

ARQUIPÉLAGO

Filosófico

EPISTEMOLOGIA

Ludwik Fleck, Algumas características específicas do pensamento médico



Arquipélago

04 Mar 2026 — 12 min read



Ludwik Fleck – Foto: Thomas Schnelle/ETH AzF

O texto a seguir é uma tradução de uma palestra originalmente proferida em polonês e publicada em 1927 no *Archiwum Historji i Filozofji Medycyny*. Foi

traduzido por Kariel Antonio Giarolo (IFRN) a partir de uma versão em inglês publicada no livro *Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck*, editado por Robert Cohen e Thomas Schnelle (Dordrecht: D. Reidel , 1986, pp. 39-46).

*Nota do tradutor: Ludwik Fleck (1896-1961) foi um médico infectologista, biólogo e filósofo da ciência polonês. Embora pouco conhecido no meio filosófico, antecipou diversas teses em História, Filosofia e Sociologia da Ciência que se tornaram bastante influentes a partir de meados do século XX. Diferenciando-se de concepções comuns de sua época, Fleck foi um dos primeiros a enxergar a ciência como uma atividade intrinsecamente histórica e social, influenciada por fatores que vão além da prática científica individual. Crítico da concepção positivista de ciência, sustentou que fatos científicos não são dados, mas construídos por meio do desenvolvimento histórico das disciplinas científicas. Sua obra mais conhecida, *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*, foi publicada em 1935 e já foi traduzida para o português. O artigo aqui traduzido é a primeira publicação de Fleck associada a temas de Filosofia da Ciência. Resultado de uma palestra proferida em Lwów, em 1926, o texto representa uma etapa preparatória para suas concepções posteriores.

Algumas características específicas do pensamento médico

Ludwik Fleck

A ciência médica, cuja amplitude é tão vasta quanto sua história é antiga, levou à formação de um estilo específico de compreender seus problemas e de

um modo específico de tratar fenômenos médicos, ou seja, um tipo específico de pensamento. Em essência, essa singularidade na forma de pensar não é nada extraordinária. Basta apenas perceber a diferença entre o modo de pensar de um cientista e de um humanista, mesmo que o assunto em questão seja o mesmo: por exemplo, quão grande é a diferença, e quão grande é a dificuldade de justaposição, entre a Psicologia como uma ciência e como um ramo da Filosofia. Até mesmo o próprio objeto da cognição médica difere em princípio daquele da cognição científica. Um cientista procura fenômenos típicos, normais, enquanto um médico estuda precisamente os fenômenos atípicos, anormais e mórbidos. E é evidente que ele encontra, nesse caminho, uma grande riqueza e variedade desses fenômenos, que se configuram em grande número — sem unidades claramente delimitadas — e que abundam em estados transicionais e fronteiriços. Não existe uma fronteira rígida entre o que é saudável e o que é doente, e nunca mais encontramos exatamente o mesmo quadro clínico. Mas essa riqueza extremamente vasta de variantes sempre diferentes deve ser superada mentalmente, uma vez que essa é a tarefa cognitiva da medicina. Como encontrar uma lei para fenômenos irregulares? — este é o problema fundamental do pensamento médico. De que maneira devem ser apreendidos e que relações deve-se atribuir a eles para se obter uma compreensão racional?

Começa-se procurando por tipos entre os fenômenos que, a princípio, parecem atípicos. Por exemplo, a ação normal e típica do coração tem tais e tais características. Existem diferenças individuais quanto à duração e intensidade de cada componente dessa ação e quanto ao ritmo sequencial desses componentes. No entanto, essas diferenças são fisiologicamente mínimas. É somente a ação mórbida do coração que produz uma imensa riqueza de imagens que são cada vez mais diferentes. Torna-se inevitável que ampliemos as observações para incluir os vasos periféricos, os vasos capilares, a pele, as

glândulas endócrinas, o sistema vegetativo, as relações de desenvolvimento, etc.

Uma tremenda riqueza de material é produzida. É tarefa da medicina encontrar, nesse caos primordial, algumas leis, relações, alguns tipos de ordem superior.

A princípio, essa meta é alcançada. Sabemos, pelo cálculo de probabilidade, que mesmo um caso accidental, mesmo eventos sem relações mútuas, podem ser abrangidos por certas leis. Assim, não é de surpreender que esses fenômenos mórbidos anormais sejam agrupados em torno de certos tipos, produzindo leis de ordem superior, pois eles são mais bonitos e gerais do que fenômenos normais que, então, se tornam profundamente inteligíveis. Esses tipos, essas imagens ideais e fictícias, conhecidas como unidades mórbidas — em torno das quais os fenômenos mórbidos individuais e variáveis são agrupados, sem, contudo, nunca corresponderem completamente a eles —, são produzidos pela forma médica de pensar: por um lado, pela abstração específica e de longo alcance, por meio da rejeição de alguns dados observados; por outro lado, pela construção específica de hipóteses, ou seja, pela suposição de relações não observadas. Nesse caso, usamos a justaposição e a comparação estatística entre muitos desses fenômenos, isto é, aquilo que poderíamos chamar simplesmente de observação estatística, que é o único método capaz de encontrar o tipo entre muitos e variados indivíduos. O papel da estatística na medicina é imenso. Apenas numerosas observações — em número imenso — eliminam o caráter individual do elemento mórbido, e, em campos tão obscuros como a patologia e a sociologia, a característica individual é idêntica a um evento e deve ser removida. No entanto, a observação estatística em si mesma não cria o conceito fundamental do nosso conhecimento, o de unidade clínica.

Entram em jogo aqui muitos fatores esquivos — no que diz respeito à lógica — e imponderáveis que nos permitem prever (e, de certa forma, pressagiar!) o curso dos problemas que determinam o desenvolvimento de um campo de pensamento e criam o seu estilo peculiar a uma época. Arrisco-me a chamar esses fatores de intuição específica. Não tenho como me aprofundar aqui no problema da intuição, pois isso só é possível à luz da história da ciência. No entanto, preciso enfatizar que, deixando de lado o conceito de intuição, se admitíssemos que o desenvolvimento científico é apenas uma questão de tempo, possibilidades técnicas e acaso, nunca entenderíamos a ciência. Primeiramente, seríamos incapazes de compreender por que os estágios desse desenvolvimento possuem um tipo específico de pensamento, por que um fenômeno que é acessível a todos foi observado pela primeira vez em um determinado momento e até mesmo quase simultaneamente por vários pesquisadores. Assim, em determinado estágio desse desenvolvimento, surgem certas unidades clínicas definidas, e o modo pelo qual são geradas explica algumas de suas características específicas. Em nenhum lugar fora da medicina se encontram tantas qualificações do tipo “pseudo” e “para”, como, por exemplo, tifoide – paratifoide, psoríase – parapsoríase, vacina – paravacina, anemia – pseudoanemia, paralisia pseudobulbar, pseudocrupe, pseudoneurite óptica, pseudoptose, pseudoesclerose, pseudotabes; e também meningite – meningismo, Parkinson – parkinsonismo, etc. Essas denominações são encontradas na medicina porque, com o progresso do conhecimento médico, tornou-se necessário destacar, no tipo clínico ideal definido, os subtipos individuais — por exemplo, tifoide – paratifoide —, que às vezes se mostravam completamente independentes, tal como tabes – pseudotabes. Quanto mais o conhecimento médico progride, mais tais definições — provas de desvios da maneira original de lidar com uma situação

— surgem e surgirão, uma vez que a abordagem original se revela abstrata, muito ideal.

Quanto ao papel desempenhado pela intuição no pensamento médico, mesmo em diagnósticos simples, isso pode ser melhor observado no fato de que quase sempre nos falta um sintoma patogênico que, por si só, bastaria para determinar o estado clínico: mesmo o bacilo tifoide cultivado a partir de fezes não prova que o indivíduo sofre de febre tifoide; o indivíduo pode ser apenas portador do germe. Apenas a combinação de sintomas, o *habitus* e o *status praesens* completo do paciente é conclusiva. Por isso, até mesmo os melhores diagnosticadores são com frequência incapazes de fornecer uma base específica para seus diagnósticos; eles apenas explicam que a aparência inteira é característica desta ou daquela doença.

Assim que o pensamento médico descobre um certo tipo ideal dentre uma pluralidade finita de fenômenos patológicos aparentemente atípicos, ele se depara com um novo problema: como reduzi-los a um determinante comum, de forma a obter, por meio de análise, certos elementos comuns, alguns blocos fundamentais a partir dos quais os fenômenos observados poderiam ser reproduzidos. Dessa forma, surgem os elementos da anatomia e da fisiologia patológicas. No entanto, as combinações dos padrões obtidos dessa forma, que se repetem continuamente (inflamação, degeneração, atrofia, hipertrofia, hipofunção, hiperfunção, etc.), nunca fazem justiça à riqueza total das manifestações individuais da doença. As manifestações específicas e mais características permanecem sempre fora dessa abordagem e provam que os elementos da anatomia e fisiologia patológicas são muito genéricos.

Essa é, novamente, a característica específica da medicina. Em nenhum lugar fora da medicina, em outro ramo da ciência, as espécies têm tantas características específicas, isto é, características não analisáveis que não

podem ser reduzidas a elementos comuns. Dessa forma, o processo de abstração avançado produz uma noção de espécie cuja artificialidade é consideravelmente maior do que em qualquer outro campo da ciência, bem como uma noção de elemento (ou propriedade) com uma generalidade igualmente específica. Isso resulta em uma divergência característica entre o conhecimento teórico e as observações, mas não uma divergência entre a arte médica e a ciência, pois na química também se observa uma certa incomensurabilidade entre ciência e arte aplicada. No entanto, nenhuma observação pode ser incompatível com a teoria ou mesmo estar incluída nela. Por outro lado, pode-se usar na medicina o famoso ditado: “Embora impossível na teoria, na prática acontece” (*“In der Theorie zwar unmöglich, in der Praxis kommt es aber vor”*).

Na prática, não se pode prescindir de definições como “calafrio”, “dor reumática” ou “dor nevralgica”, que nada têm em comum com o reumatismo ou a nevralgia livresca. Existem vários estados patológicos e síndromes caracterizados por sintomas subjetivos que até agora não encontraram um lugar nos livros e provavelmente não encontrarão em nenhum momento. Essa divergência entre teoria e prática é ainda mais evidente na terapia, e mais evidente ainda nas tentativas de explicar a ação dos medicamentos, em que leva a uma pseudológica peculiar. Há pouco tempo, a administração de cânfora em caso de hemoptise era proibida, e para tanto encontrou-se uma razão. Hoje, a cânfora é recomendada, e para tanto encontrou-se uma motivação “lógica”. Todo método terapêutico, incluindo a homeopatia e a psicanálise, tem uma motivação “estrita, lógica, quase matemática”, cuja exatidão é inversamente proporcional ao seu tempo de vida. Não há lugar mais fácil para se obter uma explicação pseudológica do que na medicina, pois quanto mais complexo o conjunto de fenômenos, mais fácil é de se obter uma lei verificável de curta duração; sendo mais difícil chegar a uma ideia

abrangente. É na medicina que se encontra um caso único: quanto pior for o médico, “mais lógica” será a sua terapia. A questão é que, na medicina, é possível simular quase tudo, provando que, até agora, de fato não conseguimos explicar nada.

Além das noções fundamentais de espécie e elemento, o pensamento médico possui também a noção, igualmente específica, da relação entre fenômenos patológicos. Esse campo extremamente complexo apresenta um quadro epistemológico único. Juntamente com as ciências naturais, o pensamento médico reconhece relações causais (embora seja geralmente aceito que um médico diga sempre “posteriormente a”, mas quase nunca “por causa de”). Assim como na Biologia, o condicionamento entre os fenômenos na Medicina pode envolver desenvolvimento, correlação, substituição, sinergia e antagonismo. Um fator completamente específico que explica fenômenos patológicos encontra-se no pensamento médico nas noções de disposição interna e substrato externo, isto é, condições que, como em *potentia*, já contêm o fenômeno patológico em questão. Além disso, temos a compreensão epidemiológica dos fenômenos patológicos e, talvez a mais importante, a teleológica. Assim, os fenômenos médicos se relacionam mutuamente por meio de um número enorme de relações, que resultam de seu caráter atípico original e que os compensam.

No entanto, essa pluralidade — cujos elementos são tão multiplamente condicionados — é irracional, se a examinarmos como um todo e constantemente do mesmo ponto de vista. Admitimos relações causais, mas o resultado nunca é proporcional à causa, nem é sempre o mesmo. A ação da causa patogênica resulta da intensidade e configuração dos patógenos, bem como da predisposição dos indivíduos afetados, ou seja, às relações causais são adicionados os fatores predisposicionais não comparáveis em relação às

causas. Entretanto, mesmo que ambas essas séries ativas sejam levadas em consideração, não se pode deduzir nada em medicina, pois pode surgir uma reação antagônica. Por exemplo, “dermografismo branco” indica, segundo alguns, a hiperfunção da glândula suprarrenal, enquanto, segundo outros (com igual lógica), a hipofunção da glândula, em vista do antagonismo entre a pele e os intestinos. Outros exemplos dessa irracionalidade são a lei de Schultze sobre a ação dos estímulos, a ação diferente das doses pequenas e médias de atropina, e a reação variável das pupilas no processo de anestesia.

Mesmo um conhecimento aprofundado da anatomia e fisiologia da bexiga e dos processos tuberculosos não permitiria prever o interessante fenômeno de regressão da tuberculose na bexiga após a ressecção do rim tuberculoso. Similarmente, mesmo a familiaridade com a fisiologia da fala não permitiria deduzir o fato de que é possível aprender a falar mesmo após a remoção completa da laringe. De acordo com a teoria clássica da reação de Wassermann, é possível deduzir que, ao se trabalhar com um soro terapêutico ou ativo, resultados mais negativos serão obtidos, ao passo que na realidade, são obtidos resultados contrários. Nesse caso, a Medicina tem sua motivação própria que, no entanto, não segue a linha da teoria clássica, mas exige uma mudança de atitude mental.

Isso é o que se encontra em qualquer problema médico: torna-se cada vez mais necessário alterar o ângulo de visão e se afastar de uma atitude mental consistente. Somente dessa forma o mundo dos fenômenos patológicos, que é irracional em sua totalidade, torna-se racional em seus detalhes. Assim como, por um lado, a ação abstrata de longo alcance permite ao pensamento médico encontrar tipos entre fenômenos atípicos, por outro lado, é somente a renúncia às consequências que permite aplicar uma lei a fenômenos irregulares. Disso resulta a incomensurabilidade de ideias desenvolvidas a partir das diversas

maneiras de apreender fenômenos patológicos e que dá origem ao fato de que uma compreensão uniforme da enfermidade não é possível. Nem a teoria celular nem a dos humores, nem a compreensão funcional das doenças isoladamente, nem seu condicionamento “psicogênico”, por si sós, esgotam toda a riqueza do fenômeno patológico.

Ainda assim, por mais que seja impossível encontrar na Medicina uma ideia que abranja a totalidade, como o atomismo na Química, ou a energética na Física, ainda assim testemunhamos uma nova ideia metódica, uma certa tônica para apreender os fenômenos médicos, vindo à tona. Trata-se de um modo de apreensão temporal e dinâmico dos fenômenos patológicos. O objeto do pensamento médico — a doença — não é um estado duradouro, mas um processo que muda continuamente e que tem sua gênese temporal, seu curso e declínio. Essa ilusão científica, essa ficção, essa entidade individual criada pela abstração baseada na estatística e na intuição, a entidade denominada como doença, que é virtualmente irracional, esquiva e indefinível de modo unívoco, torna-se uma unidade substancial somente quando apreendida temporalmente. Nunca um *status praesens*, mas sempre apenas a *historia morbi* efetivamente cria a unidade clínica. O primeiro produz, no máximo, uma síndrome de sintomas, como a síndrome de Banti ou a síndrome de Horner, que o pensamento médico moderno distingue cuidadosamente da doença. Essa natureza histórica e temporal da noção de doença é única. Uma vez que a doença é uma mudança, que se desenvolve no decorrer do tempo, das funções vitais que também tem seu curso temporal, é óbvio que, sendo uma variedade *sui generis* de variações da vida, ela é duplamente dependente do instante. Se for possível usar uma comparação com um campo distante do pensamento, a doença tem uma relação com as funções normais tal como a aceleração, com a velocidade. A vida como tal tem seu curso temporal. O curso da doença acontece dentro desse curso, sendo, de certa forma,

independente dele. Uma criança se desenvolve de acordo com um padrão conhecido. Ao mesmo tempo, sua eventual tuberculose se desenvolve em seu próprio tempo e de acordo com suas próprias leis. Assim, essa doença obtém sua dupla ou praticamente quádrupla gênese.

Assim, em primeiro lugar, a patogênese de um caso singular específico; sua disposição, diátese, constituição ou *habitus*, sua infecção, seu sintoma inicial, a origem da alergia em questão, o desenvolvimento dos sintomas patológicos, etc., eu chamaria de ontogênese detalhada da doença. Em segundo, à patogênese geral de um caso único de tuberculose, ou seja, por exemplo, os fatores predisposicionais e o progresso da tuberculose, da tifoide ou da diátese de ácido úrico na infância, puberdade, climatério, etc., eu chamaria de ontogênese geral da doença. Em terceiro, à história independente da doença em um determinado ambiente social e geográfico, a história de uma determinada epidemia ou de uma determinada degeneração, isto eu chamaria de filogênese detalhada da doença. Finalmente, à história independente da doença ao longo das eras, seu surgimento na humanidade e sua mudança, eu chamaria de filogênese geral da doença. Não conheço qualquer outro campo do pensamento científico em que a ideia fundamental permitiria tantas investigações genéticas diferentes. A embriologia ou a paleontologia, a história ou a sociologia reconhecem apenas o desenvolvimento em uma única direção. Em patologia, duas séries de desenvolvimento são combinadas: o desenvolvimento ontogenético e filogenético do ser vivo e o desenvolvimento da doença. Essa formulação histórica da ideia de doença se torna, cada vez mais, claramente definida.

Gostaria de destacar duas ideias relevantes, plenamente modernas e férteis: a de “higiogênese” e a de infecção latente (por ser assintomática ou silenciosa); e também a ideia de doença latente, por exemplo, *lues latens* [sífilis latente].

Os processos relevantes não podem ser enumerados, nem entre as ideias anteriores de saúde, nem entre as ideias de doença. À luz dessas ideias, a saúde é uma tendência de mútua interação dos processos patogênicos e higienogenéticos. Qualquer outra tendência, em qualquer direção, é uma doença. Como os mais diversos órgãos e glândulas podem substituir uns aos outros, e certas doenças se compensam, produzindo um estado mais benéfico, deve-se, para todos os efeitos e propósitos, definir ou especificar a saúde, de forma consistente — ainda que paradoxalmente —, como a doença mais benéfica em um dado momento. Dessa forma, surge uma compreensão especificamente dinâmica da doença, na qual, em vez de causas constantes, temos processos que se influenciam mutuamente. As relações entre esses processos são diversas e incomensuráveis, dependendo da sempre necessária mudança de ponto de vista. Se acrescentarmos a esse quadro a natureza abstrata específica da unidade clínica, obtemos um quadro geral da maneira médica de formular o problema.

Permitam-me usar uma comparação figurativa: o pensamento médico difere em princípio do pensamento científico por usar o sistema gaussiano de coordenadas, enquanto este último usa o sistema cartesiano. A observação médica não é um ponto, mas um pequeno círculo. Não está situada no sistema de linhas retas coordenadas, com inclinação constante umas em relação às outras, mas em um sistema de curvas opcionais que se cruzam mutuamente, que não conhecemos de forma completa.

Uma certa correção é introduzida nesse quadro pelo fato de que, estritamente falando, a multiplicidade de fenômenos médicos só pode ser representada aproximadamente por meio do sistema de Gauss, uma vez que seus pontos não são univocamente determináveis. Na prática, o pensamento científico utiliza, para pequenos intervalos, o sistema cartesiano e, para intervalos grandes, o

sistema de Gauss (como na Teoria da Relatividade). O pensamento médico, ao contrário, usa o sistema de Gauss para pequenos intervalos, mas não encontra nenhuma maneira consistente e racional de apreender os fenômenos em sua totalidade.

Leituras adicionais (indicadas pelo tradutor):

COHEN, R. S.; SCHNELLE, T. *Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck* (Boston Studies in the Philosophy of Science, vol. 87). Dordrecht: D. Reidel, 1986. [\[Amzn\]](#)

CONDE, M. L. L. *Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012. [\[Amzn\]](#)

FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. [\[Amzn\]](#)

LÖWY, I. “Introduction: philosophy and medicine in Poland”. In: *Philosophy and medicine*, ed. by Tristram Engelhardt Jr. & Stuart F. Spicker. Dordrecht: Kluwer Academic, 1990.

NOGUEIRA, F. S. *Ludwik Fleck e o Círculo de Viena*. Curitiba: Appris Editora, 2021. [\[Amzn\]](#)

Arquipélago Filosófico, Vol. 2, No. 6 (2026), e-006

ISSN 3086-1136

Artigo: Ludwik Fleck (1927), Algumas características específicas do modo de pensar médico

Autor(es): Ludwik Fleck

Data: 04 Mar 2026

Volume: 2

Número: 6

Páginas: e-006

ISSN: 3086-1136

```
@article{ludwik-fleck-algumas-caracteristicas-especificas-do-pensamento-
medico,
  author = {Ludwik Fleck},
  title = {Ludwik Fleck (1927), Algumas características específicas do modo
de pensar médico},
  year = {2026},
  month = {Mar},
  journal = {Arquipélago Filosófico},
  volume = {2},
  number = {6},
  pages = {e-006},
  issn = {3086-1136},
  url = {https://arquipelago.fi/ludwik-fleck-algumas-caracteristicas-
especificas-do-pensamento-medico/}
}
```