

PRÁTICAS DE ASCESE CORPORAL E CONSTITUIÇÃO DE BIOIDENTIDADES

Practices of corporal ascetics and the building of bio-identities

Francisco Ortega¹

“Quando apenas são, somos decididamente pobres.” (D.W. Winnicott)

RESUMO

O objetivo deste artigo é comparar as práticas ascéticas da Antigüidade, como práticas de liberdade, com as modernas práticas de bioascese, como práticas de sujeição e disciplinamento. Se as asceses clássicas tinham como objetivo a transcendência do corpo e o bem comum, as práticas bioascéticas são, em contrapartida, apolíticas e individualistas, faltando nelas a preocupação com o outro e com o bem comum. A ênfase dada aos diversos procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos leva à formação de identidades somáticas, às bioidentidades, as quais têm deslocado para a exterioridade o modelo internalista de construção e descrição de si.

PALAVRAS-CHAVE

Ascese, corpo, saúde, subjetividade, política, bioascese

ABSTRACT

The object of this article is to compare the ascetical practices of Antiquity, as practices of freedom, with the modern practices of bio-ascetics as practices of subjection and disciplining. If the classical ascetics aimed the transcendence of the body and the common good, the modern practices of bio-ascetics, on the contrary, are apolitical and individualists; they lack the concern with the other and the common good. The emphasis on the varied practices of corporal, medical, hygienic and aesthetical care lead to the construction of somatic identities, the bio-identities, which have displace to the exteriority the internal model of self-construction and self-description.

KEY WORDS

Ascetics, body, health, subjectivity, politics, bio-ascetics

¹Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social da Uerj – fjortega@superig.com.br

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é mostrar como a ênfase dada aos diversos procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos leva à formação de identidades somáticas, às bioidentidades, as quais têm deslocado para a exterioridade o modelo internalista e intimista de construção e descrição de si. O pano de fundo contra o qual esses processos se dão é constituído pelas mudanças que atingem o paradigma da clínica moderna e suas concepções sobre saúde e doença, normal e patológico, e os efeitos dos discursos e práticas médicas (associadas ao impacto das biotecnologias) na constituição dessa nova subjetividade e na construção de uma nova definição filosófica do humano.

Em um trabalho clássico, o sociólogo Richard Sennett (1992) caracterizou a sociedade íntima como uma vida pessoal desequilibrada e uma vida pública esvaziada. Esta se constituiu a partir de uma série de mudanças que se iniciaram com a queda do Antigo Regime e a formação de uma nova cultura urbana capitalista e secular, e se define pela procura de intimidade, pelo psicologismo das relações e pela decomposição das formas de sociabilidade e convivência próprias dos séculos XVII e XVIII. A ideologia da intimidade transforma todas as categorias políticas em psicológicas e mede a autenticidade de uma relação social em virtude de sua capacidade de reproduzir as necessidades íntimas e psicológicas dos indivíduos envolvidos.

Encontramos em Hannah Arendt, Michel Foucault, Norbert Elias e Philippe Áries uma avaliação semelhante da modernidade como intimização progressiva da sociedade. Segundo estes autores, a modernidade é identificada com um processo de crescente decomposição do espaço público, de privatização e intimismo. Para Norbert Elias, o processo de centralização progressiva da sociedade e da formação dos Estados desde o início da modernidade tem como correlato, em um nível individual, a civilização dos comportamentos, a reorganização da consciência e do aparelho pulsatório humano, relegando à intimidade atos que antes eram considerados públicos (Elias, 1995: 119). Philippe Ariès (1997) indica que, no que concerne às mudanças na vida privada, o período compreendido entre o fim da Idade Média e o século XIX representa a passagem de uma sociedade na qual o indivíduo se encontrava imerso em uma rede de solidariedades coletivas, feudais e comunitárias, em um mundo sem distinção entre público e privado, para uma sociedade que separa público e privado

e na qual a família monopoliza a esfera privada. Ou seja, seria a passagem de uma sociabilidade anônima, que permitia uma certa promiscuidade na rua, na praça, na comunidade, para uma identificada com a família. Em outras palavras, representa a mudança de uma sociabilidade e uma convivência anônima e pública para uma sociabilidade na qual a qualidade pública praticamente desaparecera.

Esse processo desemboca no que Arendt (1987) chamou de “vitória do *Animal laborans*”, que se traduz na substituição do mundo pela vida, a qual é vista como o “bem supremo”. Com isso, a vida passa a ocupar o vazio deixado pela decomposição do âmbito público. Esse movimento de politização da vida – o que Foucault qualifica de *bio-poder* –, que teve seu início nas sociedades ocidentais no século XVIII, é para Arendt profundamente antipolítico. Arendt e Foucault alertaram para as conseqüências desse processo de tornar a vida o bem supremo, de politização do biológico, sendo o totalitarismo, ou o intimismo e a normalização da sociedade, as suas manifestações fundamentais. Dessa maneira, vemos como a biopolítica estatal clássica estava diretamente vinculada à formação e à consolidação da sociedade íntima. Especialmente a ênfase dada à sexualidade na biopolítica era ligada a um processo de implantação de identidades via o desejo sexual. A moral do desejo teria levado desde o cristianismo até a psicanálise à constituição de uma noção de subjetividade passiva e ahistórica, como interioridade e consciência de si, que se encontra na base da filosofia do sujeito. O desejo está ligado à produção de corpos dóceis, submissos e disciplinados, à consistência ontológica da subjetividade e ao universalismo ético que possibilitava a implantação de uma identidade nas práticas subjetivistas modernas.

A sexualidade, elemento fundamental da biopolítica oitocentista, ocupa um segundo plano nas práticas ascéticas contemporâneas. Na biossociabilidade, o corpo e a comida ocupam o lugar da sexualidade como fonte potencial de ansiedade e de patologia. O tabu que se colocava sobre a sexualidade desloca-se agora para o açúcar, as gorduras e taxas de colesterol. A anorexia constitui um bom exemplo da relação entre dietética, moral e bioascetismo, bem como, do deslocamento para o corpo da sexualidade como *locus* privilegiado de problematização moral. Na minha interpretação, a anorexia estaria para o século XX como a histeria para o século XIX.

Foucault sublinhou frequentemente que a medicina se encontra no cerne da virada biopolítica das sociedades ocidentais nos séculos XVIII e XIX, e seria uma estratégia biopolítica visando a medicalização e a normalização da sociedade. (Foucault, 1994a) Em *O nascimento da clínica* (Foucault, 1994b) ele descreve o processo que leva a medicina moderna a se constituir como clínica, isto é, como um saber individualizante, possibilitado pela medicalização do hospital e pela introdução da morte no pensamento médico com a anatomia patológica de Bichat. Com isso, a medicina se encontra na modernidade saturada de questões acerca do estatuto filosófico do homem, e constitui a matriz fundamental do surgimento das ciências humanas.¹ Assim, o sujeito moderno como sujeito e objeto de conhecimento se constitui a partir da experiência da finitude possibilitada pelo surgimento da medicina moderna. O limite, a finitude, é a condição de possibilidade do surgimento do indivíduo como objeto de conhecimento empírico e condição transcendental de todo conhecimento (Foucault, 1966). A medicina como estratégia biopolítica estava envolvida na constituição de uma subjetividade ahistórica e transcendental, da interioridade e da consciência de si modernas.

Na biossociabilidade e na cultura do ascetismo contemporâneo, a medicina se encontra novamente implicada em definir o estatuto filosófico do homem. As formas de biossociabilidade e bioascese são uma peça fundamental no processo de desmontagem da cultura íntima e de somatização e exteriorização da subjetividade. Com as bioasceses, a distinção entre corpo e o *self* perdeu sua relevância. Mediante as atividades de *fitness* o psiquismo é externado, os indivíduos são somatizados. Nesse sentido devemos compreender as atividades de *bodybuilding*, as tatuagens, *piercings*, transplantes, próteses, clonagem, e até mesmo a última moda das amputações corporais (*body modifications*), como esforços de dar uma marca pessoal, uma configuração própria e individual ao corpo, uma singularidade que se define mais corporalmente do que psiquicamente.

A ascese implica em um processo de subjetivação. Ela constitui um deslocamento de um tipo de subjetividade para outro tipo, a ser atingido mediante a prática ascética. O asceta oscila entre uma identidade a ser

¹ “A importância de Bichat, de Jackson e de Freud na cultura européia não prova que eles eram tanto filósofos quanto médicos, mas que nesta cultura o pensamento médico implica de pleno direito o estatuto filosófico do homem” (Foucault, 1994b: 228).

recusada e outra a ser alcançada. A subjetividade desejada representa para o asceta a verdadeira identidade para o qual se orienta o trabalho ascético. Desde a perspectiva do observador, o sujeito ascético aparece como figurado e construído, provocando reações positivas ou negativas segundo o grau de afinidade do observador com a prática ascética respectiva. A forma de subjetividade almejada varia segundo a contextualização histórica das práticas ascéticas, podendo encontrar as mesmas práticas vinculadas a diferentes fins, diferentes processos de subjetivação, seja a constituição de si como sujeito moral da Antigüidade greco-latina, a auto-renúncia e a pureza do cristianismo, a interioridade cristã e burguesa, ou as bioidentidades contemporâneas, em que o corpo possui a auto-reflexividade que correspondia outrora à alma. As formas de subjetividade visadas pela ascese podem diferir ou não das identidades prescritas social, cultural e politicamente. Enquanto que nas ascetes da Antigüidade, o *self* almejado pelas práticas de si representava freqüentemente um desafio aos modos de existência prescritos, uma forma de resistência cultural, uma vontade de demarcação, de singularização, de alteridade, encontramos na maioria das práticas de bioascese, como veremos, uma vontade de uniformidade, de adaptação à norma e de constituição de modos de existência conformistas e egoístas, visando a procura da saúde e do corpo perfeito.

2. BIOPOLÍTICA, BIOSOCIABILIDADE E BIOASCESE

De uma maneira ampla, a noção de biossociabilidade visa descrever e analisar as novas formas de sociabilidade surgidas da interação do capital com as biotecnologias e a medicina. A biossociabilidade é uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesses privados, não mais reunidos segundo critérios de agrupamento tradicional como raça, classe, estamento, orientação política, como acontecia na biopolítica clássica, mas segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade, etc. Criam-se novos critérios de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas, regimes de ocupação de tempo, criação de modelos ideais de sujeito baseados no desempenho físico. As ações individuais passam a ser dirigidas com o objetivo de obter melhor forma física, mais longevidade, prolongamento da juventude, etc. Na biossociabilidade todo um vocabulário

médico-fiscalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica populariza-se e adquire uma conotação ‘quase moral’, fornecendo os critérios de avaliação individual. Ao mesmo tempo todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são resignificadas como práticas de saúde. O que alguns autores denominaram de *healthism* ou *santé-isation*, e que pode ser traduzido como a ideologia ou a moralidade da saúde, exprime essa tendência. *Healthism* é a ideologia, a forma que a medicalização adquire na biossociabilidade.

As práticas ascéticas implicam em processos de subjetivação. As modernas asceses corporais, as bioasceses, reproduzem no foco subjetivo as regras da biossociabilidade, enfatizando-se os procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos na construção das identidades pessoais, das bioidentidades. Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna. Uma característica fundamental dessa atividade é a autoperitagem. O eu que se pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade.

Na base desse processo está a compreensão do *self* como um projeto reflexivo. O autogoverno e a formação de bioidentidades se dão através de toda uma série de recursos reflexivos e de práticas de bioascese (manuais de auto-ajuda, terapias, *fitness*). A reflexividade é o processo de taxação contínua de informação e peritagem sobre nós mesmos. Não só o *self*, mas principalmente o corpo, aparece marcado pela reflexividade. A dieta e o *fitness* seriam dois exemplos básicos desse processo de reflexividade corporal. Os alimentos que consumimos implicam uma seleção reflexiva, refletem um estilo de vida, um “hábito” (no sentido bourdieuano de marca de distinção), um critério da biossociabilidade.

Na atualidade, o discurso do risco é o elemento estruturante básico da biossociabilidade e representa o “parâmetro existencial fundamental da vida na modernidade tardia, estruturando o modo pelo qual *experts* e leigos organizam seus mundos sociais” (Williams & Calnan *apud* Castiel, 1999: 57). O indivíduo se constitui como autônomo e responsável através da interiorização do discurso do risco. O corpo e o *self* são modelados pelo olhar censurante do outro que leva à introjeção da retórica do risco. O resultado é a constituição de um indivíduo responsável que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do

corpo perfeito e o desvio aos riscos. O auto-aperfeiçoamento individual tornou-se um significativo privilegiado por meio do qual os indivíduos exprimem sua autonomia e se constituem num mundo competitivo. Através das numerosas práticas bioascéticas, o indivíduo demonstra sua competência para cuidar de si e construir sua identidade.

A ideologia da saúde e do corpo perfeito nos leva a contemplar as doenças que retorcem a figura humana como sinônimo de fracasso pessoal. Historicamente as deficiências estavam ligadas ao crime, ao mal, às aberrações (Foucault, 1999). Os estereótipos atuais contra os gordos, idosos e outras figuras que fogem do padrão do corpo ideal têm o mesmo efeito estigmatizante e excludente. A obsessão pelo corpo bronzeado, malhado, sarado e siliconado faz aumentar o preconceito e dificulta o confronto com o fracasso de não atingir esse ideal, como testemunham anorexias, bulimias, distimias e depressões. Essa fixação produz e reforça as doenças debilitantes. Morris aponta com razão que o modelo biomédico que sustenta essa obsessão implica em assumir “que há algo errado com os portadores de deficiências” (Morris, 2000: 162).

No caso da velhice, o modelo biomédico dominante define o envelhecimento exclusivamente em termos de declínio à idade adulta, como um estado patológico, uma doença a ser tratada. Os sinais da idade tornaram-se marcas de aversão e patologia. Como resultado, os problemas sociais são neutralizados e os idosos são marginalizados em instituições de saúde. Ao mesmo tempo, a velhice é “reconstruída como um estilo de vida mercadológico que conecta os valores mercadológicos da juventude com as técnicas de cuidado corporal para mascarar a aparência da idade”. (Katz *apud* Morris, 2000: 236) Os idosos da atualidade são apresentados como saudáveis, joviais, engajados, produtivos, autoconfiantes e sexualmente ativos.

Nesse contexto, devemos compreender o surgimento nos últimos anos de grupos de idosos, portadores de deficiências, grupos de ‘*self care*’ e movimentos de auto-ajuda, vistos como desafios e resistência à medicalização e, portanto, encorajados desde a perspectiva da governabilidade neoliberal. Esses grupos retomam o direito dos pacientes participarem no trabalho médico (Pinel, 1998: 48-49). Eles estimulam, no entanto, a formação de bio-identidades sociais, construídas a partir de uma doença determinada. Como consequência, os novos critérios de agrupamento biosociais e biomédicos substituem progressivamente os

padrões tradicionais, tais como raça, classe, religião, orientação política. A troca do conceito de doença pelo de deficiência – referindo-se a déficits a serem compensados socialmente e não a doenças a serem tratadas – é decorrente desses deslocamentos (Rabinow, 1999: 146). Os grupos e bioidentidades sociais constituídos na biossociabilidade por meio de práticas de bioascese se distinguem precisamente por deficiências a serem compensadas (deficiência da mulher frente ao homem, do negro frente ao branco, do gay frente ao heterossexual, do deficiente físico frente ao indivíduo fisicamente normal, dos velhos frente aos jovens, etc.). A política se dissolve em políticas particulares que aspiram compensar as deficiências de um grupo biopolítico determinado, em que uma das conseqüências é o esquecimento de ideais sociais mais abrangentes.

Autores como Robert Castel enfatizam a idéia da dissolução do social como um dos efeitos do olhar biológico característico da viragem biopolítica nas sociedades ocidentais, nas quais a experiência de identificação é calcada na materialidade do biológico e referentes físicos substituem referentes culturais. As aparentes reivindicações biopolíticas dos grupos constituídos na biossociabilidade são, em muitos casos, uma armadilha: o contexto das reivindicações é sempre o dos grupos biopoliticamente organizados, constituídos precisamente por essas tecnologias de governo. É em nome da autonomia dos idosos que fazemos as reivindicações, a mesma autonomia que se encontra na base das próprias tecnologias governamentais. De fato, ganhamos autonomia, mas a autonomia para nos vigiarmos, a autonomia e a liberdade de nos tornarmos peritos, *experts* de nós mesmos, da nossa saúde, do nosso corpo.

O imperativo do cuidado, da vigilância e da ascese constante de si, necessário para atingir e manter os ideais impostos pela ideologia do *healthism* exige uma disciplina enorme. Ao narcisismo próprio de uma sociedade hedonista da busca do prazer e do consumo desenfreado, foi acrescentado o imperativo da disciplina e do controle corporal, provocando uma ansiedade e um sentimento de ambivalência. A compulsão consumista foi canalizada para o consumo de produtos de saúde, *fitness* e beleza (o que os norte-americanos chamam de *commodification* dos artigos de saúde), e a ambivalência se traduz na tentativa de reprimir qualquer desejo que prejudique a procura de saúde e de perfeição corporal.

A disciplina exigida, tarefa das bioasceses, ocupa cada vez mais um lugar central, relegando a um segundo plano os elementos hedonistas constatados por numerosos teóricos, já que “a necessidade de dietas sem gordura, sexo seguro e malhações intermináveis colocaram novas coações ao prazer pós-moderno” (Morris, 2000: 138). A visão da esfera do trabalho e a do lazer como independentes e excludentes foi deslocada pela ideologia do *fitness*. Agora por diante, trabalho e lazer se confundem – como fica patente numa das máximas mais populares entre os assíduos das academias: “é preciso *sofrer se distraindo*” (Courtine, 1995: 85). O caráter repetitivo e automático aproxima o *fitness* das práticas de adestramento corporal descritas por Foucault. “Lazer é trabalho, impulsos são transformados em repetições por minuto, e a consciência, agora tanto do corpo como da alma, é tão forte como o coração do proprietário e tão firme como suas coxas” (Glassner, 1989: 187; Mansfield & McGinn, 1993: 52-54).

A disciplina presente nas bioasceses é o meio e o preço a ser pago para atingirmos os ideais da perfeição corporal e nos tornarmos “*fit*”.² O *fitness* nos é apresentado como o “remédio universal”, que nos garante a independência da medicina (a qual se revela como sendo aparente), a proteção de todos os males da sociedade moderna – adições de todo tipo (drogas, sexo, consumo), depressões e distúrbios alimentares –, a receita da felicidade e da fidelidade (“nestes tempos de altos índices de divórcio e infelicidade conjugal, os casais que malham juntos ficam juntos”) e a possibilidade de construção de uma biografia íntegra em tempos de desordem moral e desintegração social. (Glassner, 1989: 182-187)

3. EXTERNALIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE

Na atualidade o apelo ao autocontrole e à disciplina visa exclusivamente o controle do corpo. A nossa obsessão com o domínio do corpo, de suas performances, movimentos e taxas substitui a tentativa de restaurar a ordem moral. O corpo torna-se o lugar da moral, é seu fundamento último e matriz da identidade pessoal. A somatização da subjetividade é um processo que vem sendo analisado por vários autores (Le Breton, 1999; Sant’Anna, 2001; Morris, 2000; Lupton, 1994; Glassner, 1989).

² O verbo inglês “fit in” tem o sentido de “adaptar-se”, “ajustar-se”, “encaixar-se”, o que aponta para a dimensão conformista implicada na atividade de “fit in”.

O corpo é reinventado como objeto de visão, e corpo e *self* tornam-se idênticos, o mundo interno parece ser transmutado na “carne externa”. Nesse sentido, Deborah Lupton afirma que “a aparência do corpo tornou-se central às noções de auto-identidade”. O corpo veio representar a liberdade pessoal, o melhor de nós: “Meu corpo corresponde àquilo de que gosto, àquilo que sou, independentemente das minhas heranças genéticas, das minhas filiações culturais e de classe, do meu estado civil e das maneiras pelas quais eu ganho dinheiro; minha casa tem minha cara, [assim como] minha banheira e minhas roupas não cessam de expressar aquilo que sou”. (Lupton *apud* Sant’Anna, 2001: 69)

Com as bioasceses a distinção entre corpo e *self* tornou-se obsoleta, por meio do *fitness* os sujeitos são verdadeiramente corporificados. O físico tornou-se um signo cardinal do *self* de uma maneira não mais conseguida por meio de acessórios tais como moda e cosméticos. O corpo é central para a experiência do eu: “levado ao seu limite lógico, essa versão da identidade”, a qual é fornecida pelas bioasceses, “equipara virtualmente o *self* com atividades de *fitness*” (Glassner, 1989: 184-185). As práticas bioascéticas fundem corpo e mente na formação da bioidentidade somática, produzindo um eu que é indissociável do trabalho sobre o corpo, o que torna obsoleta antigas dicotomias, tais como corpo-alma, interioridade-exterioridade, mente-cérebro.

Nas ascetes clássicas greco-romanas e cristãs, o corpo era submetido a uma dietética que tinha por objetivo a sua superação e transcendência como prova de habilitação para a vida pública, de intimidade com a divindade ou da derrota da nossa condição mortal. Nelas, o corpo possuía sempre um valor simbólico, estava na base da constituição de um *self* dono de si que, mediante as práticas de ascese corporal e espiritual, legitimava-se para a vida política, atingia um conhecimento de si ou se auto-anulava na procura de Deus. Em contrapartida, nas modernas bioasceses e tecnologias do *self*, o corpo obtém um novo valor. Na sua materialidade sofre um desinvestimento simbólico: já não é o corpo a base do cuidado de si; agora o eu existe só para cuidar do corpo, está a seu serviço. Predicados mentais como vontade são definidos segundo critérios materiais, fisicistas e corporais: vontade ou fraqueza de vontade (acrasia) obtém um referente fisicista, força e falta de vontade referem-se exclusivamente à tenacidade e à constância, ou à debilidade (desânimo) e

à inconstância na observação de uma dieta, na superação dos limites biológicos e corporais, etc. Mesmo práticas espirituais orientais são incorporadas como formas de bioascese, perdendo assim sua dimensão simbólico-transcendente original, e visando exclusivamente a maximização da performance corporal. Como foi assinalado, a própria subjetividade e interioridade do indivíduo são deslocadas para o corpo; a alma se torna uma relíquia e descrições fisicistas são adotadas na explicação de fenômenos psíquicos. A introspecção é substituída pela fruição de sensações prazerosas, os sentimentos são substituídos pelas sensações, tomadas como critério de avaliação subjetiva. Dessa maneira, sentir-se bem fisicamente, maximizar os ganhos de prazer, desafiar os limites estabelecidos de satisfação, força ou potência física se tornam os equivalentes das ascèses clássicas, as quais visavam atingir a sabedoria, coragem, prudência, bondade, conhecimento de si, superação de si, etc.

Não nos enganemos, fazendo do corpo um *alter ego*, a afirmação de uma identidade provisória, corremos um risco enorme. Na nossa cultura somática, a aparência virou essência, os “condenados da aparência” são privados da capacidade de fingir, de dissimular, de esconder os sentimentos, as intenções, os segredos, uma capacidade presente na cultura da intimidade que tornou-se obsoleta. Hoje, sou o que aparento e estou, portanto, exposto ao olhar do outro, sem lugar para me esconder, me refugiar, estou totalmente à mercê do outro, já que o que existe (o corpo que é também o *self*) está à mostra, sou vulnerável ao olhar do outro, mas ao mesmo tempo preciso de seu olhar, de ser percebido, senão não existo.

Nos anos 70, o sociólogo Richard Sennett (1992) desmascarou a ideologia da intimidade, que transforma todas as categorias políticas em psicológicas e mede a autenticidade de uma relação social em virtude de sua capacidade de reproduzir as necessidades íntimas e psicológicas dos indivíduos envolvidos. A consequência é a decomposição da “civildade”, entendida como o movimento aparentemente contraditório de se proteger do outro e ao mesmo tempo usufruir sua companhia. Uma forma de tratar os outros como estranhos, pois usar uma máscara, cultivar a aparência, constitui a essência da civildade, como modo de fugir da identidade, e de criar um vínculo social baseado na distância entre os homens que não aspira ser superada. Essa faculdade de uma sociabilidade sadia e criativa perde-se na sociedade “íntima”. A civildade torna-se incivildade,

ou seja, essa habilidade tão difundida de incomodar o outro com o próprio eu, de lhe impor minha intimidade. A incivilidade teria como conseqüências os comportamentos egoístas e narcisistas e o esquecimento do outro, bem como o desinteresse na vida pública que caracterizam nossa sociedade.

Na atualidade, recuperamos a aparência, marca da civilidade de outrora, mas como a aparência é ao mesmo tempo a essência, somos privados uma vez mais da possibilidade do fingimento, da distinção entre o que aparento e o que sou, condição de uma sociabilidade sadia. Para os antigos, a ação e o discurso eram as únicas formas de que os indivíduos dispunham de “mostrar quem são”, de “mostrar ativamente suas identidades pessoais e singulares” (Arendt, 1987; Ortega, 2000). A identidade se construía publicamente na ação e no discurso, como aparência, máscara, um papel a ser representado. À procura da autenticidade, os românticos tornaram-se inartísticos, perderam a aparência e ganharam a interioridade, provocando uma descomposição progressiva da vida pública. Nós abolimos a interioridade sem recuperar o fingimento dos antigos.

A superficialidade, a eterna desconfiança do outro (paranóia) e o melindre são os correlatos do homem somático.³ Trata-se de um indivíduo frágil, inseguro e insensível para o outro, para quem o controle e a regulação relevam à reciprocidade e à transformação:

O eu constrangido e frágil, mediante a obsessão psico-cultural de encontrar e manter a identidade, ergue uma defesa, para a qual as fronteiras são inseguras por definição. Por conseguinte, se, em minha insegurança, você tenta me dizer sua verdade diferente, eu não lhe ouvirei. Em vez disso, o que ouvirei é a ameaça da incursão. Percebo sua personalidade como o espelho deformado de meu próprio eu reprimido ou como uma diferença que sou incapaz de integrar em minha compreensão. Dessa forma, o outro está irrevogavelmente ligado ao *self*, e visto que não é admitido num lugar de conexão – por meio de semelhança e diferença – o outro é inevitavelmente banido a uma posição de subordinação, contenção e controle. (Crawford, 1994: 1364)

O *self* superficial, paranóico e melindroso tem uma única maneira de escapar da tirania da aparência: se igualando, se conformando à norma. Somente sendo idênticos à norma é que podemos nos esconder. A adaptação,

³ Jurandir Freire Costa tem chamado a atenção desses elementos da subjetividade somática.

a obediência e a identificação com a norma é o refúgio do eu que fez de sua aparência a essência. Queremos ser iguais para nos protegermos, nos escondermos. Ou somos idênticos, ou nos denunciamos.

4. ENTRE AS ASCESSES DA ANTIGÜIDADE E AS BIOASCESSES CONTEMPORÂNEAS

As ascèses clássicas tinham uma dimensão político-social fundamental, visando sempre o outro e a cidade, e eram expressão do amor pelo mundo. A presença do outro e do mundo garantiam a realização do cuidado de si. Os ascetas representavam a solidariedade do grupo e canalizavam valores, necessidades, medos e esperanças da comunidade. A ascese como resistência cultural e política e expressão de uma vontade de singularização, de estilo, de separação, de alteridade, de constituição de formas alternativas de subjetividade e sociabilidade, deixa lugar nas modernas bioascèses à vontade de adaptação, de conformidade com a norma, como a única forma dos indivíduos se protegerem. A ascese se torna disciplina e se despolitiza. A pluralidade se anula, isto é, a existência de um espaço “entre” os indivíduos, um mundo comum, que os una ou separe, mantendo sempre a distância entre eles, e a diversidade se transforma em bioidentidades apolíticas.

O outro tornou-se inexistente para o indivíduo somático, as bioascèses tornaram-no obsoleto. O corpo mesmo ocupa seu lugar, ele é o “parceiro privilegiado”, o “lugar de predileção do discurso social”; “encontramos em nós mesmos o parceiro complacente e cúmplice que falta perto de nós” (Le Breton, 1999: 50). O eu somático vive numa atmosfera de ambigüidade, incerteza e medo contínuo, provocado pela cultura do risco, que produz um sentimento de angústia e apreensão constante.⁴ A situação é agravada pela nossa aversão à dependência que impede que possamos desenvolver a necessária confiança em nós,⁵ nos outros e na benevolência do mundo. A ação precisa da confiança, como nos lembram Winnicott,

⁴ “Apreensão é uma ansiedade sobre o que pode acontecer; é criada num clima que enfatiza o risco constante, e aumenta quando as experiências passadas parecem não servir de guia para o presente”(Sennett, 1999 : 115). Ver Castiel (1999: 159).

⁵ Como lembra Courtine (1995: 103), “o amor inquieto, superocupado, sempre insatisfeito, por um bem-estar intimamente ligado à atividade física e a uma promessa de transformação corporal” tem um custo psicológico muito alto. A profusão atual de desordens da personalidade mútua está na base desta desconfiança de si, de um *self* que perdeu a caução do outro na construção de sua identidade.

Arendt e Foucault.⁶ A confiança possibilita a continuidade e a constância no ambiente, a formação de um “ambiente suficientemente bom”, condição necessária para que o novo e o imprevisto possam surgir. Sem essa confiança em mim, nos outros e no mundo não há ação, só há reação, que é, no fundo, um sinônimo para o “comportar-se”. Nessas circunstâncias, a obediência, a adaptação e a submissão ao mundo ocupam o lugar do agir no mundo.

Se as práticas ascéticas da Antigüidade visavam a liberdade da vontade, nas modernas bioasceses, a vontade não está a serviço da liberdade; é uma vontade ressentida, serve da ciência, da causalidade, da previsão e da necessidade, que constrixe a liberdade de criação e anula a espontaneidade. Ela está submetida à lógica da fabricação, do *homo faber*, matriz das bioidentidades.

A vontade na bioascese se define mediante critérios reducionistas, fisicistas, materiais e corporais. Os novos estultos se referem exclusivamente à tenacidade, à constância, ou à debilidade, inconstância e irresponsabilidade na observação de uma dieta, na superação dos limites biológico-corporais, na manutenção de uma existência livre de riscos. O fracasso em atingir e manter os ideais de saúde e perfeição corporal são vistos como expressão da acrasia, de uma vontade fraca:

O único tirano que enfrentas é tua própria inércia e ausência de vontade – tua crença em que estás demasiado ocupado para responsabilizar-te por teu próprio bem-estar e que a procura de tua saúde por meio de um estilo de vida que promova o bem-estar é demasiado duro, complicado ou inconveniente (Ardel *apud* Crawford, 1980: 379).

A ideologia da saúde e da perfeição corporal nos faz acreditar que uma saúde pobre deriva exclusivamente de uma falha de caráter, um defeito de personalidade, uma fraqueza individual, uma falta de vontade. “Não devemos nós enganar pensando que a doença é causada por um inimigo do exterior. Somos responsáveis por nossa doença”, nos diz um guru do *healthism* (Crawford, 1980). Nessa linha de pensamento, os novos estultos, os fracos de vontade, merecem as doenças que contraem, ao se

⁶ Ver Winnicott (1990), capítulos: “Psicanálise do sentimento de culpa”, “A capacidade para estar só”, “O desenvolvimento da capacidade de preocupar”, “Moral e educação”; Foucault (2001); Arendt (1987).

reduzir tudo a um problema de falta de controle, de acrasia. Eles são alvo legítimo de repulsa moral e de ostracismo social. O sofrimento do outro não é reconhecido; é sua culpa, eles são donos de seu destino:

Bêbedos, glutões, fumantes e sedentários – agora chamados irrisoriamente de ‘batatas de sofá’ (*couch potatoes*) na nova gíria pejorativa da ideologia da saúde – são vistos como uma classe inferior de pessoas, com certeza inaptos, independentes, ineficientes e possivelmente sujos de mente e espírito assim como de corpo. O sentimento de desconforto que o indivíduo saudável sente em presença do indivíduo doentio parece assustadoramente semelhante à experiência inquieta do passado do bom povo branco quando estava na companhia de negros (Edgley & Brisset, 1990: 263; ver Crawford, 1994: 1363).

Apesar de que as práticas de bioascese pareçam estar mais próximas das práticas do *self* da Antigüidade do que das disciplinas – para alguns autores existem grandes semelhanças entre as bioasceses e as asceses clássicas com respeito ao grau de autocontrole atingido em ambas as práticas– (Bunton, 1997: 238-239), que são, no fundo, formas de disciplinamento corporal. As asceses clássicas visavam a transcendência do corpo e o bem comum, a auto-superação, ou o contato com a divindade. As práticas bioascéticas, em contrapartida, são práticas apolíticas e individualistas. Falta nelas a preocupação com o outro e com o bem comum. Perdemos o mundo e ganhamos o corpo. O interesse pelo corpo gera o desinteresse pelo mundo. A hipertrofia muscular se traduz em atrofia social. A preocupação com o mundo, ponto central da política desde a Antigüidade foi substituída na modernidade pela preocupação com o homem, a descoberta de si mesmo (Arendt, 1997). Uma preocupação consigo que se traduz na atualidade na preocupação com a saúde e a perfeição corporal. *Body-building*, tatuagens, *piercings*, transplantes, próteses, clonagem, e até mesmo a última moda das *body modifications* (amputações) representam avanços na conquista do último continente, o corpo, e tentativas de personalizá-lo. Ao mesmo tempo e devido à sobrevalorização e ao enorme investimento simbólico que vem sofrendo nas últimas décadas, o corpo tornou-se objeto de desconfiança, de receio, mesmo de desconforto: só aceitamos o corpo submetido a um processo de transformação constante. Não podendo mudar o mundo, tentamos mudar o corpo, o único espaço que restou à utopia, à criação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de somatização da subjetividade coloca novos desafios e novas questões em vários níveis inter-relacionados: (a) epistemológico, com a aparição de um vocabulário fisicista-reducionista na descrição de crenças, sentimentos, desejos, volições, ou com o papel dos dualismos tradicionais corpo-alma, interioridade-exterioridade, mente-cérebro, os quais se tornam supérfluos em uma concepção em que o corpo e o *self* se identificam; (b) clínico, com o surgimento de toda uma série de distúrbios de conduta baseados em disfunções orgânicas ou psicológicas, como bulimias, anorexias, síndromes de pânico, depressões distímicas, drogadições, adições sexuais e consumistas, etc., devido à própria criação de novos critérios de mérito e reconhecimento fundados em regras higiênicas e no desempenho físico. Esses quadros, no limite da normalidade desviante ou da patologia orgânica, são, por sua vez, medicamente reciclados e reinscritos na lógica do biopoder. Normalmente as saídas prescritas para todos esses distúrbios jamais são saídas éticas ou biopolíticas, mas, ao revés, sempre saídas médicas ou farmacológicas; (c) ético-político, com o aparecimento de um novo vocabulário em que temas médicos que dizem respeito a dados de constantes biológicas ou regularidades de constantes e desvios anatômicos e fisiológicos entram na linguagem comum e fornecem critérios para a descrição dos indivíduos considerados melhores ou piores do ponto de vista moral. A forma de sociabilidade originada desse processo constitui uma socialização apolítica que visa a construção de grupos de interesse privados sem a articulação comum com interesses gerais de raça, gênero, classe, estamento, etc., e tem como finalidade principal a capacidade do sujeito para se integrar e se adaptar de modo flexível ao mercado do consumo.

As conseqüências da cultura somática para uma teoria da ação são também fundamentais. Na cultura da interioridade, a subjetividade era compreendida como reação, resposta a estímulos biológicos internos (pulsionais, etc.), e tal resposta redundava na construção do psiquismo. A categoria fundamental do desejo, na base do processo de subjetivação, remete diretamente ao escrutínio e hermenêutica constante de si, à procura de uma verdade sobre si no interior de si. A cultura da intimidade remetia, como foi assinalado, diretamente aos processos de esvaziamento da esfera pública. O deslocamento da interioridade na biossociabilidade

não tem resultado na recuperação do interesse pelo outro e pela esfera dos interesses comuns. A cultura somática produz indivíduos desconfiados e melindrosos, inseguros de si e insensíveis para o outro e para o mundo. Sem a confiança em si mesmos e nos outros não pode haver ação, somente indivíduos reativos, adaptados, obedientes e submissos.

Para os antigos, como nos lembram Arendt e Foucault, a identidade pessoal se forma na exterioridade, é uma realização no espaço público, um acontecimento no mundo. Uma série de autores, que inclui Hannah Arendt, Michel Foucault, John Dewey, William James, Donald W. Winnicott e Henri Bergson têm em comum uma teoria externalista da subjetividade ligada à ação, que se contrapõe ao externalismo das bioasceses. Para eles somos seres voltados para a ação no mundo, estamos jogados no mundo para agir com imaginação, temos uma capacidade de nos inserir no mundo criativamente pela ação em liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARENDRT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
- _____. *¿Qué es la política?*. Barcelona: Paidós, 1997.
- ARIÈS, P. Por uma história da vida privada, e Introdução (A comunidade, o Estado e a família. Trajetórias e tensões). In: ARIÈS, P.; CHARTIER, R. (Orgs.) *História da vida privada*. v. 3, Da Renascença ao Século das Luzes. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 7-19, 409-411.
- BUNTON, R. Popular health, advanced liberalism and *Good Housekeeping*. In: PETERSEN, A.; BUNTON, R. (Orgs.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, 1997. p. 225-244.
- CASTIEL, L. D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contracapa, 1999.
- COURTINE, J.J. Os stakhanovistas do narcisismo. Body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: SANT'ANNA, D. (Org.) *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 81-114.
- CRAWFORD, R. The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and aids. *Social Science & Medicine*. v. 38, n. 10, p. 1347-1365, 1994.

- _____. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*. v. 10, n. 3, p. 365-388, 1980.
- EDGLEY, C.; BRISSET, D. Health Nazis and the cult of the perfect body: some polemical observations. *Symbolic Interaction*. v. 13, n. 2, 1990.
- ELIAS, N. *Über den Prozess der Zivilisation*. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Zweiter Band: *Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1995.
- FOUCAULT, M. *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard, 1966.
- _____. *Dits et écrits*, v. III e IV. Paris: Gallimard, 1994a.
- _____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994b.
- _____. *Les Anormaux. Cours au Collège de France 1974-1975*. Paris: Gallimard, 1999.
- _____. *L'Herméneutique du sujet*. Paris: Gallimard, 2001.
- GLASSNER, B. Fitness and the postmodern self. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 30, n. 3, p. 163-179, Sep. 1989.
- LE BRETON, D. *L'Adieu au corps*. Paris: Métailié, 1999.
- LUPTON, D. *Medicine as culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: SAGE, 1994.
- MANSFIELD, A.; MCGINN, B. Pumping Irony: The Muscular and the Feminine. In: SCOTT, S.; MORGAN, D. (Orgs.) *Body Matters. Essays on the Sociology of the Body*. London: The Falmer Press, 1993, p. 49-68.
- MORRIS, D. *Illness and culture in the postmodern age*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2000.
- ORTEGA, F. *Para uma política da amizade - Arendt, Derrida, Foucault*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- PINEL, P. Médicalisation et procès de civilisation. In: AÏACH, P.; DELANOË, D. (Orgs.) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris: Anthropos, 1998, p. 43-57.
- RABINOW, P. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- SANT'ANNA, D. *Corpos de passagem, ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SENNET, R. *The Fall of Public Man*. New York: W.W. Norton & Company, 1992.

_____. *A corrosão do caráter*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.