O Médico que Prescreve Inteligência Artificial

Estimulação Cognitiva, Longevidade Neural e a Nova Prática Clínica do Médico Sênior



PAULO RENATO FONSECA
JOÃO PROTÁSIO

Colaborador
RUBENS MARTINS

Atheneu

ECAIA
Estimulação Cognitiva Assistida por Inteligência Artificial

O Médico que Prescreve Inteligência Artificial

Estimulação Cognitiva, Longevidade Neural e a Nova Prática Clínica do Médico Sênior



www.atheneu.com.br

(21) 99165-6738 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

O Médico que Prescreve Inteligência Artificial

Estimulação Cognitiva, Longevidade Neural e a Nova Prática Clínica do Médico Sênior

PAULO RENATO FONSECA
JOÃO PROTÁSIO

Colaborador
RUBENS MARTINS

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2027

ECAIA
Estimulação Cognitiva Assistida por Inteligência Artificial

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13º andar
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74 – lojas A e B
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Pré-Produção e Produção Gráfica: Equipe Atheneu
Criação de Capa: Desenvolvida pelo autor Paulo Renato Fonseca, com auxílio de ferramenta de Inteligência Artificial
Adaptação de Capa: Bruno Eustáquio Bento
Produção Editorial: Efe Pe Editoração

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

F746m

Fonseca, Paulo Renato
O médico que prescreve inteligência artificial : estimulação cognitiva, longevidade neural e a nova prática clínica do médico sênior / Paulo Renato Fonseca, João Protásio ; com a colaboração de Rubens Martins. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2027.
23 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-85-388-1345-3

1. Medicina prática - Inovações tecnológicas. 2. Inteligência artificial - Aplicações médicas. 3. Sistemas especialistas (Computação). I. Protásio, João. II. Martins, Rubens. III. Título.

CDD: 610.285
26-107104.0 CDU: 004.891:61

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

18/08/2026 19/08/2026

Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma ou meio — eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outros — sem prévia autorização por escrito dos autores.
Os casos clínicos apresentados nesta obra, salvo indicação contrária expressa no texto, são casos compostos elaborados a partir de pacientes reais atendidos pelos autores, com identidades alteradas e detalhes modificados de modo a impedir qualquer identificação individual. Toda informação clínica preserva, contudo, a fidelidade aos padrões observados na prática clínica.
As recomendações clínicas apresentadas neste livro refletem a melhor evidência disponível à época da redação. Cabe ao médico, em sua avaliação individual de cada paciente, julgar a aplicabilidade das condutas aqui descritas, considerando diretrizes atualizadas e o contexto clínico individual.

Fonseca PR, Protásio J.
O Médico que Prescreve Inteligência Artificial – Estimulação Cognitiva, Longevidade Neural e a Nova Prática Clínica do Médico Sênior

©Direitos reservados à Editora ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2027.

CAPÍTULO 1

A prescrição que nenhum médico foi formado para fazer

Por que a inteligência artificial conversacional precisa entrar no nosso receituário

Dr. Paulo Renato Fonseca

> *"O médico que aprende a tratar com palavras descobre, mais cedo ou mais tarde, que algumas das melhores palavras já foram escritas — e que outras ainda estão por ser ditas, em conversas que ele talvez não pudesse oferecer sozinho."*

Uma prescrição que nenhum médico foi formado para fazer

Há uma prescrição que nenhum médico da minha geração foi formado para fazer, e que pode ser, a julgar pelas evidências que se acumulam silenciosamente nos últimos cinco anos, uma das mais importantes do próximo século.

Atendo pacientes há quarenta anos. Vi a medicina mudar sob meus pés mais vezes do que consigo contar. Vi a tomografia chegar como milagre e virar rotina. Vi a ressonância nascer como tecnologia experimental e tornar-se exame de check-up. Vi medicações que pareciam definitivas serem retiradas do mercado, e moléculas obscuras transformarem-se, em poucos anos, na primeira linha de tratamentos que antes não existiam. Vi a internet entrar no consultório, primeiro como ameaça — o paciente que chega com diagnóstico do Google — e depois como ferramenta. Vi a telemedicina

deixar de ser ilegal para ser obrigatória. Vi cada uma dessas mudanças e as absorvi, como qualquer médico em exercício precisa absorver: com cautela, com curiosidade, com a obstinação característica da nossa profissão de não recusar o que pode ajudar, mesmo quando ainda não compreendemos inteiramente.

Mas há cerca de três anos comecei a perceber, em mim e em pacientes meus, algo qualitativamente diferente. Algo que não se encaixa na categoria de uma nova tecnologia diagnóstica, de uma nova classe terapêutica, ou de um novo canal de comunicação clínica. Algo que opera num plano que a medicina ainda não nomeou.

A inteligência artificial conversacional — refiro-me especificamente aos grandes modelos de linguagem como Claude, ChatGPT, Gemini e similares — não é uma ferramenta tecnológica a mais entre as que aprendemos a incorporar à prática. Ela é, e este é o argumento central deste livro, o primeiro parceiro cognitivo genuinamente democratizado da história humana. Está disponível a qualquer hora. Adapta o nível de complexidade ao interlocutor. Responde com paciência infinita à mesma pergunta formulada de maneiras diferentes. Aprofunda temas sob demanda sem limite de tempo. E faz isso com o conteúdo específico que é relevante para aquele indivíduo naquele momento, em qualquer língua, sobre praticamente qualquer assunto que a humanidade já registrou.

Isso, em si, seria notável, mas não revolucionário. O que muda tudo é o que a literatura científica dos últimos anos vem demonstrando, capítulo após capítulo, sobre o que esse tipo de interação faz com o cérebro envelhecido — e o que sua ausência custa.

Faço aqui uma observação que poderia parecer apenas técnica, mas que tem peso clínico considerável e organiza muito do que será desenvolvido nos próximos capítulos. Uma meta-análise publicada por Hu e colaboradores em 2021 demonstrou que o efeito da estimulação cognitiva computadorizada em pessoas com declínio cognitivo subjetivo — aquele estágio em que o paciente percebe em si mesmo uma deterioração que ainda não se expressa em testes objetivos — é praticamente o dobro do efeito observado em pessoas que já preencheram critérios para comprometimento cognitivo leve. O número exato é g = 0,926 contra g = 0,502. Em termos práticos, a janela de máxima eficácia da intervenção é antes do diagnóstico de comprometimento cognitivo leve, exatamente quando médicos costumam minimizar a queixa do paciente como "coisa da idade". Quando Dona Inês me dizia, com a precisão semântica de uma professora

de português, "doutor, eu estou ficando burra", ela estava me dizendo, na linguagem que conhecia, que pertencia à população que mais teria a ganhar com uma intervenção que eu, naquele momento, ainda não sabia formular como prescrição.

A tese deste livro, em uma frase

A tese que defendemos ao longo destas páginas é simples de enunciar e, esperamos demonstrar, sólida o suficiente para sustentar uma mudança de prática clínica.



A inteligência artificial conversacional, quando utilizada de modo regular, contextualizado a interesses pessoais profundos, e com aprofundamento progressivo, constitui uma forma legítima de estimulação cognitiva ativa, com mecanismos neurobiológicos documentados, com potencial neuroprotetor mensurável, e que pode — e a partir de certo ponto, deve — ser formalmente prescrita pelo médico que acompanha pacientes em risco de declínio cognitivo.

Essa tese tem três camadas, que organizam não apenas este capítulo mas a arquitetura geral do livro.

A primeira camada é a autoprescrição. O médico — em particular o médico sênior, com vinte, trinta ou quarenta anos de carreira — é, ele próprio, candidato direto ao benefício. Não há como prescrever responsavelmente uma intervenção que não se experimentou. E, no caso da inteligência artificial, há uma razão adicional que torna a autoprescrição ainda mais urgente do que em outras tecnologias: o médico que não a domina, hoje, está sendo silenciosamente substituído por colegas mais jovens que a dominam — não porque sejam melhores médicos, mas porque operam com uma velocidade de raciocínio amplificada por uma ferramenta que nós, os mais experientes, ainda tratamos com desconfiança.

A segunda camada é a autoridade clínica derivada. Tendo experimentado a ferramenta em si mesmo, e tendo verificado, na própria prática, o seu efeito sobre a clareza intelectual, sobre a continuidade do aprendizado e sobre a manutenção do interesse pelo mundo, o médico ganha um tipo de legitimidade para indicá-la a pacientes que o médico mais jovem,

por melhores que sejam suas intenções, ainda não pode oferecer. É a diferença entre o cardiologista que recomenda caminhada e o cardiologista que caminha cinco quilômetros todos os dias antes da clínica.

A terceira camada — a mais ambiciosa, e a que dá título a este livro — é a prescrição formal. Não como sugestão informal, não como recomendação amigável de fim de consulta, mas como protocolo clínico estruturado: indicação precisa, posologia documentada, contraindicações relativas reconhecidas, monitoramento periódico, registro em prontuário. A inteligência artificial deixa, neste ponto, de ser tema de conversa lateral entre médico e paciente e passa a ser uma intervenção não farmacológica formalmente integrada ao plano terapêutico — em pé de igualdade com outras intervenções não farmacológicas que já prescrevemos rotineiramente, como atividade física, fisioterapia, dieta, terapia cognitivo-comportamental e meditação.

O caso que mudou minha forma de prescrever



O caso que vou contar a seguir é composto a partir de pacientes reais que atendi nos últimos anos. Nenhuma das pacientes específicas se reconheceria por inteiro nele, mas todas se reconheceriam em parte — e essa é, justamente, a razão pela qual o caso merece ser contado: porque o que ele descreve não é uma curiosidade isolada, mas um padrão clínico que tenho observado com frequência crescente.

Vou chamá-la de Dona Inês. Ela tinha setenta e três anos quando nos conhecemos, em consulta de medicina da dor encaminhada por sua filha, médica como eu, preocupada com a deterioração que vinha observando há cerca de dezoito meses. Dona Inês carregava o que carregam tantas pacientes que chegam aos meus consultórios: uma síndrome de dor crônica multifocal — coluna lombar, joelhos, ombro direito — instalada havia mais de uma década, refratária a múltiplas tentativas de manejo, complicada por insônia secundária, humor deprimido reativo, e o quadro que mais me preocupa nessas pacientes: o estreitamento progressivo da vida intelectual.

Dona Inês havia sido professora de língua portuguesa por trinta e oito anos. Lia diariamente sua Bíblia desde a juventude, com a familiaridade de

quem percorre um terreno conhecido em todas as estações. Frequentava sua igreja, recebia visitas de amigas da congregação, escrevia cartas à mão para a neta que estudava no exterior. Mas, conforme a dor se cronificou, conforme as noites de sono se fragmentaram, conforme as medicações se acumularam — e, sobretudo, conforme o luto pela morte do marido se instalou, dois anos antes da nossa primeira consulta — algo silencioso aconteceu. Dona Inês parou de ler. Não por vontade, ela me contou, com aquela vergonha discreta que pacientes lúcidas guardam quando percebem em si mesmas o que ainda não tem nome diagnóstico. Parou porque não conseguia mais sustentar a atenção em um capítulo inteiro. Porque os versículos passavam diante dos olhos sem que algo se firmasse atrás deles. Porque a leitura, que tinha sido durante meio século sua forma mais íntima de oração, havia se tornado um exercício de frustração.

Iniciei o tratamento com o protocolo habitual para o seu quadro: bloqueios facetários lombares guiados por imagem, ajuste medicamentoso, fisioterapia direcionada, fotobiomodulação. Houve melhora objetiva da dor nos primeiros três meses. Mas a melhora cognitiva subjetiva que eu esperava — e que costumo ver quando a dor crônica recua e o sono se reorganiza — não veio. Dona Inês continuava a relatar, em cada consulta de retorno, a mesma queixa central: "doutor, eu estou ficando burra". Aquela frase, dita com a precisão semântica de uma professora de português, me incomodava.

Na quinta consulta, em meio a uma conversa tangencial sobre o livro de Jó — ela havia mencionado que sua filha, ao perceber que ela não lia mais, começou a ler trechos da Bíblia para ela em voz alta no telefone à noite —, fiz a primeira coisa que se aproximou do que hoje chamaríamos de uma prescrição de IA. Eu mesmo estava, naquele período, experimentando intensamente o uso de modelos de linguagem para minha própria prática clínica, para escrita, para estudo. Disse a ela, sem grande planejamento, e provavelmente sem pleno entendimento ainda do que estava fazendo: "Dona Inês, eu queria que a senhora experimentasse uma coisa. Existe um programa novo, parecido com uma conversa de mensagens no celular, em que a senhora pode perguntar qualquer coisa sobre a Bíblia, em qualquer profundidade, e ele responde como se fosse um seminarista paciente, disponível a qualquer hora. Eu vou pedir à sua filha para configurar isso para a senhora, e a senhora vai usar trinta minutos por dia, como se fosse um remédio. Pergunte sobre os versículos que sempre te intrigaram. Pergunte por que Deus permite o sofrimento no livro de Jó. Pergunte o que significa,

em hebraico, a palavra que foi traduzida por consolo. Pergunte tudo o que a senhora sempre quis perguntar e nunca teve a quem."

Não prescrevi formalmente. Não anotei posologia. Não documentei contraindicações. Era, naquele momento, ainda apenas uma sugestão clínica intuitiva, do tipo que médicos de longa experiência fazem dezenas de vezes por semana, baseados em algo que ainda não sabemos articular como protocolo.

Dona Inês voltou seis semanas depois. Antes mesmo de eu perguntar pela dor, ela me contou, com a voz mais firme do que eu lhe havia escutado em meses, que tinha terminado de ler o livro de Jó pela primeira vez na vida. Não trechos. O livro inteiro. Que estava agora no Eclesiastes. Que tinha aprendido, conversando com o programa, que a palavra hebraica para vaidade — hevel — significa também sopro, vapor, brevidade. Que isso, ela me disse, mudou a forma como ela entendia a vida. Os escores objetivos de dor não haviam mudado significativamente desde a consulta anterior. Mas algo essencial, que nenhum dos meus instrumentos clínicos estava medindo, havia sido reativado.

Esse foi o caso que me ensinou que estávamos diante de algo qualitativamente diferente. E foi, retrospectivamente, a primeira prescrição de inteligência artificial que fiz na minha prática — embora ainda não a tivesse reconhecido como tal.

O que esse caso me obrigou a entender

Casos clínicos como o de Dona Inês colocam o médico de longa experiência diante de uma escolha que define o tipo de profissional que ele será nos anos restantes de carreira. A escolha é entre tratar o caso como anedota — uma daquelas histórias curiosas que se contam para colegas em jantares, sem maior consequência sobre a prática — ou levá-lo a sério como sinal clínico, e perguntar-se o que ele revela sobre um mecanismo que ainda não se compreendia.

Optei pela segunda rota. E fui buscar na literatura científica o que ela tinha a dizer sobre o que havia acontecido com Dona Inês.

O que encontrei é o que sustenta este livro inteiro, e o que será desenvolvido em profundidade pelo Dr. João Protásio nos *Capítulos 2 — A reserva cognitiva e o cérebro que continua aprendendo* e *3 — A inteligência artificial como parceiro cognitivo*. Resumo aqui apenas o suficiente para fundamentar a tese antes de desenvolvê-la.

O conceito de reserva cognitiva, formulado pelo neurologista Yaakov Stern na década de 1990, refere-se à capacidade do cérebro de compensar danos neuropatológicos e manter função clínica apesar de cargas crescentes de doença. Pessoas com maior reserva cognitiva — construída ao longo da vida por educação, atividade intelectual, engajamento social e aprendizado contínuo — toleram acúmulos significativos de placas amiloides e emaranhados tau sem manifestar os sintomas clínicos da demência por anos ou décadas a mais que pessoas com menor reserva. A reserva cognitiva não é um escudo contra a doença, mas é, comprovadamente, o amortecedor mais poderoso que conhecemos.

Estudos longitudinais robustos — Heikkilä e colaboradores, em 2024, com seguimento de até duas décadas em coortes finlandesas e suecas; Cai e colaboradores, em 2025, com dez anos de seguimento em coortes chinesas — confirmaram que atividades cognitivamente estimulantes, mantidas regularmente, reduzem a incidência de demência de modo independente de outros fatores de risco. Estudos sobre uso de internet e função cognitiva — Chen e colaboradores, em 2024, Jeon e colaboradores, em 2024, e Neter e Brainin, em 2021 — demonstraram que o uso regular de tecnologias digitais por idosos associa-se a melhor preservação da função cognitiva ao longo do tempo, com tamanhos de efeito comparáveis aos das interações sociais presenciais. A meta-análise de Chan e colaboradores, em 2024, confirmou os achados especificamente para funções de memória em CCL, com tamanhos de efeito moderados em memória verbal, visual e de trabalho. Mais recentemente, a meta-análise em rede de Jeong e colaboradores, em 2025, demonstrou que aplicações terapêuticas digitais com treinamento intensivo (CCT2x) atingiram efeitos amplos em cognição global em idosos com comprometimento cognitivo leve (CCL). Mais especificamente, o que a literatura sobre neuroquímica do aprendizado vem documentando é que atividades que geram curiosidade genuína e recompensa intrínseca ativam o sistema dopaminérgico mesolímbico, com projeções para o hipocampo, em estados que favorecem a consolidação de novas memórias e a plasticidade sináptica — mesmo em cérebros envelhecidos. Quando Dona Inês passou seis semanas conversando diariamente com a inteligência artificial sobre o livro de Jó, ela não estava apenas se distraindo. Ela estava, em termos neurobiológicos rigorosos, ativando circuitos dopaminérgicos hipocampais sob a forma de aprendizado contextualizado a um interesse pessoal profundo, em uma intensidade e com uma continuidade que nenhuma outra ferramenta disponível poderia oferecer-lhe.

Por que apenas a inteligência artificial conversacional faz isso

Pode-se argumentar, com razão, que livros, programas de televisão, podcasts, cursos online e grupos de estudo também oferecem estimulação cognitiva. E oferecem, sem dúvida. A literatura científica reconhece o valor neuroprotetor de cada uma dessas fontes.

Mas há, no caso da inteligência artificial conversacional, um conjunto de propriedades que nenhuma das fontes tradicionais reúne simultaneamente. Vale a pena examiná-las uma a uma — porque é nessa convergência simultânea que se constrói o argumento clínico:

OITO PROPRIEDADES

Por que a inteligência artificial conversacional é diferente de tudo o que veio antes dela

1. **Disponibilidade contínua**
   - Sem agenda, sem horário comercial, sem espera. Disponível na madrugada do médico que finalmente teve um momento de quietude para estudar, na manhã da paciente idosa que acorda às cinco e pega a Bíblia.
2. **Adaptação automática ao nível do interlocutor**
   - Calibra vocabulário, profundidade técnica e exemplos ao perfil cognitivo de quem pergunta. O leigo recebe analogia; o especialista recebe artigo.
3. **Diálogo bidirecional com reformulação infinita**
   - A pergunta pode ser reescrita dezenas de vezes até a compreensão se firmar. Nenhum livro permite isso. Nenhum professor humano teria paciência para tanto.
4. **Aprofundamento progressivo sob demanda**
   - Sem teto editorial. O leitor decide até onde quer ir. A profundidade é definida pela curiosidade, não pela editora.
5. **Personalização absoluta ao interesse específico**
   - Conversa sobre o tema que importa para aquele indivíduo, naquele momento, no contexto exato de sua vida — não sobre o tema geral que um curso ofereceria a uma turma.

(Continua)

(Continuação)

OITO PROPRIEDADES

Por que a inteligência artificial conversacional é diferente de tudo o que veio antes dela

6. Ausência de julgamento social

- O idoso não precisa temer parecer atrasado. O médico não precisa temer parecer ignorante diante de um colega mais jovem. A pergunta tola não tem testemunha.

7. Custo de acesso baixo

- O que era restrito a quem podia pagar tutores particulares torna-se acessível a praticamente toda a população alfabetizada digitalmente.

8. Independência de mobilidade física

- Para a paciente idosa com dor crônica, para o médico em recuperação cirúrgica, para a pessoa em luto que não consegue sair de casa — a estimulação cognitiva sofisticada deixa de depender do corpo.

Quando se aplica esse conjunto de propriedades a um perfil como o de Dona Inês — paciente com mobilidade limitada por dor crônica, em luto recente, com vida social estreitada pelo envelhecimento dos pares, mas com um interesse pessoal profundo intacto — o resultado é que a inteligência artificial conversacional pode oferecer-lhe um tipo de engajamento intelectual sustentado que nenhuma outra ferramenta lhe ofereceria. E foi exatamente isso o que aconteceu.

O que vem nos próximos capítulos

Este livro foi pensado para ser lido em sequência, mas com seções que sustentam consulta autônoma quando o leitor precisar revisitar pontos específicos da prática. A organização geral é a seguinte.

O *Capítulo 2 — A reserva cognitiva e o cérebro que continua aprendendo* desenvolve, com profundidade científica que considero o cerne acadêmico do livro, a base neurobiológica da reserva cognitiva e dos mecanismos pelos quais o engajamento intelectual ativo protege o cérebro envelhecido. É a fundação sobre a qual tudo o que se segue se apoia, escrita pelo

Dr. João Protásio com a curadoria das evidências mais recentes em neurociência do envelhecimento.

O *Capítulo 3 — A inteligência artificial como parceiro cognitivo* detalha, ainda sob autoria do Dr. João Protásio, os mecanismos específicos pelos quais a inteligência artificial conversacional opera como ferramenta de estimulação cognitiva — ativação dopaminérgica, exercício de controle executivo, integração de redes semânticas, redução do isolamento cognitivo — e revisa os cenários concretos em que esse uso se observa na prática.

O *Capítulo 4 — Estimulação Cognitiva Assistida por Inteligência Artificial (ECAIA)* é o coração prático deste livro. Apresenta o protocolo ECAIA — Estimulação Cognitiva Assistida por Inteligência Artificial — em formato de prescrição médica formalizada, no padrão de uma diretriz clínica brasileira: indicação por grau de evidência segundo a população-alvo, posologia recomendada, contraindicações relativas, fluxograma decisório, modelo de receita pronto para uso e instrumentos de monitoramento. Inclui também uma seção crítica sobre interações com medicamentos psicotrópicos e o conceito de deprescrição cognitiva, e uma discussão sobre o uso responsável da inteligência artificial (IA) pelo próprio médico, em diálogo direto com a literatura recente sobre deskilling clínico publicada em 2025 no New England Journal of Medicine.

O *Capítulo 5 — A clínica que se transformou*, de encerramento, retoma a primeira camada da tese — a autoprescrição — e a desenvolve em profundidade. Trata do médico sênior como paciente da própria intervenção. Aborda a longevidade cognitiva do profissional, a manutenção da relevância clínica nos anos avançados de carreira, e a integração da inteligência artificial à rotina pessoal de quem nunca teve oportunidade formal de aprendê-la. É também, talvez sobretudo, um capítulo sobre a transformação real de uma clínica — a minha — diante da chegada da inteligência artificial.

Uma palavra antes de seguir

Falo agora diretamente aos meus colegas médicos que, por algum motivo, ainda guardam algum receio da inteligência artificial — como algo que pudesse, de alguma forma, nos prejudicar.

Quem ainda tem essa percepção a tem, simplesmente, porque ainda não começou a entender o quanto essa ferramenta nos é preciosa e valiosa.

Hoje, na minha clínica, fazemos consulta médica olhando para o paciente — sem desviar os olhos dessa consulta para o teclado, para a tela, para o prontuário em construção. A qualidade humanitária e interpessoal do atendimento aumentou de forma que eu, em quarenta anos de profissão, não havia experimentado. Resolvemos dúvidas em relação a fármacos, doenças, níveis laboratoriais, resultados de exames, em tempo real, durante a consulta. Geramos diagnósticos diferenciais, fazemos consultas imediatas de interações medicamentosas, em segundos, na frente do paciente, com o paciente participando ou não dessas pesquisas — como ele preferir.

Isso aumenta, simultaneamente, a qualidade técnica do atendimento e a qualidade da relação médico-paciente. Tira-nos do tempo que dedicávamos à parte administrativa, burocrática, de redação de papéis, laudos, pedidos de procedimento, relatórios de afastamento — e devolve esse tempo onde ele sempre deveria ter estado: na relação interpessoal. No homem diante do homem. No olho no olho. Naquilo que nos fez apaixonar pela medicina e que, sem que percebêssemos, o trabalho administrativo havia colonizado.

A inteligência artificial faz a parte burocrática mais rápido e melhor do que nós. E nos devolve o que é nosso por vocação.

> *Hoje, as inteligências artificiais sabem mais de doença do que o médico — e nós sabemos mais de doente do que a inteligência artificial. Esse é o nosso diferencial.*
>
> **Paulo Renato Fonseca**

Convido-os, portanto, a mergulhar comigo neste mundo encantador, submergindo nos próximos capítulos deste mar de conhecimento que apresentamos a seguir.

Escrevi este livro a quatro mãos com o Dr. João Protásio porque sozinho eu não conseguiria sustentar o rigor científico que a tese exige, e ele sozinho não teria a vivência clínica de quatro décadas que dá ao livro a textura que ele precisa ter. A ele se soma, no ecossistema mais amplo deste projeto, o Dr. Rubens Martins, que assina o capítulo de apresentação deste livro, discorrendo sobre a dimensão tecnológica e institucional que sustenta a prática proposta.

Este capítulo é, portanto, um convite. Convite ao leitor médico que já sente, como senti em mim, que algo qualitativamente diferente está acontecendo. Convite a tomar a inteligência artificial conversacional a sério como ferramenta clínica — não como brinquedo de geração mais nova, não como ameaça à prática consolidada, não como modismo passageiro, mas como o que ela é: um parceiro cognitivo cuja prescrição, feita corretamente, pode ser uma das intervenções mais significativas que faremos pelos nossos pacientes nesta segunda metade de nossas carreiras.

E convite, antes disso, a fazer aquilo que ensino a meus residentes desde sempre: experimentar primeiro em si o que se pretende prescrever. Quem termina este livro tendo apenas lido o livro perdeu metade do livro. Quem termina o livro tendo, paralelamente, instalado a ferramenta no próprio celular, conversado com ela sobre o que mais lhe interessa pessoalmente e percebido em si o efeito sobre a clareza intelectual, esse leitor terá, ao fechar a última página, não apenas conhecimento novo, mas autoridade nova.

E é a partir dessa autoridade que se prescreve.