

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

BIANCA PALÁCIO ADAMIS MARIANO

**A COOPERAÇÃO BRASIL-ÍNDIA EM MEDICINA TRADICIONAL INDIANA
(AYURVEDA) NO SETOR DE SAÚDE PÚBLICA: POTENCIAIS E DESAFIOS
(2014-2020).**

**Porto Alegre
2020**

BIANCA PALÁCIO ADAMIS MARIANO

**A COOPERAÇÃO BRASIL-ÍNDIA EM MEDICINA TRADICIONAL INDIANA
(AYURVEDA) NO SETOR DE SAÚDE PÚBLICA: POTENCIAIS E DESAFIOS
(2014-2020).**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Relações da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Relações Internacionais.

Orientadores: Prof. Dr. Fabian Scholze Domingues e Prof. Dr. Rumi Kubo.

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Palácio Adamis Mariano, Bianca
A Cooperação Brasil - Índia em Medicina Tradicional
Indiana (Ayurveda) no setor de saúde pública:
potenciais e desafios (2014-2020) / Bianca Palácio
Adamis Mariano. -- 2020.
83 f.
Orientador: Rumi Regina Kubo.

Coorientador: Fabian Scholze Domingues.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Ciências Econômicas, Curso de Relações
Internacionais, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Ayurveda. 2. Cooperação. 3. SUS. 4. Índia. 5.
Medicina tradicional. I. Regina Kubo, Rumi, orient.
II. Scholze Domingues, Fabian, coorient. III. Título.

BIANCA PALÁCIO ADAMIS MARIANO

**A COOPERAÇÃO BRASIL-ÍNDIA EM MEDICINA TRADICIONAL INDIANA
(AYURVEDA) NO SETOR DE SAÚDE PÚBLICA: POTENCIAIS E DESAFIOS
(2014-2020).**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Relações da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Relações Internacionais.

Aprovado em: Porto Alegre, 26 de Novembro de 2020.

Prof. Dra Rumi Regina Kubo - Orientadora
UFRGS

Prof. Dra. Verônica Korber Gonçalves
UFRGS

Prof. Dr. Eduardo Ernesto Filippi
UFRGS

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas foram responsáveis pelos meus passos até aqui, e acredito que minha tentativa de nomeá-las seria extremamente falha. Estou certa de que esqueceria personalidades muito queridas, e não gostaria de cometer essa injustiça com ninguém. Estarei, portanto, nomeando os responsáveis diretos pelas minhas conquistas, mas saibam que todos vocês fazem parte dessa trajetória.

Gostaria de agradecer primeiramente à Deus por toda a força e por todas as oportunidades. Os desafios que vivi até aqui eram suficientes para me fazer desistir, não fosse essa força magnífica e benevolente que habita dentro de cada um de nós. Depois, à minha família, que sempre me apoiou em meus estudos e nos meus sonhos, apesar de todas as dificuldades que enfrentamos no caminho.

Aos meus amigos queridos, pelos momentos de apoio e de consolo. Vocês foram um importante sustento nos momentos em que meu chão desapareceu. Em especial à minha querida amiga Radha, pelo seu colo e palavras de sabedoria. Também à Alana, que apesar dos apesares também me auxiliou no momento que mais precisei.

À todos os meus colegas de curso, pelas trocas e por toda a ajuda, pelas discussões sempre ricas, por todo auxílio e calorosa recepção, em especial Gabi, Camilla, Piccini, Luiz, Nathaly, pelo carinho. Estimo muitas realizações no caminho de vocês!

Aos meus professores da Universidade, por compartilharem todo o seu trabalho e tempo nesse ofício tão importante que nos alimenta de conhecimento e nos liberta da ignorância. Em especial aos meus dedicados orientadores, Prof. Rumi Kubo e Prof. Fabian Scholze, por toda a paciência e instrução. Esse trabalho é graças à vocês! Agradeço também à UFRGS por todo o amparo, toda a assistência, pela oportunidade e garantia de acesso ao Ensino Superior de qualidade: por terem acreditado em mim como alguém capaz de fazer a diferença e levar minha contribuição à sociedade.

Ao Mestre Raimundo Irineu Serra e à Santa Doutrina por toda a sustentação, retidão e coragem para me manter sempre firme e ter forças para finalizar este trabalho.

À Escola de Ayurveda e toda nossa equipe (Francisco, Ju, Tati, Mônica, Tamires, Lívia), em especial ao Fernando e à Vanessa, por todas as oportunidades que me concederam, às quais serei eternamente grata. Sem vocês, eu jamais estaria onde estou, jamais teria tido recursos para voltar à vida e encontrar o meu caminho. Sem vocês, esse trabalho com certeza não seria possível e minha alma jamais teria sido preenchida pelo néctar do conhecimento

védico. Também não teria realizado o meu sonho de pisar em solo indiano e me maravilhar com tudo o que aprendi e experienciei. Muito obrigada por acreditarem e confiarem em mim!

À Krishna, por me encantar ainda mais com a cultura indiana; ao professor Luís Paulo, meu melhor professor, que sonhava em me ver diplomata desde a escola pública; à Larissa Zimnoch e toda sua família por terem me recebido de portas abertas quando cheguei sem casa em Porto Alegre; à RELINTER (em especial a Prof. Emilse), por toda a experiência e carinho para comigo; ao meu tão querido Pena Branca, pelas doces e acolhedoras palavras; ao Lila, por ter me apresentado ao Pena Branca e desejado o meu sucesso; à Gujarat Ayurveda University pela oportunidade de aprender direto da fonte, de forma fidedigna; à toda sociedade brasileira, que foi responsável pelo financiamento dos meus estudos. Espero poder ser motivo de orgulho à todos vocês e retribuir com o meu serviço!

E por fim, mas não (de modo algum) menos importante: agradeço à toda egrégora do Ayurveda. Todos aqueles que mantiveram viva a chama da tradição e pela compaixão em entregar-nos essa preciosa ciência que nos traz vitalidade e realização, que muitas vezes chamamos de milagres. Ofereço este trabalho como parte da minha contribuição à todos que vieram antes de mim e à toda sociedade, para que os benefícios sejam colhidos amplamente e a humanidade encontre seu caminho de retorno à paz, harmonia e equilíbrio.

*“Ragadi Rogan Satatanushaktan
Asesha Kaya Prasrtanaseshan
Otsukya Moha Aratitan Jaghana
Yo Apoorva Vaidyaye Namostu Tasmā”¹*
AH. Su. 1 (1)

¹ Saudações ao médico único e raro, que destruiu, sem deixar qualquer resíduo, todas as doenças como a Raga (luxúria, raiva, ganância, arrogância, ciúme, egoísmo, ego), que estão constantemente associadas ao corpo e se espalham por ele, dando origem à doença, ilusão e inquietação.

RESUMO

O presente trabalho busca fazer uma análise da Cooperação entre Brasil e Índia sobre medicina tradicional indiana no setor público de saúde, em particular o Ayurveda, a partir da análise do contexto de desenvolvimento desse sistema no período (2014-2020) e seus condicionantes na Índia, no Brasil e no mundo. A escolha do Ayurveda foi feita devido à proeminência de sua difusão nos últimos anos em todo o mundo, o crescimento de sua oferta no Brasil e sua incorporação às Práticas Integrativas e Complementares do SUS em 2017. O período de 2014-2020 foi escolhido pois marca a ascensão do Primeiro Ministro Narendra Modi, nacionalista, que impulsionou o orgulho hindu e as tradições indianas dentro e fora da Índia, o que pode ser visto pela criação do Ministério do AYUSH em 2014, a criação do Ayurveda Day e a assinatura de diversos Memorandos de Entendimento com vários países para a propagação da medicina tradicional indiana. Diante disso, algumas questões emergem: como o Ayurveda encontrou legitimidade dentro e fora de seu país como uma medicina tradicional, e quais fatores influenciaram nessa legitimação? Quais fatores dificultaram o seu estabelecimento na Índia e no Brasil? Qual a influência do governo indiano (em especial durante o governo de Narendra Modi) em sua difusão, e em que medida isso se caracteriza como Soft Power? Quais os desafios enfrentados no estabelecimento do Ayurveda no Brasil (principalmente no SUS) e quais os seus potenciais? Quais os grupos de interesse envolvidos em seu reconhecimento? Existem desafios que deverão ser superados para o reconhecimento e legitimação do Ayurveda, com vistas ao estreitamento da cooperação entre Brasil e Índia? Quais os fatores tidos como potenciais na convergência de interesses para o estreitamento da cooperação? Para atingir esse objetivo, a pesquisa pautou-se em uma revisão e estudo de bibliografia especializada sobre o tema e no levantamento de dados de fontes primárias, como documentos oficiais dos Ministérios de Relações Exteriores brasileiro e indiano e de outras organizações. A justificativa acadêmica da pesquisa reside na crescente importância dos estudos sobre sistemas tradicionais e alternativos de medicina como meio preencher lacunas deixadas pela Epistemologia do Sul e a ampliação do acesso à saúde básica primária à todos. Presume-se que o Ayurveda possui potencial para se constituir em uma ferramenta eficiente e de grande contribuição para o sistema de saúde público, embora não seja possível, ainda, mensurar sua contribuição futura no Brasil, devido sobretudo ao seu prematuro e recente reconhecimento e institucionalização.

Palavras-chave: Cooperação bilateral. Ayurveda. Medicina tradicional. Índia. Epistemologia do Sul. Soft Power. Nacionalismo hindu. PICS. SUS.

ABSTRACT

The present monograph reviews the Cooperation between Brazil and India on Traditional Indian Medicine in the public health sector, in particular the Ayurveda system, by the analysis of the development context of this system in the period (2014-2020) and its conditions in India, Brazil and worldwide. The choice of Ayurveda was made due to the prominence of its diffusion in recent years, the growth of its offer in Brazil and its incorporation into the Integrative and Complementary Practices (PICS) of Brazilian Public Health System (SUS) in 2017. The 2014-2020 period was chosen because it marks the rise of Prime Minister Narendra Modi, a nationalist who boosted Hindu pride and Indian traditions inside and outside India, which can be seen by the creation of the Ministry of AYUSH in 2014, the creation of Ayurveda Day and the signing of several Memorandum of Understanding between India and several countries, aiming to spread of Traditional Indian Medicine. By saying this, some questions emerge: how did Ayurveda find legitimacy inside and outside its country as a traditional medicine, and what factors influence its legitimation? What factors hindered its establishment in India and specially in Brazil? What is the influence of the Indian government (especially during the Narendra Modi government) in its diffusion, and to what extent does it stand out as Soft Power? What are the challenges to establish Ayurveda in Brazil (mainly in SUS) and what are its potentials? Which interest groups are involved in its recognition? Are there any challenges that need to be overcome for the recognition and legitimation of Ayurveda, with a view to closer cooperation between Brazil and India? What factors are considered to be potential in the convergence of interests for closer cooperation? To achieve this objective, the research was based on a review and study of specialized bibliography on the subject and on the collection of data from primary sources, such as official documents of the Brazilian and Indian Ministries of Foreign Affairs and other organizations. The academic justification for the research lies in the growing importance of studies on traditional and alternative medical systems as means to fill in the gaps left by Southern Epistemology and the expansion of access to primary basic health for everyone. It is assumed that Ayurveda has the potential to become an efficient tool and a major contributor to the public health system, although it is not yet possible to measure its future contribution in Brazil, mainly due to its premature and recent recognition and institutionalization.

Keywords: Bilateral cooperation. Ayurveda. Traditional medicine. India. Southern epistemology. Soft Power. Hindu nationalism. PICS. SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. O CONCEITO DE LEGITIMAÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA PARA A PESQUISA.....	15
2.1 A LEGITIMAÇÃO DO AYURVEDA DENTRO DE SEU TERRITÓRIO NACIONAL	19
2.2 A INTERNACIONALIZAÇÃO DA CIÊNCIA	25
2.3 A ACEITAÇÃO DA MEDICINA AYURVÉDICA PELA OMS	28
3. CONTEXTO NO PERÍODO (2014-2020)	33
3.1 A ASCENSÃO DE MODI E O NACIONALISMO HINDU	33
3.2 MINISTÉRIO DO AYUSH (AYURVEDA, YOGA E NATUROPATIA, UNANI, SIDDHA E HOMEOPATIA)	35
3.3 A PROJEÇÃO DO AYURVEDA FORA DA ÍNDIA: UM MODELO DE SOFT POWER? ..	36
4. LEGITIMAÇÃO NO BRASIL - BREVE HISTÓRICO	40
4.1 A CONSTRUÇÃO DO AYURVEDA NO BRASIL: ESTRUTURAÇÃO E GRUPOS DE INTERESSE	40
4.2 O AYURVEDA NO SUS	45
5. COOPERAÇÃO BRASIL-ÍNDIA: PANORAMA GERAL	52
5.1 COOPERAÇÃO BRASIL-ÍNDIA SOBRE MEDICINA TRADICIONAL AYURVEDA NO PERÍODO 2014-2020	55
5.2 IMPLEMENTAÇÃO DO AYURVEDA NO BRASIL: DESAFIOS E POTENCIAIS	61

6. CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	70

1. INTRODUÇÃO

Em 2018, o Brasil e a Índia comemoraram 70 anos de relações diplomáticas. A Índia é um dos principais parceiros diplomáticos do Brasil em tema de cooperação internacional, dividindo espaço em fóruns multi ou bilaterais, nas áreas de interesse mútuo entre as nações. Os Estados possuem relações centradas em pontos de interesse para cooperação e fortalecimento das estruturas e falhas dentro do Estado, como tecnologia, saúde, meio ambiente, energia, comércio de alimentos, segurança, entre outros (BRASIL, 2013). Levando em consideração os vários aspectos que interligam as sociedades brasileira e indiana (como o passado colonial, o extenso território, população abundante, problemas estruturais, crises sanitárias e de saúde e os movimentos de cooperação sul-sul, por exemplo), podemos compreender o sucesso das trocas diplomáticas entre os Estados. Isso se reflete no fato de o Brasil ser o principal parceiro diplomático da Índia na América Latina (FUNAG, 2019).

Durante o período da colonização indiana, o poder inglês exerceu uma predominância epistemológica no subcontinente, uma vez que a colonização não esteve ligada somente à dominação do povo e de seus recursos, mas também na soberania epistemológica, constituindo-se em uma relação desigual que suprimiu muitas formas de saber dos povos e nações dominados (SANTOS E MENESES, 2019). A partir do final do século XIX, o movimento revivalista indiano buscou retomar as diversas práticas e saberes tradicionais do povo, negando aspectos e símbolos estrangeiros (BRASS, 1972). Uma dessas práticas de revivalismo estava ligada ao Ayurveda, o sistema tradicional de medicina indiana.

O Ayurveda é um sistema médico estruturado em tratados clássicos datados de aproximadamente 3 mil anos e busca, pela integração de corpo, mente e espírito, encontrar meios de preservação da saúde e cura das doenças, a partir de técnicas e intervenções naturais. Estima-se que haja mais de 700.000 praticantes registrados na Índia (com qualificação BAMS ou MD Ayurveda) (RASTOGI, 2020). Existem 338 faculdades de graduação e 138 pós-graduação em Ayurveda no país, com entrada de 21.387 alunos de graduação e 4.269 de

pós graduação a cada ano. As instituições de ensino ayurveda no país cresceram 7,2% nos últimos 25 anos (1992-2017). A educação ayurvédica no país é regulamentada pelo Conselho Central de Medicina Indiana (CCIM), órgão responsável por seus padrões e uniformidade de distribuição (RASTOGI, 2020). Em 1959, o governo da Índia reconheceu o tradicional sistema indiano de medicina (em inglês, ISM). O Conselho Central de Medicina Indiana (CCIM) foi constituído no ano de 1970 e envolveu a formulação e implementação de diferentes regulamentos, incluindo os currículos e syllabus em ISM (isto é, Ayurveda, Siddha e Unani). O Departamento de Medicina Indiana e Homeopatia (ISM & H) foi formado com o objetivo de desenvolver o ISM (INDIA, 1970). Em 2003, este Departamento foi renomeado como Departamento de Ayurveda, Yoga e Naturopatia, Unani, Siddha e Homeopatia (AYUSH), e em 2014 foi formado um Ministério separado sobre AYUSH. O Departamento de AYUSH concentra-se na governança geral, educação, regulamentação, desenvolvimento e crescimento do ISM na Índia e no exterior, como ferramenta de Soft Power (NYE, 2004).

O conceito de "Cobertura Universal de Saúde" (em inglês, UHC), adotado pela Organização Mundial da Saúde, considera a saúde um direito humano fundamental e se compromete a garantir o mais alto nível possível de saúde para todos (WHO, 2019). Segundo o relatório de monitoramento global da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Banco Mundial, metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde (WHO, 2017). Por isso, a OMS passou a recomendar que os estados membros desenvolvessem políticas, regulamentos e diretrizes para o potencial de integração de Medicina Tradicional e Complementar, visando melhorar os sistemas de prestação de cuidados de saúde, progredindo em direção à saúde e serviços centrados nas necessidades da população. A Índia, desse modo, encontrou uma oportunidade única de demonstrar o papel dos sistemas da AYUSH na transformação do cenário de saúde atual, primeiramente na Índia e depois globalmente. (PATWARDHAN, 2018).

Dentre os sistemas AYUSH de medicina tradicional, o Ayurveda demonstra-se como o mais proeminente nacional e internacionalmente. O Ayurveda possui 261 faculdades de graduação na Índia e mais de 125 faculdades de pós-graduação. Dos 3.100 hospitais AYUSH em 2013, 2.408 eram de Ayurveda. No mesmo ano, 686.319 praticantes foram registrados nos sistemas AYUSH (387.976 somente no Sistema Ayurveda). Quase 9 mil unidades de fabricação de medicamentos tradicionais indianos estavam presentes e a maioria delas (7744) estava envolvida na fabricação de medicamentos ayurvédicos (INDIA, 2013). Além disso, o Ayurveda cumpre um importante papel na Índia ao atender locais onde a oferta de médicos modernos é escassa. Atualmente existe uma escassez aguda de médicos modernos na Índia,

especialmente em áreas rurais, e este problema é maior em áreas remotas (CHAKRABORTY e SEN, 2017). Os praticantes de AYUSH, entretanto, têm uma presença muito mais ampla nessas localidades. Por outro lado, devido à hegemonia biomédica de tendência global e, como apresentado por Boaventura (2019) na teoria de Epistemologia do Sul, o Ayurveda enfrenta desafios para sua legitimação e ampla aceitação, principalmente no que tange à sua comprovação científica em matéria de eficácia e segurança, regulamentação nos países importadores dessa medicina e padronização da prática e do ensino. O governo indiano tem intensificado esforços para mitigar e promover o Ayurveda na Índia e no mundo, visando a superação desses desafios.

Além da exportação do Ayurveda em diversos países, organismos internacionais também têm desenvolvido políticas pró ativas e na implementação de planos de ação para fortalecimento da medicina tradicional na manutenção da saúde das populações, como é o caso da OMS. A Estratégia para Implementação de Medicinas Tradicionais e Complementares (2014-2023) visa apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de objetivos estratégicos para superar barreiras de implementação, por meio da construção de base de conhecimento, fortalecimento da garantia de qualidade, segurança, uso adequado e eficácia e promoção de cobertura universal integrando os serviços de medicina tradicional e complementar (WHO, 2013a). O reconhecimento do Ayurveda por parte da OMS irá criar mecanismos de confiança para a aceitação e legitimação da prática dentro de seus Estados Membros.

O SUS incorporou o Ayurveda nas práticas das PICS em 2017 e, apesar da baixa oferta da prática nos postos de atendimento, o estreitamento da cooperação entre Brasil e Índia no ano de 2020 poderão apresentar resultados promissores (BRASIL, 2017).

A pesquisa justifica-se pois o assunto de saúde coletiva possui relevância internacional e a tendência às abordagens tradicionais e alternativas têm aumentado nos últimos anos, com a elevação dos preços dos custos para tratamentos com medicina moderna e a busca social por métodos alternativos e naturais de promoção à saúde. Tendo em vista o baixo montante de trabalhos relacionados ao tema do Ayurveda e sua crescente incorporação às práticas de saúde internacionais, a abordagem do assunto abre espaço para discussões e análises mais profundas, das quais toda a sociedade poderá vir a beneficiar-se quando aplicadas às realidades brasileiras. Além disso, experiências pessoais de contato e visita ao Hospital e a Universidade da Gujarat Ayurveda University (Jamnagar/Índia) apresentam um olhar de esperança para a promoção de saúde universalmente, a baixos custos, de maneira simples e eficaz, extremamente passíveis de serem reproduzidas de maneira segura e competente.

A discussão que se pretende fazer situa-se, dentro do campo de estudos das Relações Internacionais, mais especificamente no tema de Cooperação Internacional e Análise de Política Externa. Parte-se do argumento de que o estabelecimento do Ayurveda dentro e fora da Índia teve (e tem) como enfrentamento a questão da legitimidade, não somente por parte da comunidade científica moderna, mas também para a aceitação por outras culturas. Além disso, busca-se compreender o papel do crescente nacionalismo hindutva para a projeção internacional do Ayurveda. Também existe um questionamento sobre os grupos de interesse por trás da legitimação e regulamentação do Ayurveda, os quais pressionam seus respectivos governos para atingir seus objetivos pessoais. Busca-se compreender de que maneira o Ayurveda chegou ao Brasil, seu contexto e lacunas para a plena prática dentro do SUS. Na análise da cooperação bilateral, busca-se encontrar importantes acordos para o estabelecimento do Ayurveda no Brasil e no SUS. Por fim, é feita uma análise dos fatores que se apresentam como desafios à implementação da medicina tradicional indiana e quais os pontos que se apresentam como potenciais para alavancar e facilitar o estreitamento da cooperação entre os Estados.

O estudo utilizou a abordagem qualitativa para compreender os aspectos que envolvem o florescimento do Ayurveda nas relações Índia-Brasil e os métodos de levantamento de dados utilizados foram a revisão bibliográfica de temas relacionados e o uso de fontes primárias, como documentos diplomáticos do Itamaraty e de outros organismos brasileiros ou indianos. O presente trabalho teve como metodologia: (1) análise de fontes primárias, como documentos oficiais do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério da Saúde e pronunciamentos de órgãos públicos relacionados; (2) revisão bibliográfica de obras de diplomatas, historiadores e cientistas políticos relacionados ao tema.

O trabalho está organizado em quatro capítulos mais introdução e conclusão. O primeiro capítulo está centrado na busca pelos fatores relacionados à legitimação e aceitação do Ayurveda dentro e fora da Índia e quais as trajetórias ligadas ao seu desenvolvimento. O segundo capítulo busca compreender o contexto do período (2014-2020), acontecimentos marcantes e fatos políticos relacionados ao momentum mundial do Ayurveda. O terceiro capítulo faz uma análise histórica da chegada do Ayurveda ao Brasil, os grupos de interesse envolvidos e o caminho percorrido até seu reconhecimento no Sistema Único de Saúde. O último capítulo contém informações relacionadas à cooperação bilateral Brasil-Índia, em especial no que tange à aceitação e reconhecimento do Ayurveda em território nacional por parte do governo brasileiro. Neste capítulo estão, além das principais fontes primárias de cooperação analisadas do período, os elementos encontrados na pesquisa ligados, por um lado,

ao estreitamento de laços - com potencial de aprofundamento na cooperação para medicina tradicional Ayurveda - e, por outro aos desafios a serem superados para o sucesso da cooperação.

2. O CONCEITO DE LEGITIMAÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA PARA A PESQUISA

O momento pós Guerra Fria é tido como um locus central de análise nos estudos das relações internacionais contemporâneas. Após o término da polaridade existente no período bipolar, a legitimação dos argumentos era proveniente de um discurso que pudesse ser generalizado, tido como “universal”. O universal era proveniente de uma generalização do particular (como os ideais socialistas ou liberais). Atualmente, a dimensão do universal é proveniente de uma visão de mundo globalizado cujas estratégias se sustentam por novos valores de foco, tais quais os direitos humanos ou outros temas dentro das Relações Internacionais (FONSECA JR, 2004). No período de bipolaridade, essas questões estavam relegadas a uma posição de pouca importância, apesar de serem existentes².

Após o fim do conflito entre as duas potências, o mundo presencia a queda da antiga ordem bipolar que regia as relações entre os Estados e surgem novos pólos de poder. Apesar das diferentes considerações sobre a natureza desta nova distribuição de poder - seja considerando os EUA como único pólo hegemônico, seja apontando diferentes pólos de poder - será vista uma maior fluidez nas relações entre os países, uma vez rompida a rigidez do período anterior. Assim, as relações entre as potências tornam-se cada vez mais complexas, englobando ações que vão desde seus interesses e riscos, estratégias de política externa e questões humanitárias. Sobressaem-se nesse ínterim os interesses de uma nação, enquanto a ideologia do mundo bipolar se esvai (FONSECA JR,2004). Surgem, nesse ambiente, novos atores do sistema internacional, como organismos de regulamentação ou outras organizações de atores internacionais, com o estreitamento da diplomacia para temas antes não considerados dentro da agenda internacional.

² Os mecanismos das relações diplomáticas entre os estados foi sacudido pela luta ideológica entre o comunismo e o anti-comunismo, levando, durante o período da Guerra Fria, ao virtual desaparecimento da representação consular entre os dois blocos, assim como a uma redução da sua representação diplomática. No entanto, mesmo no auge do conflito ideológico, continuou a haver relações diplomáticas entre os estados dos dois blocos, e as formalidades e procedimentos diplomáticos continuaram a ser observados. (BULL, 1977, p.291)

No pensamento clássico, a ordem permanente do sistema internacional e suas regulações estão ligadas à dicotomia guerra-paz (ARON, 2002; MORGENTHAU, 2003), sendo estas definidas por suas situações extremas de busca pelo poder hegemônico como meio de garantia da ordem internacional. O pós Guerra Fria é visto como marco para a criação de novas agendas internacionais, que antes voltavam-se aos ideais realistas de sobrevivência estatal em ambiente hostil, e novas teorias dentro das Relações Internacionais apresentam alternativas para a análise das cooperações entre as nações, seja por meio das instituições que regulamentam e defendem os interesses das nações, ou pela busca da difusão de valores e interesses no além mar por meio de estratégias de poder brando e da convergência de interesses dos diferentes atores nacionais.

Para compreender a cooperação entre nações, faz-se necessário antes analisar, conforme demonstra a pesquisa de Andrade (2011), o conceito de legitimidade das decisões estatais, as quais serão instrumento para sua agenda de Política Externa no relacionamento com os diferentes Estados e seus mecanismos de ação.

Hedley Bull (1977)³, Joseph Nye (2004) e Robert Keohane (2007) trouxeram importantes conceitos sobre a legitimidade, a qual, segundo os autores, encontra-se no centro do sistema internacional. Considerando a importância da legitimidade para o sistema internacional - dado que o conceito de legitimidade pode vir a perder a importância devido ao não consenso nas diversas correntes de pensamento, como trazido por Franck⁴ (1990) - para compreendermos o conceito de legitimidade, é necessário compreender algumas noções relacionadas à legitimidade.

Primeiramente, quando abordamos as noções das Teorias Realistas, existe a menção de métodos de coerção de imposição, ao que Weber (2004) caracteriza como monopólio do uso legítimo da força. Contudo, é inexistente, no sistema internacional, um monopólio legítimo de força de coerção, tendo em vista a não existência de um organismo supranacional que governe as relações dos Estados globalmente ou a existência de um órgão legislativo central. Dessa maneira, pode-se caracterizar a adesão dos Estados ao sistema internacional como fruto de uma decisão voluntária individual (FONSECA JR, 2004). Fonseca ainda nos demonstra que, mesmo

³ Os estados exercem também a função de dar legitimidade às regras, no sentido de promover a sua aceitação como intrinsecamente valiosa, utilizando seus poderes de persuasão e propaganda para mobilizar apoio no contexto da política mundial. Atualmente, um meio importante de legitimação das regras consiste em endossá-las por assembleias ou organizações internacionais. (BULL, 1977, p.87)

⁴ *It turns out that the concept of legitimacy developed in the national context is not only adaptable to international usage but that, by applying to the individual compliance behavior, it may prove possible to learn things about the role of legitimacy which could not be garnered from studying its effects on the behavior of persons*" (FRANCK, 1990, p.21)

que as ações internacionais fossem tidas como disputa de puro poder, a exigência mínima de regra para que o jogo pudesse ser realizado é a existência do *reconhecimento* de seus jogadores. Assim, o eixo central do que é legitimidade internacional está expressa no reconhecimento daquele cuja participação é reconhecida dentro do sistema internacional. Desse modo, legitimidade nada mais é do que a aceitação do poder que é reconhecido nacional ou internacionalmente.

Uma vez compreendido o conceito de legitimidade soberana, faz-se necessário analisar as condições que possam legitimar sua sustentação, iniciando pelo poder militar, o que Fonseca denominou como a necessidade do poder de se justificar (FONSECA, 2004). Aqui, poderíamos citar o conceito de Hard Power, idealizado por Nye (NYE, 2004).

A Interdependência Complexa, proposta por Joseph Nye e Robert Keohane (2001) trazem importantes conceitos para as ações legítimas dos Estados no sistema Internacional. Como abordado pelos autores, dentro da Interdependência Complexa existem três características principais que regem o mundo globalizado. A primeira diz respeito aos Múltiplos Canais que conectam sociedades em três níveis: interestatais, transgovernamentais e as relações transnacionais. Sendo assim, quaisquer atos bilaterais ou multilaterais interestatais, transgovernamentais ou relações transnacionais - não dependendo do ator a ela relacionado - caracterizam uma ação dos Múltiplos Canais. A segunda característica afirma que a agenda da política externa de um Estado não está organizada de modo hierarquicamente claro (ou seja, a segurança militar pode não ser, obrigatoriamente, tema dominante na agenda), uma vez que sua organização depende do grau de interesse do tema para os Estados. Por fim, a última característica é a não utilização de força contra outro Estado quando a Interdependência Complexa prevaleça na região de interesse desse Estado. Já o conceito de *Hard Power*, idealizado por Nye, caracteriza-se por uma ação direta tomada por meio de ações concretas, que são divididas em duas vertentes. A primeira diz respeito à esfera militar, abrangendo tomadas de ações bélicas de um ator. A outra vertente diz respeito ao potencial econômico de um ator e sua capacidade de sanções, embargos, ou outras decisões que possam ser utilizados como meios para atingir seus objetivos (NYE, 2004, p.31).

Todavia, os poderes coercitivos não são os únicos responsáveis pela articulação de influências, passando a dividir importância com outros recursos subjetivos e sedutores. Como trazido por Arrighi (1996), os Estados não adquirem a legitimidade somente através de sua força militar superior, mas também por outros atributos, como a capacidade de difundir suas ideias e concepções. Assim, como aponta Nye quando aborda o conceito de Soft Power

Se você acredita que meus objetivos são legítimos, posso conseguir persuadi-lo a fazer algo para mim usando não ameaças, mas persuasão. Dessa forma, é possível alcançar muitos objetivos desejáveis (2004, p.2).

Edward Carr (1946) aceitou que o poder não estava ligado somente aos aparatos militar e econômicos, mas também sobre a opinião pública. Assim, faz-se necessário um argumento que materialize este poder, uma vez que a legitimidade está ligada ao interesse político. Cabe ressaltar que legítimo não significa ser legal, e por isso são criados mecanismos de legitimação por meio das instituições e regras. Assim, "lógica e historicamente, a legitimidade como espaço de proposição precede e acompanha a legalidade como fonte de obrigação" (FONSECA, JR, 2004, p.187).

Em relação às organizações internacionais, é importante enfatizar o paradoxo criado em sua conjunção com o conceito de soberania, o qual, por um lado, afirma a "autonomia" na aceitação -ou não- de normas da comunidade internacional e, por outro, cria o sentido de "obrigação" para com a comunidade. É possível compreender tal fato quando nos referimos à Organização das Nações Unidas, cujas decisões são -ou não- acatadas pelos Estados soberanos, sendo estes pressionados em certa medida pela imagem representada dentro do conjunto da comunidade internacional. Desse modo, existe uma duplicidade em relação à legitimidade, marcada pela ausência⁵, no sistema internacional, de uma entidade superior responsável por definir o que pode ou não ser considerado legítimo - fazendo com que a legitimidade seja construída dentro de um viés da máxima de convergência total de comportamento com normas e valores ou de uma mínima ligada à situação do detentor de poder que constrói sua legitimidade a partir do poder (FONSECA, 2004), transvestido via discurso ou uso de recursos que dão valor à sua influência. A legitimidade desse modo, estaria ligada ao consenso e aceitação. Portanto, a mesma pode também ser analisada como ferramenta para uma estratégia dentro de um jogo político, além de ser parte do mundo das leis e da ética moral. Para além do que as pessoas tendem a aceitar, a legitimidade é o que os atores aceitam por suas compreensões ou pela persuasão, e, pela persuasão, é possível convencer atores de agirem de forma condizente com os interesses de determinada nação (NYE, 2004). Justificativas embasadas na razão, são, assim, fundamentais. A legitimidade está ligada, resumidamente, ao fornecimento de razões persuasivas de porquê um caminho de ação, uma regra ou uma ordem política é apropriada (HURRELL, 2005).

⁵ A descentralização do poder existe na sociedade internacional contemporânea, uma vez que não existe um centro político-jurídico com poderes de ação, seja como legislativo, executivo ou judiciário, acima dos Estados que compõem o sistema internacional (ACCIOLY, 2009, p. 31).

Nos capítulos iniciais do *Anarchical Society*, Bull (1977) apresenta uma detalhada análise da evolução histórica da cooperação a partir da perspectiva grotiana. Ele adota três momentos fundamentais, ligados à matriz ideológica dominante. Sendo elas: a) a sociedade internacional cristã, presente nos séculos XVI e XVII; b) a sociedade europeia internacional (predominante nos séculos XVIII e XIX) e c) a sociedade internacional de escopo mundial (século XX). A sociedade, e, portanto, a cooperação, ocorre quando, por entre os diferentes atores estatais, existam pontos convergentes, que permitirão o nascimento de instituições e regras aceitas pelos Estados. Assim, na terceira fase, a existência de uma comunidade universal de Estados garante o direito de todos os povos de participar dentro de formas institucionais típicas, como as organizações multilaterais (a exemplo da ONU). Conforme Bull (1977, p. 36)

[...]no plano político, os organismos multilaterais, apesar de dificuldades episódicas, afirmam-se progressivamente como fontes privilegiadas de legitimidade (BULL, 1977, p.36).

Tratando-se da legitimidade dos Estados do Terceiro Mundo, Moon argumenta que os países periféricos que buscam a autoridade por meio da política externa desejam atingir seus objetivos domésticos, tais quais acúmulo de capital, legitimidade do Estado, estabilidade social e manutenção do governo. Em determinados casos, a política externa adotada irá permitir que o Estado periférico alcance um “orgulho nacionalista”, retratando seus ideais de autodeterminação, integração ou mesmo a ordem doméstica, dada sua projeção internacional. Essa política externa é construída tendo como base o argumento ideológico, e a legitimidade estaria, assim, ligada não somente a mecanismos que reafirmem seus valores, mas, para além disso, sua própria autoridade interna - pela via da política externa (MOON, 1995, p.194).

Dito isso, será realizada uma breve investigação acerca dos mecanismos de legitimação do Ayurveda dentro da Índia e sua subsequente aceitação pela Organização Mundial da Saúde como um sistema de medicina complementar válido.

2.1 A LEGITIMAÇÃO DO AYURVEDA DENTRO DE SEU TERRITÓRIO NACIONAL

A Índia é um Estado cujos diferentes grupos de pessoas usufruem de sua própria religião, crenças, cultura, língua e dialetos, possuindo sistemas diversos de medicina tradicional desenvolvidos ao longo do território. Alguns sistemas de medicina foram introduzidos por

povos estrangeiros ligados ao passado de invasões ao subcontinente. Desde tempos imemoráveis, a sociedade indiana é dependente destes sistemas tradicionais de medicina, sejam eles sistematizados (tais quais o Ayurveda e a medicina Unani) ou folclóricos. O sistema de medicina biomédica ou ocidental foi introduzido durante o período de dominação britânica, tendo como resultado o abandono e a proibição da medicina tradicional indiana por instituições inglesas (ALVES, 2019).

Ainda que o crescente avanço da medicina biomédica tenha se desenvolvido durante os últimos anos, acredita-se que cerca de 70% da população rural utilizam sistemas de medicina tradicional para cuidados primários (CHAKRABORTY e SEN, 2017).

O Ayurveda é um dos principais sistemas tradicionais de medicina da Índia. O termo Ayurveda é composto de duas palavras em sânscrito “Ayu” e “Veda”, e significa “ciência da vida” (TEWARI, 2018). Existem quatro Vedas⁶ na literatura indiana, que possuem conhecimento sobre diversos aspectos, como conhecimento espiritual, remédios naturais, mantras, etc. O Charaka Samhita e o Susruta Samhita são dois textos clássicos que datam de aproximadamente 3 mil anos⁷ (ROCHA, 2009) e falam, respectivamente, sobre medicina interna e cirurgia e, junto ao Ashtanga Hridayam formam o chamado Brhat Trayi⁸ que fundamentam a base da literatura do Ayurveda (ROCHA, 2009). Outros três livros clássicos também são utilizados dentro do sistema de medicina, sendo eles: Madhava Nidana (com foco em diagnóstico da doença), Bhava Prakash (englobando dieta e uso de plantas) e Sarangadhara Samhita (com foco em formulações) (CHAKRABORTY e SEN, 2017). O Ayurveda possui oito grandes subdivisões, sendo elas: Kayachikitsa (medicina interna), Shalakya (doenças de origem supra-clavicular), Bhutavidya (psiquiatria), Agada Tantra (toxicologia), Shalya Tantra (cirurgia), Kaumara bhrtya (pediatria, obstetrícia e ginecologia), Rasayana (rejuvenescimento e geriatria) e Vajjikarana (afrodisíacos e reprodução) (VAGBHATA, 2002). De fato, o Ayurveda é um modo de vida baseado na ênfase em dieta e estilo de vida saudáveis em consonância com a fisiologia de cada indivíduo.

Antes da colonização, o sistema de ensino do Ayurveda existia por meio de praticantes treinados pelos Vaidyas⁹ por um período de sete anos. O local de residência desses Vaidyas estava ligado ao ambiente rural, uma vez que seus pacientes eram tratados com ervas e

⁶ Os Vedas são escrituras básicas e clássicas da Índia contendo diversos assuntos como mitologia, rituais, espiritualidade, medicina, astrologia, etc. São considerados os primeiros registros literários da civilização indo-europeia e remontam à Era Védica (PATTANAIAK, 2020).

⁷ Vale ressaltar que existem controvérsias entre as datações, apresentadas por diversos estudos antropológicos.

⁸ Brhat Trayi: do sânscrito, “Trindade Maior”. Representa a junção dos três livros base do Ayurveda. (TEWARI, 2017)

⁹ Vaidya é a denominação do médico ayurvédico, que poderia ser pertencente à casta brâhminica (sacerdotes e intelectuais) ou à casta dos vaishyas (comerciantes) (CARNEIRO, 2007)

produtos naturais. Antes das instituições acadêmicas formais, o conhecimento era passado de geração em geração, e durante o período medieval, os templos e impérios foram importantes para a preservação do conhecimento ao manterem centros de aprendizagem e hospitais ligados à medicina tradicional. Algumas práticas ganharam fama devido à sua eficácia, conforme relata Prasad (2007):

O fato de que esses métodos tradicionais com algumas modificações continuem até hoje, especialmente as operações de catarata, o tratamento de hemorróidas e a cura da icterícia, nos faz pensar que essas práticas deram bons resultados e ganharam favores por sua eficácia e pelo fácil alívio resultante (p. 3494, tradução nossa).

Após a institucionalização, o Ayurveda ficou menos limitado às gerações de famílias de Vaidyas, pois, na segunda metade do século XIX, o crescimento dos ideais da medicina e ciências modernas aumentava a busca pela nacionalização do aprendizado. Desse modo, foi construída, em 1851, a Faculdade de Medicina de Calcutá, com o objetivo de ensinar medicina ocidental aos estudantes indianos, utilizando-se como base livros majoritariamente na língua nativa de seus colonizadores britânicos. A partir de 1916, o inglês foi estabelecido como língua oficial no aprendizado das ciências médicas (ALVES, 2019). Os ingleses impuseram a medicina ocidental no subcontinente como parte de sua missão civilizatória. Como exemplo, podemos citar o ganhador do prêmio Nobel e cientista da malária, Ronald Ross, em 1923, e sua fala enfatizando que os britânicos levaram à Índia “honestidade, lei, justiça, ordem, estradas, correios, ferrovias, irrigação, hospitais [...] e o que era necessário para a civilização” (PRASAD, 2007, p. 3494). As tradições indianas foram suprimidas e marginalizadas, não somente em relação à medicina tradicional, mas também à cultura (como a dança, o folclore, as práticas religiosas, etc).

Boaventura de Souza Santos (2009), ao abordar a Epistemologia do Sul, considera que os saberes das relações Norte-Sul permanecem ligados às relações imperiais e dominadoras. Os outros saberes que não os do Norte global passaram a ser excluídos da racionalidade moderna, e essa hierarquização de saberes, junto às hierarquias econômicas e políticas, levam à um viés eurocêntrico que reproduz estereótipos e discriminação. Essa epistemologia dominante ocidental construiu-se com base na necessidade de dominação colonial, dividindo as experiências, saberes e atores sociais entre os úteis inteligíveis e os inúteis ou perigosos, os quais eram objetos de supressão. No campo do conhecimento, essa divisão radical entre saberes atribuiu à ciência moderna o monopólio universal de distinção entre o verdadeiro e o falso, gerando profundas contradições que persistem ainda hoje.

O Movimento Revivalista tomou força em meados de 1980, e buscava meios de resgatar a identidade, valores e práticas hindus, com a negação de elementos externos ou modernos de seu colonizador. O movimento estava ligado à uma forma de avanço no nacionalismo e na busca pela Independência pelo estabelecimento de uma identidade verdadeiramente indiana, reavivando e resgatando práticas da cultura - inclusive, do Ayurveda (CHAKRABORTY, 2020). Quando, todavia, existiam pressões sobre os ingleses pelo reconhecimento do Ayurveda e de outros sistemas, eram exigidas evidências científicas de segurança e eficácia. Cientes do sistema de castas e utilizando-se do mesmo para garantir sua dominação, os britânicos usavam estratégias para desviá-los dos sistemas médicos tradicionais de saúde. Foi por meio da formação educacional no Ocidente de filhos da classe médica que puderam legitimar a hegemonia do sistema de saúde ocidental. A partir de 1914, a hegemonia do sistema ocidental de medicina passou a realizar-se não mais pelos colonizadores europeus, mas, sim, pelas elites emergentes indianas.

Nos períodos entre o final do século XIX e início do século XX, houve o aumento de movimentos do nacionalismo político e cultural, visando reviver as tradições do subcontinente (SUBRAMANIAM, 2020). Nesse período, tomadas de decisão eram realizadas para conceder ao sistema do Ayurveda e da medicina Unani¹⁰ uma padronização e sistematização do conhecimento e do treinamento, substituindo o antigo sistema de gurukulam¹¹, por meio da criação, primariamente, do “All India Ayurvedic Mahasamelan”. O All India Ayurveda Mahasammelan (Congresso Ayurvédico) era formado por praticantes da medicina tradicional, e receberam, inicialmente, apoio do Congresso Nacional Indiano por meio de patrocínios do governo a partir de 1920. Novos apoios, surgiram após a entrada de indianos nos conselhos executivos e legislaturas das províncias, com o estabelecimento de instituições para o ensino do Ayurveda, além da aprovação de leis que regulamentavam sua prática (ALVES, 2019). Vê-se, aí, a pré existência de um movimento político e educacional do Ayurveda nas províncias antes mesmo da independência do Estado indiano.

Nos anos próximos à Independência, os líderes à frente da regulamentação do Ayurveda viam na libertação do país e nos movimentos nacionalistas uma grande oportunidade para o estabelecimento da medicina tradicional. Contudo, após o estabelecimento da medicina ocidental, houve uma crise de confiança que afetou os sistemas de medicina tradicional da Índia. Apesar dos altos custos e da falta de acessibilidade da medicina biomédica (PRASAD,

¹⁰ Unani: Medicina perso arabe praticada na Índia mongol e na cultura muçulmana. (INDIA, 1970)

¹¹ Aprendizado realizado por meio da residência do aluno no local onde vivia seu professor. Os sistemas de ensino na Índia foram por milênios passado de maneira oral, no sistema guru-shishya-parampara (transmissão do mestre-discípulo) (ALVES, 2019).

2007), o governo indiano estava relutante em conceder apoio significativo ao movimento revivalista das tradições nativas. A pressão política exercida pelos defensores do sistema para a criação de pesquisa e treinamento de Pós Graduação fez com que, em julho de 1956, o Central Institute of Research in Indigenous System of Medicine e o Post Graduate Training Centre for Ayurveda fossem criados em Jamnagar (BRASS, 1972). Com a intensificação dos movimentos nacionalistas dentro da Índia, o resgate do Ayurveda apresentou-se como uma maneira de resgate da cultura e da tradição indianas.

Da mesma forma, a ascensão política do nacionalismo hindu, ou hindutva, desde a década de 1990 também levantou questões sobre a identidade da Índia como nação secular [...] (MALONE, 2011, p.54, tradução nossa)

Desse modo, esse sistema de medicina tradicional apresentava-se como um autorretrato do “ser hindu” e do orgulho da cultura nacional (ALVES, 2019). Na luta pelo fim da dominação britânica e a construção da imagem da nação, foram criados instrumentos de construção da identidade autêntica e legítima indiana. A insurgente elite reformista nacionalista precisava garantir o ressurgimento de ideais nacionalistas, englobando um sistema de cura verdadeiramente indiano, o qual seria indispensável na formação dessa identidade nacional. Um destes resgates certamente esteve ligado ao movimento revivalista do Ayurveda como um dos mais importantes arranjos políticos, econômicos e culturais do sul asiático, configurado no processo nacionalista (SUBRAMANIAM, 2020).

"Primeiro, há um reconhecimento de que as práticas tradicionais contemporâneas não refletem as mais altas realizações da antiga civilização. Em segundo lugar, há a crença de que a decadência da cultura, da ciência e da religião original é em grande parte atribuída a sua supressão durante longos períodos de governo estrangeiro e a imposição de culturas externas, O terceiro recurso segue logicamente do segundo, isso é, a demanda por patrocínio estatal dos novos regimes nacionalistas para a restauração dos valores nativos. A consequência dessas atitudes é o desenvolvimento de uma orientação política por parte dos líderes revivalistas de uma demanda por interferência governamental em áreas das quais a maioria dos Estados seculares modernos tendeu a se retirar ou na qual foram impedidos de impor critérios políticos pela existência de interesses independentes e organizações profissionais” (BRASS, 1972, p. 344-345).

Apesar de o movimento revivalista culpar o florescimento da medicina ocidental na Índia como causador da supressão do conhecimento tradicional, os mesmos adotaram, por meio da profissionalização do Ayurveda, conceitos, práticas e medicamentos utilizados dentro da

medicina biomédica (ALBA, 2015; LESLIE, 1977). Um dos choques dentro do movimento pelo reconhecimento revivalista do Ayurveda esteve entre duas alas: uma a favor da integração com a medicina moderna e outra a favor da separação permanente entre ambas as medicinas (BRASS, 1972). Ainda que existam tais divergências, foram estabelecidas conexões entre os dois sistemas. A mais relevante é o aprendizado e treinamento acadêmicos por meio do B.A.M.S.

O B.A.M.S (Bachelor of Ayurvedic Medicine and Surgery) é um curso de graduação com duração de cinco anos e meio que possui 80% de seu currículo de aprendizagem do sistema de medicina ayurvédico e 20% do sistema moderno de medicina (INDIA, 2016)¹². O B.A.M.S. tem como objetivo criar uma estrutura de suporte e legitimação do sistema de medicina tradicional do Ayurveda e da secularização de certos ideais religiosos ainda ligados à sua prática, além de conferir status de seriedade por meio da modernidade e mesclagem com elementos da medicina ocidental junto à literatura tradicional clássica, fomentando a pesquisa e o ensino de qualidade¹³. Uma das primeiras instituições de graduação em B.A.M.S surgidas foi a Rishikul State Ayurvedic College, fundada em 1919 em Haridwar. No período do movimento revivalista surgiram diversas instituições ligadas ao ensino de práticas tradicionais indianas. Nos anos posteriores à independência, o Ayurveda estabeleceu-se como uma tradição médica nacional e modernizada. Chatterjee (2004) argumenta que essa tentativa do governo indiano está ligada ao objetivo de construir uma “modernidade diferente” (uma “modernidade distintivamente nacional”), ligada ao projeto cultural do nacionalismo. Todavia, é grande o número de alunos que buscam ingressar no MBBS (o bacharelado para medicina biomédica) e, ao falhar, ingressam em programas de Ayurveda, abandonando -em alguns casos- os estudos de medicina Ayurveda no decorrer do curso por falta de identificação (PATWARDHAN et al, 2019).

Outro fator de conexão é a complementação dos tratamentos entre as instituições biomédicas e tradicionais, como ocorre, por exemplo, no Hospital Público Ayurvédico da Gujarat Ayurveda University, em Jamnagar, uma vez que a existência do Hospital Moderno Dhanvantari, localizado em frente à instituição tradicional, permite o intercâmbio de estudos e

¹² Ver também: <https://main.ayush.gov.in/courses-ayurveda>.

¹³ “The university has its own objectives to achieve its main vision of global propagation of Ayurveda. The University serves as custodian of classical Ayurveda Knowledge. It aims at safeguarding and protecting the heritage of the traditional medicine Ayurveda. The university aims to develop competent human resources for teaching and research in Ayurveda. Recruitment of the best staff is done in the university. The university is equipped with the modern technology and machinery to meet the present day requirement by incorporating advances of basic sciences”. Página inicial da Gujarat Ayurveda University. Disponível em < <http://www.ayurveduniversity.edu.in/>>. Acesso 10 nov. 2020.

pacientes, conforme a necessidade. Médicos e cientistas modernos qualificados apoiam a pesquisa e o treinamento em Ayurveda, e, de aldeões à trabalhadores urbanos, é possível encontrar a não distinção ideológica entre os dois sistemas de medicina, levando em consideração sua disponibilidade e eficácia no tratamento de determinadas patologias. É perceptível o uso da medicina ocidental como preferencial em casos de doenças agudas e da medicina tradicional ayurvédica em casos de problemas não urgentes e doenças crônicas (ALVES, 2019).

Três foram os tipos de provedores de saúde à população indiana no período pós-independência: 1) médicos de medicina moderna qualificados; 2) médicos qualificados nos sistemas de medicina tradicional; 3) profissionais de saúde não qualificados. Os médicos modernos ainda hoje ocupam a posição dominante nos sistemas de saúde da Índia na Índia urbana e na Índia parcialmente rural (PRASAD, 2007). Os sistemas tradicionais de medicina passaram a combinar seus próprios sistemas de saúde com a biomedicina ou a utilizar unicamente de seus próprios sistemas médicos de saúde, atendendo a 65% da população da Índia, principalmente em áreas rurais -através do Ayurveda- nos cuidados primários de saúde (WHO, 2003). As associações profissionais de Ayurveda perceberam que era necessário replanejar seu ensino, institucionaliza-lo nos procedimentos hospitalares, prová-lo cientificamente em pesquisas científicas e ajustá-lo às taxonomias convencionais de medicamentos e doenças (ALBA, 2015).

Atualmente, o Ayurveda segue uma tendência à secularização do conhecimento e sua adaptação aos parâmetros da biomedicina, como forma de alcançar sua legitimação dentro e fora da Índia, e, concomitantemente, busca a formulação de uma teoria unitária baseada nos conceitos presentes nos textos clássicos. Assim, ganha espaço na Índia o Ayurveda tradicional em um mundo urbano, com bases em normas e pesquisas científicas cuja aceitação têm levado à sua maior visibilidade. Essa característica é vista não somente nas instituições públicas, mas também na prática privada (ALBA, 2015). Nos primeiros anos de institucionalização e legitimação do Ayurveda dentro do subcontinente indiano, os fortes princípios sobre o sistema médico ayurvédico - racionalidade, observações empíricas, compartilhamento de conhecimento no domínio público - atendendo às necessidades dos sofredores, foram enfraquecidos com o patrocínio limitado que recebeu de sucessivos governantes. Nos anos recentes, temos visto grandes esforços do Estado indiano em promover sua cultura e seu nacionalismo dentro e fora da Índia. Após a ascensão ao poder do Primeiro Ministro Narendra Modi, a difusão do Ayurveda passou a ganhar um papel relevante dentro da agenda de política nacional e externa,

por meio da configuração da identidade hindu (hindutva) e de medidas de Soft Power, como veremos no decorrer da pesquisa.

2.2 A INTERNACIONALIZAÇÃO DA CIÊNCIA

Tendo em vista as transformações domésticas e internacionais ligadas à saúde de maneira direta ou indireta, a nova visão de saúde passa a ser interpretada não somente como a mera ausência de patologia, mas como um conjunto de fatores sociais relacionados ao bem estar físico, mental e social (BRASIL, 2018).

O Ayurveda foi exportado da Índia em três diferentes ramificações. Primeiramente, houve o foco em exportação da farmacopeia ayurvédica, por meio da disseminação do uso botânico e farmacêutico dos preparados ayurvédicos no século XVI, movimento realizado inicialmente pela própria indústria farmacêutica indiana, mercado este que possui grande potencial de crescimento global¹⁴. Esse movimento ocorreu durante o momento de busca por bases científicas do Ayurveda, em que grupos de interesse também utilizaram de bases científicas, sem conotação religiosa ou espiritual, para promover a difusão do Ayurveda e aumentar seus lucros (WUJASTYK e SMITH, 2008). A segunda forma de difusão ocorreu pela ênfase de um Ayurveda que incorporava aspectos filosóficos e espirituais como base de sua prática. Essa visão -ainda existente- popularizada do Ayurveda foi apelidada de Ayurveda New Age (ZYSK, 2001). O movimento New Age estava ligado à influências hippies e a busca pela espiritualidade como meio de transcender os problemas da realidade, e encontrou no Ayurveda, na cultura indiana e de outros povos nativos argumentos que pudessem validar suas ideias, ainda que não estivessem totalmente alinhadas com as bases filosóficas hindus. Já o terceiro ramo, o qual teve seu auge no início do século XIX, foi fruto do contexto da disciplina de Estudos Indólogos¹⁵, por meio de intelectuais, contudo, os trabalhos continham valor puramente intelectual e não chegaram a ser direcionados ao uso prático do Ayurveda (WUJASTYK e SMITH, 2008).

Os primeiros países a receberem o conhecimento do Ayurveda estavam localizados na Europa e na América do Norte, no período do final dos anos 70 e início dos anos 80 por

¹⁴ “O mercado global do Ayurveda também está crescendo. O tamanho do mercado Ayurvédico global tem a expectativa de crescimento de \$3.4 bilhões em 2015 para \$9,7 bilhões em 2022” (SHREERUPA, 2016).

¹⁵ Indologia é o estudo acadêmico das línguas, textos, história e culturas da Ásia meridional, tido como um sub-ramo dos estudos asiáticos.

praticantes não indianos (ZYSK, 2001). Não existia, fora da Índia, uma base para a prática e difusão do conhecimento do Ayurveda, e este foi o primeiro desafio encontrado para a expansão do mesmo, uma vez que dentro do próprio Estado indiano ocorriam tentativas de desenvolver o Ayurveda internamente e institucionalizar tanto o ensino quanto sua prática. Esse sistema de medicina tradicional indiana acabou assumindo aspectos do novo ambiente cultural, criando novas formas de ensino não formais e descentralizando as técnicas da prática - ao contrário do que ocorria em seu país de origem- com foco no uso alternativo de medicamentos (SAKS, 2008).

Os únicos países que atualmente reconhecem e regulamentam o Ayurveda como um sistema de saúde nacionalmente aceito, fora da Índia, são o Sri Lanka, Bangladesh, Nepal, Butão e, no continente europeu, a Suíça. Nos outros países, não existem estruturas formais ou legais para a prática ou ensino do Ayurveda, levando à implicações jurídicas ou de legitimação na sociedade. Outro problema é a falta de padronização na aprendizagem e na aplicação dessa medicina tradicional, o que dificulta sua entrada no contexto médico. Um dos métodos de transmissão do Ayurveda no Ocidente têm sido -como mostra o filme “O Médico Indiano”, que conta a história de Vasant Lad no Ocidente- a pupilage, o mesmo outrora proibido na Índia, fazendo com que o foco do aprendizado esteja mais no professor do que no conhecimento ayurvédico em si (WUJASTYK e SMITH, 2008). A título de exemplificação, dois importantes personagens e difusores do Ayurveda no Ocidente são Vasant Lad, Robert Svoboda (o primeiro ocidental a concluir o curso de B.A.M.S na Índia), Deepak Chopra e Maharishi Ayurveda (ALVES, 2019).

Esse sistema de ensino das instituições estrangeiras possui grandes divergências com o sistema de ensino institucionalizado pelo B.A.M.S na Índia , e essa separação apresenta-se como barreiras para a prática de qualidade e uniformização do aprendizado do Ayurveda, além da existência de uma mixagem entre medicina tradicional e outros elementos da cultura indiana, como a astrologia, correntes filosóficas e o próprio Yoga.

Fora da Índia, a corrente que mais se difundiu no Ocidente estava ligada ao movimento New Age, tendo em vista o crescimento da difusão de ideais neo espiritualistas, do Yoga e da peregrinação comercial pela Índia exótica (PATTANAIK, 2020). Esse movimento New Age -ligado principalmente à classe média- foi o fator relevante para a reimportação do Ayurveda para a Índia como “spa” ou turismo de “bem estar”, criando um paradoxo dentro do próprio movimento New Age - cujo foco estava na espiritualidade e a transcendência do materialismo - ao cabo em que criava uma nova forma de comercialização do Ayurveda, contrária ao que se estabelecia dentro da Índia. O Ayurveda passou a ter correlação com temas como beleza e

alimentação saudável, sendo praticado em spas e grandes complexos luxuosos, e seu consumo nesse formato foi adotado em parte pela classe média urbana indiana, aspirante das tendências ocidentais dentro do país (WUJASTYK e SMITH, 2008). Houve um aumento na oferta de uma série de tratamentos cosméticos e massagens, além da difusão da literatura de auto ajuda ligada ao Ayurveda.

Viagens para fora da Índia de indianos formados academicamente foram crescendo gradualmente, com vistas a um público que possuía certa desconfiança do sistema moderno de medicina e buscava um método alternativo de tratamento, com uso de fitoterápicos de baixos efeitos colaterais e a atenção individualizada dos médicos (ALVES, 2019; WUJASTYK e SMITH, 2008). Essa categorização do Ayurveda como spa não representa o real conhecimento ayurvédico baseado na literatura clássica, e será criticado nos grandes complexos de ensino do Ayurveda que buscam regulamentar sua prática séria dentro de um sistema de medicina em legitimação (PATWARDHAN, 2019; NARAYANA E DURG, 2020; ZYSK, 2001).

O mercado global da farmácia do Ayurveda também está crescendo. O tamanho do mercado Ayurvédico global tem a expectativa de crescimento de \$3.4 bilhões em 2015 para \$9,7 bilhões em 2022 (INDIATIMES, 2018). O crescimento do Ayurveda no mundo globalizado fez aumentar os interesses de determinados grupos ligados ao sistema tradicional de cura, que irão pressionar o governo indiano por meio de reivindicações e organização publicitária, tornando o tema em uma das pautas do nacionalismo no subcontinente. Um dos benefícios dessas reivindicações foi a socialização do sistema tradicional de medicina dentro da própria Índia, e a criação de um ministério que será responsável por difundir a prática e o ensino do Ayurveda dentro e fora do país, aumentando o acesso das massas ao Ayurveda -uma vez que seus preços baixos o tornavam muito mais acessível do que os custos com tratamentos convencionais da medicina moderna (ALVES, 2019).

O Ayurveda incorporado à agenda de política externa demonstra sua ligação não somente com os interesses das classes dominantes, mas à ideologia hindu e o crescente nacionalismo, que irá buscar cada vez mais unificá-lo dentro do diverso mundo indiano para superação das diferenças linguísticas e religiosas, construindo uma unidade uniforme da ciência. Essas tendências irão enfatizar a secularização do conhecimento e sua adaptação à biomedicina no país.

2.3 A ACEITAÇÃO DA MEDICINA AYURVÉDICA PELA OMS

A imensa discrepância entre o desenvolvimento dos diferentes países e a baixa institucionalização para resposta aos desafios relacionados à área da saúde, além da grande incidência de doenças ligadas às condições climáticas e ambientais, fez surgir no mundo globalizado a preocupação dos atores em relação à proliferação de doenças e o temor de uma pandemia (BRASIL, 2018, p.23). Esse contexto forçou os Estados a buscarem alternativas e a convergência interesses, em especial nos temas de alocação de recursos para que sejam incorporadas políticas sociais articuladas no ramo da saúde e de estruturas básicas, um grande desafio enfrentado principalmente pelos países em desenvolvimento. Desse modo, tanto o setor privado, agindo por meio de fundações, e a sociedade civil organizada, por meio de organizações não governamentais (ONGs) passaram a contribuir com fundos internacionais e mecanismos multilaterais para a área da saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a medicina tradicional como “a soma total dos conhecimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, sejam explicáveis ou não, usadas também na manutenção da saúde como na prevenção, diagnóstico, melhora ou tratamento de doenças físicas e mentais”¹⁶ (WHO, 2013a). Em 2013, a OMS desenvolveu e programou a “Estratégia de Medicina Tradicional da OMS 2014-2023” e enfatizou a integração da medicina tradicional e complementar para promover a saúde universal e garantir a qualidade, segurança e eficácia desses sistemas. A iniciativa demonstra que o mundo está procurando por custos eficazes - facilmente disponíveis nos sistemas tradicionais de medicina para o fornecimento de cuidados básicos de saúde a todos-, acessibilidade e novas técnicas de tratamento além das convencionais (WHO, 2013a).

Em 2016, o Ministério do AYUSH (Ayurveda, Yoga e Naturopatia, Unani, Siddha e Homeopatia) estabeleceu um acordo para realizar atividades colaborativas no tema de Medicina Tradicional junto à Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra. Decisão há muito visada pelo governo indiano, o acordo ajudará a legitimar e garantir uma melhor aceitação internacional dos sistemas do AYUSH (PATWARDHAN, 2016).

“It is a landmark agreement because it adds global acceptability to AYUSH systems. The major drawback right now is a common protocol. This is the

¹⁶ A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi estabelecida na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde de 1978, comumente conhecida como “Declaração de Alma-Ata”, e expressa a necessidade de atingir o objetivo de “Saúde para Todos” passo a passo, combatendo a pobreza, o analfabetismo e as deficiências de saneamento. Em 1998, a OMS incorpora uma nova política global de saúde, denominada “Saúde para Todos no Século 21” e estabelece a meta de alcançar segurança na saúde, igualdade na saúde, maior expectativa de vida saudável e garantir acesso a cuidados de saúde essenciais de qualidade para todos (WHO, 1978).

beginning of many more such collaborations of WHO,” - Ajit Sharan, AYUSH secretary (SHREERUPA,2016).

A colaboração formal com a OMS atribuirá ao Governo da Índia a responsabilidade de se engajar na capacitação, defesa e disseminação de informações, juntamente com a pesquisa científica facilitada, educação, desenvolvimento de habilidades e prática profissional, tanto na Índia quanto entre os Estados-Membros da OMS. Por meio deste acordo importante, será possível criar sinergias com o “Traditional Medicine Strategy 2014-2023” via fortalecimento da visibilidade global dos sistemas AYUSH. Este acordo é o segundo grande marco global atingido no mandato do Primeiro Ministro Modi, depois que as Nações Unidas aprovaram 21 de junho como o Dia Internacional do Yoga no ano passado¹⁷. A agência da ONU também estabeleceu uma Cooperação Regulatória Internacional para Medicamentos Fitoterápicos (IRCH) - uma rede global de autoridades responsáveis pela regulamentação global de medicamentos fitoterápicos. (SHREERUPA, 2016)

Como sabemos, a OMS é a autoridade diretora e coordenadora em saúde internacional dentro do sistema das Nações Unidas, compreendendo 194 países. Ela fornece liderança em saúde global com foco na construção de capacidades, moldando agendas de pesquisa em saúde, estabelecendo normas e padrões, articulando opções de políticas baseadas em evidências, fornecendo apoio técnico aos países e monitorando e avaliando tendências de saúde. A OMS reconhece os institutos de pesquisa, universidades ou academias como centros colaboradores para a realização de atividades de apoio em linha com sua missão (WHO, 2013b).

Um importante fato ocorrido no dia 13 de novembro desse ano (em ocasião do International Ayurveda Day) foi a inauguração, pelo Primeiro Ministro indiano Narendra Modi, de um instituto de ensino e pesquisa Ayurveda em Gujarat, que oferecerá uma variedade de cursos e formará colaborações interdisciplinares com o objetivo de impulsionar contemporaneamente o antigo sistema de medicina Ayurveda. O recém-formado Instituto de Ensino e Pesquisa em Ayurveda (ITRA) recebeu o status de "instituição de importância nacional". Durante o evento, o Diretor General da OMS, Dr. Tedros Adhanom anunciou¹⁸ que

¹⁷ “The Indian Ministry of Ayurveda, Yoga, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH) has committed to provide technical and financial support to WHO, to develop “benchmark documents” for Ayurveda, Panchakarma, Unani, and Yoga. India will provide US \$0.97 million (Rs 6.45 crore) against staggered outcomes to the UN health agency for the agreement that runs up till December 2020.” (SHREERUPA,, 2016).

¹⁸ “Your excellency Prime Minister Narendra Modi, your excellences, dear colleagues and friends. Namaste! Traditional systems of medicines such as Ayurveda can play an important role in integrated people-centred health services and self-care. But, they have not received enough attention. In WHO report last year, 170 countries reported the use of traditional and complementary medicine, including Ayurveda. Earlier this week I had the great honour of speaking with his Excellency PM Modi. I welcomed the PM strong commitment to universal health coverage through the AYUSH Mahabharat initiative and the use of evidence based traditional and complementary medicine supported by the ministry of AYUSH. I am pleased to announce that we have agreed to open a WHO

a OMS concordou em abrir um Centro Global em Medicina Tradicional na Índia para fortalecer as comprovações, pesquisas, treinamento, conhecimento das medicinas tradicionais e complementares. Ao lembrar-se do WHO Global Center on Traditional Medicine que será estabelecido na Índia, Modi disse:

"I have confidence the way India has come up as pharmacy of the world in the same way, this centre of traditional medicine will emerge as a centre of global wellness. This centre will take into great heights the development of medicines and research related to it." (INDIATIMES, 2020)

Os Centros de Colaboração da OMS desempenham um papel importante na geração de conhecimento e divulgação de informações em todo o mundo. O reconhecimento dos sistemas AYUSH dentro do Organismo Internacional é extremamente importante para a visibilidade do Ayurveda dentro e fora da Índia, criando uma maior confiança e aceitação para a legitimação desse sistema não somente nos países participantes da organização -a exemplo da legalização do Ayurveda dentro da Suíça- mas também pela sociedade civil indiana, que pôde presenciar seus sistemas de medicina tradicionais serem elevados à nível global e reconhecidos por um grande ator transnacional. O teórico de Relações Internacionais Simon Frederick Peter Halliday traz nas redes de conexão internacionais a ideia de que as relações entre os Estados englobam as interações entre Estado e sociedade. Para além dos Estados, o autor também considera atores não estatais e forças transnacionais em sua teoria, afirmando que as experiências vividas que ocorrem dentro dos países também representam processos internacionais mais amplos de alterações na política e economia, influenciando as relações entre o nacional e o internacional (HALLIDAY, 1999, p.18).

O modelo suíço que levou ao reconhecimento e legalização do Ayurveda dentro de suas fronteiras é um desenvolvimento exemplar em um país onde a sede da OMS está situada. A Suíça é o primeiro país fora do continente asiático a adotar tal medida, e esforços semelhantes estão em ocorrendo na Itália, Alemanha e Rússia, entre alguns outros países (WHO, 2013a). Uma deficiência identificada na abordagem dos sistemas de medicina incorporados diz respeito à ausência de coordenação de iniciativas, do enfoque conjuntural pouco voltado à construção de capacidades ou à estruturação institucional nesses países, com

global centre on traditional medicine in India to strengthen the evidence, research, training, awareness of traditional and complementary medicine. This new centre will support of WHO efforts to implement the WHO traditional medicine strategy of 2014 to 2023, which aims to support countries in developing policies and action plans to strengthen the role of traditional medicine as part of their journey to universal health coverage and healthier, safer, fairer world. Finally, I wish you a very happy Diwali. Thank you." (INDIATIMES, 2020)

prejuízo para o fortalecimento das autoridades nacionais de saúde (BRASIL, 2018). Por isso a necessidade de institucionalização do Ayurveda por meio de legislações regulatórias. Por outro lado, o Ministério do AYUSH e a Índia (como supridores de grande parte dos recursos e profissionais capacitados) terão como desafio a busca pelo aumento da massa crítica de especialistas competentes na prática do Ayurveda, assim como na capacitação e promoção de profissionais, junto à iniciativas como colaboração entre universidades e oferecimento de bolsas.

O Departamento do AYUSH foi elevado a um ministério dedicado à medicina tradicional em novembro de 2014, durante o governo do primeiro ministro Narendra Modi. O governo inicialmente assinou MoUs¹⁹ sobre medicina tradicional com nove países - Nepal, Bangladesh, Hungria, Trinidad e Tobago, Malásia, China, Maurício, Mongólia e Turcomenistão - além de possuir trocas sobre Ayurveda nos quatro países da Tailândia, Indonésia, Eslovênia e Rússia. Modi vinha enfatizando a necessidade de estabelecer uma presença forte do AYUSH no sistema da OMS para promover internacionalmente os interesses da Índia neste setor, como uma prerrogativa do Soft Power nacionalista do Estado indiano, como veremos a seguir.

¹⁹ Memorandum of Understanding.

3.CONTEXTO NO PERÍODO (2014-2020)

3.1 A ASCENSÃO DE MODI E O NACIONALISMO HINDU

O ano de 2014 foi um marco do nacionalismo hindu e da prospecção do Ayurveda na Índia e no mundo. Essas eleições gerais foram um divisor de águas na política indiana (KAUL, 2017). Nesse ano, o ministro-chefe do estado do Gujarat, Narendra Modi, dentro do Partido Bharatiya Janata (BJP), obteve a vitória esmagadora sobre o Partido do Congresso liderado por Sonia Gandhi em 6 semanas (7 de abril, 2014 a 12 de maio de 2014) nas eleições gerais da Índia. Em 2019, Modi novamente obteve vitória e garantiu mais cinco anos de poder dentro do governo indiano, com foco em sua imagem de governante²⁰. Modi, como representante do nacionalismo hindu, possui, conforme os ideais de Weber (2004) grande carisma pela identificação de seu público com seus ideais, além de sua imagem ser construída por meio dos discursos e da propaganda a favor de uma Índia tradicional e nacionalista que traz para si grande apreço da população indiana²¹ -ainda que com traços extremistas.

O nacionalismo acentuado de Modi foi um elemento-chave da campanha e parece ter prevalecido sobre problemas econômicos mais urgentes que afetam os eleitores. Alguns analistas acreditam que, sob o comando de Modi, a Índia pode estar avançando mais lentamente para se tornar uma democracia étnica, o que requer a "mobilização da maioria para preservar a nação étnica (BISWAS, 2019).

O Partido Bharatiya Janata (BJP) é uma coligação de extrema-direita e de orientação hindutva. Esteve inicialmente associado ao partido RSS (Rashtriya Swayamsevak Sangh), um grupo paramilitar ultranacionalista²². As forças do Hindutva estiveram presentes na Índia desde

²⁰ “Um terço dos eleitores do BJP, partido do primeiro-ministro, disse que apoiaria Modi mesmo que ele se candidatasse por outro partido” (BISWAS, 2019).

²¹ "Não há dúvida de que Modi é o político indiano mais popular desde Indira Gandhi. É inigualável no cenário nacional, no momento atual" - Vaishnav (BISWAS 2019).

²² O RSS foi fundado na cidade de Nagpur, em 1925, por Keshav Baliram Hedgewar com a missão de criar um Estado hindu. Desde o momento de sua fundação, propagou uma forma militante de Nacionalismo hindu que é promovida como a única base para a identidade nacional na Índia. De acordo com o RSS, os líderes do movimento nacionalista da Índia não conseguiram criar uma nação baseada na cultura hindu após a independência. O ocidentalismo é percebido como inimigo da cultura hindu. Religiões como o Islã e o cristianismo são descritos como estranhos à Índia, visto que são tidos como as religiões de estrangeiros invasores. O RSS deseja que "toda a gama da vida social" seja projetada "na cama de rocha do nacionalismo hindu", inspirando a criação de alas

antes da independência (em 1947) com o RSS (fundado em 1925) e gradualmente se expandiram para criar as várias organizações que compõem o Sangh Parivar (a família das organizações da ala de direita hindu), mas seu peso eleitoral não era tão expressivo quanto passará a ser na década de 1990. Nesse período, o Congresso Nacional Indiano, o grande partido de poder, estava desaparecendo por escândalos e denúncias de corrupção. Em 1991, a crise fiscal indiana levou à uma abertura forçada e gradual liberalização da economia do país, imposta pelo FMI (PANAGARIYA, 2004) e liderada pelo Congresso, com oposição do BJP. Na época, o BJP era considerado como um partido ligado aos comerciantes de classe média que possuía uma agenda sectária para promover os interesses da população hindu de casta superior. O BJP estava ligado, no início dos anos 90, aos “Rath Yatras” (manifestações religiosas hindus em todo o país), à destruição de mesquitas para a criação de templos hindus e à intolerância religiosa contra muçulmanos. Esses eventos despertaram um corpo político hindu que se enquadrou no pensamento de uma “nação hindu desperta”. Nas décadas que se seguiram, a importância de reivindicar uma identidade hindu cultural e política majoritária tornou-se cada vez mais relevante, apesar de o país ser oficialmente declarado como secular (KAUL, 2017).

No início do milênio, o BJP já era visto como um partido nacionalista de direita hindu, mas foi em pouco mais de uma década depois, em 2014, que ele passou a ser projetado como o partido “salvador nacional” através da imagem de Narendra Modi, a nova face do Nacionalismo hindu. A trajetória de carreira de Modi no estado do Gujarat mostrou que ele era “destemido”, tecnocrático e pró-grandes negócios. O RSS apoiou Modi fortemente - ele era o Homem Hindutva. A vitória de Modi em 2014 e, depois, em 2019, foi sobre “ser Hindutva e fazer o Desenvolvimento”. A história por trás da ascensão de Modi ao poder e do atual nacionalismo de direita na Índia é importante porque mostra como sua chegada ao poder exigiu uma junção de preocupações da constituição nacionalista e neoliberal de seus eleitores, em especial os Sangh Parivar (KAUL, 2017). “O secularismo é um artigo de fé para nós”, disse Modi, durante sua campanha de 2014. Até então, como membro do RSS, ele já estava comprometido com o conceito de nação hindu há 43 anos. (SUBRAMANIAM, 2020)

O primeiro ministro Narendra Modi vem realizando, ao longo de seu mandato, importantes ações para a difusão dos sistemas AYUSH²³, não só através da criação de Universidades AYUSH, mas também pela cooperação com outros países para a regulamentação da prática e reconhecimento de seus sistemas (AYUSH, 2012). Ele foi o

políticas, sociais e educacionais e uma família de organizações -que agora é referida coletivamente como o Sangh Parivar (RRT, 2009).

²³ Abreviação para Ayurveda, Yoga e Naturopatia, Unani, Siddha e Homeopatia.

responsável por postular o International Yoga Day, enfatizando a importância do Yoga, e em 11 de dezembro de 2014, a Assembleia Geral da ONU adotou a data em seu calendário comemorativo. Modi também foi responsável por estabelecer o International Ayurveda Day em 2017, comemorado anualmente no Dhanwantari²⁴ Jayanti (calculado com base no calendário hindu).

3.2 MINISTÉRIO DO AYUSH (AYURVEDA, YOGA E NATUROPATIA, UNANI, SIDDHA E HOMEOPATIA)

Em 9 de novembro de 2014, é instituído o Ministério do AYUSH²⁵, criado para garantir o desenvolvimento ideal e a difusão dos sistemas de saúde AYUSH. O ministério-chave dentro do governo indiano com maior influência no setor de saúde é o Ministry of Health & Family Welfare (ou Health Ministry). O Health Ministry é um órgão de nível ministerial que supervisiona as políticas de saúde e planejamento familiar da Índia, liderado inicialmente por Jagat Prakash Nadda, nomeado pelo Primeiro-Ministro Modi em 9 de novembro de 2014, após uma remodelação de vários ministros. O Health Ministry é composto por quatro departamentos principais: Health & Family Welfare; Ayurveda, Yoga and Naturopathy, Unani, Siddha²⁶ and Homeopathy (AYUSH); Health Research; e HIV/AIDS Control. A National Rural Health Mission (NRHM) é parte do Ministry of Health & Family Welfare - lançada em 2005 e prorrogada pelos governos seguintes até março de 2020 - e busca levar saúde às áreas não urbanas da Índia. O NRHM enfatizou, nos últimos anos, o conceito de mainstreaming do AYUSH e a revitalização da tradição de saúde local em várias instalações de saúde rurais, como centros de saúde comunitários e centros de saúde primários. Assim, em diversos locais, o uso de medicina tradicional foi incluído no NRHM para suprir a falta de médicos (JANSEN et al, 2020).

Anteriormente, o Ministério do AYUSH era conhecido como Departamento Indiano de Medicina e Homeopatia, tendo sido criado em março de 1995 e renomeado como AYUSH em novembro de 2003, com atenção especial para o desenvolvimento de educação e pesquisa

²⁴ Dhanwantari é considerado o deus da medicina dentro do panteão hindu, e um dos avatares (manifestações) de Vishnu, dentro da grande trindade religiosa.

²⁵ Sigla para Ayurveda, Yoga e Naturopatia, Unani, Siddha e Homeopatia.

²⁶ Siddha e Unani: sistema de medicina tradicional do sul da Índia e sistema de medicina perso-árabe, respectivamente (INDIA, 1970).

em Ayurveda, Yoga e Naturopatia, Unani, Siddha e Homeopatia (AYUSH, 2020)²⁷. O Ministério do AYUSH foi criado para:

Atualizar os padrões educacionais das faculdades de Sistemas Indianos de Medicina no país, fortalecer as instituições de pesquisa existentes e assegurar um programa de pesquisa com prazo determinado sobre as doenças identificados para as quais esses sistemas tenham um tratamento eficaz (AYUSH, 2020).

O recém-criado Ministério do AYUSH possui em sua agenda a promoção, propagação e globalização dos sistemas AYUSH reconhecidos nacionalmente. Todavia, isso exige uma abordagem aberta, inclusiva e transdisciplinar do modelo tradicional de Ayurveda, que passou a ser remodelado e sistematizado com base na biomedicina, de modo possibilitar a entrada do Ayurveda dentro de países estrangeiros (PATWARDHAN, 2016). Neste contexto, algumas etapas importantes precisaram ser reconhecidas. Esforços foram iniciados para melhorar a pesquisa científica de alta qualidade e a base de evidências para a segurança e eficácia do Ayurveda. No momento, a presença dos sistemas AYUSH em bancos de dados científicos de renome como, por exemplo, o PubMed e o Scopus ainda é muito limitada. São necessários esforços científicos e secularizantes para melhorar a credibilidade científica e a visibilidade dos sistemas de medicina tradicional indiana a nível global. Essa importância da abordagem integrativa foi endossada pelo primeiro-ministro indiano Narendra Modi. Desse modo, o AYUSH busca explorar seu potencial para tornar a Índia o líder mundial em cuidados de saúde acessíveis e baratos.

3.3 A PROJEÇÃO DO AYURVEDA FORA DA ÍNDIA: UM MODELO DE SOFT POWER?

O Ayurveda é um dos sistemas de medicina tradicional mais proeminentes e crescentes dentro e fora da Índia. Poderíamos considerar então, tendo em vista o nacionalismo hindu de Narendra Modi, que a projeção do Ayurveda para fora da Índia teria como escopo uma agenda de política externa baseada no Soft Power?

²⁷ Em 1959, o governo da Índia reconheceu o tradicional sistema indiano de medicina (em inglês, ISM). O Conselho Central de Medicina Indiana (CCIM) foi constituído no ano de 1970 e envolveu a formulação e implementação de diferentes regulamentos, incluindo os currículos e syllabus em ISM (isto é, Ayurveda, Siddha e Unani). O Departamento de Medicina Indiana e Homeopatia (ISM & H) foi formado com o objetivo de desenvolver o ISM. Em 2003, este Departamento foi renomeado como Departamento de Ayurveda, Yoga e Naturopatia, Unani, Siddha e Homeopatia (AYUSH), e em 2014 foi formado um Ministério separado sobre AYUSH. O Departamento de AYUSH concentra-se na governança geral, educação, regulamentação, desenvolvimento e crescimento do ISM na Índia e no exterior (PATWARDHAN, 2019, p. 7).

Antes de iniciarmos, é necessário entender o conceito de política externa, suas características e atores envolvidos.

Para Arenal (1994), a política externa é o estudo da forma pela qual um Estado planeja suas ações nas relações com outros Estados a nível global. Desse modo, política externa é a soma da formulação, implementação e avaliação de opções exteriores a partir da perspectiva nacional de um Estado. Os países avaliam suas realidades internas e externas para poder criar um plano equilibrado entre suas necessidades internas e possibilidades externas. Para Russel (1990), a política externa possui três dimensões diferentes: político-diplomática, militar-estratégica e econômica, unindo os interesses de diversos atores e instituições governamentais e não governamentais, seja no plano de cooperação bilateral ou multilateral. Desse modo, o Estado representa os interesses dos diversos atores (sociedade civil, instituições estatais ou não governamentais), intermediando-os com o mundo.

Uma autoridade formal é um tipo de poder legitimado que é respeitado e conhecido por aqueles com quem se interage. Como tratado por Weber (2004), a legitimidade é uma forma de aprovação social essencial para criar e estabilizar relações de poder, seja por meio de instituições que dão respaldo à esse poder, seja por sua influência, o que pode ser visto não somente nas ações relacionadas ao Ayurveda e o nacionalismo de Modi dentro da Índia, mas também à influência global caracterizada pela imagem refletida na Organização das Nações Unidas e sua aceitação da medicina Ayurveda (GUERALDI, 2006). E esse conceito está diretamente ligado ao conceito teórico de Soft Power.

A Interdependência Complexa, proposta por Joseph Nye (2004) traz importantes características que são responsáveis por reger as relações entre os Estados no mundo globalizado. Por esse modelo, Nye nos mostra que a questão militar e sanções econômicas (Hard Power) não são o foco principal da Agenda Internacional (como determinavam os realistas). Assim, temas relacionados ao Soft Power, como a saúde, o bem estar e a cultura tornam-se presentes. Aquele Estado que se adequar melhor aos conceitos aceitos como normas globais terá um bom exercício de Soft Power. Desse modo, mesmo que o Brasil tenha assinado acordos de cooperação militar com a Índia, outros temas também entram na agenda de política externa. Além disso, o Soft Power não está ligado somente ao Estado, uma vez que atores não estatais também estão ligados a esse poder (NYE, 2004, p.73). Dessa forma, não somente o governo indiano, mas também os atores internacionais subjacentes estão ligados à estratégias de Soft Power (como as empresas privadas). De acordo com Nye, o Hard Power - poder militar e econômico - e o Soft Power - poder ideológico-social-cultural - devem ser complementares para um Estado buscar poder ou hegemonia (NYE, 2002). Além disso, apesar de o Hard Power

possuir resultados mais rápidos do que o Soft Power, este último terá efeitos a longo prazo. Todavia, seus resultados irão depender da aceitação social de um público, o que coincide com a definição de legitimidade.

Um líder que prioriza seus atrativos políticos e culturais será admirado por outros Estados que buscarão seguir o modelo. A informação seria, assim, fundamental para que se acredite em tal legitimidade e credibilidade. Uma forma que o governo teria para passar esses pontos são as relações diplomáticas entre Estados (NYE, 2004, p.31)

Nye (2004) afirma que a cultura, os valores e a formação da agenda das políticas doméstica e externa são fontes primordiais de Soft Power, que é a habilidade de influenciar outros pela coerção. Para ele, existem três fontes básicas de Soft Power: 1) por meio da cultura; 2) pela difusão de valores políticos (tanto internos, quanto externos) e; 3) pela política externa, vista como legítima e com autoridade moral (NYE, 2004, p.11). Em sua análise, Nye argumenta que as tecnologias de comunicação teriam fomentado e expandido o nacionalismo e sua projeção internacional. Por isso, o Soft Power ganha grande importância na Era da informação global.

Em sua análise voltada para os países em questão, Nye afirma que o Brasil, junto com China e Índia são países emergentes com grande capacidade de disseminação de seu Soft Power no mundo globalizado, devido ao avanço das tecnologias de comunicação (NYE, 2004, p.30). A China e a Índia são vistas como gigantes da Ásia que irão expandir seu poder de Soft Power, explorando sua inserção internacional e aumentando seus recursos pela aplicação adequada de sua política externa. Em relação à Índia, Nye argumenta que o país irá se tornar uma potência econômica em um futuro próximo e seu Soft Power crescerá de maneira proporcional. Contudo, o país possui uma reputação de corrupção, e, apesar de ser visto como uma nação democrática, ainda sofre de seu governo extremamente burocratizado, com conflitos militares, violação de direitos humanos e políticas internas nacionalistas. O recente revivalismo do extremismo hindu e a morte de muçulmanos no Gujarat²⁸ também acabou por manchar sua reputação como um país democrático (GUERALDI, 2006, p.89).

Existem três fatores ligados à habilidade de desenvolvimento do Soft Power de um país. São eles: 1) a criação de múltiplos canais de comunicação (políticos, institucionais, organizacionais, educacionais, etc); 2) os ideais e valores culturais em conformidade com as

²⁸ Os "riots" de Gujarat ocorreram em 2002 e marcaram um período de violência contra os muçulmanos que ocorreu em diversas partes do estado. Aproximadamente 790 muçulmanos foram mortos no incidente. No período, Narendra Modi era o ministro chefe do Gujarat (PATWARDHAN, 2019).

normas globais (como as estabelecidas pelas Nações Unidas, por exemplo) e, por fim, 3) a credibilidade de políticas domésticas e externas (quando são vistos como legítimos e que possuem autoridade moral). Na prática, a política deve estar focada em um público específico, e essa atração deverá influenciar nos resultados finais, uma vez que os países perseguem seus interesses nacionais por meio da política externa (NYE, 2004). Como Soft Power é a habilidade de mobilizar a cooperação de outros países sem ameaças militares ou sanções econômicas, seu resultado satisfatório dependerá de como o país irá aceitar seus objetivos.

A política externa é o fator mais concreto de Soft Power para Nye, e engloba fatores como formação de tópicos de agenda de política externa, diplomacia e cooperação, coalizões, fóruns multilaterais e acordos internacionais, além de avanços na área científica e tecnológica (Nye, 2004). Alguns exemplos da ação do Soft Power do governo indiano (em especial de Narendra Modi) para a difusão do Ayurveda estão ligados à situações apresentadas até o presente momento, como a criação do Ministério do AYUSH, a determinação do Dia Internacional do Ayurveda, a aceitação do Ayurveda dentro da OMS, a concessão de bolsas para realizar estudos em Universidades de Ayurveda²⁹, a busca por legitimidade dessa medicina tradicional através de sua aceitação internacional e científica, além dos diversos MoU's do governo indiano e de universidades ou hospitais públicos e privados com o governo brasileiro e outros atores e organismos nacionais.

Os valores políticos e domésticos de uma nação são uma das bases mais importantes do Soft Power, materializadas nas instituições do país, sua seriedade e suas ações no engajamento interno. Por isso, para o sucesso do Soft Power, é necessário existir uma agenda que seja capaz de atrair políticas de outros países por afinidade, aproximação ou confiança (realizadas por meio de credibilidade e legitimidade), e não simplesmente forçá-los a aceitar seus interesses através de força bélica ou pressão econômica (GUERALDI, 2006). Para as Relações Internacionais, os recursos que garantem o Soft Power estão ligados aos valores que as organizações ou Estados expressam em sua cultura, nas práticas internas e políticas nacionais, que moldarão sua relação com outros Estados.

Quando a cultura de um país inclui valores universais e suas políticas promovem valores e interesses que outros compartilham, ele aumenta a probabilidade de obter o que é desejado pela sua relação de atração e de dever que cria. (GUERALDI, 2006, p.11)

²⁹ Veja mais em: <https://www.cgisaopaulo.gov.in/ayurveda.php>

4. LEGITIMAÇÃO NO BRASIL - BREVE HISTÓRICO

4.1 A CONSTRUÇÃO DO AYURVEDA NO BRASIL: ESTRUTURAÇÃO E GRUPOS DE INTERESSE

O Ayurveda chega no Brasil durante a disseminação dos ideais da “New Age³⁰”, o movimento de contracultura que, por volta dos anos cinquenta, iniciou nos Estados Unidos e buscava alternativas ao status quo nos mais variados campos, como política, estética, costumes e religião, misturando influências do espiritualismo e da teosofia de fins do século XIX (MAGNANI, 1999). O New Age adotou como influências espiritualistas hindus as ideias propagada por Vivekananda e Mahatma Gandhi, com suas mensagens de ahimsa (não violência), o vegetarianismo e a espiritualidade, acabando por criar uma fusão entre esses pensamentos e a prática do Ayurveda (ZYSK, 2001). O Brasil recebia estímulos do movimento New Age por meios culturais estadunidenses, como o cinema, a música e as artes. Com a transformação do movimento em bens de consumo e serviços alternativos e esotéricos e com os anos de abertura do Brasil durante o governo do presidente Sarney, a denominação de “New Age” irá perder espaço para a pura comercialização de seus produtos e serviços (ALVES, 2019).

Sabrina Alves, em sua tese de doutorado denominada “O corpo como arena político-religiosa do Āyurveda no século XXI” (2019) traz uma análise da história do Ayurveda no Brasil. Segundo ela, o movimento de chegada dessa medicina tradicional deu-se em três fases, que ocorrem dos anos 70 até a atualidade.

Durante a primeira fase do Ayurveda, cria-se uma correlação dessa ciência com outra prática indiana muito difundida durante o movimento New Age: o Yoga (ALVES, 2019). Nos anos iniciais, que ocorreram durante a ditadura militar brasileira, Yoga e Ayurveda estavam interligados, e eram vistos como complementos um do outro (MUTALIK, 2019). O primeiro Vaidya a realizar uma visita no Brasil foi Bhagwan Dash, famoso tradutor e comentarista do livro clássico Charaka Samhita, a despeito do IV Congresso internacional de Yoga em Bertioaga/SP, no ano de 1973, evento organizado por uma instituição privada. Bhagwan Dash

³⁰ Movimento da contracultura que a partir dos anos cinquenta, nos Estados Unidos, ensaiava alternativas ao status quo – nos campos da política, da estética, da religião, dos costumes. Indo um pouco para trás, pode-se também detectar nele a influência, entre outras, do espiritualismo e da teosofia de fins do século XIX e, se se quiser, quando se pensa numa gênese mais remota, é possível incluir, de períodos mais recuados, muitas outras correntes e grupos ocultistas tanto do Ocidente quanto do Oriente (ALBA, 2015)

realizou importantes contribuições na área da pesquisas do Ayurveda dentro da secretaria que logo viria a tornar-se o Ministério do AYUSH, em especial no modelo atual do Ayurveda ensinado nas universidades através do B.A.M.S. Concomitantemente, ocorria na Índia o estabelecimento do Central Council of Indian Medicine (CCIM), com base no Indian Medicine Central Council Act de 1970 (INDIA, 1970), cujo objetivo é regulamentar assuntos relacionados à prática e educação do Ayurveda até a atualidade.

Por outro lado, Danilo Carneiro (2009) defende que o Ayurveda teria chegado ao Brasil em 1985, durante o estabelecimento de um convênio, aceito pelos estados do Pernambuco, Rio e Goiás, entre o Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da Saúde com o Instituto de Ciência e Tecnologia Maharishi Mahesh Yogi³¹. O grupo Maharishi havia criado sua maneira peculiar de praticar o Ayurveda, com altos custos, relegando o acesso às elites sociais. O convênio floresceu somente no estado de Goiás, tendo em vista as diferenças de ideais surgidas nos outros estados. Foi criado, assim, o primeiro curso de fitoterapia ayurvédica para profissionais de saúde da rede pública, nos anos de 1986 e 1987. Buscando estabelecer-se no Brasil, o grupo Maharish Maheshi Yogui almejava construir uma Universidade de Naturopatia, cuja primeira alternativa de local era Brasília, durante o governo de Tancredo Neves. O grupo possuía ligação com o primo - que seria elevado ao status de reitor da universidade - do então presidente. O objetivo da Universidade era a criação de um lobby por meio da expansão do grupo, uma vez as empresas Maharish estavam expandindo a venda de seus medicamentos no mundo globalizado (ALVES, 2019). Contudo, após o falecimento de Tancredo, a ideia foi esquecida para dar lugar a uma nova iniciativa: a construção do Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia. Muitos dos participantes e médicos do grupo Maharishi que haviam criado residência no Brasil, em vista à criação da Universidade de Naturopatia inicialmente proposta, passaram a treinar profissionais de saúde. O governo do estado de Goiás apoiou a iniciativa e criou o centro ambulatorial em fitoterapia ayurvédica, que futuramente passou a ser chamado de Hospital Alternativo de Goiânia.³² (CARNEIRO, 2009).

O presidente da Fundação Maharishi para a América Latina, José Luíz Alvarez Roset, e o presidente do Instituto David Lynch no Brasil, Joan Roura, que hoje coordenam o III Congresso Internacional de Ayurveda [...], integrando a

³¹ Maharish Mahesh Yogi foi um guru indiano conhecido por desenvolver a técnica de “Meditação Transcendental” e por ter sido líder de sua organização mundial "Maharish", sendo, inclusive, conselheiro espiritual dos Beatles. Iniciou, em 1968, o treinamento em medicina tradicional de diversos profissionais, com base em sua filosofia Maharish

³² O Hospital Alternativo de Goiânia ainda realiza atividades, e teve seu nome alterado para Centro de Referência em Medicina Integrativa e Complementar (Cremic), em 2017.

Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) e com o apoio do então secretário de Serviços Médicos do Ministério da Previdência, deputado José Saraiva Felipe, conseguiram implementar o Ayurveda nos serviços públicos de saúde quando o SUS ainda estava nascendo. A iniciativa deixou em Goiás uma semente fértil, o Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia, criado após um intensivo treinamento de médicos, farmacêuticos e agrônomos nas práticas ayurvédicas. O hospital é hoje o Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar, o único no país a realizar atendimento fitoterápico e homeopático pelo SUS. (ALVES, 2019, p. 79)

A segunda fase do Ayurveda no Brasil, conforme tratado por Sabrina Alves (2019), esteve interligada às práticas New Age que se desenvolviam nas cidades e grandes centros do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, durante os anos 1990 até a primeira década dos anos 2000. Existia a junção de práticas do Ayurveda com outras técnicas holísticas e alternativas, como cromoterapia, aromaterapia, acupuntura, etc. Segundo a autora, grande porcentagem da prática de medicina ayurvédica no período estava ligada aos discípulos de Maharish e de Kusun Modak³³, indiana criadora da técnica de massagem que envolve alguns conceitos ayurvédicos com posições de yoga. Dois importantes discípulos de Maharishi trabalhavam no Instituto de Acupuntura no Rio de Janeiro - Bokulla Ramachandra e GVR Chowdhury. Chowdhury foi o responsável por fundar (junto à seus discípulos e outros interessados em Ayurveda) a ABRA (Associação Brasileira de Ayurveda)³⁴, em 1999, uma organização não governamental criada com o objetivo de difundir e regulamentar a prática do Ayurveda no Brasil, cujos participantes eram majoritariamente discípulos dos referidos indianos. O grupo Maharishi ia aos poucos diluindo-se, em parte pela criação de um sistema único de Ayurveda Maharishi (separando-os dos outros praticantes), em parte pelo alto custo de suas práticas (ALVES, 2019). Uma importante característica da prática e ensino do Ayurveda no período era a junção da medicina com várias vertentes espirituais, como Osho, reiki, etc, além da transição de carreira por parte de muitos profissionais, cuja maioria não estava ligada à área da saúde.

Esse período também é marcado pelo surgimento dos diversos cursos de formação oferecidos por empresas privadas ao público em geral, com aulas realizadas aos finais de semana (tendo em vista o contexto de transição de carreira de muitos dos estudantes, que mantinham seus antigos trabalhos até a finalização do curso). Devido à não regulamentação do Ayurveda no Brasil e à falta de legislação vigente, a profissão realizada pela prática do Ayurveda denomina o profissional como “Terapeuta”, com limites em sua atuação terapêutica.

³³ Criadora da técnica “Yoga Massagem Ayurvédica” - amplamente difundida no Brasil - que mistura conceitos do Ayurveda com técnicas do Yoga (MUTALIK, 2019).

³⁴ A ABRA é uma sociedade sem fins lucrativos que visa promover o Ayurveda em todo território nacional desde 1999 (ABRA, 2020).

No ano de 2012, a instituição privada denominada Instituto Naradeva Shala, lançou o Curso de Pós Graduação em Ayurveda, aproximando a visão da medicina tradicional indiana à filosofia (ALVES, 2019). Ainda segundo a autora, alguns eventos públicos ocorreram no período, como Congressos Gratuitos e Encontros de Ayurveda, além da visita de importantes figuras ligadas ao Ayurveda global, como Vasant Lad e Robert Svoboda.

Desse modo, vemos surgir duas vertentes que disputam o mercado do Ayurveda no Brasil: uma de cunho religioso e outra pela via da institucionalização, ligada ou não às instituições governamentais (sejam elas universidades indianas ou brasileiras e a pós graduação stricto sensu).

Em 2013, foram realizados o I Congresso Internacional de Ayurveda no Brasil e a III Jornada Científica do Hospital de Medicina no Hospital de Medicina Alternativa em Goiânia. A iniciativa teve como apoio os seguintes órgãos: Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), o governo de Goiás, a PNPIC (Política Nacional para Práticas Integrativas e Complementares), a Secretaria do Estado da Saúde, a Secretaria de Assuntos Estratégicos, junto ao Governo Federal e o Departamento do AYUSH, junto ao governo da Índia e o Consulado indiano no Brasil (ALBA, 2015, p.51). No período, o Ayurveda ainda não fazia parte das PICS (Práticas Integrativas e Complementares de Saúde) do SUS, e um dos objetivos descritos na divulgação do evento eram:

Fortalecer o Ayurveda em Goiânia, no Brasil e na América do Sul, levar o Ayurveda para o Sistema Público de Saúde e para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (ALBA, 2015, p.52)

A terceira e última fase do Ayurveda no Brasil inicia com a ascensão do nacionalismo hindu e da prospecção do Ayurveda na Índia e no mundo de modo enfático, através do personagem de Narendra Modi. Em 9 de Novembro de 2014 é criado o Ministério do AYUSH, com o objetivo de desenvolver e propagar as práticas de medicina tradicional da Índia. Em março de 2017, o Ayurveda passou a fazer parte do quadro de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (BRASIL, 2018), nos meses seguintes ao impeachment da então presidente Dilma Rousseff.

Sabrina questiona a coincidência da aceitação do Ayurveda dentro das PICS no momento de retorno da presença da organização de Maharishi Maheshi Yogi, em 2018. No mesmo ano -e com participação do grupo Maharishi- ocorreu o III Congresso Internacional de Ayurveda, no Rio de Janeiro, entre os dias 12 e 15 de Março. O secretário do AYUSH à época, Rajesh Kotecha, também esteve presente.

O Congresso reúne, nos dias 12 e 15 de Março, nomes mundialmente prestigiados e reconhecidos como as maiores autoridades globais nesse sistema milenar de atenção à saúde. O evento acontece simultaneamente ao I Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde Pública, sendo realizado em parceria pelo Ministério da Saúde e a Câmara dos Deputados, por meio das frentes parlamentares mistas de Práticas Integrativas em Saúde e Educação, e a Academia Internacional de Ayurveda, da Fundação Internacional Maharishi Ayurveda. A abertura do evento ficaria a cargo do médico Tony Nader, que a partir do seu encontro com o líder espiritual Maharishi Mahesh Yogui descobriu na literatura dos Vedas uma relação perfeita com a fisiologia e a anatomia humanas (TERRA, 2016).

Durante o encontro, a organização Maharishi Ayurveda decidiu sobre a criação de uma Comissão de Regulamentação para o Ayurveda, sem o consentimento dos participantes da ABRA. Estes últimos publicaram uma Carta Protesto³⁵ durante o evento.

Em março de 2018, com apoio da International Academy of Ayurved e da International Maharishi Ayurveda Foundation, ocorreu a realização do Congresso Nacional de Práticas Integrativas e o Congresso Internacional de Ayurveda no Rio de Janeiro. Nesse Congresso, decidiu-se pela formação de uma nova Comissão de Regulamentação, que, em nossa opinião, não é representativa dos interesses da classe de Terapeutas Ayurveda. [...] A coordenação dessa Comissão ficou a cargo de representantes do grupo Maharishi, o principal apoiador do Congresso. Durante a reunião inicial, foram apresentados mais dois projetos de lei [...] que não foram motivo de discussão por parte da classe de terapeutas (ABRA, 2018).

Nessa fase também ocorre a inserção de um dos líderes indianos em vendas de produtos ayurvédicos na Índia, Sri Sri Ravi Shankar³⁶, por meio de parcerias com representantes de alas privadas do Ayurveda e entrada de importação de seus produtos. Sri Sri Ravi Shankar também se associou à ABRA. No site de um dos parceiros da ABRA, encontra-se:

A diretoria da Associação da ABRA participou da agenda de Sri Sri Ravi Shankar. O Ministro da Saúde, Ricardo Barros, recebeu a comitiva encabeçada por Ravi Shankar, onde participaram o presidente da ABRA, Dr. Aderson Moreira, Agnaldo Batista e Dr. Danilo Maciel. A reunião foi seguida pela assinatura do MOU entre Art Of Living (de Shankar) e a ABRA para futuros projetos sobre Ayurveda no Brasil (ALVES, 2019).

Após o Congresso realizado no Rio de Janeiro, as organizações Maharishi anunciaram um curso Lato Sensu de Pós Graduação em Ayurveda, intitulado "Pós Graduação em

³⁵ Disponível em: <<https://ayurveda.org.br/carta-protesto/>>. Acesso em 06 de Setembro de 2020.

³⁶ Ravi Shankar é um líder espiritual indiano, fundador da Art of Living Foundation criada em 1981. Foi aluno de Maharishi Mahesh Yogi e é responsável pela criação da indústria Sri Sri Tattva de produtos ayurvédicos (Wikipedia).

Ayurveda Maharishi", que possui como pré requisito para admissão "ter concluído graduação nas áreas da saúde e/ou ter notório saber em Ayurveda ou áreas relacionadas, critério a ser conferido pela comissão avaliadora. Os aprovados serão treinados em teoria e prática de Meditação Transcendental Maharishi, pré requisito para certificação final no curso" (ALVES, 2019).

A situação do Ayurveda foi sombreada pelos contextos apresentados até o momento. Diversas instituições oferecem cursos de formação em terapeuta Ayurveda atualmente. Enquanto algumas passaram a defender a garantia da existência da categoria regulamentada de “terapeuta”, outras associações desejavam uma categoria que exija formação acadêmica na área médica, com sua devida habilitação em Ayurveda, como é o caso do Programa Médicos pelo Ayurveda. Influências do Ayurveda “New Age” ainda são encontradas dentro das práticas de Ayurveda dentro do Brasil, como visto nos praticantes ligados à linhagens espirituais reverenciadas por gurus, com forte apelo espiritual (ALVES, 2019) - um movimento contrário à tentativa indiana de comprovação do Ayurveda nos moldes da ciência biomédica e sua desvinculação à religião. Por outro lado, poucos são os brasileiros que buscam formação profissional dentro das universidades de B.A.M.S indianas. Os que buscam, defendem o estabelecimento da prática e ensino nos moldes do Ayurveda clássico, conforme estabelecido pelo Syllabus³⁷ e regras do CCIM.

4.2 O AYURVEDA NO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, criado em 1988, teve como base os preceitos defendidos na Declaração de Alma Ata. Sua Atenção Primária à Saúde (APS) cobre 65% da população do país (BRASIL, 2006a).

Assim como o AYUSH, enfatizado por sua pluralidade e ampla abordagem de medicinas tradicionais na Índia, existe no Brasil as práticas consideradas integrativas e complementares no SUS. De acordo com os objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), as PICS devem ser inseridas prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), em consonância com as premissas da Organização Mundial da Saúde (OMS), representando avanços no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois tanto as PICS, como práticas, quanto a APS, como nível de atenção, possuem pontos de convergência, tais quais o centramento no indivíduo e seu contexto

³⁷ O Syllabus, determinado pelo CCIM, compõe as disciplinas e cargas horárias obrigatórias dos cursos de B.A.M.S e Master Degree (M.D.) oferecidos pelas universidades indianas (INDIA, 1970).

social/familiar, a abordagem familiar e comunitária e a valorização de saberes/práticas não biomédicos com diversas formas e técnicas de cuidado (BRASIL, 2018).

O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006b).

A construção da PNPIC no SUS iniciou a partir de Conferências Nacionais de Saúde e das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em junho de 2003, foram reunidos diversos representantes de associações nacionais de terapias como Acupuntura, Medicina Antroposófica, Fitoterapia e Homeopatia, junto ao então Ministro da Saúde, com o objetivo de elaborar uma política nacional que incorporasse estas áreas ao SUS. Foram realizados debates e fóruns de abrangência nacional, contemplando a sociedade civil, para, a partir de então, realizar o texto da “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares”. O documento foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde em setembro de 2005, sofrendo modificações, inclusive em seu nome, alterado para Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (ALBA, 2015).

Em virtude da crescente demanda da população brasileira, por meio das Conferências Nacionais de Saúde e das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) aos Estados membros para formulação de políticas visando a integração de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos (também chamados de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa MT/MCA ou Práticas Integrativas e Complementares) aos Sistemas Oficiais de Saúde, além da necessidade de normatização das experiências existentes no SUS, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, contemplando as áreas de homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social – crenoterapia, promovendo a institucionalização destas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2020).

A Portaria 971 (BRASIL, 2006b), que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde teria então se baseado na recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de promover a

difusão mundial dos conhecimentos tradicionais e uso racional de plantas medicinais, pois reconhece que aproximadamente 80% da população dos países em desenvolvimento utilizam de tais práticas³⁸ nos cuidados básicos de saúde (ALBA, 2015). Todavia, a prerrogativa do diagnóstico e tratamento continua sob responsabilidade médica, tendo este a tarefa de encaminhar o paciente à quaisquer das práticas alternativas aceitas pelo SUS para um tratamento adequado. Em 2006, Ruy Tanigawa, conselheiro do Cremesp³⁹ à época relatou:

Somos contrários ao exercício médico por pessoas não capacitadas; adotamos esta postura para defender a saúde da população [...]. No caso da acupuntura, o tratamento é invasivo e há registros de lesões provocadas por agulhas que atingiram órgãos vitais dos pacientes. Na China, que é o país-berço da acupuntura, o médico precisa de cinco anos de estudos para praticá-la. Como se pode conceber que um profissional de saúde não-médico possa atender pacientes sem uma formação consistente? A proposta do Ministério fala em formação técnica, mas não especifica a necessidade de ser médico”. (Cremesp, 2006)

Desse modo, a implantação dessas técnicas no SUS é precedida por medidas preventivas, que visam garantir qualidade e segurança aos pacientes, buscando auxiliar no exercício dessas terapias, dentro e fora do Sistema Único de Saúde.

Alba (2015), em sua tese de doutorado intitulada “AYURVEDA NO BRASIL: Trajetórias e (re)invenções”, abordou as perspectivas de inserção do Ayurveda no SUS (na época, ainda não contemplado dentro das PICS).

Segundo a autora, logo no início dos anos 90, a professora Dra. Madel Therezinha Luz coordenou uma linha de pesquisa denominada “Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde” junto ao Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ) - pioneiro em pesquisar medicinas não convencionais comparadas. Na primeira fase do projeto, foram identificadas e pesquisadas quatro racionalidades médicas: Biomedicina, Homeopatia, Medicina Chinesa e Ayurveda, e ao final construiu-se um quadro resumindo as várias dimensões destes sistemas médicos complexos. Alba (2015) afirma que o Ayurveda teria passado pelo estudo individual de racionalidades médicas somente em 2012 e, apesar de à época não fazer parte das práticas do SUS, já estava inserido em práticas regionais, como no Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia. Para que houvesse a inserção do Ayurveda, em normativas nacionais, seria necessária uma organização política (ALBA, 2015). Nesse ponto,

³⁸ Inicialmente, somente a Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Antroposofia, Plantas Medicinais e Fitoterapia foram regulamentados dentro das PICS (BRASIL, 2013a)

³⁹ O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) é uma autarquia federal, sem fins lucrativos, fundada no dia de 30 de setembro de 1957. O Cremesp trabalha em benefício da sociedade, na supervisão da ética profissional médica (Cremesp, 2020).

Alba enfatiza que é necessário compreender que, no Brasil, a profissão de médico ayurvédico ou terapeuta ayurvédico é inexistente de regulamentação, apesar de a prerrogativa não impedir a prática da profissão no setor privado. Todavia, para sua inserção no SUS, faz-se necessário sua institucionalização. E, como tal, implica na criação de regras e de normas para sua prática. Além disso, apesar de o exercício do Ayurveda ser livre de regulamentação - tanto no ensino, quanto na prática (contanto que não infrinja outras profissões) - existe uma relativa quantidade de profissionais atuantes, podendo sugerir certa preocupação do Estado com o mercado de trabalho do setor privado (ALBA, 2015). Dessa forma, o Estado, ao regulamentar a profissão, obrigaria os profissionais a realizarem cursos na área da saúde para poderem exercer suas práticas profissionais: fato que se consumaria no ano de 2017, após a adesão do Ayurveda às PICS. Outro fator abordado pela autora é referente à biomedicalização das práticas integrativas e complementares:

Mesmo havendo ações e propostas de abertura a outras formas de cuidado como a PNPIC já mencionada, parece existir uma biomedicalização das práticas integrativas e complementares institucionalizadas no SUS que também influencia direta e indiretamente os profissionais autônomos. Acredito que esse último fator está relacionado com todo o histórico de aculturação biomédica na Índia, influência que tem aumentado nos últimos anos principalmente pelo fato de os vaidyas indianos terem sido conduzidos a adotar uma atitude mimética a biomedicina, fato já mencionado, para poder sobreviver num mundo dominado pela hegemonia da ciência ocidental (ALBA, 2015, p. 155).

Em 27 de março de 2017, pela portaria nº 849, foram incluídas 14 novas práticas dentro das PICS - entre elas, o Ayurveda (BRASIL, 2017). Assim como esperado, sua atuação dentro do SUS dependia de formação básica no setor de saúde, de acordo com a portaria nº 1.988, de 20 de dezembro de 2018, como quais biomédicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, médicos clínicos e cirurgiões, médicos patologistas, osteopatas, psicólogos, técnicos de enfermagem e trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde (BRASIL, 2018).

Art. 1º Fica atualizada, na tabela de Serviço Especializado do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a composição do Serviço 134 - Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2018).

	009 Ayurveda	Qualquer ocupação da área da saúde**
--	--------------	--------------------------------------

No Brasil, desde 2015, foi criado um banco de dados nacional para coleta de dados sobre os atendimentos realizados na Atenção Básica em todos os municípios brasileiros. Em 2017, o sistema passou a ser obrigatório e aproximou-se de 100% de cumprimento do total de 5.570 municípios, os quais devem registrar seus dados na plataforma pública chamada E-SUS⁴⁰. Entre as informações prestadas pelos municípios à base nacional, encontra-se a seção sobre a oferta de PICS. Com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), também é possível obter informações referentes ao cadastro de estabelecimentos de saúde com oferta de PICS. Há o registro de 5.139 desses estabelecimentos, distribuídos em 17% dos municípios brasileiros. Ao elencar esse quantitativo por nível de atenção, 4% encontram-se na atenção hospitalar, 18% na atenção especializada e 78% na APS, o que ressalta a afinidade e ampla inserção das PICS na Atenção Primária à Saúde (BARBOSA et al, 2019). Atualmente, 29 PICS são reconhecidas pelo Ministério da Saúde. Os dados do paciente também estão disponíveis em relação à associação com PICS, tais como: 1) profissional que realizou o atendimento, 2) local de residência, 3) sexo, 4) idade, 5) motivação para a consulta ou queixa de saúde, 6) diagnóstico biomédico, 7) tipo de consulta (emergência, urgência ou rotina), 8) local da consulta (serviço de saúde, domicílio ou escola), 9) condutas realizadas no serviço (procedimentos, solicitação de exames, encaminhamentos para serviços especializados). Nos próximos anos, o Brasil poderá oferecer banco de dados big-data a todos os pesquisadores brasileiros, o que possibilitará estudos robustos sobre a efetividade do uso do PICS oferecido no SUS, considerando sua amplitude quantitativa e qualitativa de dados (SOUZA et al, 2019).

Uma pesquisa realizada em 2018 pela Fundação Oswaldo Cruz e das Universidades Federais de Pernambuco e Santa Catarina mapearam a oferta de PICS e a porcentagem de cada terapia disponíveis no SUS, de acordo com dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS (BARBOSA et al, 2019).

⁴⁰ Disponível em <<https://aps.saude.gov.br/ape/pics>>. Acesso em 07 nov. 2020.

Frequência e percentual da oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS. Brasil, 2017.

PICS	Inquérito		PMAQ		Convergência *	
	n	%	n	%	n	%
Arteterapia	**	**	204	4,0	-	-
Ayurveda	1	0,2	14	0,3	1	0,5
Biodança	**	**	143	2,8	-	-
Bioenergética	1	0,2	***	***	-	-
Dança circular	**	**	174	3,4	-	-
Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia	8	1,8	118	2,3	3	1,4
Florais	**	**	132	2,6	-	-
Homeopatia	23	5	295	5,8	21	10,0
Medicina antroposófica	3	0,7	28	0,6	4	1,9
Medicina tradicional chinesa/Acupuntura	71	15,5	372	7,3	44	21,0
Medicina tradicional chinesa/Auriculopuntura	59	12,9	196	3,9	8	3,8
Medicina tradicional chinesa/Práticas corporais #	75	16,4	223	4,4	34	16,2
Musicoterapia	**	**	241	4,7	-	-
Naturopatia	**	**	62	1,2	-	-
Nenhuma das anteriores	**	**	495	9,8	-	-
Outro(s)	26	5,7	745	14,7	9	4,3
Plantas medicinais e fitoterapia	80	17,5	616	12,1	42	20,0
Reiki	17	3,7	79	1,6	5	2,4
Shantala	21	4,6	209	4,0	11	5,2
Sistema Rio Aberto (Movimento Vital Expressivo)	**	**	32	0,6	-	-
Talassoterapia	**	**	13	0,3	-	-
Terapia com argila	**	**	51	1,0	-	-
Terapia comunitária	48	10,5	472	9,3	16	7,6
Termalismo social/Crenoterapia	1	0,2	34	0,7	2	1,0
Toque terapêutico	5	1,1	**	**	-	-
Yoga	18	3,9	126	2,5	10	4,7
Total	457	100,0	5074	100,0	210	100,0

Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil (SOUZA et al, 2019a, p.6)

Em relação à prática das PICS nos postos de atendimento do SUS, o estudo apresentou que, no período 2017-2018, 29 modalidades de medicina tradicional e complementar foram institucionalizadas no SUS, as quais se expandiram e foram oferecidas por 20% nos locais de APS em 2016, em 56% dos municípios, apesar de a oferta ser realmente encontrada em uma porcentagem muito menor. Essa discrepância é apresentada como sendo causada por questões de registro e divulgação de dados, tendo em vista que, um profissional, uma vez registrado o exercício de medicina tradicional e complementar, converte seu município em licitante nas estatísticas governamentais. Outra informação relevante é em relação à oferta de diferentes PICS: quase 80% das práticas das PICS estão centradas em práticas corporais e medicina tradicional chinesa (principalmente acupuntura), fitoterapia e homeopatia (SOUZA et al, 2019a).

Os resultados demonstram que, mesmo após 12 anos de publicação da PNPIC, a política ainda não está institucionalizada na maioria dos municípios. Ao ser identificada a convergência de oferta em PICS entre gestores e profissionais em apenas 8,6% dos municípios, é confirmada a hipótese de que os profissionais são os principais atores responsáveis pela expansão das PICS no Brasil, e não as iniciativas da gestão, devido à pouca formação nacional e regulamentação prática nas áreas de medicina tradicional. Os profissionais se autofinanciam em sua formação e a desenvolvem nas unidades de saúde, sem apoio financeiro e conhecimento dos gestores. A maioria dos profissionais são praticantes convencionais da APS, e que, por iniciativa própria, desempenham um papel importante na (pequena) expansão das PICS.

Desse modo, a inserção do tema na educação ainda está em seus estágios iniciais e há pesquisas na área, todavia, com poucas publicações. As estratégias de institucionalização das PICS na APS envolvem estímulos federais aos municípios, por meio de profissionais competentes, matriciamento, educação permanente em serviço e ação governamental para sua inserção na formação profissional (SOUZA et al, 2019b).

5. COOPERAÇÃO BRASIL-ÍNDIA: PANORAMA GERAL

Em 2018, o Brasil e a Índia comemoraram 70 anos de relações diplomáticas. A Fundação Alexandre de Gusmão publicou, em 2019, o livro "Relações Brasil-Índia: Além dos 70 anos", realizando um importante histórico das relações entre ambos os países desde seu início. O contato entre os dois países remontam há cinco séculos, quando Brasil e Goa eram dois postos sob domínio de Portugal. Os intercâmbios bilaterais eram vistos na flora e na fauna, nos alimentos e tradições folclóricas de ambos os lados. Algumas frutas indianas, como manga, coco, cana de açúcar e jaca foram introduzidas no Brasil. A parceria estratégica estabelecida em 2006 entre o Brasil e Índia se aprofundou, com ambos cooperando com o BRICS⁴¹, IBAS⁴², G4⁴³ e G20⁴⁴ e o contexto multilateral das Nações Unidas (FUNAG, 2019).

Nosso peso demográfico, territorial, econômico e político, juntamente com nossas riquezas culturais e diversidade e passado de colonização nos permitem ver o mundo através de um prisma próprio. Além disso, o Brasil foi o primeiro país da América Latina a estabelecer relações diplomáticas com a Índia independente⁴⁵. Ambos defenderiam, nas décadas seguintes, que os países em desenvolvimento tivessem um papel na governança da ordem internacional nas Nações Unidas, recusando-se a serem reduzidos a atores secundários. O Movimento dos Países Não Alinhados, liderado pelo primeiro ministro indiano Jawaharlal Nehru na década de 1950 foi importante na promoção de princípios de respeito mútuo pela soberania nacional e integridade territorial. No início dos anos 1960, o Ministro das Relações Exteriores, Araújo Castro, foi pioneiro ao expressar uma perspectiva nova sobre as relações internacionais, recusando uma agenda política governada exclusivamente pelos interesses e preocupações das super potências do eixo leste-oeste. Cada um à sua maneira, Nehru e Castro acreditavam que a Índia e o Brasil deveriam ter voz no mundo pós guerra (FUNAG, 2019). Passando pelo momento de endogeneização desenvolvimentista da crise sistêmica de 1973 e a abertura de

⁴¹ O BRICS é um agrupamento de países de mercado emergente em relação ao seu desenvolvimento econômico, e engloba Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (FUNAG, 2019).

⁴² O fórum de diálogo Ibas é um grupo tripartite internacional que visa promover a cooperação entre Índia, Brasil e África do Sul (FUNAG, 2019).

⁴³ Brasil, Alemanha, Índia e Japão no apoio mútuo em busca de assentos permanentes no Conselho de Segurança das Nações Unidas. (FUNAG, 2019).

⁴⁴ O G-20, Nações em Desenvolvimento, surgiu na 5ª Conferência Ministerial da OMC em 2003, para alavancar posições comuns de seus membros na Rodada de Doha.

⁴⁵ Na Índia, seu sistema de cooperação é bastante fragmentado: O principal órgão que lida com o tema é o Ministry of External Affairs (MEA), que conta com o auxílio do Ministério das Finanças e do Comércio. O MEA tem sido a principal instância de assistência (além de fundar programas importantes como o Indian Technical and Economic Cooperation - ITEC - que implementa principalmente programas de treinamento), junto ao Indian Council for Cultural Relations (ICCR) (SOUZA et al, 2019).

horizontes para ambos os países após a supressão da ordem bipolar de 1991, ambos os países tiveram que repensar seus modelos de desenvolvimento e priorizar as alianças sul-sul e alianças regionais em sua Política Externa.

Na década de 90, as trocas de visitas entre chefes de Estado de ambos os países sinalizaram um interesse mútuo em fortalecer os laços. Nos últimos anos, houve um impressionante salto qualitativo, com a assinatura de vários acordos de cooperação bilateral em áreas como agricultura, biotecnologia, meio ambiente, biocombustíveis, saúde e espaço cósmico. Suas parcerias se materializaram ainda mais pela criação de fóruns multilaterais, como o IBAS, o G-20 e o G4. Além disso, o BRICS gradualmente se transformou em uma plataforma estratégica de colaboração econômica, política e diplomática. Após dez conferências (2009-2018), as atividades dentro do bloco incorporam diversas áreas como agricultura, ciência e tecnologia, cultura, segurança social, saúde e turismo. A prática de oferecer-se como sede para cúpulas anuais facilitou a continuidade das visitas de alto nível: em 2014 o primeiro ministro Narendra Modi viajou ao Brasil para a 6ª Cúpula do BRICS, enquanto em 2016 o presidente Michel Temer foi à Índia para participar da 8ª edição.

Acredito que algo mais abstrato une o Brasil e a Índia. Essa ligação é expressa em nossa atitude otimista em relação ao mundo, apesar das dificuldades materiais. Ela está presente nas cores, aromas e sabores que de alguma forma nos fazem perceber a alma da Índia em uma esquina do Brasil, e a alegria brasileira na ebulição de Holi [...]. Esse vínculo explica porque o Yoga é cada vez mais popular entre os brasileiros [...]. Esse vínculo especial - que fundamenta qualquer interesse ou ação concreta - pode aproximar o Brasil e a Índia e levá-los muito mais longe nos próximos anos (FUNAG, 2019, p.16)

O Brasil, como parte do mundo em desenvolvimento, com seus problemas estruturais ligados à essa posição, faz com que o Estado busque a cooperação e solidariedade sul-sul, com Estados de igual contexto.

É claro que o Brasil tem muitos desafios críticos como a pobreza, a desigualdade, a infraestrutura, a saúde e a educação [...]. A Índia possui os mesmos problemas, além da questão de conflitos entre comunidades e problemas decorrentes da vasta diversidade do país, que possui 22 línguas oficiais (FUNAG, 2019, p.23).

Desse modo, ambos os países possuem visões de mundo e aspirações comuns, além de enfrentarem desafios semelhantes. Todavia, a literatura existente engloba mais os fóruns multilaterais dos quais ambos os países são membros do que seus respectivos compromissos bilaterais. Desanimadoras até o início dos anos 2000, as relações bilaterais ganharam maior projeção com o estabelecimento da Parceria Estratégica Brasil-Índia em 2006, apesar da já

existente Comissão Mista de Cooperação Política, Econômica, Científica, Tecnológica e Cultural, criada em 2003. De todos os países da América Latina, o Brasil continua sendo o único parceiro estratégico da Índia com parcerias e acordos de longo prazo, visão global, valores democráticos afins e um compromisso de promover crescimento econômico unido à inclusão social para o bem-estar de seus povos. Brasil e Índia não são novos no fornecimento de assistência aos parceiros diplomáticos. Ambos buscam reconstruir um novo espaço econômico e social no mundo e apresentam-se com maior legitimidade e relevância em discussões de grandes assuntos internacionais. Os dois Estados, no entanto, ainda não desenvolveram estratégias claras entre si e os estereótipos continuam reforçando a atual escassez de informação entre ambas as sociedades (FUNAG, 2019).

No período da presente pesquisa, durante os anos compreendidos entre 2011-2016, a estratégia diplomática brasileira esteve ligada aos princípios que nortearam a política externa do governo antecessor, apesar de sua diplomacia presidencial menos ativa, com menor frequência de participação nos Fóruns Internacionais, afastamento da diplomacia sul-sul e defesa de temas relacionados à paz, diversidade cultural e da luta contra a discriminação e desigualdade. Durante o governo do presidente Michel Temer (2016-2019), foi mantido um low profile nos fóruns multilaterais, além privilegiar relações norte-sul e acordos de livre comércio (NUNES, RODRIGUEZ, 2017). Apesar disso, o chefe de Estado, junto ao primeiro-ministro Narendra Modi concordaram em ampliar a parceria estratégica Brasil-Índia durante um encontro bilateral em Goa. A política externa do presidente Jair Messias Bolsonaro, ainda que com forte discurso pró - americano e polêmica em seu discurso de eixo Pró Israel, somada às críticas voltadas à China (PASSOS, SANTANA, 2018), estabeleceu boas relações diplomáticas com a Índia, como será visto a seguir.

O grande montante das relações diplomáticas entre Brasil e Índia estão ligados à temas como parcerias estratégicas para a agenda internacional (em especial nos fóruns multilaterais dos quais Brasil e Índia fazem parte), discussões sobre a reforma do Conselho de Segurança da ONU (visando torná-lo mais representativo dos países em desenvolvimento do sul global), questões aduaneiras, assistência mútua em questões criminais, intensificação do comércio bilateral entre ambos os países, o aumento dos investimentos nos setores de mineração e energia, o reconhecimento do potencial para o comércio bilateral de agricultura, processamento de alimentos, ciência e tecnologia, assuntos de defesa territorial, biotecnologia, sustentabilidade e meio ambiente, cooperação técnica, temas sociais e de saúde, educação, cultura, turismo, esportes, assuntos consulares e medicina tradicional.

5.1 COOPERAÇÃO BRASIL-ÍNDIA SOBRE MEDICINA TRADICIONAL AYURVEDA NO PERÍODO 2014-2020

Em 2014 o Ministério das Relações Exteriores da Índia estabeleceu em sua agenda ações para aprofundar os laços de Nova Delhi com os países do mundo todo, uma vez que o governo de Modi fazia questão de ressaltar sua política externa proativa.

Já no final de 2013 ocorreu a Sexta Reunião da Comissão Mista de Cooperação⁴⁶ Política, Econômica, Científica, Tecnológica e Cultural Brasil-Índia em Brasília, com o objetivo de reafirmar a importância do fortalecimento do diálogo político e da cooperação bilateral, buscando intensificar os esforços para implementação das iniciativas anteriormente acordadas. Além dos assuntos convencionais tratados (tais quais defesa, cooperação estratégica, meio ambiente, etc), ambos os governos elogiaram os progressos de cooperação em tópicos relacionados à saúde e tecnologia, como biotecnologia, os sistemas de conhecimento tradicional - com ênfase do governo indiano na importância do tema relacionado à medicina tradicional para a agenda de cooperação bilateral, como pode ser visto através da ata da reunião:

60. O lado indiano solicitou ao lado brasileiro que seja retomado o exame da proposta de Memorando de Entendimento Brasil-Índia sobre cooperação em sistemas tradicionais de medicina. Ressalte-se a relevância do tema, dado o grande interesse de brasileiros pela medicina tradicional indiana, tais como ayurvédica. (BRASIL, 2013).

Brasil e Índia enfatizaram a importância de aprofundar o conhecimento mútuo e de fortalecer os laços de amizade entre as respectivas instituições governamentais, sociedades civis, empresários e comunidade acadêmica de ambos os países.

Já no ano de 2014, durante a visita do Primeiro Ministro Narendra Modi à Brasília por ocasião da VI Cúpula do BRICS, foram assinados três memorandos de entendimento (MoU's) entre Brasil e Índia, nenhum deles relacionado diretamente ao tema de medicina tradicional - ainda que o primeiro apresente um tópico referente ao uso de plantas medicinais (BRASIL, 2014). Foram eles: 1) Memorando de Entendimento entre o Brasil e a Índia sobre cooperação na área de meio ambiente; 2) Memorando de Entendimento entre o Ministério das Relações Exteriores da República Federativa do Brasil e o Ministério de Negócios Estrangeiros da

⁴⁶ Desde a I Reunião da Comissão Mista, realizada em Nova Délhi, em 2012, foi realizada a chamada conjunta em Ciência, Tecnologia e Inovação que abrigou 14 projetos, entre universidades e instituições de pesquisa de ambos os países, nas áreas de TICs, geociências, matemática e energias renováveis, além de duas chamadas conjuntas em biotecnologia (2013 e 2015), com apoio a projetos nas áreas de biofarmácia, biocombustíveis e doenças negligenciadas e infecciosas (BRASIL, 2013);.

República da Índia sobre o estabelecimento de mecanismos de consulta sobre assuntos consulares e de mobilidade e; 3) ajuste complementar entre Brasil e Índia estabelecendo cooperação na ampliação de uma estação terrestre brasileira para o recebimento e processamento de dados de satélites de Sensoriamento Remoto Indianos (SRI).

Em 2015, a reunião bilateral ocorrida durante a visita ao Brasil de R. Swaminathan, Secretário Especial para a América Latina e Assuntos Consulares, Passaportes e Vistos, junto ao Subsecretário-Geral de Política, Embaixador José Alfredo Graça Lima, estabeleceu a agenda do relacionamento entre Brasil e Índia, incluindo temas bilaterais, regionais e multilaterais. Foram recordadas orientações realizadas pela então Presidente Dilma Rousseff e pelo Primeiro-Ministro Narendra Modi durante a Cúpula do BRICS, em Ufá, sobre a cooperação a ser implementada prioritariamente, tendo como assuntos chaves a aproximação nas áreas de comércio, agricultura, meio ambiente, usos pacíficos de energia nuclear, espaço, defesa, medicina tradicional, educação, cultura e segurança cibernética (BRASIL, 2015a).

Em novembro do mesmo ano, durante a VII Reunião da Comissão Mista Brasil-Índia realizada em Nova Délhi, ambos os países enfatizaram a importância do progresso em projetos científicos e tecnológicos com maior prioridade em áreas como doenças infecciosas, biotecnologia, sistemas de conhecimento tradicionais, energias renováveis e alternativas, entre outras áreas de comum interesse, e abriram as portas para aprofundar a cooperação entre as autoridades regulatórias referentes à medicamentos de ambos os países (BRASIL, 2015b).

Novamente o governo indiano solicitou ao governo brasileiro considerar a proposta de assinatura de um MoU entre os países na área de medicina tradicional:

37. The Indian side requested the Brazilian side to look afresh into the proposed draft Memorandum of Understanding between India and Brazil on Cooperation in Traditional Medicine. This was especially relevant as India and Brazil had vast experience in traditional medicine and Brazil had evinced interest in Indian systems such as Ayurveda (BRASIL, 2015b).

Ambos os Ministros relataram a importância da educação como meio de promover o desenvolvimento, expressando seu interesse mútuo em fortalecer os laços de mobilidade acadêmica entre os países.

Em Outubro de 2016, o presidente da República Federativa do Brasil, Michel Temer, realizou visita à República da Índia, a convite do primeiro-ministro da Índia, Narendra Modi. O presidente Temer estava acompanhado pelo ministro das Relações Exteriores, José Serra, bem como os ministros da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Blairo Maggi, do

Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, Marcos Pereira, e por extensas delegações oficiais e empresariais (BRASIL, 2016).

Durante a visita, ambos os chefes de Estado manifestaram satisfação pelo fato de que a Reunião da Comissão Mista de Ciência e Tecnologia, a qual deveria realizar-se em 2017, seria um sinal de cooperação contínua, tendo em vista o mútuo interesse entre os líderes nos campos de biotecnologia e ciências médicas, os quais ofereciam grande potencial para projetos conjuntos. Por isso, enfatizaram uma vez mais a necessidade de intensificar contatos diretos entre os setores acadêmicos, de pesquisa e os institutos de ambas as nações.

Levando em consideração os desafios enfrentados em ambos os Estados com relação ao combate de doenças não transmissíveis e transmissíveis, os governos do Brasil e da Índia reafirmaram seu compromisso prioritário na ampliação da cooperação para o desenvolvimento conjunto de mecanismos e medicamentos a preços acessíveis, visando o acesso universal a um atendimento médico seguro e efetivo, em especial para a grande população em situação de vulnerabilidade. É importante ressaltar que os temas convencionais de cooperação estratégica, reforma do Conselho de Segurança da ONU, a cooperação para segurança, agricultura, comércio, desenvolvimento sustentável e meio ambiente estiveram presentes na maioria das reuniões e, considerando a matéria do presente trabalho, as análises estão centradas nos temas relacionados à cooperação para medicina tradicional (em especial, o Ayurveda). Outro importante acontecimento está no fato de que, em maio do mesmo ano, a declaração final da reunião de Ministros da Saúde do BRICS em Genebra havia sido enfática ao reconhecer o valor e a importância dos sistemas tradicionais e alternativos de medicina como meio de alcançar assistência médica e a necessidade de compartilhar experiências e conhecimentos para suprir as necessidades de saúde pública.

11. Recognized the potential of synergies between Traditional and Complementary Systems of Medicine including Yoga with modern system of medicine, as appropriate to national contexts, and the objective of holistic approach to health care and well-being (BRICS, 2016).

Em maio de 2018, por ocasião da VIII Reunião da Comissão Mista Brasil-Índia, realizada em Brasília, foi assinado o Memorando de Entendimento para Cooperação na Área de Biotecnologia entre o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e o Ministério da Ciência e Tecnologia da Índia, tendo em vista as políticas exitosas brasileiras na prospecção de petróleo e gás em águas profundas, fabricação de aviões e agricultura tropical e

o avanço indiano nas áreas de química, biotecnologia, saúde e nanotecnologia (BRASIL, 2018).

Os participantes da reunião ainda revisaram a situação das relações bilaterais correntes e debateram sobre o Programa de Cooperação Científica e Tecnológica (2018-2019). O Programa tem como objetivo estabelecer a cooperação no avanço dos temas relacionados à biotecnologia e saúde, energias renováveis, tecnologias de informação e comunicação, ciências do sistema terrestre e mudanças climáticas, inovação, empreendedorismo, pesquisa industrial e startups (BRASIL, 2018).

O mês de janeiro de 2020 apresentou-se como um importante marco na cooperação para medicina tradicional entre ambos os países. Pelas palavras do Ministro das Relações Exteriores, Ernesto Araújo, o Brasil e a Índia possuem mais do que uma visão de mundo comum: são líderes que compartilham valores comuns de nacionalismo e soberania. De acordo com Araújo, o Brasil considera a Índia como um de seus principais parceiros para sua nova estratégia internacional e sua agenda de política externa, uma vez que ambos possuem valores convergentes.

Brazil and India are two of the biggest democracies in the world. There is also a convergence between our worldview and that of Prime Minister Modi, that you should build a nation true to its values and traditions, proud of itself (BRASIL, 2020a).

Ambos os chefes de Estado, Jair Bolsonaro e Narendra Modi, foram criticados internacionalmente por sua política religiosa e suas visões nacionalistas e, por isso, teriam um ponto de vista convergente no que tange à ideia de nação e soberania. Esses valores comuns seriam sinal de solo ainda mais fértil para as relações entre os países, de uma forma “nunca antes feita” (BRASIL, 2020a). Esses pontos, segundo Araújo, foram cruciais para que, durante a visita do Presidente Bolsonaro à Índia no período de 25 a 27 de Janeiro, diversos acordos fossem assinados, representando um grande volume não somente em quantidade, mas também em variedade de temas (ÍNDIA, 2020). Também foi endossado pelo Ministro das Relações Exteriores o entusiasmo de ambas as partes na cooperação e adoção do Plano de Ação para fortalecer a Parceria Estratégica de ambas as nações.

Também podemos sentir o entusiasmo de ambas as partes com relação à nossa cooperação e, particularmente, em relação ao Plano de Ação para fortalecer a Parceria Estratégica (BRASIL, 2020a).

Foram assinados 15 documentos, entre acordos e memorandos, englobando temas como intercâmbio cultural, cooperação em bioenergia, assistência jurídica, segurança cibernética, recursos minerais, petróleo e gás natural, cooperação em ciência e tecnologia, etc. Dentre eles, o documento de maior relevância para o presente trabalho é o Memorando de Entendimento sobre Cooperação dos Sistemas Tradicionais de Medicina e Homeopatia. Um dos pontos do Plano de Ação para fortalecer a Parceria Estratégica entre Brasil e Índia possui, como uma de suas metas:

Implementar o Memorando de Entendimento em Cooperação no Campo da Saúde e da Medicina e o Memorando de Entendimento sobre Cooperação no Campo dos Sistemas Tradicionais de Medicina e Homeopatia (BRASIL, 2020b).

O Memorando de Entendimento em Cooperação no Campo dos Sistemas Tradicionais de Medicina e Homeopatia - presente de forma integral no Anexo I - fora cedido pela Embaixada Brasileira da Índia, por Gustavo Westmann, responsável do setor de Comércio e Investimento.

Em sua introdução, o Memorando retoma o estabelecimento, em 2002, da Comissão Mista de Cooperação Política, Econômica, Científica, Tecnológica e Cultural (doravante referida como “Comissão Mista”) e os sólidos laços diplomáticos que unem o Brasil e a Índia, prestes a celebrar 75 anos de relacionamento em 2023. De acordo com o comunicado oficial do Itamaraty:

Os líderes concordaram que o setor de saúde também apresenta significativo potencial para ampliação da cooperação. Nesse contexto, saudaram a conclusão do Memorando de Entendimento em Cooperação no Campo da Saúde e da Medicina. Ressaltaram a importância de promover o intercâmbio de informações e a cooperação em práticas regulatórias da saúde, com vistas a permitir o acesso a medicamentos e produtos de saúde seguros, efetivos, acessíveis e de qualidade. O Primeiro-Ministro Modi saudou as iniciativas brasileiras de promoção da Yoga e do Ayurveda no Brasil.[...] Os líderes saudaram a conclusão do Memorando de Entendimento sobre Cooperação no Campo dos Sistemas Tradicionais de Medicina e Homeopatia. (BRASIL, 2020c).

Como conteúdo do Memorando de Entendimento em Cooperação no Campo dos Sistemas Tradicionais de Medicina e Homeopatia, o artigo I apresenta o objetivo da cooperação bilateral entre as nações, centradas no fortalecimento, promoção e desenvolvimento da cooperação nos sistemas tradicionais em base de igualdade e benefício mútuo. O Artigo II engloba as áreas de cooperação, envolvendo a troca de experiência em regulamentação para o

ensino, prática, uso de medicamentos e terapias alternativas, além da promoção do conhecimento, via intercâmbio para treinamento de especialistas, profissionais de saúde, cientistas e estudantes, o desenvolvimento de pesquisas conjuntas, programas educacionais e de treinamento e quaisquer outras formas de cooperação acordadas pelas partes posteriormente. O Artigo III apresenta como autoridade designada e responsável pela implementação do Memorando o Ministério do AYUSH e o Ministério de Saúde da República Federativa do Brasil. Em relação à implementação, presente no artigo IV, é esclarecido o caráter não vinculativo ou de obrigações legais por parte do Memorando e, por isso, à cada parte caberá identificar instituições e organizações relevantes para participar das atividades do Memorando e as mesmas estarão sujeitas à disponibilidade de fundos. Fica estabelecido no artigo V que qualquer uma das partes poderá convidar a participação de terceiros em atividades ou projetos conjuntos, mediante acordo da outra parte.

Em relação à proteção dos direitos de propriedade intelectual, em caso de concessão de direitos por parte do referido Memorando, um contrato separado deverá ser realizado, especificando em detalhes a propriedade, gerenciamento e comercialização dos direitos, conforme o artigo VI. As informações e documentos trocados no âmbito deste Memorando deverão ser mantidas em sigilo (Artigo VII) e as partes se reservam ao direito de suspender temporariamente, no todo ou em parte, a implementação do Memorando, quer por motivos de segurança ou interesse nacional, o qual entrará em efeito após a notificação à outra parte por via diplomática.

Os Artigos finais dispõem sobre alterações e modificações do Memorando (que deverão ser realizadas por solicitação escrita), bem como resolução de litígios (devendo estas serem resolvidas pelas vias diplomáticas). Por fim, o Memorando entrou em efeito na data de sua assinatura e permanecerá ativo por um período de cinco anos, sendo automaticamente prorrogado por um período adicional de cinco anos após ser completado o período inicial. Em caso de rescisão ou término do Memorando de Entendimento, não ocorrerão implicações na implementação de atividades ou programas em andamento acordados antes da data de término do mesmo.

Por fim, outro Memorando assinado concomitantemente - denominado Memorando de Entendimento em Cooperação no campo da Saúde e da Medicina - apesar de não estabelecer relação direta com as medicinas tradicionais, traz, dentro das áreas de abrangência do Memorando: cooperação em vigilância sanitária, controle de doenças, economia da saúde, acesso a medicamentos e equipamentos, pesquisa, inovação e tecnologia, doenças não transmissíveis e saúde ocupacional. Seu ponto número oito: “Outras áreas de interesse comum

relacionadas à saúde”, poderia ser correlacionado aos interesses voltados à promoção da Medicina Tradicional.

5.2 IMPLEMENTAÇÃO DO AYURVEDA NO BRASIL: DESAFIOS E POTENCIAIS

Levando em consideração as informações coletadas e desenvolvidas até o momento, é possível identificar desafios e oportunidades presentes na cooperação para a promoção da medicina Ayurveda dentro do Brasil.

Primeiramente, quando abordamos a projeção do Ayurveda a partir da Índia, vemos que, devido ao seu recente revivalismo dentro do país de origem e sua jovem exportação para o mundo - em confronto com as estruturas deixadas pela dominação britânica e o modelo de biomedicina largamente globalizado - existem limites que deverão ser transpostos nos próximos anos. Inicialmente, a questão de sua legitimação dentro e fora do território indiano estão ligadas à aceitação pela comunidade científica do Ayurveda como um método de medicina eficaz, confiável e seguro, seguindo parâmetros de pesquisa voltados à aceitação biomédica (RAMASWAMY, 2018; RASTOGI, 2018). Os medicamentos tradicionais representam fontes prováveis de opções baratas para tratamento e potenciais de novas abordagens terapêuticas. Todavia, aproveitar esse potencial requer evidências concretas de eficácia e segurança. A medicina tradicional é frequentemente contrastada e contestada como ultrapassada ou “pseudociência” pela medicina “científica”, ou biomédica. Esta é uma terminologia problemática, devido à sua referência colonizadora e desatualizada. Sistemas como a Medicina Tradicional Chinesa e o Ayurveda possuem - como visto anteriormente - treinamento profissional formal e licenciamento de médicos definidos e supervisionados por autoridades governamentais, com base em textos médicos padronizados (incluindo farmacopeias, que são guias essenciais para formulação, composição, etc.) amplamente compartilhados entre estudantes e profissionais, via instituições estabelecidas pelos órgãos públicos que fomentam o ensino e a pesquisa (LESLIE, 1977; JANSEN et al, 2020).

Todavia, os métodos e linguagens de pesquisa modernos estão, de certo modo, distantes da complexa linguagem da medicina Ayurveda⁴⁷. Desse modo, o processo de estudo

⁴⁷ *It is also seen how diverse research happens in bigger institutions with the presence of multidisciplinary experts around. A university such as BanarasHindu University (BHU) stands out differently because of the multiple disciplines it hosts in the campus apart from Ayurveda that range from engineering, physics, botany, chemistry, zoology, medical sciences, dental sciences, pharmaceuticals to molecular biology. Gujarat Ayurved University at*

de criação das bases de evidência científica necessitam de boa integração com a estrutura teórica do Ayurveda e seu pensamento sistêmico, uma vez que a tecnologia e as ferramentas disponíveis atualmente são reducionistas e focadas em componentes (PATWARDHAN, 2019). Há ainda que se considerar que muitos ensaios clínicos realizados por pesquisadores da Índia não são tão proeminentes, em grande parte devido ao fato de os custos envolvidos para tais pesquisas serem elevados. Considerando que as receitas concedidas pelos tratados clássicos do Ayurveda não são passíveis de patentes, os direitos exclusivos de produção e marketing os torna pouco atrativos para a participação de investidores em sua exploração científica, como o faz a indústria farmacêutica moderna. Já as pesquisas científicas ligadas aos campos de mestrado e doutorado muitas vezes não são publicadas, reduzindo o acervo disponível em domínio público. Todavia, os estudos publicados podem ser acessados por meio de pesquisa online em bancos de dados eletrônicos, como MEDLINE / PubMed e em sites de muitos fabricantes. O cenário de crescimento do Ayurveda tem incentivado medidas do governo para investimento e promoção de diretrizes para pesquisas em humanos e estudos clínicos, incluindo medicamentos fitoterápicos e tradicionais publicados no Registro de Ensaios Clínicos⁴⁸ do Conselho Indiano de Pesquisa Médica - ICMR (NARAYANA e DURGA, 2020).

O Governo da Índia, por meio de outras agências de financiamento, principalmente do Departamento de Biotecnologia (DBT), Ministério do AYUSH, Conselho Nacional de Plantas Medicinais (NMPB) e Conselho de Pesquisa Científica e Industrial (CSIR), financiou diversas pesquisas nas últimas décadas⁴⁹ (NARAYANA e DURGA, 2020). A base de evidências empíricas para a eficácia de uma formulação advinda de centenas de anos de observação não é descartada e, de fato, há uma validação crescente de estudos revisados por pares usando metodologias controladas, comprovando que muitas dessas formulações realmente contêm compostos identificados pela medicina ocidental como terapeuticamente plausíveis. O incentivo à pesquisa é uma importante ferramenta para garantir a legitimação e aceitação do Ayurveda dentro e fora da Índia, como um sistema de medicina eficaz e seguro.

Outro desafio a ser transposto é o fato de que muitos dos livros que fornecem históricos documentados sobre a eficácia das terapias estão em sânscrito⁵⁰. O ICMR está

Jamnagar has been able to produce good research output because it hosts in-house experts from varied fields such as biochemistry, pharmacology, pharmacognosy etc (PATWARDHAN, 2019).

⁴⁸ Fonte: <http://ctri.icmr.org.in/>

⁴⁹ A Farmacopéia Ayurvédica, por exemplo, fornece especificações de qualidade para mais de 650 plantas. Centros Acadêmicos também se mobilizam, e o Centro de Pós Graduação em Ayurveda de Jamnagar lançou um arquivo intitulado como “Pesquisar em Ayurveda”, com as teses de MD e PhD em Ayurveda desde 1945 até 2020, com dados atualizados de tempos em tempos e mais de 20.000 títulos de 60 institutos de pós graduação em Ayurveda disponíveis no site da Universidade (PATWARDHAN, 2019).

⁵⁰ Sânscrito: língua morta pertencente ao grupo de línguas indo-arianas (CARNEIRO, 2007).

realizando esforços para disponibilizá-los ao público em geral (NARAYANA e DURG, 2020). O National Institute of Ayurveda (NIA) da Índia tem como objetivo a padronização desses termos comparados ao inglês, de modo a facilitar a comunicação dos profissionais de Ayurveda com o globo (ALBA, 2015). Por outro lado, o fato de a língua inglesa ser amplamente falada em território indiano também se apresentou como agente facilitador do contato entre as medicinas tradicionais com atores externos.

Outro fator de desafio no âmbito interno da Índia é o baixo interesse por parte dos nativos indianos pelo estudo da medicina tradicional⁵¹. Estes, quando obtêm notas mais altas nos exames de admissão, têm preferência pelo M.B.B.S.⁵², integrando-se ao B.A.M.S somente após muitos fracassos na tentativa de ingresso em medicina biomédica (PATWARDHAN et al, 2019; RASTOGI, 2018). Esse quadro parece estar sofrendo alteração devido aos esforços do Ministério do AYUSH em promover e propagar o Ayurveda dentro e fora da Índia, como medida hindutva, ampliando sua visibilidade e aceitação pela sociedade indiana.

Existe, portanto, uma necessidade por parte do governo indiano em aprofundar os estudos dos textos antigos - combinados à sua difusão ao público em geral - com estudos científicos experimentais, em busca da compreensão do significado e dos efeitos biológicos do Ayurveda, realizando uma síntese moderna dos conceitos ayurvédicos a fim de torná-los utilizáveis para cientistas ocidentais. O modelo global descrito no Ayurveda tem a saúde como fenômeno emergente derivado de uma nova rede interconectada com novos parâmetros e ideais. Por isso, existe a necessidade de uma educação ayurvédica abrangente e legítima tanto para ocidentais quanto para indianos, junto ao incentivo do intercâmbio de informações (LIBERA et al, 2018).

Em relação à OMS, a aceitação do Ayurveda como um sistema de medicina tradicional válido amplia seu escopo de legitimação por parte de seus Países Membros. O planejamento e execução das políticas de integração das práticas de medicina tradicional dos respectivos países junto com o sistema convencional de medicina (biomedicina) - primeiro no país de origem, seguido pela arena internacional- é a agenda prioritária de operações da OMS, por meio da Estratégia sobre Medicina Tradicional 2014-2023. A implementação do programa de farmacovigilância na Ayurveda, junto à publicação de documentos para uso racional e iniciativas para preparar as diretrizes do consumidor visando o uso apropriado de

⁵¹ “While Indian students increasingly admire Western science and lifestyles, many in the West have awakened to the riches of Indian knowledge and lifestyles. Much of these parallel phenomena are the products of the idealization and romanticization of the other, the desire to escape from the boundaries of one’s own respective culture” (WUJASTYK e SMITH, 2008, p. 131).

⁵² Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery: medicina biomédica.

medicamentos ayurvédicos são algumas outras contribuições da OMS para o avanço do sistema em nível nacional e global.

O Ayurveda, baseado em fundamentos genuínos, tem a mais longa tradição ininterrupta de prática de saúde, e sua abordagem enfatiza a importância da prevenção de doenças e a promoção da saúde (CHAUDARY e SINGH, 2011). Devido às implicações importantes desses sistemas de saúde em seus países (e sua eficácia clínica com baixo custo), somado à crescente preocupação da sociedade com o alto custo da assistência médica (BLOOM e STANDING, 2008), esses sistemas têm se projetado e ganho cada vez mais a atenção de muitos países, como é o caso do Brasil (ALBA, 2015).

Para o Estado brasileiro, muitos fatores aproximam os interesses em cooperar sobre o tema de medicina tradicional indiana, conforme exposto anteriormente pelo Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Ernesto Araújo. Além do passado colonial em comum, a ideologia nacionalista dos governos indiano e brasileiro estão presentes em suas pautas de política nacional e externa. O Ayurveda, como modelo de medicina tradicional promovido pela Índia, têm encontrado no Brasil um solo fértil para sua adaptação, não somente devido às similaridades geográficas, sociais e econômicas compartilhadas entre as nações, mas também devido às necessidades do sistema público de saúde, os interesses por parte da população em busca de meios alternativos de tratamento e atores não governamentais interessados no estabelecimento do Ayurveda no país. O aumento do reconhecimento e da autorização pelos reguladores federais, a expansão da atenção primária de saúde nas últimas duas décadas, as iniciativas lideradas individualmente por gestores municipais e indivíduos da sociedade e o crescente interesse em abordagens "naturais" para a saúde e o bem-estar possibilitaram o estreitamento dos laços entre Brasil e Índia no tema (SOUZA et al, 2019). Não obstante, em 2020, a assinatura bilateral do Memorando de Entendimento para Cooperação em Medicina Tradicional e Homeopatia (ainda que não-vinculatória) apresenta-se como um marco para o desenvolvimento da medicina ayurvédica no Brasil- em especial no setor público.

No SUS, o atendimento integrativo está sendo oferecido na maioria dos municípios brasileiros em todo território nacional. Todavia, existem grandes desigualdades que tornam o acesso um desafio em diversas regiões do Brasil. Além da grande concentração de serviços das PICS nas regiões metropolitanas, como São Paulo e Rio de Janeiro, não existe disponibilidade de todas as terapias nos postos de atendimento, cujo foco principal está em fitoterapia, acupuntura e medicina tradicional chinesa (estabelecidos há mais tempo no Brasil) (SOUZA et al, 2019).

A forma normativa em que questões sobre os sistemas de saúde público são formuladas também limita a capacidade de pesquisadores de levantar diferentes questões e fornecer um sistema alternativo dos arranjos institucionais para organizar o conhecimento, os serviços e produtos de saúde tradicional (BLOOM e STANDING, 2008). O monopólio por parte da biomedicina também exclui atuantes (como ocorre com os terapeutas), devido à resistência na aceitação de reformas para sua inclusão. Esse monopólio gera aumento dos custos, cria modos hierárquicos de organização do trabalho no setor de saúde e define o escopo da prática de outros grupos ocupacionais, sendo capaz de excluir legalmente seus “concorrentes”. O impacto disso se reflete na limitação do direito de realizar tarefas simples que poderiam ser facilmente delegadas ao corpo de terapeutas, ainda que sem formação na área biomédica. Para isso, uma alternativa seria o treinamento e preparo para atuação dentro do Sistema Público de Saúde, respeitando, todavia, os limites de atuação (BLOOM e STANDING, 2008).

Para a regulamentação, o Estado deve basear-se em um bom entendimento do que será regulamentado, seja fazendo-o diretamente ou delegando esse papel à conselhos e associações competentes que podem realizar a definição de diretrizes. Parceiros estrangeiros e consultores podem encorajar nesse sentido, apoiando em estratégias, auxiliando na construção da capacidade técnica e o desenvolvimento político e institucional. Desse modo, a cooperação possui um importante papel, ao oferecer oportunidades para o diálogo e desenvolver a capacidade de construção de uma regulamentação mais eficaz da prática e do ensino do Ayurveda (SOUZA et al, 2019).

Os sistemas de saúde são cada vez mais co-construídos por múltiplos atores, sejam eles locais, nacionais ou globais. Por isso, é necessário sustentar um acordo entre os Estados e seus civis para garantir o ímpeto político necessário para ampliar o acesso aos serviços básicos de saúde, fornecendo, ao mesmo tempo, uma estrutura para o surgimento de parcerias regulatórias (BLOOM e STANDING, 2008) capazes de adequarem uma visão pluralística e diversa de fontes do conhecimento em saúde, garantindo que as necessidades e direitos dos cidadãos (em especial os pobres e marginalizados) sejam auferidos e não relegados à uma periferia da saúde segmentada do sistema de saúde (BLOOM e STANDING, 2008).

A cultura também desempenha um papel importante na aceitação de certos parâmetros de saúde e de sua legitimação dentro de uma sociedade. A aceitabilidade de qualquer sistema de saúde depende das práticas culturais ou do sistema de crenças da nação. Crenças e práticas médicas culturalmente específicas são sistemáticas no sentido de que são organizadas de acordo com a lógica cultural ao integrar os valores da sociedade. A cultura poderia, desse

modo, apresentar-se como um obstáculo à implementação do Ayurveda, em especial pelas vias que correlacionam o Ayurveda à religião hindu. Portanto, sendo o acesso ou a demanda por cuidados de saúde determinado por muitos fatores, como credibilidade e legitimação, identidades culturais, estado de saúde individual e compreensão da doença, é necessário continuar o processo de secularização do Ayurveda dentro dos parâmetros oferecidos pelas instituições públicas indianas. Desse modo, os sistemas tradicional e biomédico podem complementar-se, e a aceitação social dos cuidados tradicionais pode ampliar a permeabilidade de acesso aos serviços de assistência à saúde (MOATULA, 2020).

A relação entre a medicina tradicional e a biomedicina é complexa, mas há uma urgência no desenvolvimento de estruturas de comunicação entre ambas. A frustração com a 'superstição' e as ameaças reais derivadas da pseudociência contaminam a maioria das abordagens e leva a medicina ocidental a rejeitar fortemente as abordagens alternativas (JANSEN et al, 2020). A interface de diferentes epistemologias e a análise inferencial de pontos de contato permitirá o surgimento de novos paradigmas de conhecimento e plataformas comuns para o futuro desenvolvimento da comunicação entre ambos os sistemas de medicina. Conscientizar-se das lacunas existentes entre os sistemas de conhecimento é crucial, junto à identificação de pontos de contato, semelhanças e referências conceituais para o desenvolvimento de políticas eficazes (LIBERA, 2018). Essas lacunas, ou desafios, estão associadas à crise da medicina ocidental provocada pela hegemonia da visão biológica e tecnológica, ao excluir outros fatores (sociais ou psicológicos), que possuem impacto na experiência da doença e no processo terapêutico (ALBA, 2015). O conceito de pluralidade também surge na reflexão de Groisman (2012) em sua perspectiva de "clínica plural", dentro da qual seria possível constituir legitimidade e fluência nas relações sociais, com uma gestão complexa, mas criativamente trabalhada, das relações e "problemas" das pessoas, a partir não necessariamente da eliminação do paradigma dominante, mas no qual seria possível e sistemática a articulação com outros saberes (ALBA, 2015).

É um momento para pensar seriamente nas opções de desenvolvimento dos sistemas de saúde que precisam levar em conta as falhas do passado e as novas possibilidades. Faz-se necessário integrar a dinâmica do desenvolvimento institucional em uma variedade de contextos (BLOOM E STANDING, 2008). Por isso o debate para o reconhecimento do dinamismo de outros países auxilia na gestão de mudanças no sistema de saúde público, e a cooperação entre nações é um fator chave na implementação de políticas de seus sistemas tradicionais de medicina, buscando explorar os pontos potenciais e superar os desafios encontrados.

5. CONCLUSÃO

Milani (2014) argumenta que os modelos de desenvolvimento contemporâneos tornaram-se universais na área de cooperação internacional e abarcam uma lógica para além da noção socioeconômica enfatizada nos anos 1990. O processo de formação da agenda de políticas internacionais de um país está ligado à esfera burocrática do Estado e suas oportunidades, mas também incorpora diversos atores que compõem o governo e suas relações com os atores externos, como grupos de interesse, classe intelectual, mídia e opinião pública, havendo uma interação entre esses atores para formação da agenda (KINGDON, 2003).

O Ayurveda, uma das mais antigas formas de medicina existentes e a mais expressiva dentro do território indiano, está em progressiva expansão no mundo contemporâneo. A partir do esforço de revivalismo e a busca por sua legitimação interna, essa ciência passou por diversos momentos até sua institucionalização formal (BRASS, 1972). Projetos como o Bachelor of Ayurvedic Medicine and Surgery e suas especializações, incentivos à pesquisa e comprovação científica para aceitação social e biomédica, criação do Ministério do AYUSH e outras propostas realizadas pelo governo indiano demonstram seu grande interesse em projetar o Ayurveda no mundo. Ao enfatizar seu interesse e disponibilidade prévia em auxiliar nesse objetivo, seja em organismos internacionais ou nas relações bilaterais, o Estado indiano materializa sua agenda de Soft Power, enquanto busca equilibrar seu projeto de laicização previstas na Constituição de 1949 e a tentativa de acomodar a ideologia do partido BJP.

A cooperação Brasil-Índia nos últimos anos foi impulsionada pela migração de profissionais e estudantes, e esses fluxos de migração foram aprimorados pela cooperação técnica, cultural e educacional em acordos assinados pelos dois países. A troca de profissionais e praticantes de Yoga e Ayurveda ganharam novo ímpeto após a assinatura do Memorando de Entendimento para Cooperação de Medicina Tradicional e Homeopatia em 2020 entre o Presidente Jair Messias Bolsonaro e o Primeiro Ministro Narendra Modi. Apesar dos fatores que se apresentam como desafios para uma estruturação sólida do Ayurveda no Brasil (como questões de validação científica e legitimação internacional e em território brasileiro), existem pontos de convergência e oportunidades de aproximação para o aprofundamento dessas relações. Esses pontos estão presentes nas similaridades e necessidades apresentadas por ambas as nações, seu momentum político e posição no sistema internacional, bem como interesses comuns. As plataformas bilaterais e multilaterais devem ser aprofundadas, os brasileiros e indianos precisam identificar as principais lacunas de conhecimento para explorar melhor as oportunidades de colaboração. A crescente intensidade e qualidade das trocas estão

intrinsecamente ligadas ao desenvolvimento de uma visão estratégica das relações bilaterais, e a mobilidade do capital humano entre os dois países será fundamental para o futuro das relações bilaterais (FUNAG, 2019).

Mousinho, em “A energia renovável é a saída para o Brasil e a Índia?”, e Nascimento, em “Uma diplomacia científica da irmandade: a cooperação Índia-Brasil em biotecnologia” acrescentam que a cooperação Brasil-Índia deveria envolver um maior engajamento e diálogo com estudiosos, cientistas e empresários através da criação de redes conectando universidades, instituições não governamentais e empresas entre eles e com os respectivos governos (FUNAG, 2019, p. 32). É necessário, portanto, reconfigurar as relações Brasil-Índia com atores governamentais e não governamentais e por meio de mecanismos para além da diplomacia tradicional (FUNAG, 2019 p.33).

Para o estabelecimento do Ayurveda no Brasil, os desafios burocráticos e científicos devem ser superados. Outro fator crucial é a importância da cultura. Huntington, em "O Choque de Civilizações (2001) afirma que, após a Guerra Fria, as mais importantes diferenças entre os povos não são mais meramente ideológicas, políticas ou econômicas, mas sim culturais. Para Huntington, a definição de cultura ocorre em termos subjetivos, como valores, atitudes, crenças, e pressupostos que predominam entre os membros de uma sociedade. A cultura é o conjunto de valores e práticas que criam significado para uma sociedade. A aceitação do Ayurveda necessita de legitimação social e um maior grau de regulamentação por parte do Estado. O conceito social de legitimidade é usado para explicar como certas forças sociais são capazes de fazer e impor certas inclusões e exclusões dentro da ordem social. Assim, a institucionalização da medicina adquiriu legitimidade por conta de suas credenciais científicas baseadas em ideias crescentes, métodos de validação, fontes textuais, aceitação social ou mesmo internacional (como a influência da Organização Mundial da Saúde) e institucionalização legal. A legitimidade é justificada com base derivada de duas fontes: uma do Estado e outra da sociedade civil (ARNOLD, 2000). Celso Lafer (2000) define a situação com a expressão: "internaliza-se o mundo", uma vez que as diferenças percebidas no mundo contemporâneo entre política nacional e internacional passam a se diluir, exigindo dos Estados novas e criativas soluções.

Existe, ainda, o debate voltado ao corpo profissional regulamentado para a prática do Ayurveda, tendo em vista o crescimento na oferta de serviço, dividindo-se em duas linhas: a exclusividade médica para o exercício da terapêutica, com a consequente interdição da prática de profissionais não médicos e a que defende seu exercício também por não médicos, desde

que devidamente habilitados, com importante repercussão no processo de institucionalização e legalização da prática (NASCIMENTO et al, 2013).

Levando em consideração a situação apresentada neste trabalho sobre a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde brasileiro e a recente adição do Ayurveda, as necessidades locais da população e os desafios de regulamentação, o aprofundamento da implementação e desenvolvimento do Ayurveda no Brasil está ligado à um maior grau de cooperação horizontal, com parcerias realizadas entre diversos atores e instituições, como equipes de territórios diferentes, visando a discussão em conjunto sobre problemas, planejamento e necessidades para atender às demandas e necessidades locais do SUS (BRASIL, 2018).

A atual convicção global considera o Ayurveda uma ciência preditiva, promotora e preventiva, com foco predominante na manutenção da saúde, prevenção das doenças e geração de bem estar (RASTOGI, 2018). Há um consenso emergente de que a inclusão de serviços de medicina tradicional e complementar pode ajudar a capacitar as pessoas a serem proativas para assumir o controle de sua saúde e receberem assistência primária integrativa, principalmente em áreas remotas. A Estratégia de Medicina Tradicional da OMS 2014-2023 enfatiza a importância de aproveitar o conhecimento tradicional para alcançar cuidados de saúde universais e acessíveis à todos.

Professores universitários com doutorado em Saúde Coletiva (dentre eles, a professora Madel Luz⁵³) realizaram um trabalho conjunto e publicaram, em 2013, o artigo intitulado "A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde". Sua conclusão explicita os processos abordados no presente trabalho:

Sistemas médicos tradicionais e modernos estão alinhados em uma interação, às vezes conflituosa, às vezes de maneira pacífica e mais ou menos integrada. Sua cooperação, mesmo que ocasional, tem contribuído para acelerar a assimilação mútua, de modo híbrido ou sincrético, tanto em termos teóricos como empíricos. As relações de continuidade, ruptura e hibridização e os processos de negociação entre diferentes sistemas do desenvolvimento cultural são hoje um dos maiores desafios das ciências sociais no campo da saúde. Os conflitos e as formas de coexistência, em uma comunicação multicontextual, multiétnica, migrante, composta de elementos multiculturais, tornam-se um relato reconstruído incessantemente, de modos diversos, nos desiguais campos de produção, comunicação e apropriação da cultura. Ao propor a expressão 'epistemologia do sul', Boaventura de Sousa Santos afirmou que a colonização epistêmica persiste e gera profundas contradições, com uma

⁵³ A professora Madel Luz é graduada em Filosofia pela UFRJ, possui mestrado em Sociologia pela Université Catholique de Louvain e doutorado em Ciência Política pela USP. É professora titular aposentada da UFRGS e colaboradora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Lattes/CNPQ).

divisão radical entre saberes que atribui à ciência moderna o monopólio universal de distinção entre o verdadeiro e o falso. A persistência da dominação epistêmica de matriz colonial, para além do processo das independências políticas, exige uma revisão crítica de conceitos hegemonicamente definidos pela racionalidade moderna a partir de uma perspectiva e condição de subalternidade. Segundo ele, uma das batalhas políticas mais importantes do século XXI é travada, sem dúvida, em torno do conhecimento. O desafio à hegemonia cultural tem resultado numa abertura à diversidade de saberes, diferentes lógicas e formas de pensar, que exigem a possibilidade de diálogo e comunicação entre culturas, quer numa interação com a ciência moderna, quer para além desta, no sentido de recuperar saberes e práticas de grupos sociais que, por via do capitalismo e colonialismo, foram subalternizados, marginalizados e desacreditados [...]. É necessário, entretanto, fugir do risco de “reificações funcionalistas da tradição [...] como forma de contrapor a racionalidade moderna a outros saberes e experiências considerados tradicionais porque anteriores à modernidade”. Este risco “limita a possibilidade crítica e analítica da estrutura conceitual sobre a qual assentam as concepções ideológicas da modernidade”. O desafio, portanto, é reconfigurar sentidos e explicações dominantes e construir uma nova narrativa teórica, como forma de alargar e qualificar a epistemologia do século XXI (NASCIMENTO et al, 2013, p. 22).

O futuro da cooperação bilateral e os resultados das políticas e projetos realizados até o momento serão vistos nos próximos anos. O fato é que existem muitos ganhos que poderão ser usufruídos por parte da população, por meio dos instrumentos de cooperação já assimilados. A política externa demonstra como, no mundo globalizado, as redes de conexão via cooperação diplomática são capazes de criar vínculos, estreitar laços e mobilizar a política nacional, que será estendida a toda uma nação - ainda que os Estados estejam muito distantes geográfica e culturalmente (todavia, com realidades similares).

REFERÊNCIAS

ABRA. **Carta Protesto**. Associação Brasileira de Ayurveda. 28 jun. 2018. Disponível em <<https://ayurveda.org.br/carta-protesto/>>. Acesso em 9 de nov. 2020.

ACCIOLY, Hildebrando et al. **Manual de Direito Internacional Público**. São Paulo: Editora Saraiva, 2009.

ALBA, Mariana. **Ayurveda no Brasil: Trajetórias e (re)invenções**. Dissertação de Mestrado (Antropologia Social). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

ALVES, Sabrina. **O Corpo como arena político-religiosa do Ayurveda no século XXI**. Dissertação de Mestrado em Ciência da Religião. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/22742>>. Acesso em 10 nov. 2020.

ANDRADE, Renan. **Legitimidade e Direito Internacional: uma análise conceitual e empírica sobre o uso da força no cenário internacional contemporâneo**. Monografia (Graduação em Relações Internacionais). Faculdade de Ciências Econômicas, UFRGS. Porto Alegre, 2011.

ARENAL, Celestino del. **Introduccion a las Relaciones Internacionales**. 3ª Edição. Madrid, 1994.

ARNOLD, David. **Science, Technology and Medicine in Colonial India**. Cambridge University Press. Cambridge, 2000.

ARRIGUI, Giovanni. **Adam Smith em Pequim: Origens e Fundamentos do Século XXI**. São Paulo, Boitempo, 2008.

ARRIGHI, Giovanni. **O longo século XX: dinheiro, poder e as origens de nosso tempo**. UNESP/Contraponto. São Paulo, 1996.

ARON, Raymond. **Paz e Guerra Entre as Nações**. Universidade de Brasília. Brasília, 2002.

AYUSH. **Achievements of International Cooperation**. Ministry of AYUSH. Government of India. Delhi, 2012. Disponível em <<https://main.ayush.gov.in/international-cooperation/achievements-international-cooperation>>. Acesso em 10 nov. 2020.

_____. **About the Ministry**. Ministry of AYUSH. Disponível em: <<https://main.ayush.gov.in/about-us/about-the-ministry>>. Acesso em 10 nov. 2020.

BARBOSA et al. **Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. Vol 36, n. 1, jun. 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n1/1678-4464-csp-36-01-e00208818.pdf>>. Acesso em 9 nov. 2020.

BISWAS, S. **Como o Primeiro Ministro reeleito Narendra Modi reinventou a política na Índia.** BBC News. 22 maio, 2019. Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-48386137>>. Acesso em 8 nov. 2020.

BLOOM, Gerald; STANDING, Hilary. **Future health systems: Why future? Why now?.** Social Science & Medicine. Vol 66, Issue 10, 2008, p. 2067-2075. ISSN 0277-9536. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.032>>. Acesso em 5 de nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, 2018. Disponível em <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2018/04/manual_implantacao_servicos_pics.pdf>. Acesso em 10 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.** Objetivos. [SI], 2020. Disponível em <<https://aps.saude.gov.br/politicas/pnpic>> . Acesso em 10 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sus: atitude de ampliação de acesso** Brasília, 2006. Disponível em <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em 10 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1988.** Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849.** Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde **Portaria nº 971.** Ministério da Saúde. Brasília, 2006b.

_____. **Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018).** Ministério da Saúde. Brasília, 2018. Disponível em <<https://www.google.com/url?q=http://www.abc.gov.br/imprensa/mostrarConteudo/1014&sa=D&ust=1605253651906000&usg=AOvVaw0QL72PCZGw-Jo08tiMibTW>>. Acesso em 30 out. 2020.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **II Reunião da Comissão Mista Brasil-Índia sobre cooperação científica e tecnológica.** Itamaraty. Brasília, 2013. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/3418-ata-da-sexta-reuniao-da-comissao-mista-de-cooperacao-politica-economica-cientifica-tecnologica-e-cultural-brasil-india-brasilia-15-de-outubro-de-2013>>. Acesso em 05 nov. 2020.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Atos assinados por ocasião da visita ao Brasil do Primeiro Ministro da Republica da Índia, Shri Narendra Modi.** Brasília, 2014. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/5709-atos-assinados-por-ocasio-da-visita-ao-brasil-do-primeiro-ministro-da-republica-da-india-shri-narendra-modi-brasilia-16-de-julho-de-2014>>. Acesso em 05 nov. 2020.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Visita ao Brasil do Secretário Especial para América Latina e Assuntos Consulares da Índia.** Brasília, 2015a. Disponível em <<https://www.gov.br/mrept-BR/notas-a-imprensa/10535-visita-ao-brasil-do-secretario-especial>>

para-a-america-latina-e-assuntos-consulares-passaporte-e-vistos-da-india-comunicado-conjunto-brasil-20-e-21-de-julho-de-2015>. Acesso em 05 nov. 2020.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **VII Reunião da Comissão Mista Brasil-Índia: comunicado conjunto e ata**. Nova Délhi, 2015b. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/12550-vii-reuniao-da-comissao-mista-brasil-india-comunicado-conjunto-e-ata-nova-delhi-19-de-novembro-de-2015>>. Acesso em 05 nov. 2020.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Visita do Presidente da República à Índia**. Goa, 2016. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/14940-visita-do-presidente-da-republica-a-india-go-17-de-outubro-de-2016-comunicado-conjunto-brasil-india>>. Acesso em 05 de nov. 2020.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Reunião da Comissão Mista Brasil-Índia sobre Cooperação Científica e Tecnológica**. Brasília, 2018. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/sem-categoria/18963-reuniao-da-comissao-mista-brasil-india-sobre-cooperacao-cientifica-e-tecnologica-palacio-itamaraty-30-de-maio-de-2018>>. Acesso em 05 nov. 2020.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Entrevista com o Ministro das Relações Exteriores: President Bolsonaro and Modi share views on the idea of nation**. Nova Délhi, 2020a. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/discursos-artigos-e-entrevistas-categoria/ministro-das-relacoes-exteriores-entrevistas/21267-president-bolsonaro-pm-modi-share-views-on-the-idea-of-a-nation-the-hindu-india-25-01-2020-ingles>>. Acesso em 05 nov. 2020.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Plano de Ação para Fortalecer a Parceria Estratégica entre o Brasil e a Índia**. Nova Délhi, 2020b. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/21260-plano-de-acao-para-fortalecer-a-parceria-estrategica-entre-o-brasil-e-a-india-25-de-janeiro-de-2020>>. Acesso em 05 nov. 2020.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Comunicado Conjunto Brasil-Índia por ocasião da visita de Estado do Presidente da República Federativa do Brasil à Índia**. Nova Delhi, 2020c. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/21258-comunicado-conjunto-brasil-india-por-ocasio-da-visita-de-estado-do-presidente-da-republica-federativa-do-brasil-a-india-25-27-de-janeiro-de-2020>>. Acesso em 05 nov. 2020.

BRICS. **Joint Communiqué of the BRICS Member States on Health on the Sidelines of the 69th WHO Assembly**. Geneva, 2016. Disponível em <www.brics.utoronto.ca/docs/160524-health.pdf>. Acesso em 05 nov. 2020.

BJOLA, Corneliu. **A Communicative Action Perspective**. *European Journal of International Relations*, 2005. (Disponível em <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1354066105052968>. Acesso em 24 de Agosto de 2020).

BULL, Hedley. **The Anarchical Society: A Study of Order in World Politics**. Londres, McMillan Press, 1977.

CARNEIRO, D. M. **Ayurveda – Saúde e Longevidade**. Editora UFG. Goiânia, 2007

CARR, Edward. **The Twenty Years Crisis, 1919-1939: an Introduction to the Study of International Relations**. Londres, Macmillan, 1939, edição revisada, 1946.

CERVO, Amado L. e BERVIAN, Pedro A. **Metodologia Científica : para uso dos estudantes universitários**. 3.ed. São Paulo, 1983.

CHAKRABORTY, R.; SEN, S. **Revival, Modernization and integration of Indian Traditional Herbal Medicine in Clinical Practice: Importance, challenges and future**. Journal of Traditional and Complementary Medicine, Delhi, Vol 7, n.2, 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2016.05.006>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

CHATTERJEE, Partha. **Colonialismo, Modernidade e Política**. EDUFBA. São Paulo, 2004.

CHAUDHARY, Anand; SINGH, Neetu. **Contribution of World Health Organization in the Global Acceptance of Ayurveda**. Journal of Ayurveda and Integrative Medicine. Vol 2, Issue 4, p. 179-186, out-dez 2011. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3255448/>>. Acesso em 05 nov. 2020.

CREMESP. **Medicina Alternativa: Cremesp sugere cuidado**. Informativos do Cremesp. Edição 225/05, 2006. Disponível em <www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=667>. Acesso em 10 nov. 2020.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese em ciências humanas**. Editorial Presença, 13ª edição, São Paulo, 2007.

FONSECA JR, Gelson. **A legitimidade e outras Questões Internacionais**. São Paulo, Paz e Terra, 1998, edição revisada, 2004.

FRANK, Thomas. **The Power of Legitimacy among Nations**. Nova York, Oxford University Press, 1990.

FUNAG. **Relações Brasil-Índia: Além dos 70 anos**. Ministério das Relações Exteriores. Coleção Relações Internacionais. Brasília, 2019.

GUERALDI, Ronaldo. **A Aplicação do Conceito de Poder Brando na Política Externa Brasileira**. Dissertação de Mestrado (Administração Pública). Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2006. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3552/ACFC3.pdf?s>>. Acesso em 10 nov. 2020.

GROISMAN, A. **'Expansão Religiosa' e 'Modernidade': notas para um debate contemporâneo**. In: XIII Simpósio Nacional da Associação Brasileira de História das Religiões, 2012, São Luis, MA. Anais do XIII Simpósio Nacional da ABHR, UFMA. São Paulo, 2012.

- HABERMAS, Jurgen. **The Theory of Communicative Action**. Boston: Beacon Press, 1984.
- HALLIDAY, Fred. **Repensando as Relações Internacionais**. UFRGS e FAPA. Porto Alegre, 1999.
- HUNTINGTON, Samuel. **O choque das civilizações e a recomposição da nova ordem mundial**. Objetiva. Rio de Janeiro 1997.
- HURRELL, Andrew. **Legitimacy and the use of force: can the circle be squared?**. Review of International Studies, 31, 2005.
- INDIA. Central Council of Indian Medicine. **Syllabus of Ayurvedacharya (B.A.M.S)**. Central Council of Indian Medicine (CCIM). New Delhi, 2016.
- _____. Central Council of Indian Medicine. **The Indian Medicine Central Council Act**. Delhi, 1970. Disponível em <http://legislative.gov.in/sites/default/files/A1970-48_0.pdf>. Acesso em 09 nov. 2020.
- _____. Ministry of External Affairs. **List of MoUs/Agreements exchanged during State Visit of President of Brazil to India**. New Delhi, 2020. Disponível em <https://www.mea.gov.in/bilateral-documents.htm?dtl/32325/List_of_MoUsAgreements_exchanged_during_State_Visit_of_President_of_Brazil_to_India>. Acesso em 05 nov. 2020.
- INDIATIMES. **77 percent indian households use ayurvedic products: PwC report**. 2018. Disponível em <<https://economictimes.indiatimes.com/industry/healthcare/biotech/healthcare/77-percent-indian-households-use-ayurvedic-products-pwc-report/articleshow/66773295.cms>>. Acesso em 09 nov. 2020.
- INDIATIMES. **PM Narendra Modi inaugurates Ayurveda research and teaching institute in Gujarat**. Delhi, 2020. Disponível em <<https://economictimes.indiatimes.com/industry/healthcare/biotech/healthcare/pm-narendra-modi-inaugurates-ayurveda-research-teaching-institute-in-gujarat/articleshow/79206716.cms?from=mdr>>. Acesso em 16 nov. 2020.
- JANSEN et al. **Medicine in motion: Opportunities, challenges and data analytics-based solutions for traditional medicine integration into western medical practice**. Journal of Ethnopharmacology, Vol 15, ISSN 0378-8741, mar. 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jep.2020.113477>>. Acesso em 10 nov. 2020.
- KAUL, Nitasha. **Rise of the Political Right in India: Hindutva Development Mix, Modi Myth and Dualities**. Journal of Labor and Society. Vol 20, Issue 4. Dez, 2017. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wusa.12318>>. Acesso em 07 nov. 2020.
- KEOHANE, Robert. **International Relations and International Law: Two Topics**. Longman. New York, 2007.
- KINGDON, John. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. Harper Collins. 3ª Edição. New York, 2003.
- LAFER, Celso. **Brasil: Dilemas e Desafios da Política Externa**. Estudos Avançados. vol.38,

n.14, pp. 260-267, 2000.

LESLIE, Charles. **The Ambiguities of Medical Revivalism in Modern India**. In: Asian Medical Systems: A Comparative Study. Charles Leslie. Motilal Banarsidass. Delhi, 1977.

LIBERA et al. **Ayurveda: The future in the tradition**. Journal of Ayurveda and Integrative Medicine. Vol 9, Issue 1, 2018, p. 83-84. ISSN 0975-9476. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jaim.2017.06.001>>. Acesso em 10 nov. 2020.

MAGNANI, José Guilherme. **Mystca Urbe: Um Estudo Antropológico Sobre o Circuito Neo-Esotérico na MetrÓpole**. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

MALONE, David. **Does the Elephant Dance?: Contemporary Indian Foreign Policy**. Oxford University Press. UK, 2012.

MILANI, Carlos R. S. **Desenvolvimento e Cooperação Internacional: relação de poder e política dos Estados**. Edufba. Salvador 2014.

MOATULA, Ao. **Health outcome measures and determinants of using indigenous medicine in a pluralistic healthcare in Nagaland, Northeast India**. Clinical Epidemiology and Global Health. Vol. 8, Issue 1, mar. 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.07.002>>. Acesso em 10 nov. 2020.

MOON, Bruce E. **The State in Foreign and Domestic Policy**. In: NEACK, Laura; HEY, Jeanne A.K.; HANEY, Patrick J. (org). Foreign Policy Analysis – Continuity and Change in Its Second Generation. New Jersey, 1995.

MORGENTHAU, Hans J. **Política Entre as Nações: a Luta Pelo Poder e Pela Paz**. Brasília: UNB, 2003.

MUTALIK et al. **Ayuryoga: the Confluence of healing sciences: a call for global action**. Journal of Ayurveda and Integrative Medicine. Vol 10, Issue 2. Abril, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jaim.2019.06.001>>. Acesso em 5 nov. 2020.

NARAYANA, D.B.; DURG. Sharanbasappa. **Ayurveda: Here is the evidence**. Journal of Ayurveda and Integrative Medicine. Vol 9, Issue 4, set. 2020. ISSN 0975-9476. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jaim.2020.07.001>>. Acesso em 10 nov. 2020.

NASCIMENTO, Marilene et al . **A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde**. Ciência Saúde Coletiva. Rio de Janeiro , v. 18, n. 12, p. 3595-3604, Dez. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Nov. 2020.

NUNES, Raul Cavedon; RODRIGUEZ, Vitória Gonzales. **“A política externa brasileira de Temer-Serra: retração política e subordinação econômica”**. Boletim Conjuntura NERINT, v. 1, n. 4, p. 1-91. 2017. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/nerint/wpcontent/uploads/2017/03/POR-Nunes-Rodriguez.pdf>>. Acesso em 10 nov. 2020.

NYE, Joseph S. **Understanding International Conflicts: An Introduction to Theory and History**. Pearson Longman. 4th ed. New York, 2002.

_____. **Paradoxo do Poder Americano**. Editora UNESP. São Paulo, 2002.

_____. **Soft Power**. Estados Unidos: Public Affairs. New York, 2004.

NYE, Joseph S; KEOHANE, Robert. **Power and Interdependence**. Longman. Estados Unidos, 2001.

PANAGARIYA, Arving. **India in the 1980's and 1990s: a Triumph of Reforms**. IMF Working Paper. New York, 2004.

PASSOS, R. D. F. dos; SANTANA, D. P. F. de. **A brief analysis of Jair Bolsonaro's proposals for Brazilian foreign policy**. *Perspectivas*, São Paulo, v. 52, p. 89-101, jul./dez. 2018.

PATTANAIK, Devdutt. **Pilgrimmation: the making of Bharatvarsh**. Aleph Book Company. Nova Délhi, 2020.

PRASAD, Purendra. **Medicine, Power and Social Legitimacy: a Socio - Historical Appraisal of Health System in Contemporary India**. *Economic and Political Weekly*, Vol. 42, No. 34, p.3491-3498, 2007.

PATWARDHAN et al. **Research orientation in Ayurveda educational institutions: Challenges and the way forward**. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*. Vol 10, Issue 1, jan-mar 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jaim.2018.12.001>>. Acesso em 10 nov. 2020.

PATWARDHAN, Bhushan. **Strategic Cooperation with WHO**. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*. Vol 7, Issue 1, mar. 2016. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jaim.2016.05.001>>. Acesso em 06 nov. 2020.

PATWARDHAN, Kishor. **Promoting evidence-based for Ayurveda**. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*. Vol 9, Issue 5, 2019. ISSN 0975-9476. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jaim.2019.10.001>>. Acesso em 10 nov. 2020.

RAMASWAMY, S. **Reflections on current Ayurveda Research**. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*. Vol 9, Issue 4, out-dez 2018, p. 250-251. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jaim.2018.11.001>>. Acesso em 10 nov. 2020.

RASTOGI, Sanjeev. **What is needed to keep Ayurveda growing? An interview with Prof. R H Singh**. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*. Volume 9, Issue 4, 2018, Pages 316-318, ISSN 0975-9476. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jaim.2018.06.003>>. Acesso em 10 nov. 2020.

RUSSEL, R. **Política exterior y toma de decisiones em America Latina**. GEL. Buenos Aires, 1990.

ROCHA, A. M. **Estudo Comparado dos Textos Clássicos do Ayurveda**. Tese de doutorado. UFRJ, 2009.

RRT. **Refugee Review Tribunal**. Research Response IND34592. Austrália, 2009.

SAKS, Mike. **Plural Medicine and East West Dialogue. Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms**. State University of New York Press. New York, 2019.

SANTOS, Boaventura.; MENESES, M.P. **Epistemologias do Sul**. Coimbra. Almedina , 2009.

SHREERUPA, Mitrajha. **First of its kind: Ayush Ministry sign WHO pact, aim to spread Ayurveda globally**. Firstpost. 14 mar. 2016. Disponível em <<https://www.firstpost.com/world/first-of-its-kind-ayush-ministry-sign-who-pact-aim-to-spread-ayurveda-globally-2781236.html>>. Acesso em 7 nov. 2020.

SOUSA et al. **The experience of Brazilian Ministry of Health with databases and research possibilities integrative medicine public health services**. Advances in Integrative Medicine. Vol. 6, s. 1, maio 2019a, p.S11-S12. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.aimed.2019.03.455>>. Acesso em 09 nov. 2020.

SOUZA et Al. **Traditional and Complementary Medicine in Primary Health Care in Brazil**. Advances in Integrative Medicine. Vol 6, s 1, mai. 2019b. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.aimed.2019.03.031>>. Acesso em 09 nov. 2020.

SOUZA et al. **Traditional complementary and integrative medicine at the public health service in Brazil: limitations and strategies of the integration**. Advances in Integrative Medicine. Vol 6, Supplement 1, 2019, P. S11, ISSN 2212-9588. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.aimed.2019.03.030>>. Acesso em 09 nov. 2020.

SUBRAMANIAN, Samanth. **How Hindu Supremacists are Tearing India Apart**. The Guardian. 20 fev. 2020. Disponível em <<https://www.theguardian.com/world/2020/feb/20/hindu-supremacists-nationalism-tearing-india-apart-modi-bjp-rss-jnu-attacks>>. Acesso em 10 nov. 2020.

TERRA. **Congresso traz ao Brasil os maiores especialistas Internacionais em Ayurveda**. [SI]. 2018. Disponível em <<https://www.terra.com.br/noticias/dino/congresso-traz-ao-brasil-os-maiores-especialistas-internacionais-em-ayurveda,383a41c27b8664a7eb435411ab6ac6e2j61yc7ss.html>>. Acesso em 09 nov. 2020.

TEWARI, PV. **Charaka Samhita: Student Edition - Part I**. Chaukhambha Vishvabharati. Varanasi, 2018.

VAGBHATA, Vd. **Ashtanga Hridayam**. Editora Chakpori. Brasil, 2002

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. Editora UnB. São Paulo, 2004.

WHO. **Cooperação estratégica: Saúde e Desenvolvimento**. 2013b. Disponível em: <http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_tha_en.pdf>. Acesso: 7 nov. 2020.

_____. **Traditional Medicine: Report by the Secretariat**. 56th World Health Assembly. Geneva, 2003.

_____. **Traditional Medicine Strategy 2002-2005**. Genebra, 2002.

_____. **WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023**. China, 2013a.

_____. **Alma-Ata 1978**. Primary Health Care. WHO. Geneva, 1978.

_____. **Half the world lacks access to essential health services**. World Health Organization. Tokyo, 2017. Disponível em <<https://www.who.int/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>>. Acesso em 10 nov. 2020

WUJASTYK e SMITH. **Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms**. State University of New York Press. 1ª Edição. New York, 2008.

ZYSK, Kenneth G. **New Age Ayurveda or what happens to Indian medicine when it comes to America**. Traditional South Asian Medicine 6: 10–26, 2001.

ANEXO I - Memorando de Entendimento para Cooperação em Medicina Tradicional e Homeopatia, cedido pela Embaixada Brasileira de Nova Delhi.

MEMORANDO DE ENTENDIMENTO ENTRE O MINISTÉRIO DE AYUSH DO GOVERNO DA REPÚBLICA DA ÍNDIA E O MINISTÉRIO DE SAÚDE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL SOBRE COOPERAÇÃO NO CAMPO DOS SISTEMAS TRADICIONAIS DE MEDICINA E HOMEOPATIA

PREÂMBULO

O Ministério da AYUSH da República da Índia e o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil (doravante referidos individualmente como "a Parte" e coletivamente referidos como "as Partes")

RECONHECENDO as relações amigáveis existentes entre os dois países e

DESEJANDO fortalecer e aprofundar a cooperação entre os dois países no campo dos sistemas tradicionais de medicina e homeopatia

CONVENCIDOS da necessidade de uma cooperação duradoura e eficaz no interesse de ambos os países; e

ACREDITANDO que essa cooperação serviria a seus interesses comuns e contribuiria para o aprimoramento no campo mencionado e para o desenvolvimento social dos povos de ambos os países.

ALCANÇARAM o seguinte entendimento:

ARTIGO I
OBJETIVO

As Partes, sujeitas às leis, regras, regulamentos e políticas nacionais de tempos em tempos em cada país, concordam em fortalecer, promover e desenvolver a cooperação nos campos dos Sistemas Tradicionais de Medicina e Homeopatia entre os dois países na base da igualdade e benefício mútuo.

ARTIGO II
ÁREAS DE COOPERAÇÃO

Cada Parte incentivará e promoverá a cooperação nas seguintes áreas e/ou formas:

- a) Troca de experiência em regulamentação de ensino, prática, medicamentos e terapias alternativas;
- b) Promoção de conhecimento, intercâmbio para o treinamento de especialistas, profissionais de saúde, cientistas, profissionais de ensino e estudantes;
- c) Desenvolvimento de pesquisas conjuntas, programas educacionais e de treinamento; e

- d) Quaisquer outras áreas e/ou formas de cooperação mutuamente acordadas posteriormente pelas Partes.

ARTIGO III **AUTORIDADE DESIGNADA**

As autoridades designadas responsáveis pela implementação deste Memorando de Entendimento serão o Ministério da AYUSH do Governo da República da Índia e o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil.

ARTIGO IV **IMPLEMENTAÇÃO**

- a) Este Memorando de Entendimento não se destina a conferir direitos vinculativos ou obrigações legais às partes.
- b) Cada parte identificará instituições/organizações relevantes para participar das atividades deste Memorando de Entendimento.
- c) As atividades cooperativas realizadas no âmbito deste Memorando de Entendimento e seus arranjos financeiros deverão ser mutuamente acordadas pelas respectivas Partes, caso a caso, sujeitas à disponibilidade de fundos.

ARTIGO V **PARTICIPAÇÃO DE TERCEIROS**

Qualquer uma das Partes pode convidar a participação de terceiros em atividades e/ou programas conjuntos, realizados sob este Memorando de Entendimento, mediante acordo da outra Parte. Na realização de tais atividades e programas conjuntos, as Partes garantirão que o terceiro cumpra as disposições deste Memorando de Entendimento.

ARTIGO VI **PROTECÇÃO DOS DIREITOS DE PROPRIEDADE INTELECTUAL**

- a) Se as atividades do Memorando de Entendimento derem origem a direitos de propriedade intelectual, as partes celebrarão um contrato separado que fornecerá especificamente a propriedade, o gerenciamento e a comercialização de tais direitos, de acordo com as regras e regulamentos de cada Parte e outros acordos multilaterais aos quais as partes são partes em.
- b) As Partes podem estabelecer conjuntamente acordos específicos sobre propriedade intelectual, caso a caso, para os projetos, pesquisas e publicações.

ARTIGO VII
INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL

- a) Todas as informações e documentos a serem trocados de acordo com o Memorando de Entendimento serão mantidos em sigilo pelas Partes. As partes não usarão as informações para fins diferentes dos especificados sem o consentimento prévio por escrito da outra parte.
- b) As partes trocarão informações no âmbito deste Memorando de Entendimento, sujeitas às disposições de confidencialidade contidas neste documento, com exceção dos casos em que a legislação nacional ou a Parte que fornece essas informações tiver estabelecido restrições ao seu uso ou divulgação.
- c) As informações transmitidas pelas Partes, no curso de atividades de cooperação sob este Memorando de Entendimento, serão confidenciais e não poderão ser usadas para outros fins que não os para os quais foram solicitadas, e não serão transferidas para terceiros sem a consentimento prévio por escrito da parte que forneceu essas informações, durante a vigência deste MdE e após seu término.
- d) As informações resultantes das atividades de implementação do Acordo/ Memorando de Entendimento serão publicadas ou divulgadas a terceiros, somente com o consentimento prévio por escrito da outra parte.

ARTIGO VIII
SUSPENSÃO

Cada Parte se reserva o direito de, por razões de segurança nacional, interesse nacional, ordem pública ou saúde pública, suspender temporariamente, no todo ou em parte, a implementação deste Memorando de Entendimento. A suspensão entra em efeito imediatamente após a notificação à outra Parte por via diplomática.

ARTIGO IX
REVISÃO, MODIFICAÇÃO E ALTERAÇÃO

- a) Qualquer uma das Partes pode solicitar por escrito uma revisão, modificação ou alteração de todo ou qualquer parte deste Memorando de Entendimento.
- b) Qualquer revisão, modificação ou alteração acordada pelas Partes deverá ser feita por escrito e fará parte deste Memorando de Entendimento.
- c) A revisão, modificação ou alteração entrará em efeito na data que for determinada pelas Partes.
- d) Qualquer revisão, modificação ou alteração não prejudicará as atividades em andamento neste Memorando de Entendimento antes ou até a data de tal revisão, modificação ou alteração.

ARTIGO X

RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS

Qualquer diferença ou disputa entre as Partes referente à interpretação e/ou implementação e/ou aplicação de qualquer uma das disposições deste Memorando de Entendimento será resolvida amigavelmente por meio de consulta e/ou negociação mútua entre as Partes por canais diplomáticos.

ARTIGO XI **ENTRADA EM EFEITO, DURAÇÃO E RESCISÃO**

- a) Este Memorando de Entendimento entrará em efeito na data da assinatura e permanecerá em efeito por um período de cinco (5) anos.
- b) Posteriormente, será automaticamente prorrogado por um período adicional de cinco (5) anos.
- c) Não obstante qualquer coisa contida neste Artigo, qualquer Parte poderá rescindir este Memorando de Entendimento notificando a outra Parte de sua intenção de rescindir este Memorando de Entendimento por meio de notificação escrita por via diplomática, pelo menos seis (6) meses antes de sua intenção de fazê-lo.
- d) O término deste Memorando de Entendimento não afetará a implementação de atividades e/ou programas em andamento acordados antes da data de término deste Memorando de Entendimento.

EM FÉ DO QUE, os abaixo-assinados, devidamente autorizados por seus respectivos Governos, assinaram este Memorando de Entendimento.

ASSINADO em _____ nesta _____ em dois (2) originais, cada um nos idiomas hindi, português e inglês, sendo todos os textos igualmente autênticos. Em caso de divergência de interpretação, o texto em inglês prevalecerá.

PELO MINISTÉRIO DE AYUSH DO
GOVERNO DA REPÚBLICA DA ÍNDIA

PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO
GOVERNO DA REPÚBLICA
FEDERATIVA DO BRASIL