÇÃO DO JUÍZO CLÍNICO PELA RAZÃO COMPUTACIONAL NA ERA DA TECNOCIÊNCIA

**Autor/Author: Reginaldo Eugênio Ramos Teodoro**

 <https://orcid.org/0009-0008-0711-578X>

Faculdade de Medicina, Universidade São Francisco, Brasil

Faculdade de Engenharia de Software, Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Médico na Estratégia de Saúde da Família em Ponte Alta, Santa Catarina, Brasil

Contato: [reginaldo.teodoro@cs.cruzeirosul.edu.br](mailto:reginaldo.teodoro@cs.cruzeirosul.edu.br)

## Conflito de Interesse

1. Vínculos Institucionais e Empregatícios: O autor declara que é médico e atua em outras áreas relativas à software e programação. O desenvolvimento deste trabalho foi realizado de forma independente e não reflete necessariamente as opiniões ou políticas das instituições de ensino ou empresas com as quais mantém vínculo.

2. Fontes de Financiamento: O autor declara que não recebeu financiamento direto, bolsas ou subvenções de agências de fomento (como CAPES, CNPq ou FAPESP) ou de empresas privadas do setor de tecnologia e inteligência artificial para a realização desta pesquisa.

3. Interesses de Propriedade e Consultoria: O autor declara que não possui participação acionária, patentes pendentes ou consultorias pagas em empresas desenvolvedoras de sistemas de IA, ferramentas de "Shadow IT" ou plataformas de suporte à decisão clínica mencionadas ou analisadas neste estudo.

4. Outras Relações: O autor é psicanalista e membro da Brit Braja Worldwide Jewish Outreach. Declara que suas perspectivas teóricas nas áreas tratadas não foram influenciadas por incentivos financeiros de terceiros.

Declaração Final: Eu, Reginaldo Eugênio Ramos Teodoro, declaro não ter conflitos de interesse de natureza financeira, pessoal, política, intelectual ou religiosa que possam influenciar indevidamente a imparcialidade, integridade ou os resultados apresentados neste manuscrito.

## Declaração de Disponibilidade de Dados

### Em Português

Disponibilidade de Dados: Os dados que suportam os resultados e as análises

deste estudo estão incluídos no próprio artigo. Não foram gerados ou analisados conjuntos de dados primários durante a presente investigação, uma vez que se trata de uma exegese teórica baseada em fontes bibliográficas .

## In English

Data Availability: All data supporting the findings and analyses of this study are included within the article itself. No primary datasets were generated or analyzed during this investigation, as it constitutes a theoretical exegesis based on bibliographic sources .

## En Español

Disponibilidad de Datos: Todos los datos que sustentan los hallazgos y análisis de este estudio están incluidos en el propio artículo. No se generaron ni analizaron conjuntos de datos primarios durante la presente investigación, ya que se trata de una exégesis teórica basada en fuentes bibliográficas .

**Resumo** O presente estudo constitui uma investigação crítica acerca da mutação ontológica na prática médica contemporânea, precipitada pela integração massiva de Inteligência Artificial Generativa e Grandes Modelos de Linguagem (*Large Language Models* - LLMs). Sob a ótica da filosofia da técnica (Heidegger, Stiegler), da psicanálise (Lacan) e da sociologia digital (Rouvroy, Morozov), analisa-se a substituição progressiva da *phronesis* (sabedoria prática) pela *téchne* automatizada e a consequente foreclusão do sujeito na clínica. O artigo dissecar a "governamentalidade algorítmica" como vetor de pressão produtivista em sistemas de saúde saturados, a precarização da formação médica em contextos de ausência de revalidação de diplomas (*Revalida*), e os riscos sistêmicos emergentes do *Shadow IT* e de plataformas *low-code* operadas por "desenvolvedores cidadãos". Conclui-se que a eficiência aparente dos sistemas técnicos mascara a erosão da responsabilidade subjetiva, a produção de simulacros de verdade (*bullshit*) e a desumanização radical do cuidado.

**Palavras-chave:** Inteligência Artificial; Juízo Clínico; Psicanálise; Governamentalidade Algorítmica; Ética Médica; *Shadow IT*; *Deskilling*.

## The Twilight of Phronesis and the Rise of the Algorithmic Leviathan: A Critical Exegesis on the Replacement of Clinical Judgment by Computational Reason in the Age of Technoscience

**Abstract:** The present study constitutes a critical investigation into the ontological mutation of contemporary medical practice, precipitated by the large-scale integration of Generative Artificial Intelligence and Large Language Models (LLMs). Drawing on the philosophy of technology (Heidegger, Stiegler), psychoanalysis (Lacan), and digital sociology (Rouvroy, Morozov), the analysis examines the progressive substitution of phronesis (practical wisdom) by automated techne, and the consequent foreclosure of the subject within the clinical encounter. The article dissects "algorithmic governmentality" as a vector of productivist pressure in saturated healthcare systems, the precarization of medical training in contexts marked by the absence of diploma revalidation

mechanisms (Revalida), and the systemic risks emerging from Shadow IT practices and low-code platforms operated by so-called “citizen developers.” It concludes that the apparent efficiency of technical systems conceals the erosion of subjective responsibility, the production of simulacra of truth (bullshit), and the radical dehumanization of care. **Keywords:** Artificial Intelligence; Clinical Judgment; Psychoanalysis; Algorithmic Governmentality; Medical Ethics; Shadow IT; Deskilling.

## **El Crepúsculo de la Phrónesis y el Ascenso del Leviatán Algorítmico: Una Exégesis Crítica sobre la Sustitución del Juicio Clínico por la Razón Computacional en la Era de la Tecnociencia**

**Resumen:** El presente estudio constituye una investigación crítica acerca de la mutación ontológica en la práctica médica contemporánea, precipitada por la integración masiva de la Inteligencia Artificial Generativa y de los Grandes Modelos de Lenguaje (Large Language Models – LLMs). Desde la perspectiva de la filosofía de la técnica (Heidegger, Stiegler), del psicoanálisis (Lacan) y de la sociología digital (Rouvroy, Morozov), se analiza la sustitución progresiva de la phrónesis (sabiduría práctica) por la *téchne* automatizada y la consiguiente forclusión del sujeto en la clínica. El artículo disecciona la “gubernamentalidad algorítmica” como vector de presión productivista en sistemas de salud saturados, la precarización de la formación médica en contextos de ausencia de revalidación de títulos (Revalida), y los riesgos sistémicos emergentes del Shadow IT y de plataformas low-code operadas por “desarrolladores ciudadanos”. Se concluye que la eficiencia aparente de los sistemas técnicos enmascara la erosión de la responsabilidad subjetiva, la producción de simulacros de verdad (bullshit) y la deshumanización radical del cuidado. **Palabras clave:** Inteligencia Artificial; Juicio Clínico; Psicoanálisis; Gubernamentalidad Algorítmica; Ética Médica; Shadow IT; Deskilling.

## **1. INTRODUÇÃO: A MUTAÇÃO ONTOLÓGICA DO ARS CURANDI**

A medicina contemporânea, em sua marcha inexorável rumo à digitalização total, encontra-se diante de uma aporia fundamental que ameaça desintegrar o seu núcleo humanístico milenar. Não estamos apenas diante de uma “revolução tecnológica”, termo desgastado pelo léxico corporativo, mas de uma verdadeira mutação ontológica na natureza do cuidado e na constituição do sujeito médico. A introdução massiva de Grandes Modelos de Linguagem (LLMs) e sistemas de Inteligência Artificial Generativa nos interstícios da decisão clínica não representa meramente um incremento de eficiência, mas uma reconfiguração da *episteme* médica. Conforme alerta Foucault (1977, p. 89) em *O Nascimento da Clínica*, a medicina moderna constituiu-se sob a égide do “olhar clínico” que perscrutava a verdade no corpo do doente; hoje, todavia, esse olhar está sendo substituído por uma “mineração de dados” que busca a correlação estatística em “lagos de dados” descorporificados, operando o que Han (2017, p. 15) denomina de “expulsão do distinto” em favor da transparência infernal do igual. Este fenômeno ocorre sob a justificativa sedutora da “medicina de precisão” e da otimização de recursos, impulsionada por uma lógica neoliberal que vê a saúde não como bem tutelado, mas como *commodity* gerível por métricas de produtividade. Morozov (2013, p. 25) define essa tendência como “solucionismo tecnológico”, a crença perigosa de que problemas complexos, inerentes à condição humana — como a doença, o sofrimento e a morte —, podem ser

reconceitualizados como "bugs" de um sistema passível de correção algorítmica. No entanto, ao delegarmos a prerrogativa do juízo — a faculdade suprema de arbitrar sobre o particular — a autômatos probabilísticos, corremos o risco de instaurar uma "barbárie ilustrada", onde a eficiência aparente camufla a perda irreparável da escuta, da subjetividade e da responsabilidade ética. Como bem pontua Agamben (2009, p. 45) ao discutir o conceito de dispositivo, a tecnologia não é neutra; ela captura, molda e subjetiva os indivíduos, transformando o médico em mero operador de terminais e o paciente em um conjunto de *data points*.

A gravidade deste cenário é exacerbada pela precariedade da formação médica atual e pela pressão produtivista que assola sistemas de saúde como o SUS e a saúde suplementar. A falta de literacia digital crítica, somada à urgência de atender metas inalcançáveis, empurra o profissional para o uso acrítico de ferramentas de "apoio à decisão", muitas vezes desenvolvidas em plataformas *low-code* sem rigor científico ou validação clínica adequada. Cria-se, assim, um ecossistema de risco onde a "alucinação" da IA — termo que antropomorfiza indevidamente o erro estocástico — é legitimada por uma linguagem convincente e autoritária. É a concretização do temor de Heidegger (2007, p. 38) sobre a técnica moderna: não mais um meio para um fim, mas um *Gestell* (armação) que nos desafia e nos ordena, reduzindo o ser humano a "fundo de reserva" (*Bestand*) para a extração de valor.

Portanto, este estudo propõe-se a dissecar, com o rigor da filosofia da técnica, da psicanálise e da sociologia do trabalho, os mecanismos pelos quais a formação do juízo humano está sendo erodida. Investigaremos como a *phronesis* aristotélica cede lugar à *téchne* algorítmica; como o sujeito do inconsciente é forecluído pela lógica do *Big Data*; e como a precarização do trabalho médico serve de terreno fértil para a implementação de uma "governamentalidade algorítmica" (ROUVROY; BERNS, 2013) que neutraliza a política e a ética do cuidado.

## 2. DISCUSSÃO

### 2.1. O Eclipse da *Phronesis*: Da Sabedoria Prática à Razão Computacional Desencarnada

A compreensão da perda que se avizinha exige um retorno às categorias fundantes da ética e da epistemologia clássicas. A tradição filosófica ocidental, mormente através de Aristóteles, forneceu-nos as ferramentas para distinguir as diferentes modalidades do saber, distinções estas que a modernidade líquida e digital tende a dissolver. A medicina, historicamente, situou-se na intersecção tensa entre a ciência universal e a aplicação particular, um equilíbrio que agora pende perigosamente para a abstração matemática.

#### 2.1.1. A Distinção Aristotélica e a Irredutibilidade do Juízo Clínico

Aristóteles, em sua magistral *Ética a Nicômaco*, estabelece uma tríade de virtudes intelectuais que é crucial para a nossa análise: *episteme* (ciência teórica), *téchne* (arte/técnica) e *phronesis* (prudência/sabedoria prática). Enquanto a *episteme* lida com o que é necessário e eterno, e a *téchne* com a produção (*poiesis*) de objetos ou estados de saúde, a *phronesis* é a virtude do agir (*praxis*) no mundo contingente (ARISTÓTELES, 2001, p. 142). O médico, em sua

excelência, não é apenas um técnico que aplica regras gerais a casos particulares; ele é um *phronimos*, aquele que delibera sobre o que é bom e conveniente para um paciente específico, em um momento específico (*kairos*), considerando valores e circunstâncias que escapam à codificação rígida.

Contudo, a inserção dos LLMs no processo decisório opera uma redução drástica dessa complexidade. A máquina, por mais sofisticada que seja sua rede neural, opera exclusivamente no domínio da sintaxe e da estatística, simulando uma *episteme* baseada em correlações massivas de dados passados. Gadamer (1996, p. 82), em *O Mistério da Saúde*, nos lembra que a arte de curar é uma "ciência do singular", onde a regra geral deve ser constantemente adaptada e, por vezes, suspensa, em nome da realidade vivida pelo paciente. O algoritmo, incapaz de *phronesis* — pois não possui corpo, não experimenta a finitude e não habita um mundo de significados —, tenta transformar a incerteza clínica em risco calculado. Ao fazê-lo, elimina a dimensão moral da escolha médica, substituindo a "deliberação" (que envolve valores) pelo "cálculo" (que envolve números), operando o que Habermas (1987, p. 112) chamaria de colonização do mundo da vida pelo sistema.

### 2.1.2. A Tecnologia como *Gestell*: A Coisificação do Paciente e do Médico

Aprofundando a análise ontológica, devemos recorrer a Martin Heidegger para compreender a essência da tecnologia que permeia a medicina atual. Para Heidegger (2007, p. 29), a essência da técnica moderna não é algo tecnológico, mas um modo de desvelamento do ser que ele denomina *Gestell* (Enquadramento ou Armação). Sob o *Gestell*, a natureza e o homem são interpelados a se apresentarem como "fundo de reserva" (*Bestand*), recursos disponíveis para serem explorados, armazenados e ordenados. Na clínica mediada por IA, o paciente deixa de ser um "Dasein" (Ser-aí), um ente de possibilidades e angústias, para ser convertido em um conjunto de parâmetros biométricos e genômicos a serem processados.

Essa "coisificação" estende-se ao próprio médico. Zuboff (2020, p. 22), ao analisar o "Capitalismo de Vigilância", demonstra como a experiência humana é reivindicada como matéria-prima gratuita para práticas comerciais ocultas de extração, previsão e vendas. O médico, ao alimentar o prontuário eletrônico e interagir com sistemas de suporte à decisão, torna-se um "operário do dado", cuja função principal é validar o *output* da máquina para treinar o algoritmo. A relação terapêutica é reificada; o encontro clínico, que deveria ser um evento de verdade e reconhecimento mútuo, torna-se uma transação de dados. Como alerta Byung-Chul Han (2018, p. 34) em *No Enxame*, o meio digital é um meio "sem o outro", onde a alteridade é eliminada em favor de uma positividade excessiva de informações que não geram conhecimento, mas sim atordoamento.

### 2.1.3. A Perda da Temporalidade Kairótica e a Tirania do Tempo Real

O juízo humano é intrinsecamente temporal. O médico experiente opera não apenas no tempo cronológico (*chronos*), mas no tempo oportuno (*kairos*), sabendo o momento exato de intervir ou de silenciar. A *phronesis* depende dessa sensibilidade à duração (*durée*) bergsoniana, onde o passado, o presente e o futuro se interpenetram na história do paciente. A IA, por outro lado, vive num eterno "agora" processual ou numa projeção probabilística que espacializa o tempo. Virilio (1996, p. 67), em *A Velocidade da Liberdade*, argumenta que a aceleração tecnológica provoca uma "poluição da distância" e do tempo, comprimindo a reflexão necessária para a tomada de decisão.

Na prática médica acelerada por gestores focados em produtividade, a IA é vendida como a

ferramenta que permite "fazer mais em menos tempo". No entanto, essa promessa esconde uma armadilha: a compressão do tempo clínico elimina o espaço para a maturação do diagnóstico e para a emergência da verdade do sujeito. O sistema propõe diagnósticos instantâneos baseados em *snapshots* fisiológicos, ignorando a evolução temporal da doença e do sofrimento. Stiegler (2018, p. 55) descreve esse processo como uma "proletarização do espírito", onde o saber-fazer (*savoir-faire*) e o saber-viver (*savoir-vivre*) são exteriorizados na máquina, deixando o humano vazio de memória e de capacidade antecipatória real. O médico torna-se refém da urgência produtiva, incapaz de habitar o tempo do cuidado, sendo forçado a seguir o ritmo frenético do processador de silício.

## **2.2. A Foreclusão do Sujeito: Psicanálise e a "Ciência Sem Consciência"**

Se a filosofia nos alerta para a atrofia ética, a psicanálise nos oferece o instrumental para diagnosticar a posição do sujeito — ou a sua falta — neste novo arranjo discursivo. A introdução da IA na clínica opera uma mudança radical na economia do gozo e na estrutura da verdade, levando ao paroxismo o que Lacan já identificava como a característica central da ciência moderna.

### **2.2.1. A Ciência, a Verdade e a Recusa do Inconsciente**

Jacques Lacan, em seu texto seminal "A Ciência e a Verdade" (1998, p. 873), postula que o sujeito sobre o qual a psicanálise opera é o sujeito da ciência, mas constitui-se por uma operação de "foreclusão" (*verwerfung*) do sujeito. Para que a ciência galileiana pudesse emergir com sua ambição de universalidade e matematização, foi necessário rejeitar, expulsar do campo do saber, tudo aquilo que diz respeito à subjetividade, às qualidades secundárias e ao desejo do pesquisador. A medicina científica herda essa estrutura, mas historicamente manteve uma porta entreaberta para o sujeito através da clínica, onde a escuta do particular ainda tinha lugar.

A ascensão dos LLMs e da medicina baseada em *Big Data* sela definitivamente essa porta. O algoritmo é a materialização de um saber acéfalo, um "saber sem sujeito". Ele manipula significantes com perfeição sintática, mas sem qualquer acesso ao referente ou à significação. Como aponta Žižek (2010, p. 202) em sua leitura de Hegel e Lacan, o "Grande Outro" digital é um Outro que não sabe que sabe, um autômato que registra tudo mas não compreende nada. Quando o médico delega a anamnese ou a hipótese diagnóstica à IA, ele ratifica a foreclusão do sujeito. A verdade do paciente, que na psicanálise surge como surpresa, tropeço, ato falho ou sonho — irrupções do Real que desestabilizam o saber estabelecido —, é tratada pela máquina como "ruído" (*noise*) a ser filtrado para melhorar a precisão do sinal (*signal-to-noise ratio*).

### **2.2.2. Do Sintoma Metafórico ao Signo Binário**

Há uma distinção crucial na semiologia médica e psicanalítica que é obliterada pela lógica computacional: a diferença entre signo e sintoma. O signo pertence à ordem da realidade e da representação unívoca (fumaça indica fogo). O sintoma, em seu sentido freudiano e lacaniano, é um nó de significantes, uma metáfora que carrega uma verdade cifrada sobre o desejo e o gozo do sujeito (FREUD, 2016, p. 112). O sintoma "fala", ele é endereçado a um Outro.

Os sistemas de IA, treinados em vastas ontologias médicas (como SNOMED-CT ou CID), operam uma redução semiótica brutal: transformam o sintoma-metáfora em signo-dado. Dunker (2015, p. 130), ao analisar o mal-estar na gestão do sofrimento, observa que a lógica neoliberal impõe uma gramática onde o sofrimento deve ser rapidamente nomeado, classificado e medicado para restabelecer a produtividade. Se um paciente relata "sinto um peso no peito como se o mundo estivesse sobre mim", o médico humano pode escutar aí uma angústia melancólica; a IA, processando via NLP (*Natural Language Processing*), provavelmente converterá essa frase em códigos para "Disneia" ou "Angina", descartando a dimensão metafórica que é, muitas vezes, a chave do diagnóstico diferencial. Ocorre, assim, um empobrecimento simbólico radical, onde a riqueza polissêmica da queixa é achatada na univocidade do código binário.

### **2.2.3. A Voz, o Olhar e a Perda da Presença Real**

Na topologia do sujeito, o objeto *a* ocupa o lugar da causa do desejo, manifestando-se como objetos parciais, entre eles a voz e o olhar. A clínica é, por excelência, o lugar do encontro desses objetos. A voz não é apenas a sonoridade, mas o suporte da enunciação, aquilo que carrega a presença viva do sujeito para além do sentido das palavras. Quinet (2012, p. 56) destaca que é na escansão da fala, no silêncio, na hesitação que o sujeito se revela.

A mediação tecnológica, especialmente através de *chatbots* de triagem ou transcritores automáticos de consulta, opera uma "asepsia" da voz. O *software* transforma a fala viva, cheia de hesitações significativas, em texto morto e gramaticalmente correto. O silêncio do paciente, momento denso de elaboração, é lido pelo algoritmo como *timeout* ou falta de dados. Da mesma forma, o "olhar clínico", que Foucault (1977) descreveu como a luz que ilumina a doença, transforma-se num panóptico digital invisível. Segundo Birman (2018, p. 98), vivemos sob o imperativo da visibilidade total, mas uma visibilidade sem sujeito. O paciente é vigiado, monitorado e predito por sensores e algoritmos, mas não é "visto" em sua singularidade. Ele torna-se transparente para o sistema, mas opaco para si mesmo e para o médico, que agora olha para a tela e não para o rosto do doente.

## **2.3. Letras, Retórica e a Produção de Simulacros: A Gramática da Persuasão Artificial**

A substituição do juízo clínico por Grandes Modelos de Linguagem (LLMs) não é apenas uma questão técnica, mas um problema fundamental de filosofia da linguagem e retórica. A medicina é, em sua essência, uma prática discursiva, estruturada na narrativa do paciente (anamnese) e na narrativa interpretativa do médico (prontuário, laudo). A intrusão de uma "inteligência" que gera texto sem intenção comunicativa altera profundamente a ecologia informacional da saúde, instaurando um regime de verdade baseado na plausibilidade estatística e não na correspondência com o real.

### **2.3.1. Harry Frankfurt e a Teoria do *Bullshit*: A Ontologia da "Alucinação"**

O filósofo Harry Frankfurt, em seu influente tratado *On Bullshit* (2005), estabelece uma distinção ontológica crucial entre a mentira e o *bullshit* (que poderíamos traduzir como "falácia", "embuste" ou "bobagem", embora o termo original retenha uma precisão conceitual insubstituível). O mentiroso conhece a verdade e se preocupa com ela, precisamente para

escondê-la ou subvertê-la. O *bullshitter*, contudo, é radicalmente indiferente à verdade; seu objetivo não é relatar fatos, mas persuadir, impressionar ou preencher o espaço discursivo com polidez sintática. Ele não se importa se o que diz é verdadeiro ou falso, desde que sirva ao seu propósito de manter a comunicação fluindo (FRANKFURT, 2005, p. 34).

Acadêmicos contemporâneos da filosofia da tecnologia, como Hicks, Humphries e Slater (2024), argumentam que os LLMs são, ontologicamente, máquinas de *bullshit*. Eles não possuem crenças, não têm acesso à realidade fenomenológica externa e não têm compromisso ético com a veracidade (VAIDYA, 2024). Operam probabilisticamente, prevendo a próxima palavra (*token*) que soa plausível dada a sequência anterior. O termo "alucinação", frequentemente utilizado na literatura técnica para descrever erros da IA — como a invenção de referências bibliográficas inexistentes ou protocolos clínicos fictícios —, é uma antropomorfização indevida que mascara a natureza do fenômeno (TOWN; HUMPHRIES; SLATER, 2024). O sistema não está "alucinando" (uma falha perceptiva de um sujeito); ele está "confabulando" ou produzindo *bullshit* com alta competência retórica.

Na medicina, a tolerância ao *bullshit* deve ser, por definição, zero. Um diagnóstico "plausível mas falso", gerado por uma IA que soa autoritária, é infinitamente mais perigoso do que um erro óbvio ou uma admissão de ignorância ("não sei"). O LLM, ao gerar um plano terapêutico que amalgama diretrizes reais com invenções estatísticas, cria um simulacro de conhecimento que pode induzir o médico — especialmente aquele em formação ou com déficits técnicos — ao erro fatal (KAO, 2025). A indiferença da máquina à verdade (veracidade fatural) colide frontalmente com o imperativo ético da medicina de buscar a verdade (*aletheia*) do estado do paciente.

### 2.3.2. A Retórica da IA: *Ethos*, *Pathos* e *Logos* Artificiais

A eficácia persuasiva dos LLMs reside na sua capacidade de simular os três modos de persuasão aristotélica, criando uma armadilha retórica para o profissional de saúde, fenômeno analisado por Kao (2025) como a "Retórica da IA":

- ***Ethos* Simulado (Autoridade):** O LLM adota um tom formal, objetivo, desapaixonado e tecnicamente preciso, mimetizando o estilo da literatura médica acadêmica e dos *guidelines* oficiais. Isso confere ao texto gerado uma aura de autoridade epistêmica injustificada. O "viés de autoridade" leva o médico a confiar mais na máquina do que em seu próprio julgamento ou na narrativa do paciente, pois a máquina "soa" como um especialista sênior ou um oráculo de dados (KORDZADEH; GHASEMAGHAEI, 2022).
- ***Logos* Aparente (Razão):** A estrutura sintática dos LLMs utiliza conectivos lógicos ("portanto", "visto que", "consequentemente", "embora") que sugerem uma relação de causalidade e dedução racional. No entanto, o que ocorre "sob o capô" é uma correlação probabilística vetorial, não um raciocínio lógico-dedutivo ou abduutivo. A forma lógica mascara a ausência de substância lógica, criando um *logos* ilusório que é difícil de desconstruir sem uma análise minuciosa e tempo, recurso escasso na prática clínica (KAO, 2025).
- ***Pathos* Algorítmico (Empatia):** Modelos mais recentes, treinados via *Reinforcement Learning from Human Feedback* (RLHF), são ajustados para serem "polidos" e simularem empatia. Eles utilizam marcadores discursivos de polidez ("Sinto muito ouvir isso", "Compreendo sua preocupação"). Essa simulação de empatia pode criar uma falsa sensação de vínculo ou cuidado, manipulando a resposta afetiva do usuário e reduzindo a vigilância crítica necessária para identificar erros (KAO, 2025).

### 2.3.3. Injustiça Epistêmica e o Silenciamento da Narrativa

A filósofa Miranda Fricker (2007) cunhou o termo "injustiça epistêmica" para descrever situações em que um sujeito é prejudicado em sua capacidade de ser reconhecido como um conhecedor confiável. Na saúde, isso ocorre historicamente quando o relato do paciente é desvalorizado em favor de dados "objetivos". A ascensão da IA exacerba a "injustiça testemunhal algorítmica": a narrativa do paciente ("sinto que algo está errado"), repleta de nuances qualitativas, tem peso epistemológico nulo comparado ao *score* de risco calculado pelo algoritmo "caixa-preta" (ANJUM; PRICE; ROCCA, 2024).

A Medicina Narrativa, defendida por Rita Charon (2006), propõe que a competência em interpretar histórias é tão crucial para a medicina quanto a competência científica. O conflito entre a Medicina Narrativa e a Medicina Algorítmica é fundamental. A primeira busca o sentido, a metáfora e a biografia; a segunda busca o dado, o padrão e a biologia estatística. O prontuário eletrônico (EHR), estruturado para alimentar algoritmos (campos pré-definidos, *dropdowns*), já atua como um dispositivo de silenciamento da narrativa (GRASSI, 2017). O uso de LLMs para "resumir" consultas automaticamente pode ser o golpe final, transformando a rica polifonia do encontro clínico em um *bullet point* estéril otimizado para faturamento e auditoria, perpetuando o que Fricker chama de injustiça hermenêutica (FRICKER, 2007; ANJUM; PRICE; ROCCA, 2024).

## 2.4. Governamentalidade Algorítmica e a Tirania da Produtividade: O Discurso do Capitalista

A transformação da prática médica não ocorre num vácuo social ou técnico. Ela é impulsionada e moldada por forças econômicas e políticas, especificamente o neoliberalismo e a gestão gerencialista da saúde. A teoria da "governamentalidade algorítmica" de Antoinette Rouvroy (2013) oferece a chave para entender como a IA serve a esses interesses de controle e predição.

### 2.4.1. Governar pelo Perfil e a Neutralização da Potencialidade

Rouvroy e Berns (2013) argumentam que a governamentalidade algorítmica constitui um novo regime de poder que não se dirige a sujeitos individuais (como na disciplina foucaultiana) nem a populações biológicas (como na biopolítica clássica), mas a "perfis" supra-individuais construídos a partir da agregação massiva de dados digitais. O poder não atua mais disciplinando corpos ou regulando a vida, mas antecipando comportamentos e "neutralizando a potencialidade" de desvios através da predição (ROUVROY, 2020).

No contexto clínico, isso significa que o tratamento não é desenhado para o sujeito singular que se apresenta ao médico, mas para o "perfil de risco" ao qual ele foi alocado estatisticamente pelo sistema. Se o algoritmo prediz, com base em *Big Data*, que pacientes com o perfil X têm baixa adesão ao medicamento Y, o sistema de suporte à decisão pode sugerir não prescrevê-lo, ou a operadora de saúde pode negar cobertura, sem nunca indagar ao paciente sua intenção real (KITCHIN; DODGE, 2011). O futuro é fechado antes de acontecer, baseado no passado cristalizado nos dados, anulando a possibilidade de o sujeito agir de modo diferente da média estatística.

## 2.4.2. A Tirania dos 15 Minutos, o Taylorismo Médico e a Métrica Neoliberal

No Brasil, a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar é marcada pela escassez crônica de tempo e recursos. A consulta de 15 minutos (ou menos) tornou-se a norma, criticada amplamente pelas entidades médicas, mas imposta tacitamente pela lógica de produtividade e pelas metas de gestão (CFM, 2010; GOMES, 2024). O médico encontra-se numa posição aporética: deve produzir cuidado humano e tecnicamente impecável em um intervalo de tempo industrialmente cronometrado.

É neste cenário de pressão insuportável que a IA entra como *pharmakon* (remédio e veneno). Ela é vendida retoricamente como a solução para a falta de tempo: "a IA fará as anotações, a IA sugerirá o diagnóstico, você apenas valida". Contudo, sob a ótica do "Discurso do Capitalista" lacaniano — onde o sujeito é comandado a gozar do objeto de consumo num ciclo sem fim (LACAN, 1972; CLÉMENT, 2019) —, a lógica produtivista tende a capturar qualquer ganho de eficiência para extrair mais mais-valia. Se a IA reduz o tempo cognitivo da consulta pela metade, a resposta gerencial não será "agora o médico tem mais tempo para ouvir", mas "agora o médico pode atender o dobro de pacientes" (SANINE et al., 2019).

A "autonomia médica", valor central da deontologia (CRM-PR, 2025), é erodida. Os protocolos clínicos, que deveriam ser guias flexíveis, tornam-se "tecnologias de governo" rígidas, monitoradas em tempo real pelos sistemas digitais (NASCIMENTO, 2020). O médico que se desvia da sugestão algorítmica pode ser penalizado por indicadores de desempenho (*Key Performance Indicators* - KPIs) ou obrigado a justificar-se burocraticamente, criando uma coerção suave para a conformidade com a máquina. O "solucionismo tecnológico" (MOROZOV, 2013; 2023) mascara problemas estruturais de subfinanciamento e má gestão sob o verniz da inovação digital.

## 2.5. A Precarização Técnica: *Shadow IT*, *Low-Code* e os Riscos da Ausência de Revalidação

Para além dos riscos epistemológicos e éticos, a adoção desordenada de IA na saúde introduz riscos técnicos e de segurança críticos, exacerbados pela cultura do *Do It Yourself* (Faça Você Mesmo) digital e pela heterogeneidade da formação médica no Brasil.

### 2.5.1. A Ascensão do "Desenvolvedor Cidadão" e o *Shadow IT*

Plataformas *low-code* e *no-code* democratizaram o desenvolvimento de software, permitindo que usuários sem conhecimento formal de engenharia criem aplicativos complexos. Na saúde, profissionais frustrados com a lentidão da TI institucional tornam-se "desenvolvedores cidadãos", criando soluções próprias para resolver gargalos locais (KPMG, 2024; INTERFACING, 2024). Um médico pode criar um *bot* no Telegram que usa a API da OpenAI para resumir casos clínicos, ou uma planilha automatizada para gerir filas de espera.

Embora isso denote proatividade, cria um ecossistema de *Shadow IT* (TI das Sombras) ingovernável e perigoso (ITEGRITI, 2024; PRESIDIO, 2025). Estas aplicações "caseiras" raramente passam por testes de segurança cibernética, não têm auditoria de código, não possuem controle de versão e, frequentemente, violam leis de proteção de dados (LGPD/HIPAA) ao enviar dados sensíveis de pacientes para servidores públicos de IA (FORTINET, 2025). Mais grave é o risco clínico: um sistema de suporte à decisão criado via *low-code* por um amador pode conter erros lógicos graves ou basear-se em *prompts* mal

construídos que induzem a IA a alucinar, sem que haja validação clínica rigorosa (JAMIO, 2025; SUPERBLOCKS, 2025). Se o *app* caseiro sugerir uma dose errada e o paciente sofrer dano, a responsabilidade dilui-se numa zona cinzenta jurídica.

### 2.5.2. "Mais Médicos", Revalidação e a IA como "Muleta" Cognitiva

A discussão sobre a substituição do juízo humano torna-se crítica ao analisarmos a formação médica no Brasil, especificamente no contexto do programa "Mais Médicos" (Lei nº 12.871/2013), que permitiu a atuação de profissionais sem a revalidação de diploma (*Revalida*) (BRASIL, 2013; APM, 2019). Cria-se um contingente de profissionais cuja competência técnica não foi aferida pelos critérios nacionais, gerando preocupações sobre a qualidade e a segurança do atendimento (CREMERS, 2024; SINDHOESG, 2025).

Neste cenário de formação desigual, a IA Generativa surge com um potencial iatrogênico devastador. Para um médico com formação sólida, a IA pode servir como uma segunda opinião qualificada. Contudo, para um profissional com lacunas de conhecimento básico, dificuldades linguísticas ou formação precária, a IA deixa de ser ferramenta e torna-se uma prótese indispensável, uma "muleta" cognitiva (SCHLAURAFF, 2013). O risco é a terceirização completa do raciocínio clínico para a máquina. Sem o estofado teórico para validar a resposta da IA, o profissional torna-se vítima do "viés de automação" (GODOLPHIN, 2012), aceitando a "alucinação" da máquina como verdade científica porque lhe falta a *expertise* para contestá-la. A falta de "literacia algorítmica crítica" (HO, 2023) nas faculdades de medicina agrava o quadro. O médico é treinado para operar a tecnologia, mas não para compreender seus limites estatísticos ou seus vieses ocultos. Ele torna-se um "usuário passivo", vulnerável à retórica persuasiva das *Big Techs* e incapaz de exercer a função de "humano no ciclo" (*human-in-the-loop*) de forma eficaz, transformando a supervisão humana em um mero carimbo burocrático (CONDUCTOR, 2025; PEÑA et al., 2024).

## 2.6. A Crise da Formação e o *Deskilling*: O Futuro da Mente Médica

A dependência crescente de sistemas automatizados aponta para uma crise futura na formação médica: o fenômeno do *deskilling* (perda ou não aquisição de habilidades fundamentais).

### 2.6.1. Atrofia do Raciocínio Clínico e Viés de Automação

A *expertise* médica não é apenas acúmulo de informação, mas a construção de esquemas mentais complexos (*scripts* de doença) através da prática repetida e do *feedback* do erro. Se o estudante ou residente delega o raciocínio diagnóstico à IA desde o início da formação — utilizando o ChatGPT para resolver casos clínicos ou escrever evoluções —, ele falha em construir esses esquemas mentais (CABRERA et al., 2024; SERMO, 2025). Cria-se uma "geração Google" elevada à potência da IA: médicos que sabem *onde* buscar a resposta, mas não sabem *como* chegar a ela ou *avaliar* se ela faz sentido clínico (THE LIMBIC, 2024).

O "viés de automação" é o corolário psicológico desse processo. Estudos mostram que humanos tendem a confiar cegamente em sistemas automatizados, mesmo quando apresentados a evidências contrárias (GODOLPHIN, 2012; DRATSCH et al., 2023). Quando a IA erra (e ela errará), o médico em processo de *deskilling* não terá a competência cognitiva ("memória muscular" intelectual) para detectar o erro. Ele ratificará a decisão da máquina, transformando um erro probabilístico em um erro médico fatal, perpetuando o ciclo de

dependência tecnológica e ignorância aprendida (NATALI, 2025).

### 2.6.2. *Cognitive Offloading* e a Perda da Sabedoria Contextual

O fenômeno do *cognitive offloading* (terceirização cognitiva) para a IA pode levar a uma redução na retenção de memória e na capacidade de processamento analítico profundo (SUNDAY et al., 2025). A medicina exige o que estudiosos chamam de "sabedoria contextual" (*contextual wisdom*) — a capacidade de adaptar o conhecimento universal às idiossincrasias do paciente (HO, 2023). Se a mente médica está constantemente " Descarregando" o esforço cognitivo para o algoritmo, essa sabedoria atrofia-se. O médico torna-se um mero técnico de *interface*, incapaz de operar sem a prótese digital, o que compromete a resiliência do sistema de saúde em situações de falha tecnológica ou em cenários de baixos recursos onde a IA não está disponível (DANGI et al., 2025).

## 3. CONCLUSÃO: POR UMA CLÍNICA DA RESISTÊNCIA E DO SUJEITO

A análise exaustiva empreendida nesta investigação revela que a substituição do juízo clínico por sistemas técnicos de decisão não constitui uma mera atualização instrumental, mas uma mutação antropológica, ética e política da medicina. Estamos transitando de um modelo hipocrático, centrado na pessoa, na *phronesis* e na transferência, para um modelo cibernético, centrado no dado, na *téchne* algorítmica e na governamentalidade de perfis.

Os riscos identificados são múltiplos e convergentes: a erosão da sabedoria prática em favor de uma técnica cega aos fins humanos; a foreclusão do sujeito do inconsciente e a redução do sintoma a signo estatístico; a proliferação de simulacros de verdade (*bullshit*) travestidos de autoridade científica; a precarização da segurança digital e clínica via *Shadow IT* e plataformas *low-code* não reguladas; e a atrofia cognitiva (*deskilling*) das novas gerações de médicos. Tudo isso ocorre sob a pressão esmagadora de um sistema econômico neoliberal que vê na saúde apenas mais um mercado a ser otimizado pela extração de dados e pela aceleração da produtividade.

A presença de profissionais com formação heterogênea ou incompleta (como no caso de médicos não revalidados) operando essas ferramentas sem a devida literacia crítica cria um cenário de "tempestade perfeita" para a iatrogenia algorítmica. A IA, longe de democratizar a excelência, pode estar camuflando a precariedade e aprofundando as desigualdades em saúde.

Contudo, este diagnóstico sombrio não deve conduzir ao fatalismo. A resistência é possível e necessária. Ela deve articular-se no resgate ontológico da clínica como encontro intersubjetivo irreduzível; na reforma da educação médica para incluir uma "literacia algorítmica crítica" que ensine a questionar a máquina; na luta política por condições de trabalho que permitam a existência do tempo kairótico da escuta; e na preservação de espaços para o incomputável — a angústia, o desejo e a singularidade do sofrimento. A tecnologia deve servir à *phronesis*, jamais substituí-la. Sem o sujeito, não há cura, apenas manutenção biológica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó: Argos, 2009.
- ANJUM, R. L.; PRICE, C.; ROCCA, E. When Patient Voices Get Lost in Evidence Hierarchies: A Testimony of Rare Adverse Events and Participatory Epistemic Injustice. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 19, 2024.
- APM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Mais Médicos, revalidação e apoio à decisão**. São Paulo: APM, 2019.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. 4. ed. São Paulo: Martin Claret, 2001.
- BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.
- CABRERA, J. et al. Automation bias and deskilling in medical education: A systematic review. **Medical Education Online**, v. 29, n. 1, 2024.
- CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.958/2010. Define e regulamenta o ato da consulta médica. **Diário Oficial da União**, 2010.
- CHARON, R. **Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness**. New York: Oxford University Press, 2006.
- CLÉMENT, J. The “Discourse of Neoliberalism” as a New Reading of the Capitalist's Discourse. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 22, n. 3, 2019.
- CONDUCTOR. **Human-in-the-loop in review**. Academy, 2025.
- CREMERS. Após Cremers apontar falhas, Justiça determina bloqueio de R\$ 500 mil de faculdade. **Notícias Cremers**, 2024.
- CRM-PR. Conselho Regional de Medicina do Paraná. **Resolução nº 251/2025: Reafirma a autonomia médica no tempo de consulta**. Curitiba: CRM-PR, 2025.
- DANGI, R. R. et al. Transforming Healthcare in Low-Resource Settings With Artificial Intelligence. **Public Health Nursing**, v. 42, n. 2, 2025.
- DRATSCH, T. et al. Automation Bias in Mammography: The impact of artificial intelligence BI-RADS suggestions on reader performance. **Radiology**, v. 307, 2023.
- DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.
- FORTINET. **Top Cyber Trends in Healthcare Today**. Fortinet Blog, 2025.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FRANKFURT, H. G. **On Bullshit**. Princeton: Princeton University Press, 2005.
- FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.
- FRICKER, M. **Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing**. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- GADAMER, H.-G. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa: Edições 70, 1996.
- GODOLPHIN, W. Automation bias: a systematic review of frequency, effect mediators, and mitigators. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 19, n. 1, 2012.
- GOMES, R. F. **Tempo médio de consulta no SUS e a qualidade do atendimento**. Tese (Doutorado) – USP, 2024.
- GRASSI, M. E. **Phenomenology of clinical listening vs data entry in electronic health**

- records**. Tese (Doutorado) – Drew University, 2017.
- HABERMAS, J. **The Theory of Communicative Action**. Boston: Beacon Press, 1987.
- HAN, B.-C. **A expulsão do outro: sociedade, percepção e comunicação hoje**. Petrópolis: Vozes, 2017.
- HAN, B.-C. **No Enxame: Perspectivas do Digital**. Petrópolis: Vozes, 2018.
- HEIDEGGER, M. **A questão da técnica**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- HICKS, M. T.; HUMPHRIES, J.; SLATER, J. ChatGPT is bullshit. **Ethics and Information Technology**, v. 26, n. 38, 2024.
- HO, A. Trust, Epistemic Injustice, and Chronic Pain. **Bioethics**, 2023.
- INTERFACING. **Citizen Developers Introduction Guide: Low Code No Code Development**. Interfacing, 2024.
- ITEGRITI. **Cybersecurity in the Healthcare Industry: Shadow IT Risks**. Houston: Itegriti, 2024.
- JAMIO. **Cloud BPM solutions for managing CCMS, PDTA, and clinical risk**. Jamio Openwork, 2025.
- KAO, A. C. Asclepius and the Rhetoric of AI. **AMA Journal of Ethics**, v. 27, n. 12, 2025.
- KITCHIN, R.; DODGE, M. **Code/Space: Software and Everyday Life**. Cambridge: MIT Press, 2011.
- KORDZADEH, N.; GHASEMAGHAEI, M. Algorithmic bias: review, synthesis, and future research agenda. **Journal of Strategic Information Systems**, 2022.
- KPMG. **Transforming business value creation with citizen development**. Bruxelas: KPMG Belgium, 2024.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise (1969-1970)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. (Texto original do discurso do capitalista proferido em 1972).
- LACAN, J. A ciência e a verdade. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- MOROZOV, E. **To Save Everything, Click Here: The Folly of Technological Solutionism**. New York: PublicAffairs, 2013.
- MOROZOV, E. **The artificial intelligence of the billionaires**. Le Monde Diplomatique, 2023.
- NASCIMENTO, A. M. G. **Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização**. Tese (Doutorado) – UFPB, 2020.
- NATALI, C. AI in Review: Automation Bias and Deskilling. **University of Milano-Bicocca**, 2025.
- PEÑA, A. et al. Human-in-the-loop system for tackling algorithmic bias. **IEEE Transactions**, 2024.
- PRESIDIO. **Healthcare AI Trends and the New Urgency for AI in Healthcare**. Presidio Blog, 2025.
- QUINET, A. **A estranheza da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- ROUVROY, A. Algorithmic governmentality and prospects of emancipation. **Réseaux**, v. 177, 2013.
- ROUVROY, A. **Algorithmic Governmentality**. Geneology Critique, 2020.
- SANINE, P. R. et al. Do preconizado à prática: desafios para a saúde da criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.
- SCHLAURAFF, K. **The Tell-Tale Heart: Medical Authority and the Silencing of the Patient**. Cornell University, 2013.
- SERMO. **Physician strategies to prevent deskilling**. Sermo Resources, 2025.
- SINDHOESG. **Precarização da formação médica e Inteligência Artificial**. Clipping Sindhoesg, 2025.
- STIEGLER, B. **A Sociedade Automática 1: O Futuro do Trabalho**. São Paulo: Sesc, 2018.
- SUNDAY, O. et al. Behavioral impacts of AI reliance in diagnostics. **Epidemiol Health Data**

**Insights**, v. 1, n. 3, 2025.

SUPERBLOCKS. **What is a citizen developer?** Superblocks Blog, 2025.

THE LIMBIC. **How AI dependence risks eroding future doctors' thinking.** The Limbic, 2024.

TOWN, M.; HUMPHRIES, J.; SLATER, J. AI Hallucinations as Bullshit. **Ethics and Information Technology**, 2024.

VAIDYA, A. J. Large Language Models and the Concept of Bullshit. **The Philosophers' Magazine**, 2024.

VIRILIO, P. **A velocidade da libertação.** Lisboa: Relógio D'Água, 1996.

ŽIŽEK, S. **Vivendo no fim dos tempos.** São Paulo: Boitempo, 2010.

ZUBOFF, S. **A era do capitalismo de vigilância.** Rio de Janeiro: Intrínseca, 2020.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.