
Empatia desde a diferença: a fenomenologia e o tema da empatia em contextos de saúde

Empathy from difference: Phenomenology and the theme of Empathy in Healthcare contexts

DOI: 10.12957/ek.2025.93140

Talia Giacomini Tomazi¹

Universidade Federal de Santa Maria

talia.tomazi@gmail.com

Vitória Santana Aloraldo²

Universidade Federal de Santa Maria

vtorialoraldo@gmail.com

RESUMO

Há uma pluralidade de definições e uma grande quantidade de pesquisas sobre o tema da empatia. Na filosofia de orientação fenomenológica, a empatia vem sendo apresentada como um tipo distinto de intencionalidade direcionada à experiência do outro. Desenvolvimentos recentes se valem dessa noção e ampliam seu escopo de aplicação. Tendo isso em vista, o presente artigo tem por objetivo apresentar o debate fenomenológico atual sobre a empatia em contextos de saúde e, em especial, os contextos de enfermidades psiquiátricas. Para isso, o texto está organizado em três seções: A primeira retoma concepções clássicas de empatia na literatura fenomenológica. A segunda apresenta desdobramentos recentes do conceito voltados aos contextos de saúde. Por fim, a terceira parte discute duas concepções que desenvolvem um conceito de empatia com ênfase na diferença, tomando-a não como uma característica a ser superada, mas como aspecto constitutivo da relação clínica. A empatia de segunda ordem e a empatia radical recusam a tese de que há uma impossibilidade de empatizar com algumas experiências relacionadas a alguns diagnósticos psiquiátricos e sugerem a necessidade de adotar uma postura metodológica que permita o reconhecimento de diferenças, em especial, a diferença entre o “mundo” da pessoa que empatiza e o mundo do empatizado.

Palavras-chave

Fenomenologia. Empatia. Contextos de saúde. Diferença.

¹ Doutoranda em Filosofia pelo Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Maria, bolsista CAPES.

² Mestranda em Filosofia pelo Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Maria, bolsista CNPq, e psicóloga pela Universidade Franciscana.

ABSTRACT

There is a plurality of definitions and a substantial amount of research on the topic of empathy. In phenomenologically oriented philosophy, empathy has been presented as a distinct type of intentionality directed toward the experience of the other. Recent developments build on this notion and expand its scope of application. In light of this, the aim of the present article is to present the current phenomenological debate on empathy in healthcare contexts, especially in relation to psychiatric illnesses. The first section revisits classical conceptions of empathy in the phenomenological literature. The second presents recent unfoldings of the concept aimed at healthcare contexts. Finally, the third part discusses two conceptions that develop a notion of empathy with an emphasis on difference, treating it not as an obstacle to be overcome but as a constitutive aspect of the clinical relationship. Second-order empathy and radical empathy reject the claim that it is impossible to empathize with certain experiences associated with specific psychiatric diagnoses, and instead suggest the need to adopt a methodological stance that allows for the recognition of differences, especially the difference between the “world” of the empathizer and the world of the person being empathized with.

Keywords

Phenomenology. Empathy. Health contexts. Difference.

1. INTRODUÇÃO

No movimento fenomenológico, é amplamente conhecido que o conceito-chave responsável por capturar a relação intencional entre indivíduos é a empatia (*Einfühlung*) (Zahavi, 2025). Da mesma forma, no âmbito da filosofia da medicina de orientação fenomenológica (Svenaeus, 2022; Zahavi, 2025) e também da psicopatologia fenomenológica (Jaspers, 1968; Ratcliffe, 2012; Stanghellini, 2013a;), a empatia tem sido tradicionalmente mobilizada como ferramenta conceitual para compreender a experiência vivida dos pacientes. Não obstante, em virtude de algumas limitações internas, como a falta de consenso em como estabelecer uma distinção entre a empatia e fenômenos como contágio emocional e simpatia, o que conduz à questão do que precisamente consiste a empatia (Zahavi, 2012; 2025); a noção de empatia vem sendo reformulada na tentativa de capturar certas experiências anômalas na medicina e na psiquiatria. Surgem, assim, propostas como a ideia de *empatia de segunda ordem* (Stanghellini, 2013a), *empatia básica* (Zahavi, 2017; 2025) e de *empatia radical* (Ratcliffe, 2012).

Essas formulações apresentam, como uma de suas características comuns, o desacordo com concepções de empatia advindas de outras disciplinas filosóficas. Na filosofia analítica, por exemplo, o debate cognitivista é dividido entre *Teoria-Teoria* (TT) (Carruthers & Smith; 1996; Davies & Stone; 1995a) e *Teoria Simulacionista* (TS) (Goldman, 2006; Stueber, 2006; Davies & Stone; 1995b). Ambas as teorias consideram a impossibilidade de experimentar outras mentes (*minds of others*). A possibilidade de

compreender a perspectiva de outros, segundo a TT, requer a utilização de uma teoria psicológica intuitiva (*folk psychology*) sobre outras mentes. Assim, explica-se e se prevê os comportamentos de outra pessoa teorizando sobre as informações obtidas através dos estados mentais (Spaulding, 2017). Por sua vez, a TS, que não recorre às leis de uma teoria psicológica intuitiva, assenta sua argumentação no uso da própria mente do indivíduo que empatiza como uma simulação da mente da outra pessoa: a compreensão do outro é acessível aquele que empatiza ao imaginar o que pensaria, sentiria ou faria se estivesse no lugar da outra pessoa. Por conseguinte, quem empatiza é capaz de compreender o que a outra pessoa pensa, sente e faz (Spaulding, 2017). Em desacordo com essas abordagens, Zahavi (2025) argumenta que a fenomenologia contém recursos para compreender diretamente as experiências dos outros como indivíduos dotados de consciência cujas expressões, gestos corporais e ações são manifestações de suas experiências ou estados mentais (Zahavi, 2025).

Neste sentido, o presente artigo retoma concepções clássicas de empatia na literatura fenomenológica, as quais fornecem os fundamentos teóricos para descrições contemporâneas e, ainda, impactam contextos teóricos e práticos interessados nos cuidados em saúde. Assim, a estrutura do texto é composta por três seções. Na primeira seção, serão apresentadas algumas concepções fenomenológicas clássicas da empatia. Sem dúvida, quando se trata da compreensão interpessoal, autores como Edmund Husserl e Edith Stein são fundamentais para compreender o fenômeno. Contudo, não é apenas a filosofia que se dedica ao tema da empatia. Outras áreas do conhecimento humano, principalmente vinculadas à saúde, consideram que a empatia é um conceito central para a relação entre profissional de saúde e paciente. Desse modo, os desdobramentos teóricos da experiência empática na enfermagem, principalmente, serão o foco de análise da segunda seção. Por fim, as dificuldades de empatizar com algumas enfermidades psiquiátricas leva a uma breve elucidação da empatia desde a diferença, como uma caracterização fundamental para experiências interpessoais fortemente marcadas pela dificuldade de ‘compartilhar mundo’. O texto conclui fornecendo uma interpretação comparativa dos trabalhos de Stanghellini (2013a) e Ratcliffe (2012) a partir da ideia da empatia desde a diferença.

2. CONCEPÇÕES FENOMENOLÓGICAS CLÁSSICAS ACERCA DA EMPATIA

O tratamento do tema da intersubjetividade e da compreensão da experiência de outras pessoas, na tradição fenomenológica, é bastante complexo. Sua tematização se dá, principalmente, a partir de um tipo distinto de intencionalidade, denominado empatia (*Einfühlung*). Para Edmund Husserl e Edith Stein, a compreensão da experiência de outras pessoas não envolve qualquer tipo de contágio emocional ou uma tomada de perspectivas imaginativas, mas uma forma básica de compreensão, que estaria baseada na percepção, ao mesmo tempo em que difere dela³ (Zahavi, 2025). Husserl (2022, p. 137) descreve a empatia como a “intencionalidade interior ao próprio eu, e que por sua vez conduz ao eu de outrem”. A percepção da vida experiencial de outras pessoas não é acessada por processos cognitivos de indivíduos ausentes uns aos outros, mas um encontro face a face cuja conexão é imediata e direta.

No que se refere a postura que adotada em relação a subjetividade de outra pessoa, Husserl, segundo Zahavi (2010, 2014a, 2014b, 2025), distingue entre duas atitudes possíveis: uma atitude naturalista e uma atitude personalista⁴. A atitude naturalista envolve dois passos: o outro indivíduo é dado primeiro como um corpo material e depois como uma vida experiencial. Já a atitude personalista envolve uma compreensão do outro de forma unificada e não como um simples corpo ou um corpo com uma mente anexada (Zahavi, 2014a). Nesta atitude, a presença da consciência do outro (*mindedness of the other*) é reconhecida no encontro entre corpos vivos⁵ semelhantes, nos gestos, na entonação e nas expressões faciais, ou seja, a expressividade do indivíduo com

³ Tanto Husserl (2022) quanto Stein (1989) assumem uma diferença entre a empatia e a percepção. Na percepção, o objeto é dado diretamente, ou seja, é o tipo de intencionalidade em que o objeto se apresenta em sua presença corpórea (*leibhaftig*) ou, como diz Husserl, *in propria persona*. Na empatia, mesmo que o “corpo” da outra pessoa seja dado *in propria persona*, o mesmo não ocorre com suas experiências. Na mesma direção, Stein (1989) argumenta que as experiências alheias não são apreendidas de maneira originária, como experiências próprias. Contudo, para a autora, ainda seria possível descrever a empatia, em certo sentido, como percepção, na medida em que o objeto, por exemplo, a dor ou o sofrimento empatizados, é dado de maneira direta, não mediada e não inferencial, como presente aqui e agora (Stein, 1989, p. 5). Para mais, ver: Zahavi, 2014a, p. 125-132.

⁴ Essa distinção está em *Ideen II*. Husserl, E. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch. Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*. Husserliana 4. Martinus Nijhoff, Den Haag, 1952.

⁵ Esse encontro envolve uma relação fundamental com a concepção de *corpo vivo*. Na fenomenologia husserliana, há a distinção entre *Körper* e *Leib*, em que o primeiro está para *corpo objetivo* e o segundo para *corpo vivo*. A empatia se dá entre *corpos vivos*, ou seja, aquele que empatiza percebe no outro características semelhantes ao seu corpo próprio e, portanto, o concebe enquanto um *corpo vivo*. Mas essa percepção preserva uma assimetria, ela nunca é dada originalmente.

pensamentos, sentimentos, desejos é repleta de significado psicológico (Husserl, 2003; Zahavi, 2014a). Para Husserl, é precisamente a empatia que nos permite compreender e apreender o significado psicológico (Zahavi, 2014a, p. 128). É importante salientar que a apreensão empática da experiência de alguém sobre algo, não tem, para aquele que empatiza, o mesmo significado daquele que experimenta em primeira pessoa. Em outras palavras, há uma diferença entre o que quem empatiza está consciente quando empatiza junto ao outro e o que outro propriamente experimenta. Portanto, mesmo que a experiência empática vise a experiência do outro, a alteridade é preservada já que nada da experiência do outro pode ser dada originalmente à esfera primordial própria daquele que empatiza (Husserl, 2003, p. 152).

Nesse sentido, há uma assimetria entre a experiência daquele que empatiza e daquele com quem se empatiza. Essa assimetria pode ser interpretada positivamente, uma vez que em função dela é possível identificar a distinção entre a experiência de si e a experiência do outro. Dito de outro modo, quando se afirma que ser capaz de experienciar os outros, o acesso experiencial é diferente do acesso à própria consciência⁶. Caso contrário, como destaca Husserl (2013, p. 147), se a consciência de outro fosse dada da mesma forma que a consciência de si, o outro deixaria de ser outro e se tornaria uma parte daquele que empatiza. Assim, a preocupação husserliana, ao demarcar essa assimetria, repousa no compromisso de liberar a empatia de acusações como a de que se tem o mesmo tipo de acesso em primeira pessoa à consciência alheia. “A empatia possui um tipo próprio de originalidade, uma forma própria de realização e corroboração, e critérios próprios de sucesso e fracasso” (Zahavi, 2014, p. 135).

Além disso, tendo em vista a conexão direta e imediata de acesso a vida experiencial de outras pessoas, haveria também a necessidade de a fenomenologia recusar uma noção de empatia que envolva, literalmente ou em algum grau, a transmissão de experiências entre o indivíduo empatizado e aquele que está empatizando (Zahavi, 2025, p. 102). Para Stein, por exemplo, o aspecto distintivo da empatia é o fato de que a experiência empática está localizada no outro e não naquele que empatiza (Ibid.). Neste sentido, pode-se interpretar a empatia, nos termos de Stein, como diferente da percepção

⁶ Segundo Zahavi (2025, p. 102), poder-se-ia complementar que “é precisamente por causa dessa diferença, precisamente por causa dessa assimetria, que podemos afirmar que as mentes (*minds*) que experienciamos são mentes (*minds*) alheias”. Zahavi (2025) usa com frequência o termo “mente” (*mind*). Optamos por empregar, sempre que possível, o termo “consciência”, embora reconheçamos que mesmo o uso de “consciência” pode dar margem a objeções.

em que o objeto originalmente não é dado, ou seja, há uma diferença entre o que se percebe ao empatizar e o que o outro está de fato experienciando, caracterizando a ausência de “originariedade” (Zahavi, 2014b, p. 134). Todavia, Stein (1989) também sugere uma aproximação entre empatia e percepção, de modo que, na empatia, o objeto também é dado diretamente, sem mediação ou inferências, aqui e agora, uma apreensão experiencial mais básica da experiência do outro.

Apesar das descrições formuladas por Husserl e Stein que caracterizam a relação intersubjetiva baseados no conceito de empatia, tal noção não é unanimemente aceita entre fenomenólogos(as). Martin Heidegger (2008), por exemplo, não endossa uma defesa do conceito por considerar que a noção conduz a uma apreensão equivocada da natureza da intersubjetividade. Para o autor, a empatia explicaria apenas *artificialmente* como sujeitos compreendem outros sujeitos, ou seja, o encontro e a compreensão com/do outro se dá entre “subjetividades isoladas” (Zahavi, 2025, p. 103). Na sua visão, contudo, há sempre um encontro com os outros no mundo, nos afazeres cotidianos e nas preocupações práticas. Além disso, compartilha-se um mundo comum, que mobiliza uma série de usos, utensílios, objetivos a perseguir e assim por diante. Em todas essas situações há a referência a outras pessoas, mesmo que estas não estejam presentes (Zahavi, 2025). Assim, como na terminologia técnica de Heidegger (2008), o *Dasein* não é um indivíduo sem mundo, em que o mundo é adicionado *a posteriori*, e não está sozinho, mesmo que o outro não esteja efetivamente presente. O *ser-com* é um componente básico do ser-no-mundo do *Dasein*, o qual não representa uma lacuna que a empatia deve completar.

A partir do que foi apresentado, considera-se que a descrição da intencionalidade dirigida a outros indivíduos envolve a possibilidade de um encontro interpessoal com experiências corporificadas e situadas. As abordagens fenomenológicas husserliana, steineriana e heideggeriana, refletem e descrevem os aspectos mais básicos do problema da intencionalidade dirigida a outras pessoas. Evidentemente, a complexidade do tema da empatia não se esgota nestes ou em outros trabalhos clássicos⁷. Além disso, há um significativo impacto da empatia em outras esferas de relações interpessoais, como por exemplo, os contextos de saúde. O encontro clínico entre profissional de saúde e paciente

⁷ Reconstruir a grande maioria de trabalhos clássicos extrapola os objetivos do presente artigo, apesar de ser uma tarefa importante de ser cumprida. Neste sentido, apenas a título de menção, autores como Max Scheler (1923), Jean-Paul Sartre (1943) e Emmanuel Levinas (1961) também aparecem como contribuições importantes para o debate fenomenológico sobre a empatia.

é uma atividade central para as práticas de cuidado. A crescente preocupação em fornecer modelos médicos centrados no paciente e em fomentar experiências positivas têm considerado a empatia um componente chave para prognósticos e experiências clínicas satisfatórias (Mercer & Reynolds, 2002; Svenaeus, 2000; 2022; Yu *et al*, 2022; Nembhard *et al*, 2023). Para tanto, a seção a seguir dedicar-se-á em explorar algumas abordagens contemporâneas, que se valem de teorias fenomenológicas clássicas da empatia (Husserl e Stein), e que estão voltadas à aplicação em áreas como a enfermagem, principalmente, e a psicopatologia.

3. CONCEPÇÕES FENOMENOLÓGICAS CONTEMPORÂNEAS DA EMPATIA EM CONTEXTOS DE SAÚDE

Na esteira de Husserl, Heidegger e Stein, diversos fenomenólogos nas últimas décadas têm se dedicado ao tema da intersubjetividade, especialmente por meio do conceito de empatia e suas reformulações aplicadas aos contextos de saúde. Entre esses autores destacam-se Anthony Fernandez (2010, 2020, 2021, 2024), Giovanni Stanghellini (2013a, 2013b, 2013c, 2019), Dan Zahavi (2010, 2014a, 2014b, 2020, 2021, 2025), Matthew Ratcliffe (2012, 2015, 2017, 2018), e Fredrik Svenaeus (2015, 2021, 2023, 2024). Nesta seção, são abordados os trabalhos sobre a empatia voltados para os contextos de saúde em geral, enquanto, na próxima, serão reconstruídas as concepções da empatia que operam em contextos mais específicos, como os de enfermidades psiquiátricas.

No que diz respeito aos contextos de saúde em geral, Fernandez e Zahavi (2020, 2021a, 2021b) discutem, em alguns trabalhos, o debate contínuo sobre a empatia na literatura da enfermagem. A formação teórica e prática da enfermagem como uma disciplina é um evento recente em departamentos universitários. Contudo, enquanto prática profissional, sua história é mais antiga (Fernandez & Zahavi, 2021b). A contribuição filosófica e, especialmente, fenomenológica, tem implicações importantes para compreender o significado da empatia. Sendo assim, Fernandez e Zahavi (2021b) estão interessados não apenas em apresentar e discutir possíveis intervenções filosóficas na formação da enfermagem, mas como um envolvimento interdisciplinar pode produzir bons resultados e mudanças positivas na pesquisa e na prática clínica.

Em geral, a empatia é tida como fundamental para a relação entre profissional de saúde e paciente e, mais especificamente, para a prática da enfermagem. Contudo, na literatura especializada da enfermagem o termo é utilizado de várias maneiras, ora faz

referência a uma diversidade de fenômenos perceptuais, cognitivos, afetivos e comportamentais; ora se sobrepõe a termos como simpatia, cuidado e compaixão (Fernandez & Zahavi, 2021b, p. 27).⁸ A presença do conceito de empatia e seu (pretenso) treinamento em currículos de formação de enfermeiros e enfermeiras leva às questões: o que significa ensinar e treinar empatia? É possível fazê-los? E, antes, o que é empatia? Para tanto, Fernandez e Zahavi (2020) colocam à disposição recursos fenomenológicos para uma compreensão do fenômeno da empatia. A proposta, como eles afirmam, é bem simples: retornar ao básico. Isso significa dizer que para elucidar o que é a empatia, o conceito deve ser desenvolvido desde os seus fundamentos, identificando e descrevendo a forma mais fundamental da experiência empática (Fernandez & Zahavi, 2020). Ao se identificar a forma mais básica da empatia, torna-se possível avaliar as experiências e comportamentos, os quais, por vezes, são apresentados pela mesma nomenclatura. Nesse sentido, o objetivo dos autores é fornecer as bases para um conceito mais coerente de empatia e, por conseguinte, contribuir para um debate mais qualificado sobre o papel desempenhado pela empatia na enfermagem.

Como o objetivo é descrever a empatia como uma forma básica de intencionalidade a outras pessoas, é preciso afirmar que se trata de um reconhecimento anterior do outro como outro. A *empatia básica*, portanto, não requer compartilhamento afetivo ou tomada de perspectiva imaginativa (Fernandez & Zahavi, 2020, p. 13). A compreensão das experiências de um outro indivíduo, enquanto empatia, não se dá, por exemplo, ao perceber os componentes emocionais que constituem a experiência da outra pessoa ou engajar imaginativamente como seria ter ou estar em determinada situação. Ou seja, não envolve contágio emocional ou fusão de identidades. A empatia básica preserva e reconhece a diferença eu-outro (Fernandez & Zahavi, 2020).

Na literatura da enfermagem é muito comum encontrar uma distinção entre empatia cognitiva e emocional (Nortvedt, 2017; Fernandez & Zahavi, 2021a). A primeira requer o uso de um alto nível de processos cognitivos para compreender a experiência da outra pessoa, enquanto a segunda sugere uma capacidade de vivenciar e compreender o outro através da reprodução dos estados afetivos e, portanto, sentir da mesma forma que o outro sente (Fernandez & Zahavi 2020, 2021a, 2021b). No entanto, para Fernandez e

⁸ Para uma discussão mais aprofundada, ver: Fernandez, A. V. Embodiment and Objectification in Illness and Health Care: Taking Phenomenology from Theory to Practice. *Journal of Clinical Nursing*. v. 29, n. 21-22, 2020, pp. 4403–4412.

Zahavi (2020, 2021a, 2021b) as duas formulações negligenciam um tipo mais fundamental de empatia, a empatia básica. Neste sentido, ao invés do(a) enfermeiro(a) tentar inferir sobre a experiência do(a) paciente ou buscar se colocar na perspectiva dele(a), deve investir em um encontro com o outro que reconheça e preserve a diferença entre os envolvidos (Fernandez & Zahavi, 2020). Respeitar essa diferença, a alteridade do outro, como enfatiza os autores, permite que o profissional de saúde se aproxime do(a) paciente com humildade e o ajude a encontrar sua própria voz para expressar sua experiência.

Uma outra concepção mais alinhada com o senso comum, como um “sentir-se na experiência do outro” ou “imaginar como seria estar na situação do outro” também é mobilizada para elucidar a empatia e aplicá-la às práticas clínicas (Svenaeus, 2015, 2021, 2024, p. 10). Em seus textos, Svenaeus (2024) argumenta que o conceito de empatia é fenomenologicamente compreendido como envolvendo elementos afetivos e cognitivos em que, focando na experiência cotidiana do(a) paciente, o(a) profissional de saúde explora a situação dele(a) por meio da percepção, imaginação e diálogo. Assim, a empatia começa com uma percepção direta dos sentimentos da outra pessoa e inclui em si mesma um sentimento⁹ guiado pela preocupação (*concern*). Empatizar, para o autor, é estar sintonizado (*tuned*) em um sentimento semelhante ao perceber as expressões corporais da pessoa empatizada. Este “estar sintonizado” se transforma em uma emoção sobre o sentimento do empatizado, que, geralmente, se transforma em um sentimento por ele (Svenaeus, 2014, p. 6).

Portanto, como Svenaeus (2024) enfatiza, a empatia não é meramente um sentimento dos estados mentais de outra pessoa, mas envolve uma resposta através da imaginação e do diálogo interpessoal para, então, construir uma compreensão compartilhada. As pretensões do autor são de preservar e fortalecer um encontro corporificado entre seres humanos, uma vez que a medicina contemporânea é dominada pelo “paradigma científico-natural” que constantemente marginaliza a perspectiva e a voz do paciente. Vale mencionar ainda, que Svenaeus (2024) considera que alguns casos de pacientes severamente deprimidos, agressivos ou manipuladores impõem uma

⁹ Não fica claro no texto de Svenaeus se a empatia se trata de um sentimento ou de uma emoção. As formulações são muito próximas, porém pouco precisas. Em outro momento do texto, Svenaeus (2024, p. 7) afirma que “os objetos das emoções empáticas são precisamente sentimentos, ações, intenções e situações de outras pessoas que exploramos e julgamos ser tais e quais através de experiências empáticas”.

dificuldade para empatizar. Uma das razões elencadas pelo filósofo é de que o profissional de saúde ou a pessoa envolvida com esse paciente tem sua atenção voltada para a proteção de uma possível ameaça ou raiva.

Tanto os trabalhos de Fernandez e Zahavi (2020, 2021a, 2021b) quanto os trabalhos de Svenaeus (2024) objetivam fornecer descrições fenomenológicas da empatia levando em consideração a aplicação em contextos específicos de cuidados em saúde. Seja uma proposta que incentiva o retorno ao básico (Fernandez & Zahavi, 2020), seja uma caracterização da experiência empática como estar sintonizado (*tuned*) (Svenaeus, 2024), ambos os empreendimentos estão interessados não apenas em informar filosoficamente, mas também em colaborar para a teoria e prática da enfermagem e, nos contextos mais gerais, da relação entre profissional de saúde e paciente. Todavia, é pertinente ressaltar que a concepção fenomenológica de Svenaeus (2024) pode conter certa limitação. Quando o autor descreve a empatia como um “sentir-se na experiência do outro, imaginando como seria estar em sua situação”, ou relata a dificuldade de empatizar com alguém severamente depressivo (ou pertencente a uma cultura muito diferente), parece submeter a empatia a críticas semelhantes às dirigidas ao simulacionismo (ver a seguir). Além disso, reflete uma compreensão empobrecida das enfermidades psiquiátricas.

Diante das limitações de abordagens que concebem a empatia apenas como “sentir como o paciente”, torna-se fundamental desenvolver um conceito de empatia que enfoque a diferença, não apenas como uma característica a ser reconhecida, mas como aspecto constitutivo da relação clínica. Além das objeções já apresentadas, a ideia de que profissionais de saúde devam compartilhar diretamente os sentimentos dos pacientes pode ser insustentável em contextos de cuidado, gerando desgaste emocional e dificultando o exercício profissional (Byrne *et al.*, 2024). Nesse sentido, na próxima seção, serão abordadas duas concepções de empatia marcadas pela ênfase na diferença: a abordagem de Giovanni Stanghellini (2013a), conhecida como *empatia de segunda ordem*, e a teoria de Matthew Ratcliffe (2012), denominada “empatia radical”. Essas abordagens, fundamentam-se na literatura fenomenológica precedente (Husserl, Stein e Jaspers) e visam responder a um problema ainda não abordado, a saber, a possibilidade de empatizar com experiências vinculadas a transtornos psiquiátricos graves.

4. EMPATIA DESDE A DIFERENÇA: DUAS COMPREENSÕES NÃO SIMULACIONISTAS PARA A EMPATIA EM CONTEXTOS DE SAÚDE MENTAL

Como já mencionado nas seções que antecedem, há uma pluralidade de definições e uma grande quantidade de pesquisas sobre o tema da empatia em diferentes áreas, como psicologia, enfermagem, sociologia, medicina e filosofia. De Vignemont e Singer (2006, p. 435), por exemplo, afirmaram que “provavelmente há quase tantas definições de empatia quanto pessoas trabalhando no tema”. A empatia, de maneira geral, é apresentada como uma forma de acessar e compreender a experiência do outro e tornou-se um tema de pesquisa corrente com a descoberta dos chamados neurônios-espelho e com as teorias contemporâneas da empatia (simulacionismo e teoria-teoria), ultrapassando o contexto de pesquisa filosófica. Assim, tendo em vista a abrangência dos trabalhos sobre a empatia, será apresentada uma breve revisão do conceito em diferentes áreas de pesquisa (Eklund & Meranius, 2021) para então, discutir sua aplicação e limites na psicopatologia (Jaspers, 1968), bem como a proposta de novas abordagens da empatia no contexto de enfermidades psiquiátricas (Stanghellini, 2013a, 2013b, 2019; Ratcliffe, 2012, 2015, 2017, 2017b).

Em um ambicioso artigo de revisão, Eklund e Meranius (2021) buscam apresentar um núcleo conceitual em torno do qual a maioria das definições de empatia estariam situadas. Para alcançar isso, os autores voltaram-se para a literatura já sintetizada sobre empatia, a fim de identificar semelhanças e diferenças entre as conceitualizações. A partir da análise temática de 52 artigos de revisão, foram encontrados, em todos ou quase todos os trabalhos analisados, quatro *temas* comuns na definição de empatia, sendo eles: i) compreensão (conhecimento da vida mental da outra pessoa); ii) sentimento (resposta afetiva apropriada à situação de outra pessoa); iii) compartilhamento (experiência de estados semelhantes aos vivenciados pela outra pessoa); e iv) diferenciação entre si e o outro (reconhecimento de que existe uma distinção entre a outra pessoa e o próprio sujeito). Para os autores, a presença desses quatro elementos sugere que há um consenso emergente na literatura sobre empatia (Eklund & Meranius, 2021).

Distanciando-se da avaliação do sucesso ou fracasso de tal empreendimento, é pertinente observar, para os objetivos deste trabalho, que o terceiro tema (o aspecto compartilhado da empatia) é qualificado como *compartilhar o mundo*. Sem uma explicitação detalhada do que se entende por *compartilhar mundo*, os autores indicam

que 100% dos artigos analisados, ao definir empatia, incluem o compartilhamento de experiências, perspectivas e/ou sentimentos com aquele com quem se empatiza. Tendo em vista a relação do terceiro tema com os demais achados da pesquisa, considera-se que *compartilhar mundo* significa compreender e sentir esse mundo sem perder de vista a diferença entre si e o outro (Eklund & Meranius, 2021). Nesse sentido, o conceito resultante da revisão sugere que a empatia vem sendo empregada, por pesquisadores das disciplinas de enfermagem, medicina, neurociência, filosofia e psicologia, no sentido de: compreender, sentir e compartilhar o que outra pessoa sente, com diferenciação entre si e o outro (Eklund & Meranius, 2021).

Destaca-se que o tema do compartilhamento do mundo é bastante significativo para as teses da *empatia de segunda ordem* (Stanghellini, 2013a) e da *empatia radical* (Ratcliffe, 2012), na medida em que a possibilidade de tal experiência é posta em questão no domínio das experiências de enfermidades psiquiátricas. Nesse sentido, interroga-se: compartilhar o mundo do empatizado, entendido aqui como o compartilhamento de experiências, perspectivas e/ou sentimentos com aquele com quem se empatiza, é um fator necessário para que haja empatia? Se sim, em que consiste esse aspecto compartilhado? Ele é possível em todos os contextos?

Uma característica particularmente relevante, mas não exclusiva, da empatia em contextos de enfermidades psiquiátricas é o de frequentemente envolver a tentativa de compreender experiências muito diferentes das próprias (Ratcliffe, 2017b). Essa distância é intensificada pelas transformações nas formas de se relacionar com os outros. Mudanças nas experiências interpessoais são observadas em muitos relatos em primeira pessoa sobre a experiência de enfermidades psiquiátricas (Ratcliffe, 2008, 2015, 2017c). Elas não são decorrentes de algum diagnóstico particular e manifestam-se de maneira heterogênea. Contudo, o sentimento de desconexão em relação aos outros é, de modo geral, um traço recorrente e marcante dessas experiências (Ratcliffe, 2017a). Nesse sentido, não é incorreto afirmar que a empatia, nesses contextos, apresenta complexidades particulares¹⁰.

¹⁰ Por exemplo, uma avaliação da empatia em indivíduos com esquizofrenia, realizada por Michaels *et al.*, (2014) por meio do *Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy*, sugere que esses indivíduos apresentam pontuações mais baixas na dimensão de empatia cognitiva, que se refere à compreensão dos estados emocionais alheios e à capacidade de distingui-los dos próprios, em comparação com indivíduos saudáveis. Estudos utilizando outros instrumentos de mensuração também apontam resultados semelhantes, isto é, de que a empatia é um processo interpessoal prejudicado na esquizofrenia (Donkersgoed *et al.*, 2019).

Na tradição fenomenológica, a possibilidade de empatizar com determinadas experiências anômalas foi considerada, por Jaspers (1968), como apresentando certas limitações. Para o autor, em alguns casos, a atitude de assumir a perspectiva do outro é severamente impossibilitada, na medida que se experimenta uma radical *incompreensão*¹¹ (*un-understandability*) do outro (Jaspers, 1968; Stanghellini, 2013b). Nessa perspectiva, as experiências psicóticas, como alucinações ou delírios, geralmente identificadas em casos severos de esquizofrenia, só são passíveis de aproximação através de metáforas e analogias. Isso não implica que a empatia é desnecessária para esses casos, mas reconhecer os limites, segundo Jaspers, é fundamental para que se possa, de algum modo, tentar compreender as experiências dos pacientes (Stanghellini, 2013b).

Contudo, mesmo identificando limitações importantes no ato empático para com experiências anômalas, a empatia é um conceito central para a abordagem formulada por Jaspers, principalmente quanto aos recursos conceituais disponíveis para a psiquiatria. A empatia ou compreensão empática, nos termos de Jaspers, é uma habilidade não intelectual e espontânea de assumir (*to take*) a perspectiva do outro, ou seja, de “compreender os sentimentos mais íntimos do outro” a partir da própria perspectiva (Irrázaval, 2024, p. 104; Fernandez & Stanghellini, 2024; Spencer & Broome, 2023; Jaspers, 1968). Ela não é restrita ao encontro entre o terapeuta e o paciente ou ao contexto de enfermidades psiquiátricas, mas uma forma comum de os seres humanos se envolverem e compreenderem outros indivíduos. Ao ouvir ou presenciar a experiência de outra pessoa, pode-se “ver o mundo” do outro, mesmo que parcialmente, da sua perspectiva (Fernandez & Stanghellini, 2024). Este “ver o mundo” é metafórico, na medida em que o apelo não se restringe às percepções visuais interessadas em identificar expressões faciais ou gestos corporais. Neste sentido, ao mesmo tempo que Jaspers

¹¹ Este ponto foi objeto de análise por parte de Spencer e Broome (2023). No artigo, os autores reconstroem a posição de Jaspers e o argumento de que há alguns transtornos, como casos graves de esquizofrenia, que são incompreensíveis e, portanto, a empatia, enquanto uma ferramenta para alcançar uma compreensão no encontro entre psiquiatra e paciente, se depara com uma barreira intransponível. O artigo tem por objetivo argumentar que mesmo versões “renovadas” da compreensão empática como uma *empatia de segunda ordem* (Stanghellini, 2013b) ou a *empatia radical* (Ratcliffe, 2012) não resolvem, pois o conceito é fundamentalmente falho epistemicamente. A empatia poderia ser responsável por causar, ao menos, três danos epistêmicos ao paciente, a saber: (1) desvirtuar a experiência vivida do paciente, (2) cooptar a experiência vivida do paciente e (3) objetificar o próprio paciente. Em resposta aos possíveis danos epistêmicos causados pela adoção da noção de empatia, o texto sugere a incorporação e desenvolvimento da noção de *escuta virtuosa* (Fricker, 2007) oriunda da epistemologia social como forma de suplementação. Já há uma resposta ao artigo de Spencer e Broome (2023), de Irrázaval (2024), em que ela considera que os autores cometem a falácia da “definição ambígua ou vaga” e de uma série de interpretações equivocadas da obra de Jaspers.

ênfatisa o papel da atitude empática para que se possa compreender adequadamente os fenômenos psicopatológicos, considera que a dificuldade de empatizar é uma marca distintiva entre enfermidades neuróticas e psicóticas (Tenschert, 2016). Para o autor, determinadas experiências delirantes estão simplesmente “fora do alcance da compreensão”, no sentido de que não é possível compreendê-las empaticamente (Ratcliffe, 2012).

Na esteira de Jaspers (1968) e fortemente influenciados por sua obra, Giovanni Stanghellini (2013a; 2013b; 2019) e Matthew Ratcliffe (2012, 2015, 2017a, 2017b) apresentam duas concepções sobre a empatia que são marcadas pelo reconhecimento de diferenças. A seu modo, cada teoria visa lidar com o problema anunciado por Jaspers, a saber, a dificuldade de empatizar com algumas experiências anômalas associadas a alguns diagnósticos psiquiátricos. Tendo em vista que ambas as abordagens buscam, desde a literatura fenomenológica, sustentar a possibilidade de compreensão de experiências anômalas a partir do emprego de um tipo muito particular de empatia, torna-se pertinente reconhecer ambas as propostas, para então, pensar as suas aproximações e diferenças.

4.1. EMPATIA DE SEGUNDA ORDEM

Em alguns textos dedicados à reflexão sobre a obra de Jaspers e seus impactos na psicopatologia fenomenológica, Giovanni Stanghellini (2013a; 2013b; 2019) e René Rosfort (2013c) analisam o uso restritivo da compreensão empática de Jaspers, sobretudo quando aplicada a contextos clínicos envolvendo experiências psicóticas, como nos casos de esquizofrenia. A rejeição da empatia como uma ferramenta legítima para compreender algumas experiências psicóticas têm raízes nas preocupações epistemológicas e éticas¹² de Jaspers, as quais, por sua vez, estão ligadas a concepção filosófica de natureza humana do autor (Stanghellini & Rosfort, 2013c).

A concepção de natureza humana de Jaspers deve ser entendida a partir de uma abordagem “normativa de uma autonomia indefinível e inquieta”, pois para ser uma pessoa individual se está constantemente envolvida em uma tarefa de tornar-se quem se é, em oposição a um ser um fato previamente determinado (Stanghellini & Rosfort,

¹² Uma preocupação epistemológica relevante diz respeito ao acesso às experiências de outras pessoas. Pode-se questionar como distinguir se a pessoa que está empatizando não está projetando as suas experiências no outro. Enquanto uma questão ética, sugere uma dificuldade que emerge é a de saber se o outro quer que suas experiências sejam compreendidas por aquele que está empatizando (Stanghellini & Rosfort, 2013c).

2013c). Neste sentido, para Stanghellini e Rosfort (2013c), o limite da abrangência da compreensão empática, que Jaspers chama a atenção, considera a autonomia da pessoa, ou seja, a outra pessoa é um indivíduo único e insubstituível. Assim, os esforços empreendidos para compreender uma pessoa, em última instância, preservam uma incompreensibilidade.

Reconhecer as limitações da empatia e, conforme a concepção de natureza humana de Jaspers, a autonomia do indivíduo é, segundo ele, uma postura bem-sucedida para manter a compreensão de outras pessoas na “esfera do possível” (Stanghellini & Rosfort, 2013c). Contudo, considera-se que para compreender alguns fenômenos psicóticos é necessário um movimento adicional, o qual está ausente na psicopatologia fenomenológica de Jaspers. Assim, com base no percurso teórico desenvolvido por Jaspers, Stanghellini e Rosfort (2013c) argumentam que a compreensão de algumas experiências psicóticas exige um conceito de empatia “diferente” e “mais elaborado teoricamente”. Esse conceito de empatia deve ir além de uma concepção fenomenológica baseada em habilidades espontâneas, as quais não exigem nenhum esforço voluntário ou explícito¹³, e que evite armadilhas associadas a uma noção ancorada em experiências pessoais do clínico ou no senso comum (Stanghellini & Rosfort, 2013c). Como alternativa interpretativa e instrumento de formação clínica, propõe-se o uso do método denominado empatia de segunda ordem.

De acordo com Stanghellini e Rosfort (2013a; 2013b; 2013c), para alcançar a *empatia de segunda ordem* é necessário um engajamento em um processo complexo que envolve, primeiro, reconhecer que o mundo vivido (*life-world*) ou habitado da outra pessoa é distinto ao próprio e esta outra pessoa é dotada de autonomia. Segundo, deve-se haver um esforço para neutralizar a atitude natural de interpretar as experiências dos outros pressupondo um mundo semelhante, na qual se fundamentam as capacidades empáticas de primeira ordem. Em terceiro lugar, os autores sugerem que se deve “reconstruir as estruturas existenciais do mundo em que o outro vive” (Stanghellini &

¹³ Stanghellini e Rosfort (2013c, p. 4) chamam essa descrição da empatia de “*não-conativa*”. Ela difere da empatia conativa. De acordo com os autores: “Enquanto a empatia não-conativa envolve principalmente a ressonância implícita entre meu corpo vivido e o do outro como meio de compreensão, a empatia *conativa* exige algo mais do que um corpo que ressoa: ela mobiliza minhas experiências pessoais passadas e meu conhecimento pessoal de experiências comumente compartilhadas (o senso comum). A empatia conativa é, assim, uma tarefa mais cognitiva e reflexiva do que a empatia não-conativa, tal como concebida na fenomenologia. Nesse caso, olho ativamente para dentro de mim em busca de experiências armazenadas, a fim de fazê-las ressoar com as do outro. Isso implica um tipo de compreensão por analogia”.

Rosfort, 2013c, p. 6). Finalmente, se está de posse de recursos para compreender as experiências de um indivíduo que está situado de forma significativa em um mundo que é semelhante e, ao mesmo tempo, contém os aspectos particulares da existência da outra pessoa (Stanghellini & Rosfort, 2013c).

Stanghellini e Rosfort (2013c) insistem que para empatizar, é necessário o reconhecimento de uma diferença entre o mundo vivido do empatizado e daquele que empatiza. Isto é, de que algumas experiências temporais, espaciais, do próprio corpo e de objetos, não são vividas de maneira universal. Os autores destacam que negligenciar essa diferença pode produzir más compreensões. Além disso, o seu reconhecimento mostra-se necessário para dar sentido às experiências que não podem ser apreendidas por outras formas de empatia. Assim, o convite posto pela empatia de segunda ordem é de que se suspenda a própria atitude pré-reflexiva e se invista na possibilidade de uma aproximação a esse mundo marcado pela diferença.

4.2. EMPATIA RADICAL

Ratcliffe (2012, 2015, 2017a, 2017b) propõe que empatizar nos contextos de enfermidades psiquiátricas envolve um reconhecimento da possibilidade de formas profundas de *diferença fenomenológica*. Há dois desenvolvimentos importantes em sua teoria: i) a reafirmação da empatia como uma perspectiva de segunda pessoa e a consequente crítica ao simulacionismo, o qual sugere que a empatia envolve uma atitude em primeira pessoa; ii) a ênfase em um modo bastante particular - e incomum - de empatia, que se mostra necessária para compreender formas de experiência que ocorrem em doenças psiquiátricas e em outros contextos.

No que concerne à crítica ao simulacionismo, ela está fundamentada na compreensão de empatia advinda da tradição fenomenológica precedente. Para Ratcliffe (2012, 2015), uma das premissas da teoria da simulação, segundo a qual a empatia bem-sucedida exige a replicação em primeira pessoa das experiências alheias, é colocada em questão por teóricos como Max Scheler, Edmund Husserl e Edith Stein. Baseado nessa tradição, o autor afirma que a empatia não é (e em alguns casos nem poderia ser) uma questão de *simular* a experiência de outra pessoa. Fundamentado em Stein (1989), o autor argumenta que a identificação entre empatia e simulação é questionável, pois aquela não diz respeito a compartilhar a experiência do outro em primeira pessoa. Isto é, não envolve

tomar a experiência de outra pessoa como própria, mas diz respeito, essencialmente, a encontrar-se com a experiência do outro como sendo dele. Nesse sentido, a distinção entre o eu e o outro é sempre preservada (Ratcliffe, 2012, 2015).

Assim, na esteira do que foi desenvolvido pela fenomenologia precedente, a proposta de uma empatia radical sugere a adoção de uma perspectiva de segunda pessoa, isto é, a apreciação da experiência do outro como dele, o que não exige abdicar da própria perspectiva de primeira pessoa no processo. O ponto central da discussão versa sobre a perspectiva adotada ao empatizar. Na medida em que uma concepção de empatia em segunda pessoa mostra-se viável, abre-se um caminho para a compreensão de experiências anômalas, como no caso dos transtornos psiquiátricos. Isso torna-se mais evidente nos estudos sobre depressão. Para Ratcliffe (2015), não é claro como se pode empatizar com a depressão a partir da simulação, uma vez que a simulação envolve experimentar o que o outro experimenta em primeira pessoa e, em algumas experiências de depressão, o que está sendo experimentado pelo outro envolve, justamente, uma falta de empatia. Na depressão - e em outros transtornos, as relações interpessoais são comprometidas e a capacidade de conectar-se com os outros é diminuída. Nesse sentido, duplicar a experiência da pessoa deprimida, em alguns casos, envolveria a perda de acesso a certos tipos de possibilidade, inclusive àquelas necessárias para a conexão interpessoal (Ratcliffe, 2015).

Além disso, em consonância com o que Peter Goldie (2011) argumenta, reconhece-se que há aspectos particulares - como alguns estados afetivos, disposições habituais, traços de caráter - que constituem e moldam a experiência do outro e que não são passíveis de serem simulados, porque operam *abaixo do nível reflexivo*. Há, portanto, uma impossibilidade de transpor diferenças fenomenológicas substanciais por meio da simulação de experiências de outras pessoas. É importante destacar, ainda, que Ratcliffe (2017b) considera contextos menos exigentes para a simulação, no qual simular a experiência de outra pessoa não envolve necessariamente replicar, em primeira pessoa, todos os aspectos da experiência de alguém. Contudo, mesmo a hipótese menos exigente, isto é, aquela em que se usa a própria perspectiva em primeira pessoa para modelar alguns aspectos da experiência de outra pessoa, não é isenta de dificuldades. Para o autor, além da empatia poder falhar, recordar a própria experiência para compreender uma experiência similar não implica em simulação, ao menos não necessariamente.

Desse modo, um dos resultados do estudo sobre a empatia em contextos de enfermidades psiquiátricas é de que a compreensão desse fenômeno não é adequadamente apreendida por uma teoria baseada na simulação. A realização da empatia em contextos de enfermidades psiquiátricas demonstra que a empatia é possível em casos em que a simulação não o é (Ratcliffe, 2017a). Portanto, diferente do que simulacionistas como Goldman (2006) e Stueber (2006) sugerem, a empatia não pode ser identificada ou reduzida à atividade de simular outras mentes (Ratcliffe, 2015).

É pertinente observar que o modelo de análise desenvolvido não nega a possibilidade de reconstituir imaginativamente estados mentais de outra pessoa em vista de compreender experiências alheias. Por exemplo, ao buscar compreender a experiência de alguém sobre algo, é comum fazer uso da simulação para descobrir como é para “s” experimentar “x”. Contudo, o que está se negando é que a empatia tem como componente principal a simulação. O que se propõe, desde a literatura fenomenológica sobre o tema da empatia e os estudos sobre depressão, é reconduzir a compreensão da empatia a outro processo que não o de simular outras mentes. Assim, a simulação explícita, isto é, aquela que envolve aplicar esforço consciente para replicar algum aspecto da psicologia de outra pessoa, não é nem necessária, nem suficiente para que haja empatia¹⁴ (Ratcliffe, 2015, 2017a, 2017b).

O que, então, é necessário para que haja empatia? A perspectiva aqui apresentada propõe a valorização da diferença como um elemento central à atitude empática. Como já antecipado, uma definição positiva da empatia radical sugere que ela é um tipo singular de realização cognitiva que tem, como elemento central, *a abertura à diferença fenomenológica*. Ela envolve, necessariamente, uma *atitude* interpessoal e o reconhecimento de diferenças, capaz de *suspender a aceitação habitual de um mundo compartilhado* (Ratcliffe, 2012, 2017a). Desse modo, a premissa que sustenta a necessidade da empatia radical é de que há modos estruturalmente diferentes de *encontrar-se no mundo*. O reconhecimento da possibilidade dessa diferença é fundamental para a empatia em contextos clínicos, uma vez que o que está em questão em alguns transtornos psiquiátricos - ainda que não de modo exclusivo - são alterações na estrutura da experiência (Ratcliffe, 2008, 2015). Nesse sentido, endossa-se que há

¹⁴ A simulação implícita também é alvo de críticas. Ratcliffe (2017b) considera que, assim como a simulação explícita, ela não captura aquilo que é fundamental para a empatia.

certos tipos de diferença experiencial que só não são reconhecidos na ausência de uma empatia radical, como também são centrais para a possibilidade de empatizar em contextos psiquiátricos (Ratcliffe, 2012).¹⁵

A argumentação em favor da apreensão de uma diferença fenomenológica na experiência empática, a partir da adoção de uma atitude de suspensão, é bastante complexa. Ela está baseada nos trabalhos de Husserl e envolve uma compreensão da teoria do horizonte universal, que é apreendida por Ratcliffe (2008, 2015) por meio das noções de senso de pertencimento e realidade. De modo bastante resumido, Husserl considera que a experiência de objetos não incorpora apenas aquilo que é *efetivo*, mas também aquilo que é *possível*. Essas possibilidades são, de acordo com a interpretação de Ratcliffe (2008, 2012), intersubjetivas, significativas e se apresentam com diferentes graus de determinabilidade e confiança. A experiência de ao menos alguns tipos de possibilidade é inextricável de: um senso de realidade, que permite distinguir algo como aqui e agora (presente) de outros modos da intencionalidade (imaginado, lembrado etc.); e um senso de pertencimento, que se refere a uma apreciação fundamental e não conceitual de estar situado em um mundo.

Uma vez que as experiências de alguns transtornos psiquiátricos são descritas e interpretadas em termos de alterações em um senso de realidade e pertencimento ordinariamente pressuposto (Ratcliffe, 2008, 2015, 2017c) e que ter um senso de pertencimento e realidade alterado é, ao mesmo tempo, uma maneira alterada de experimentar a si e ao mundo (Ratcliffe, 2008), para que haja empatia, há a necessidade de uma atitude que permita compreender e interpretar as experiências enfermas nos termos dessas mudanças.

Assim, a empatia radical emerge como uma atitude que não se reduz a compreensão de uma experiência já formada e isolada; ela é uma atitude necessária que permite dirigir a atenção ao mundo ordinariamente pressuposto. Ao adotar tal atitude, o

¹⁵ A impossibilidade de compreender experiências anômalas a partir do simulacionismo pode ter um importante impacto para a formação dos profissionais da área da saúde. Isso porque há uma preocupação crescente sobre como promover o desenvolvimento de habilidades empáticas em estudantes e profissionais da saúde (Fernandez & Zahavi, 2020; Byrne *et al.*, 2024). Simulações de experiências anômalas, como as alucinações auditivas, têm sido amplamente utilizadas como recurso pedagógico na formação de profissionais de enfermagem em saúde mental, com o objetivo de recriar cenários realistas e proporcionar uma compreensão mais profunda das vivências dos pacientes (Koukourikos *et al.*, 2021; Parozzi *et al.*, 2025). Contudo, estudos ressaltam que métodos que envolvem tomada de perspectiva e simulação da experiência do paciente nem sempre são eficazes, uma vez que podem provocar respostas emocionais intensas e diferem daquilo que é esperado no trabalho clínico (Byrne *et al.*, 2024).

espectro de experiências inteligíveis é aumentado. Ela difere significativamente de imaginar uma experiência de alguém, com algum conteúdo específico, para compará-la à própria experiência. Trata-se, antes, de “uma forma de engajamento com a experiência de outras pessoas que envolve suspender a suposição usual de que ambas compartilham o mesmo espaço modal” (Ratcliffe, 2012, p.483).

De modo resumido, a tese da empatia radical considera que empatizar envolve, em algum grau, uma espécie de suspensão fenomenológica: “O primeiro passo ao se engajar com a diferença é deixar de pressupor aspectos daquilo que usualmente é dado como *nosso mundo*” (Ratcliffe, 2012, p.478). Nesse sentido, diferente de teorias da empatia que conduzem apressadamente para a ênfase na semelhança e que consideram a empatia como uma realização individual, a empatia radical não requer a transposição de diferenças e caracteriza-se como um processo interpessoal, cooperativo, que estende-se no tempo e requer contextualização experiencial (situar a experiência do outro em relação aos contextos de sua vida). Ela não é uma conquista episódica de um único indivíduo (Ratcliffe, 2017a).

4.3. CONSIDERAÇÕES SOBRE A EMPATIA DE SEGUNDA ORDEM E EMPATIA RADICAL

A pressuposição de uma diferença entre aquele que empatiza e a experiência do empatizado é algo que já está posto nas abordagens fenomenológicas da empatia. A crítica aos pressupostos teóricos de abordagens que pretendem explicar a compreensão do outro como um processo que parte da teorização (TT) ou simulação (TS) dos estados mentais também é algo desenvolvido na literatura fenomenológica sobre o tema, seja clássica ou contemporânea. No que, então, difere a empatia de segunda ordem e a empatia radical das formulações que antecedem? Isto é, o que especifica a noção de diferença defendida por ambas as teorias?

Como antecipado nas primeiras seções, a noção de *diferença* preservada nos trabalhos de Husserl, Stein e outros, diz respeito ao reconhecimento da intransponibilidade da experiência do outro. Isto é, de que há, durante o processo empático, a preservação da experiência do outro como sua. No caso da empatia de segunda ordem e da empatia radical, a perspectiva em segunda pessoa envolve, além disso, a pressuposição de uma *diferença* que advém de uma *postura metodológica*. As

propostas, além de evitarem uma compreensão da empatia fundada nas experiências pessoais do clínico e de recusarem as limitações impostas pela incompreensibilidade de determinadas experiências relacionadas a alguns diagnósticos psiquiátricos, sugerem a necessidade de adotar uma postura que reconheça que o “mundo” da pessoa com quem se empatiza é radicalmente diferente.

Conforme previamente indicado, tanto a empatia de segunda ordem quanto a empatia radical consideram que empatizar envolve, em algum grau, uma espécie de suspensão. A apreensão da diferença, para ambas as teorias, só é alcançada por meio da suspensão da atitude natural, isto é, a suspensão da suposição comum de que o outro compartilha o mesmo espaço modal (Ratcliffe, 2012) e que experimenta os objetos espacial e temporalmente de uma mesma maneira (Stanghellini & Rosfort, 2013c). Assim, tanto a empatia de segunda ordem quanto a empatia radical complementam a noção de empatia originada na tradição fenomenológica e o fazem, ainda que não somente, desde uma referência a metodologia estabelecida por Husserl.

No entanto, um recorte precisa ser realizado. Diferentemente da empatia radical, há, na empatia de segunda ordem, uma ênfase na autonomia do indivíduo. Fundamentados na compreensão de natureza humana de Jaspers, Stanghellini e Rosfort (2013c) afirmam que, para empatizar com algumas experiências anômalas não basta apenas reconhecer a diferença existencial, é preciso, ainda, reconhecer a autonomia particular daquele indivíduo com quem se empatiza. Para os autores, é a natureza autônoma dos indivíduos que separa os modos de ser-no-mundo e não as alterações profundas no senso de pertencimento e realidade, como se identifica na interpretação de Ratcliffe (2012).

Outro distanciamento diz respeito ao papel da incompreensibilidade da experiência. Stanghellini e Rosfort (2013c) sustentam o reconhecimento da diferença na atitude empática desde uma reafirmação da noção de incompreensibilidade estabelecida por Jaspers. Para os autores, reconhecer a incompreensibilidade de algumas experiências, assim como fez Jaspers, não representa uma derrota da compreensão, mas permite considerar a existência particular de uma pessoa, bem como os seus esforços em se tornar quem se é. Ainda que para ambas as teorias empatizar envolve assumir algum grau de incompreensibilidade da experiência do outro, as limitações para compreender a experiência do outro na empatia de segunda ordem fundam-se no reconhecimento e

pressuposição de uma autonomia. É, para os autores, a autonomia integral a existência que desestabiliza a compreensão sobre quem é aquele existente. É nesse sentido que empatizar envolve assumir uma incompreensibilidade, que escapa a todo saber definitivo.

Por fim, outro ponto passível de discussão diz respeito à necessidade (ou não) de transpor a diferença reconhecida ao empatizar. Stanghellini e Rosfort (2013c) parecem indicar a necessidade de uma aproximação com a experiência do paciente. Isto é, parecem supor que a suspensão da atitude natural fornece os pressupostos necessários para uma aproximação do mundo do outro, ainda que compreendido como radicalmente diferente. Por outro lado, a tese da empatia radical não considera necessário transpor qualquer diferença. Conforme sustenta Ratcliffe (2017b, p.9): “Embora a exploração geralmente facilite ao menos algum entendimento positivo da experiência do outro, a constatação de que ‘A é diferente de mim nos aspectos p e q’ pode, por si só, ser considerada um resultado empático”.

5. CONCLUSÃO

A teoria fenomenológica compreende a empatia como uma forma fundamental de intencionalidade que possibilita reconhecer o outro como outro, isto é, a diferença eu-outro é preservada sem a exigência de compartilhamento emocional ou tomada de perspectiva imaginativa. Na esteira dessa compreensão, Fernandez e Zahavi (2020) defendem a ideia de uma “empatia básica” aplicada aos contextos de saúde. A *empatia básica*, além de requerer um retorno aos fundamentos da empatia, crítica às concepções dominantes na literatura de enfermagem e enfatiza a importância do reconhecimento da alteridade na relação clínica. Os proponentes dessa posição argumentam que definir claramente a forma básica de empatia ajuda a evitar confusões conceituais comuns na literatura da enfermagem, onde empatia, simpatia e compaixão muitas vezes se sobrepõem.

Conforme apresentado ao longo do texto, uma segunda concepção, mais alinhada com o senso comum e aplicada às práticas clínicas, foi mobilizada por Svenaeus (2024). Ele concebe a empatia como um processo que envolve uma articulação entre percepção, imaginação, diálogo e estar sintonizado (*tuned*), buscando uma compreensão compartilhada e corporificada da experiência do paciente, sobretudo frente à tendência tecnicista da medicina contemporânea. No entanto, sua abordagem é criticada por

aproximar-se de modelos simulacionistas e por apresentar limitações em casos clínicos mais graves, como depressão severa.

Assim, de maneira geral, no que diz respeito à aplicação e reformulação do conceito de empatia em contextos de saúde, considera-se que esta é um componente central para as práticas clínicas. Contudo, a ideia de que profissionais de saúde possam compreender integralmente as experiências de pacientes pode ser insustentável em alguns contextos de cuidado, como os casos de enfermidades psiquiátricas. A literatura sugere que, em algumas experiências anômalas, há uma impossibilidade de empatizar considerada inalterável. Essa tese é sustentada sobretudo por Jaspers, que explicitamente anuncia a dificuldade de empatizar com algumas experiências associadas a determinados diagnósticos psiquiátricos.

Em desacordo com essa posição, as noções de empatia radical e a empatia de segunda ordem buscam, desde a literatura fenomenológica, sustentar a possibilidade de compreensão de experiências anômalas a partir do emprego de um tipo muito particular de empatia. A contribuição dessas abordagens reside na reformulação da empatia como um processo interpessoal que não se baseia em familiaridade ou semelhança, mas na adoção de uma postura metodológica que permite o reconhecimento de diferenças. Conforme apresentado, as noções de empatia radical e empatia de segunda ordem destacam que compartilhar o mundo do empatizado só não é possível em todos os contextos, como também, não é um aspecto necessário para que haja empatia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BYRNE, M.; *et al.* The current state of empathy, compassion and person-centred communication training in healthcare: an umbrella review. *Patient Education and Counseling*, v. 119, p. 1-11, 2024.
- CARRUTHERS, P.; SMITH, P. K. *Theories of Theories of Mind*. Cambridge: Cambridge University Press. 1996.
- DAVIES, M.; STONE, T. *Folk Psychology: The Theory of Mind Debate*. Oxford: Blackwell. 1995a.
- DAVIES, M.; STONE, T. *Mental Simulation: Evaluations and Applications*. Oxford: Blackwell. 1995b.
- DE VIGNEMONT, F.; SINGER, T. The empathic brain: how, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, v. 10, n. 10, p. 435–441, 2006.

- EKLUND, J.; MERANIUS, M. Toward a consensus on the nature of empathy: A review of reviews. *Patient Education and Counseling*, v. 104, n. 2, p. 300–307, 2021.
- FERNANDEZ, A. V.; STANGHELLINI, G. Comprehending the Whole Person: On Expanding Jaspers' Notion of Empathy. In: MISHARA, A. L. et al. (Orgs.). *Phenomenological Neuropsychiatry*. Cham: Springer International Publishing, 2024. p. 71–79.
- FERNANDEZ, A. V.; ZAHAVI, D. Basic empathy: Developing the concept of empathy from the ground up. *International Journal of Nursing Studies*, v. 110, p. 1-21, 2020.
- FERNANDEZ, A. V.; ZAHAVI, D. Can we train basic empathy? A phenomenological proposal. *Nurse Education Today*, v. 98, p. 1-21, 2021a.
- FERNANDEZ, A. V.; ZAHAVI, D. Empathy in Nursing: A Phenomenological Intervention. *Tetsugaku*, v. 5, p. 23-39, 2021b.
- GOLDIE, P. Anti-empathy. In: COPLAN, A.; GOLDIE, P. (org.). *Empathy: philosophical and psychological perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 2011. p. 302–317.
- GOLDMAN, A. I. *Simulating Minds: The Philosophy, Psychology, and Neuroscience of Mindreading*. New York: Oxford University Press. 2006.
- HEIDEGGER, M. *Introdução à Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- HUSSERL, E. *Meditações cartesianas e Conferências de Paris*: de acordo com o texto de Husserliana 1. Rio de Janeiro: Forense, 2013. p. 127-189.
- HUSSERL, E. *Psicologia Fenomenológica e fenomenologia transcendental*: textos selecionados. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2022. p. 115-190.
- IRARRÁZAVEL, L. Commentary on “The Epistemic Harms of Empathy in Phenomenological Psychopathology” by Lucienne Spencer and Matthew Broome. *Estudios de Filosofía*, n. 70, p. 100-114. 2024.
- JASPERS, K. The Phenomenological Approach in Psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, v. 114, n. 516, p. 1313–1323, 1968.
- KOUKOURIKOS, K. et al. Simulation in clinical nursing education. *Acta Informatica Medica*, Sarajevo, v. 29, n. 1, p. 15–20, 2021.
- MERCER, S. W.; REYNOLDS, W. J. Empathy and quality of care. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 52 (Suppl), p. S9–S12, 2002.
- MICHAELS, T. M. et al. Cognitive empathy contributes to poor social functioning in schizophrenia: Evidence from a new self-report measure of cognitive and affective empathy. *Psychiatry Research*, v. 220, n. 3, p. 803–810, 2014.
- NEMBARD, I. M. et al. A systematic review of research on empathy in health care. *Health services research*, v. 58, n. 2, p. 250–263, 2023.
- NORTVEDT, P. Empathy and medical therapy. In.: MAIBOM, H. L. *The Routledge Handbook of Philosophy of Empathy*. 1. ed. New York: Routledge, 2017, p. 273-282.

- PAROZZI, M. et al. Auditory hallucinations simulation in mental health nursing education: a scoping review. *Teaching and Learning in Nursing*, v. 20, n. 1, p. 175–181, 2025.
- RATCLIFFE, M. *Feelings of Being: Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- RATCLIFFE, M. Phenomenology as a Form of Empathy. *Inquiry*, v. 55, n. 5, p. 473–495, 2012.
- RATCLIFFE, M. The phenomenology of depression and the nature of empathy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 17, n. 2, p. 269–280, 2014.
- RATCLIFFE, M. *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- RATCLIFFE, M. Empathy and psychiatric illness. In.: MAIBOM, H. L. *The Routledge Handbook of Philosophy of Empathy*. 1. ed. New York: Routledge, 2017a, p. 190–200.
- RATCLIFFE, M. Empathy without simulation. In: SUMMA, M.; FUCHS, T.; VANZAGO, L. (org.). *Imagination and social perspectives: approaches from phenomenology and psychopathology*. London: Routledge, 2017b. p. 199–220.
- RATCLIFFE, M. *Real Hallucinations: Psychiatric Illness, Intentionality, and the Interpersonal World*. Cambridge: MIT Press, 2017c.
- SPAULDING, S. Cognitive Empathy. In. MAIBOM, H. L. *The Routledge Handbook of Philosophy of Empathy*. 1. ed. New York: Routledge, 2017, p. 13–21.
- STEIN, E. *On the Problem of Empathy*. Washington, D.C.: ICS Publications, 1989.
- STANGHELLINI, G. Philosophical Resources for the Psychiatric Interview. In.: FULFORD, K. W. M. et al. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2013a, p. 321–356.
- STANGHELLINI, G. The ethics of incomprehensibility. In.: STANGHELLINI, G.; FUCHS, T. (Ed.) *One century of Karl Jaspers' General psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 2013b, p. 166–181.
- STANGHELLINI, G.; ROSFORT, R. Empathy as a Sense of Autonomy. *Psychopathology*, v. 46, n. 5, p. 337–344, 2013c.
- STANGHELLINI, G. Phenomenological Psychopathology and the Formation of Clinicians. In.: STANGHELLINI, G. et al. (Ed.). *The Oxford handbook of Phenomenological Psychopathology*. 2019, p. 1004–1015.
- STUEBER, K. *Rediscovering Empathy: Agency, Folk Psychology, and the Human Sciences*. Cambridge, Mass.: MIT Press. 2006.
- SVENAEUS, F. *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2.ed. v. 97, 2022.
- SVENAEUS, F. The relationship between empathy and sympathy in good health care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 18, n. 2, p. 267–277, 2015.
- SVENAEUS, F. Empathy and Togetherness Online Compared to IRL: A Phenomenological Account. *Journal of Phenomenological Psychology*, v. 52, n. 1, p. 78–95, 2021.

SVENAEUS, F. Empathy and dialogue in nursing care. In: LIPSCOMB, M (Ed.). *Routledge Handbook of Philosophy and Nursing*. 1. ed. London: Routledge, 2023. p. 335–343.

SVENAEUS, F. Empathy, Imagination, and Interpersonal Understanding in Medical Practice. In: SCHRAMME, T.; WALKER, M (Orgs.). *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2024. p. 1–14.

TENSCHERT, E. *Karl Jaspers and Matthew Ratcliffe's Approaches to Empathy and the Understanding of Primary Delusions*. Essay, Course Phenomenology and Psychiatry, University of Vienna, Vienna, 2015-2016.

TENSCHERT, E. Karl Jaspers and Matthew Ratcliffe's Approaches to Empathy and the Understanding of Primary Delusions. Essay, Course Phenomenology and Psychiatry, University of Vienna, Vienna, 2015-2016.

VAN DONKERSGOED, R. J. M. *et al.* Measuring empathy in schizophrenia: the Empathic Accuracy Task and its correlation with other empathy measures. *Schizophrenia Research*, v. 208, p. 153–159, 2019.

YU, C. C. *et al.* The development of empathy in the healthcare setting: a qualitative approach. *BMC medical education*, v. 245, n. 22, p. 1-13, 2022.

ZAHAVI, D. Empathy, Embodiment and Interpersonal Understanding: From Lipps to Schutz. *Inquiry*, v. 53, n. 3, p. 285–306, 2010.

ZAHAVI, D. Basic Empathy and Complex Empathy. *Emotion Review*, v. 4, n. 1, p. 81-82, 2012.

ZAHAVI, D. *Self and other: exploring subjectivity, empathy, and shame*. First edition ed. Oxford: Oxford University Press, 2014a.

ZAHAVI, D. Empathy and Other-Directed Intentionality. *Topoi*, v. 33, n. 1, p. 129–142, 2014b.

ZAHAVI, D. *Phenomenology: The Basics*. n. 2. ed., 2025.

Recebido em: 25/07/2025 | Aprovado em: 22/12/2025