

Rumo a uma postura decolonial na governança da saúde pública: uma proposição teórico-prática

*Towards a decolonial stance in public health governance:
a theoretical-praxis proposition*

Luiz C. de C. G. Moureau ¹  , Fernanda F. Sauerbronn ¹  

DETALHES EDITORIAIS

Afiliação

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Histórico do artigo

Recebido: 18/09/2024

Aceito: 20/10/2025

Publicado: 30/12/2025

Citação APA:

Moureau, L. C. de C. G. , & Sauerbronn, F. F. (2025). Rumo a uma postura decolonial na governança da saúde pública: uma proposição teórico-prática. *Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ*, 30(1), 15- 33.

[English version](#)



Resumo

O presente ensaio articula uma perspectiva decolonial e uma postura prática que podem ajudar a entender melhor a multidimensionalidade dos modelos de governança internacional e como eles são pensados e atuados em organizações de saúde pública no Brasil. Propomos focar nos diretamente envolvidos (diretores e gestores) e nos excluídos e esquecidos (profissionais de saúde e usuários dos serviços). Reunimos diferentes abordagens e instrumentos analíticos que podem orientar estudos futuros e proporcionar uma coprodução de conhecimento sobre o pensamento e a prática decoloniais no processo de governança da saúde pública. Assim, o ensaio espera contribuir para a formulação de uma proposta multidimensional e multivocal que leve em conta a pluriversidade – nas fronteiras dos níveis macroestrutural, organizacional e individual – que confrontam e desafiam o pensamento hegemônico capitalista neoliberal na governança pública.

Palavras-chave: governança pública, saúde, neoliberal, decolonial

Abstract

The present essay articulates a decolonial perspective and praxis stance that could help better understand the multidimensionality of international governance models and how they are thought of and acted upon in public health organizations in Brazil. We propose focusing on those directly involved (directors and managers) and the ones excluded and forgotten (health professionals and service users). We brought together different approaches and analytical instruments that could guide future studies and provide a co-production of knowledge about decolonial thinking and praxis in the public health governance process. Thus, the essay hopes to contribute to formulating a multidimensional and multivocal proposal that accounts for pluriverses – at the borders of the macrostructural, organizational, and individual levels– that confront and challenge neoliberal capitalist hegemonic thinking in public governance.

Keywords: public governance, health, neoliberal, decolonial

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, estudos sugeriram que a contabilidade não pode ser considerada neutra, seja como ciência, técnica ou prática (Tweedie, 2023). No entanto, muitos acadêmicos tradicionais da contabilidade ainda consideram as ciências econômicas a sua referência científica (Modell, 2015), apesar de proeminentes teóricos da economia política acharem curioso, no mínimo, que as ciências econômicas pudessem ser neutras em relação a contextos políticos e sociais (Mazzucato, 2020).

O neoliberalismo surge como uma ideologia política e socioeconômica que avança sob a não neutralidade da contabilidade. Visa enfrentar a crise do Estado de Bem-Estar Social, iniciada no final da década de 1960 (Mendes et al., 2020). Desde Thatcher, Reagan e outros governos eleitos ao redor do mundo, as políticas neoliberais têm guiado definitivamente o avanço das empresas capitalistas (Chiapello, 2017). O neoliberalismo e o capitalismo financeiro dominaram as esferas públicas, seja como uma fase do capitalismo ou como um modo de governança (Chiapello, 2017). A crescente financeirização tem fomentado investimentos significativos em formas de capital fictício (derivativos, títulos, criptomoedas), puramente especulativos e responsáveis pelas crises financeiras do século XX (Cooper, 2015).

Nesse contexto, a contabilidade se apresenta como neutra; no entanto, constitui peça fundamental do capitalismo neoliberal financeirizado também no Brasil, reforçando seu papel colonizador às margens do capitalismo (Silva et al., 2022). Desde meados da década de 1990, o Brasil expandiu as políticas neoliberais de desregulamentação, privatização e os processos de reconfiguração hegemônica (e contra hegemônica) de diversas áreas das políticas públicas, como a prestação de serviços à população. Além disso, sob o pretexto de combater a corrupção, em meados da década de 2010, o Brasil adotou as práticas de boa governança propostas pelo Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, OCDE e diversos Conselhos de Contabilidade (Emoingt & Silva, 2023) para países do Sul Global (Neu et al., 2006).

Consequentemente, as organizações públicas brasileiras estão sob pressão para atender aos objetivos do capitalismo neoliberal financeirizado. A preponderância ilimitada do neoliberalismo e do capitalismo financeiro (Chiapello, 2017) submeteu questões sociais como saúde, educação, previdência social, transporte, habitação e construção de infraestrutura a arranjos público-privados, que garantiram o máximo lucro para investidores/acionistas, manchando a imagem do Estado como uma entidade corrupta, perdulária e ineficiente (Mazzucato, 2020). Portanto, a contabilidade não apenas tenta criar uma ilusão de neutralidade, semelhante aos estudos econômicos, mas também serve como um mecanismo fundamental do capitalismo neoliberal financeirizado e colonizador (Silva et al., 2022).

Nesse contexto, o setor público de saúde brasileiro dificulta os objetivos neoliberais, uma vez que o Brasil possui um Sistema Único de Saúde (SUS) universal e gratuito, um projeto civilizatório na visão de muitos acadêmicos brasileiros (Paim, 2008, 2013). O formato público do SUS, conforme previsto na Constituição Brasileira de 1988, vem sendo atacado e desmantelado desde 1990 por diversas leis que ampliam a participação privada na prestação de serviços e consomem parcelas do orçamento público (Bahia, 2008; Menicucci, 2008, 2014a). Apesar desse cenário, o papel desempenhado pelas organizações públicas durante a pandemia foi notável devido à sua imensa importância na distribuição do acesso gratuito à saúde e aos medicamentos em dimensões continentais brasileiras - mesmo sob a descoordenação intencional do governo Bolsonaro (Lima et al., 2022).

Considerando esse cenário, nossa abordagem neste artigo propõe transcender as limitações das posições de protesto, frequentemente confinadas à retórica política, em vez de se tornarem uma prática cultural transformadora (Ashcroft, 2000; Chiapello, 2017). Essas posições correm o risco de serem conciliadoras, em vez de genuinamente anticolonialistas e auto empoderadoras, incluindo uma parcela significativa de acadêmicos da área de contabilidade (Sauerbronn et al., 2021). Este ensaio teórico desenvolve a necessidade de incorporar epistemologias decoloniais latino-americanas, reconhecendo a trajetória imposta de obediência colonial à ordem capitalista pós-colonial global, que se impõe aos agentes locais, particularmente aqueles envolvidos na implementação de políticas públicas (Chiapello, 2017; Mattos et al., Cruz, 2017; Silva et al., 2021).

Diante da complexidade da governança em saúde no Brasil e do crescente reconhecimento de uma agenda alternativa para a pesquisa empírica em contabilidade, surgiu a questão que norteou esta pesquisa: Como as influências coloniais do modelo de governança socioeconômica euro-americano influenciam a práxis nas organizações públicas, especificamente na saúde pública?

Para responder a essa questão norteadora, desenvolvemos um ensaio teórico para articular uma perspectiva decolonial e uma postura prática que possam auxiliar na compreensão da multidimensionalidade dos modelos de governança internacional e como eles são pensados e atuados nas organizações de saúde pública no Brasil. Entendemos que as lentes teóricas que abordam o tema da colonialidade/modernidade podem ampliar a compreensão da governança em saúde pública, abrindo espaço para diversas vozes. Assim, há potencial para coproduzir conhecimento com os envolvidos na governança sobre como vivenciam modelos internacionais de influência colonial em sua organização. Nessa proposição, buscamos avançar o pensamento e a práxis decoloniais no setor público em contextos relacionados ao processo de governança em saúde, com foco em sujeitos por vezes marginalizados e excluídos, como profissionais de saúde da linha de frente e usuários do SUS.

Para atingir os objetivos do artigo, o ensaio foi estruturado em cinco partes, a partir de sua contextualização. Na sequência, apresentamos um breve histórico de como o sistema público de saúde brasileiro se desenvolveu, atendendo a interesses privados, e, em seguida, discutimos o atual processo de governança em saúde no Brasil. Na terceira e quarta seções, discutimos e desenhamos diferentes abordagens teóricas sobre a decolonialidade para formular uma proposta multidimensional e multivocal para a compreensão da governança pública. Como considerações finais, apontamos o potencial dessa proposta decolonial para melhor compreender a práxis dos envolvidos diretamente (diretores e gestores) e dos excluídos ou esquecidos (profissionais de saúde e usuários dos serviços) do processo formal de governança organizacional em saúde pública, dada a influência do pensamento hegemônico capitalista neoliberal.

2 ORIGENS E INFLUÊNCIAS DA INICIATIVA PRIVADA NA GOVERNANÇA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O início das intervenções estatais ligadas à assistência social, incluindo a saúde, está intimamente relacionado ao surgimento do capitalismo, uma vez que as ações de caridades das famílias e paróquias não eram mais suficientes para lidar com os muitos famintos, miseráveis, desempregados e delinquentes durante a transição do feudalismo para o capitalismo (Paim, 2013). No entanto, no Brasil, as questões de saúde pública permaneceram fora das principais discussões do governo e da sociedade devido à sua trajetória socioeconômica, sustentada pelo trabalho escravo. As ações de saúde eram percebidas quase que precisamente por meio de intervenções específicas devido a catástrofes naturais. Também não havia nenhuma forma de cooperação entre as famílias, e os menos privilegiados eram acolhidos por instituições religiosas (Piola et al., 2009).

Segundo Paim (2013), essa questão social ia além do problema da pobreza. Manifestou-se como uma luta de classes com o desenvolvimento do capitalismo industrial e a emergência da classe trabalhadora. Assim, inspirados por esse movimento internacional, algumas mudanças foram introduzidas com a criação do seguro social (Piola et al., 2009) e a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) a partir do primeiro governo federal do presidente Getúlio Vargas (1930-1950). No entanto, vale destacar que a população brasileira apresentava sinais vitais de exclusão. De acordo com o censo demográfico realizado no final do século XIX, os escravizados representavam 15% da população brasileira e foram abandonados à própria sorte após a abolição.

O Brasil implementou um projeto de modernização conservador, que não tocou no regime latifundiário, e ex-escravizados foram expulsos para favelas e regiões precárias, sem condições mínimas de saúde. O governo Vargas implementou os Institutos de Previdência Complementar (IPPI) para aqueles vinculados ao mercado de trabalho formal que usufruíam de serviços de saúde e assistência social. No entanto, uma parcela significativa da população negra ex-escravizada e seus descendentes não foi inserida no mercado de trabalho formal. Trabalho e seguridade social, portanto, o desenvolvimentismo no Brasil não adotou integralmente o Estado de Bem-Estar Social (Paim, 2013).

O período da Guerra Fria foi crucial para a compreensão da expansão do padrão americano de política social liberal, incluindo a saúde, como componente de política externa e garantia de uma ordem econômica global sob sua hegemonia. Uma abordagem científica e uma terminologia complexa foram geradas no âmbito da hegemonia norte-americana para a gestão da saúde, a fim de destacar a melhor forma de compatibilizar certos direitos com a sustentabilidade financeira (Paim, 2013).

Nesse contexto, após o golpe militar de 1964, as políticas de saúde dos governos militares no Brasil incentivaram a expansão do setor privado (Paiva & Teixeira, 2014). Os governantes expandiram a compra de serviços por meio da seguridade social. Eles forneceram incentivos fiscais às empresas para a contratação de empresas privadas ou cooperativas médicas para fornecer serviços de saúde aos seus funcionários por meio de acordos comerciais (Almeida, 1996). Segundo Almeida (1996), um dos objetivos era privatizar parte dos serviços médicos estaduais, considerados inadequados por não serem lucrativos. Assim, foi criada uma instituição federal de seguridade social (Instituto Nacional de Previdência Social - INPS), unificando os IAPs, padronizando os benefícios de seus contribuintes e eliminando o modelo de gestão tripartite (Sindicato, empregadores e empregados).

As atividades do Ministério da Saúde do governo federal brasileiro passaram a se concentrar em ações de caráter universal voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças (por exemplo, campanhas de vacinação), com a assistência médico-hospitalar restringindo-se a poucas doenças e aos indigentes que não tinham acesso à assistência por meio do INPS (Menicucci, 2014a). Ao mesmo tempo, a expansão do INPS resultou na perda da importância relativa das medidas de saúde pública para atender às necessidades coletivas e preventivas. Por um lado, essa situação se expressava no orçamento precário e decrescente do Ministério da Saúde à época (Menicucci, 2014b).

Assim, a assistência médica corporativa deixou de ser complementar à assistência pública; tornou-se suplementar. Nesse sentido, a política de saúde tinha caráter meritocrático, vinculada à inclusão no mercado de trabalho e à garantia da expansão do atendimento. A opção política não era a prestação direta de serviços, mas a compra dos mesmos junto à rede privada, incentivando o desenvolvimento do mercado privado de saúde e sua hegemonia no sistema (Menicucci, 2014a).

A hegemonia do privado em detrimento do público também é marcada pela incorporação de três principais atores privados na arena política da saúde a partir da década de 1960: proprietários de hospitais e clínicas credenciados pelo INPS, empresários interessados em expandir o atendimento a seus funcionários subsidiado pelo Governo e proprietários de empresas de medicina de grupo que prestam serviços médicos a outras empresas (Menicucci, 2014b). Paralelamente ao avanço da atuação do setor privado na saúde no Brasil, os diagnósticos realizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) apontavam para uma situação sanitária preocupante, que combinava baixa cobertura assistencial e disseminação de doenças marcadamente causadas pela pobreza. Pressões começaram a surgir no Brasil por reformas de um sistema de saúde até então eminentemente privado, concentrador e excludente (Paiva & Teixeira, 2014).

O movimento pela reforma sanitária brasileira nasceu nesse contexto por meio de concepções políticas e ideológicas, defendendo as ações de saúde não apenas como curativas, mas também como uma questão política e social. Deveria ser discutido em um espaço público. Por meio de diversos movimentos médico-estudantis, marcados por viés político de esquerda, nasceu uma área do conhecimento em saúde chamada saúde coletiva, marcada pela diversidade de saberes e disciplinas, abordagens, perspectivas e críticas a antigas formas de praticar a saúde pública. A agenda desse movimento se confunde com o processo de crise da ditadura militar e a redemocratização da sociedade brasileira, uma vez que suas concepções a respeito das transformações na saúde pública eram entendidas como iniciativas de democratização do Estado (Pêgo & Almeida, 2002).

A redemocratização brasileira, iniciada em 1985, foi marcada por tensões entre propostas assistencialistas e universalizantes sob a lógica solidária do Estado de bem-estar social, em que o direito coletivo do cidadão prevaleceria sobre o direito individual do trabalhador contribuinte (Paim, 2013). O SUS surgiu do engajamento e da articulação de diversos movimentos sociais e se consolidou como uma das políticas públicas de saúde mais relevantes do mundo, buscando garantir o acesso universal e igualitário à saúde (CONASS, 2009).

O SUS é considerado a mais destacada política de inclusão social implementada no Brasil. Representa uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro com seus cidadãos, conforme assumido pela Constituição promulgada em 1988 e regulamentada em lei em 1990. No entanto, alguns vetos impostos pela Presidência da República incluídos nessa Lei conflitaram diretamente com a participação social na instituição de Conselhos e Conferências de Saúde. Esses vetos geraram forte reação da sociedade civil organizada, o que culminou em uma nova Lei que regulamentou a participação da comunidade no SUS, instituindo Conselhos e Conferências de Saúde, que também trouxe a definição do SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de natureza direta e indireta e fundações mantidas pelo Poder Público (Martins et al., 2008).

O SUS é um sistema complexo de estruturas e inter-relações entre as esferas Federal, Estadual e Municipal, sendo responsável por articular e coordenar ações de promoção e prevenção com ações de cura e reabilitação (Vasconcelos & Pasche, 2006). A partir da década de 1990, o movimento sanitário passou a priorizar a institucionalização do SUS, em detrimento da reforma sanitária como projeto mais amplo. A reforma sanitária, como processo contra hegemônico, foi reduzida a uma reforma parcial, delimitada em suas dimensões setorial e institucional com a implementação do SUS (Paim, 2008). Nesse sentido, a reforma sanitária moldaria uma agenda de mudança política para a sociedade muito além do que envolve financiamento, gestão e pactos políticos estritos para a formatação de um sistema de saúde. Vale destacar que as contrarreformas do Estado no Brasil a partir da década de 1990 representam o cumprimento de uma agenda internacional de ajustes macroeconômicos preconizada por agentes financeiros no Brasil. Seria, portanto, um legado muito menor do que alguns reformadores tinham em mente (Paim, 2008; Paiva & Teixeira, 2014).

Sob uma lógica de mercado, a contrarreforma do Estado propunha uma transferência intencional de serviços sociais relevantes para prestadores privados de serviços. Assim, a solução proposta pelo governo brasileiro à época era a publicização, ou seja, não considerar os serviços de saúde como um dos serviços não exclusivos do Estado (Mattos et al., 2017). A contrarreforma da saúde pública no Brasil, implementada no final de meados da década de 1990, é entendida como um conjunto de reformas neoliberais em resposta à crise do Estado de Bem-Estar Social na primeira metade da década de 1970 e como desdobramentos de um modelo formulado nos EUA no final da década de 1970 e, na década de 1980, utilizado na Europa, passando por diversas reinterpretações (Almeida, 1996). Constitui-se, portanto, em suas origens, um sistema de governança bastante particular.

Como indica Bahia (2008), os investimentos privados no setor e a atuação de diversos agentes privados favorecidos pelas decisões governamentais tiveram diversas consequências: (a) o estabelecimento de padrões de comportamento de difícil reversão; (b) a estruturação de interesses privados na saúde, condicionando o conflito político e estruturando o processo decisório; (c) a particularização das demandas de saúde e a constituição de identidades corporativas, o que contribui para o enfraquecimento da proposta do SUS, de cunho publicista e universalista; e (d) para o fortalecimento da segmentação da clientela, reforçando a perspectiva de que o sistema público é responsável por cobrir a população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho. Segundo o autor, o Estado funcionou como organizador do mercado e agente ativo na legitimação da segmentação.

Ao longo da história do SUS, imagens negativas foram construídas sobre a assistência pública, servindo como critério para avaliar a efetividade do sistema público e, ao mesmo tempo, reforçando pressupostos e perspectivas que justificam ações de diferentes atores (Menicucci, 2008). Políticas econômicas neoliberais motivaram a criação da Desvinculação de Receitas da União (DRU) em 2000, permitindo ao governo utilizar recursos da seguridade social como superávit primário para pagar juros e amortizar a dívida pública (Barbosa et al., 2023).

O financiamento do SUS foi ainda mais prejudicado pela extinção, em 2008, pelo Senado Federal, de um imposto destinado especificamente ao financiamento da saúde pública, da previdência social e do fundo de combate e erradicação da pobreza, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), além das isenções fiscais e da manutenção da DRU mencionadas acima (Botelho & Costa, 2021; Paim, 2008). O auge do desmonte do SUS foi durante o governo do presidente Michel Temer (2016-2018). A Emenda Constitucional, popularmente conhecida como “emenda do teto de gastos”, determinou um limite para os gastos do governo federal, que vigorará até 2036 (Ventura & Bueno, 2020; Barbosa et al., 2023). O SUS passou por outro desafio significativo em 2020 e 2021, a pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2 (COVID-19).

A pandemia global causada pela COVID-19 submeteu o país a uma guerra sanitária contra o vírus e a uma batalha político-ideológica com autoridades governamentais (Lima et al., 2022). O governo de Jair Bolsonaro (2019-2022) disseminou informações falsas sobre a gravidade da pandemia (Ventura & Bueno, 2020; Lima et al., 2022), o que teve um impacto fundamental no imenso número de mortes no Brasil. A doença ceifou a vida de mais de 700.000 pessoas até janeiro de 2024; um famoso ditado brasileiro, “Saúde é direito de todos, dever do Estado”, tornou-se uma ficção mórbida.

A saúde pública brasileira trouxe uma perspectiva acolhedora aos cidadãos que antes eram negligenciados. No entanto, após a reforma gerencial no Brasil, o desenvolvimento de estudos sobre alguns conceitos contábeis que se associam à governança pública (ética, conformidade, transparência, divulgação e prestação de contas), também na saúde pública, devido à complexidade do SUS (Sauerbronn, 2017; Mattos et al., 2017; Ventura & Bueno, 2020). Existe um chamado “SUS real”, distinto do “SUS formal”, expresso na legislação e normas vigentes, e muito distante do “SUS democrático” desejado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

O controle democrático exercido pela sociedade na saúde pública, pensado pelos reformadores da saúde, é essencial para o sucesso de um modelo de governança (Paim, 2008; Buss et al., 2012). O modelo de governança setorial do SUS é um exemplo de conselhos de saúde em todas as esferas de governo. Embora as articulações com os conselhos setoriais relevantes sejam frágeis (Buss et al., 2012), os conselhos de saúde representam a sociedade civil organizada em igualdade de condições com os trabalhadores da saúde, autoridades setoriais e profissionais, prestadores públicos e privados e trabalhadores da saúde (Saliba et al., 2009).

Os controles sociais e a gestão participativa não têm sido suficientes para superar os constrangimentos da burocracia estatal (Paim, 2008). Existem vários instrumentos de controle de gestão no SUS, como o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e os Relatórios Trimestrais, além de auditorias e outros instrumentos de monitoramento dos recursos públicos destinados à saúde (De Lima et al., 2022). A importância desses instrumentos de controle é reconhecida como ferramentas de responsabilização; no entanto, muitas vezes são desconhecidos pelos conselheiros de saúde, que acreditam não ter o apoio da população. Há uma percepção de desconhecimento da população sobre as funções do conselho de saúde, muitas vezes centrada nas entidades da organização civil envolvidas (Santos et al., 2020).

As discussões sobre o papel dos Conselhos de Saúde no Brasil são complexas, visto que o Brasil é um país continental, com mais de 5.500 municípios e 27 estados em sua federação. A democratização e a descentralização do SUS exigem uma participação popular mais efetiva e podem promover mudanças na gestão pública se forem acompanhadas de melhorias nos serviços do SUS aos cidadãos (Saliba et al., 2009; Souza Gonçalves et al., 2022).

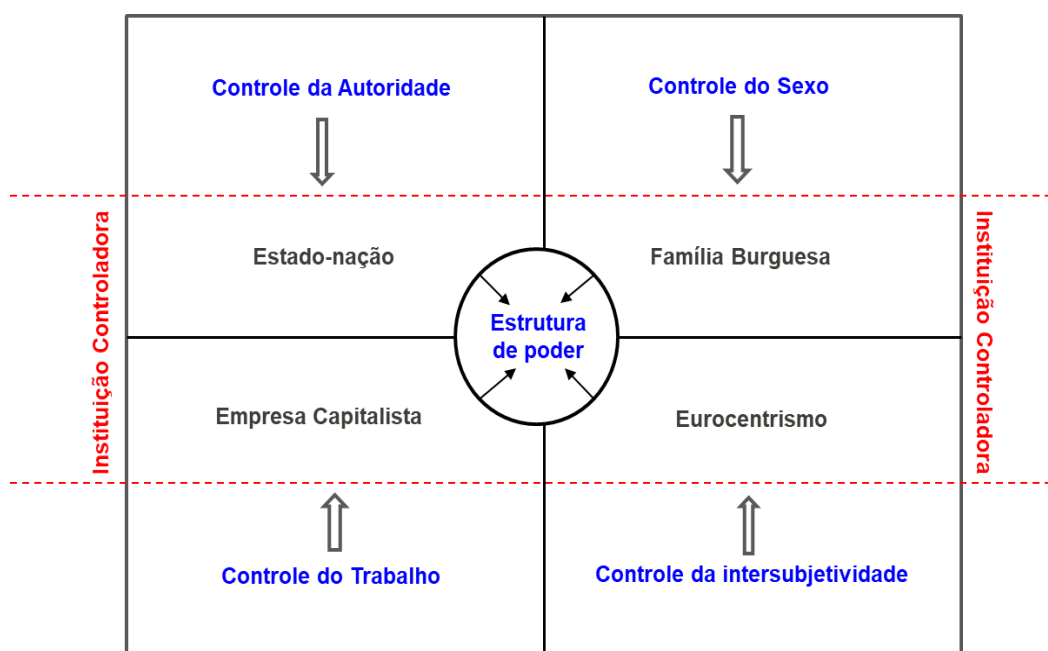
O 'SUS democrático' previa mecanismos de accountability (instrumento de governança); contudo, esses mecanismos teriam um caráter mais de controle social por meio de conferências e conselhos de saúde. Essa gestão participativa da sociedade é um contraponto à tendência à burocratização do sistema e uma possibilidade de controle público sobre o Estado, as instituições, os técnicos e os burocratas (Paim, 2008). Em outro contraponto, alinhamos nossas preocupações com o argumento de Sauerbronn et al. (2021) de que a contabilidade tem se tornado cada vez mais decisiva para o avanço de formas neocoloniais de dominação do saber e do ser. Estudos aprofundados em contabilidade, que tratem da governança de organizações públicas ou de seus mecanismos de controle, ganham importância, visto que o SUS compreende organizações em todos os níveis e esferas de governo, que podem ser objetos de estudos empíricos.

3 ABORDAGENS EPISTÊMICAS: DA CRÍTICA AO DECOLONIAL

Diversos acadêmicos da área de contabilidade têm proposto abordagens teóricas e metodológicas alternativas, com tradições de pensamento crítico, para abordar fenômenos trazidos pela modernidade. A criticidade teórica surge como alternativa à compreensão e à oposição ao modelo econômico hegemônico (capitalismo e, mais recentemente, capitalismo neoliberal financeirizado). Nesse sentido, as teorias decoloniais também devem ser consideradas em um país que foi ex-colônia de uma nação europeia, pois a obediência acrítica a uma ordem capitalista pós-colonial e global estabelecida não faz sentido. Trazer novas visões e perspectivas emergentes sobre esse tipo de pesquisa para a área acadêmica da contabilidade é um desafio significativo (Chiapello, 2017; Silva et al., 2022).

O pensamento teórico decolonial visa reconhecer os impactos da colonização. Ainda assim, difere do pensamento pós-colonial, pois propõe radicalizar ainda mais o confronto com a colonização euro-americana moderna, desconstruindo o conhecimento, o corpo e a mente (Ballestrin, 2013; Sauerbronn et al., 2021). Aníbal Quijano (2007) definiu colonialidade como um domínio do poder eurocêntrico sobre a população mundial através de um prisma de exploração/dominação/conflito das relações sociais. O atual modelo de poder global, em vigor desde o século XVI, é inédito na história mundial, pois suas esferas de existência social são articuladas e estão cada uma sob a hegemonia de uma instituição, que foi criada no processo de formação e desenvolvimento dessa mesma instituição. modelo de poder (Quijano, 2000).

O poder da Modernidade é uma estrutura de poder através de quatro elementos articulados e interdependentes: (a) o trabalho e seus recursos e produtos, controlados através de empresas capitalistas; (b) o sexo e seus recursos e produtos controlados pela família burguesa; (c) a autoridade e sua violência específica controlada pelo Estado-nação; (d) a intersubjetividade e o conhecimento através do eurocentrismo (Quijano, 2000).

Figura 1*Estrutura de poder do Estado-nação moderno*

Nota. Elaboração própria com base em Quijano (2000).

O controle da autoridade foi garantido pela imposição de uma ordem imperial violenta no século XVI, bem como pelos "processos de independência" do século XIX e pela transformação em Estados-nação modernos republicanos, com os correspondentes processos contextuais. Segundo Boussebaa (2023), a essência do neocolonialismo reside no fato de um Estado independente ter sua política direcionada de fora – o mercado ou outros Estados geopoliticamente influentes (Grosfóguet, 2008). Assim, o Estado-nação contemporâneo fornece uma estrutura para gerenciar todas as outras dimensões da matriz de poder colonial que privilegia as elites do Sul (Abdalla & Faria, 2017).

Elites privilegiadas se beneficiam da sustentação da colonialidade da mente por meio do controle intersubjetivo, tendo o eurocentrismo como aspecto central dos processos de subalternização. O eurocentrismo não nomeia um local, nação ou povo, mas a hegemonia de uma forma de pensar (geopolítica do corpo do conhecimento e da identidade) que reflete a modernidade imperial e a colonialidade, reproduzindo-se de alguma forma em diferentes contextos na margem e no centro do capitalismo financeiro global (Mignolo, 2017).

A dimensão do “controle do trabalho” que emerge com a modernidade eurocêntrica é relevante para o nosso estudo. Essa lógica, tendo a contabilidade como centro (ver Chiapello, 2017), culmina com a empresa capitalista desde a Revolução Industrial do século XVIII em direção ao capitalismo financeiro. Segundo Quijano (2000):

Todas as formas de controle e exploração do trabalho e da produção, bem como o controle da apropriação e distribuição dos produtos, giravam em torno da relação capital-salário e do mercado mundial (escravidão, servidão, pequena produção mercantil, reciprocidade e salários). Todas as formas de trabalho, como pontos subordinados de uma totalidade, pertenciam ao novo modelo de poder, apesar de suas características específicas heterogêneas e de suas relações descontínuas com essa totalidade. (...) Assim, cada forma de controle do trabalho estava associada a uma raça específica. Consequentemente, o controle de uma forma específica de trabalho podia ser, ao mesmo tempo, o controle de um grupo específico de pessoas dominadas. Uma nova tecnologia de dominação/exploração, neste caso, raça/trabalho, foi articulada de tal forma que os dois elementos pareciam naturalmente associados. Até agora, essa estratégia tem sido excepcionalmente bem-sucedida.

Assim, o Capital sempre foi e ainda é o princípio fundamental do capitalismo. É definido como um sistema de relações de produção ou a articulação heterogênea de todas as formas de controle sobre o trabalho e seus produtos sob o domínio do capital. Em escala global, formas heterogêneas de capitalismo nunca foram dominantes de nenhuma outra forma e, muito provavelmente, não poderiam ter se desenvolvido de outra forma.

A recolonização neoliberal da América Latina entre as décadas de 1960 e 1980 marcou a experimentação de uma “contrarrevolução militarizada neoliberal, fomentada e financiada secretamente pelas elites locais” (Faria et al., 2021, p. 556). Desde então, a dinâmica neoimperial de apropriação tem operado por meio do discurso de livre mercado, comandado pelo capital transnacional e pelas elites locais privilegiadas.

O neocolonialismo operou introduzindo reformas neoliberais em ex-colônias sob pressão do FMI, Banco Mundial e OMC (como empréstimos condicionados à abertura para multinacionais ocidentais). Esse processo foi reforçado por empresas ocidentais de serviços profissionais, como a McKinsey e as Quatro Grandes empresas de contabilidade, “para moldar a estrutura institucional global que possibilita o livre comércio e facilita os investimentos em multinacionais” (Boussebaa, 2023).

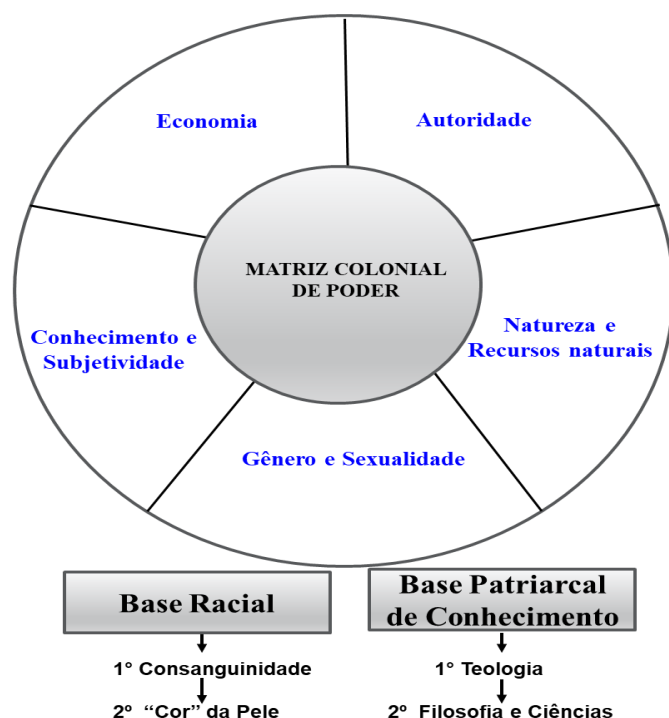
Esse discurso contempla promessas de modernidade e desenvolvimento via livre mercado, ao mesmo tempo em que mantém dinâmicas de subalternização de grupos, particularmente aqueles envolvidos em processos de (re)ocupação de territórios e invisibilização de culturas locais específicas (Silva et al., 2022). Promessas neocoloniais via “ocidentalismo-centrismo significam não apenas assumir a universalidade do pensamento ocidental e a alteridade de contextos não ocidentais, mas também ocultar a realidade do neocolonialismo na produção de conhecimento” (Boussebaa, 2023, p. 558) e invisibilizar a constituição de modos transmodernos de saída baseados em epistemes locais (Sauerbronn et al., 2021).

Além disso, o Controle de Gênero emerge como uma dimensão consecutiva por meio da noção de família burguesa e de diversas formas de opressão exploradas nos estudos feministas decoloniais. Segundo Lugones (2010, pp. 742-744), um sistema de gênero colonial moderno opera como uma “lógica opressiva da modernidade colonial, suas dicotomias hierárquicas e categoriais” que oprimem corpos “não modernos”. Para a autora, o controle corporal tem como pedra angular “o homem [branco] sendo a perfeição, a mulher [e todos os outros corpos] a inversão e a deformação desse homem [superior] (...) todos se tornaram aberrações da perfeição masculina”. Consequentemente, outros corpos foram objetificados e dominados pelo superior.

Nesse processo histórico, a “face patriarcal-colonial-racista da contrarrevolução neoliberal” continua a moldar ações e projetos representados como “globalmente inclusivos”. Estes promovem discursos neoimperiais que reproduzem a ideia de democracia liberal garantida pelo Estado, mas que simultaneamente invisibilizam lutas transmodernas e epistemes de libertação-emancipação de povos silenciados e subalternizados diante desses mesmos projetos (Faria et al., 2021, p. 547).

Desconstruir o neoliberalismo na América Latina deve questionar os discursos que valorizam o desenvolvimento como base central das políticas nacionais de modernização. Além disso, instituições e estruturas de dominação oligárquica foram organizadas por meio da centralidade do poder político (...) A crítica a esses modelos de modernização conservadora, bem ancorados nas sociedades latino-americanas, exige uma atualização do esforço de desconstrução da colonialidade (Martins, 2022, p. 220).

Mignolo (2017) afirma que não há modernidade sem colonialidade e que é necessária uma resposta específica à globalização e ao pensamento linear global, que emergiram nas histórias e sensibilidades da América do Sul e do Caribe. A formulação original de Aníbal Quijano, posteriormente adaptada pelo autor, utilizou um argumento central para descrever e colocar em prática o pensamento decolonial, a matriz colonial de poder. A sustentação dos quatro domínios inter-relacionados da matriz colonial de gestão e controle (Economia, Autoridade; Conhecimento e Subjetividade, Gênero e Sexualidade) se baseia em duas bases: a racial e a patriarcal da civilização ocidental, embora “natureza e recursos naturais” também possam ser sinalizadas como um quinto domínio da matriz colonial, em vez de serem consideradas parte do domínio econômico.

Figura 2*Matriz Colonial de Poder*

Nota. Elaboração própria com base em Mignolo (2017).

As bases históricas baseavam-se na teologia cristã, que situava a distinção entre cristãos, mouros e judeus no "sangue". O sangue foi substituído pela cor da pele a partir do século XVIII. O racismo secular, portanto, passou a se basear na política do conhecimento. O conhecimento dominante era entre o teológico e o filosófico/científico, onde sempre ocorria uma rivalidade particular. Ainda assim, ambos os pensadores, nesses aspectos, eram compostos majoritariamente por homens heterossexuais, europeus brancos e cristãos (Mignolo, 2017).

Apesar de controversos (Botey & Célérier, 2023; Bryer, 2023; Neu et al., 2023), os estudos de Gómez-Villegas e Larrinaga (2023) e Silva et al. (2022) propõem uma forma de compreender os pluriversos de processos e conhecimentos na contabilidade crítica, diferente das perspectivas vindas do Norte global. Foram analisados cinco artigos empíricos de periódicos de contabilidade crítica e interdisciplinar envolvendo um país latino-americano, dentro de uma perspectiva decolonial, utilizando as cinco lógicas da sociologia das ausências, com o objetivo de ampliar alternativas críticas dentro do campo da contabilidade crítica.

Propomos a adoção de uma lente analítica que se oponha ou questione o (neo)colonialismo/modernidade, pois acreditamos que podemos contribuir para reconhecer e se engajar, apesar dos desafios e problemas, das questões abordadas ou não, nos modelos dominantes presentes na vida pública. Não se trata, contudo, de se rebelar contra uma realidade acadêmica estabelecida ou reconhecida, mas de não ser transparente, a ponto de aceitar como legítimas, válidas ou inquestionáveis, todas as inspirações ou influências de estudos acadêmicos, sejam elas críticas ou não, apenas por virem do Norte Global, além de não sermos completamente 'opacos' a tais influências, o que nos tornaria intransigentes e inflexíveis, querendo destruir ou desacreditar tudo o que foi construído científica, sociologicamente, historicamente ou filosoficamente sobre a nossa realidade brasileira atual, que é mista ou híbrida (o que não significa que seja estéril) e passamos a ter 'pensamentos mestiços' (Botey & Célérier, 2023).

4 UMA PROPOSTA MULTIDIMENSIONAL E MULTIVOCAL EM GOVERNANÇA PÚBLICA

Para responder à complexidade da governança pública em saúde, é crucial reconhecer o argumento de Sauerbronn (2017), que verificou a existência de três abordagens sobre “governança pública” na literatura brasileira sobre administração e ciências contábeis. Por outro lado, Gendron (2018) incentiva o interesse da academia contábil pela pesquisa qualitativa e crítica para que os pesquisadores possam “pensar fora da caixa” em relação à pesquisa sobre governança. O autor sugeriu que fosse criada uma construção teórica para abordar duas questões fundamentais: Governança corporativa para quem? Governança corporativa para quê? A primeira questão se refere ao público ao qual a governança corporativa se dirige, e a segunda questão diz respeito à dicotomia fins-meios. As figuras a seguir resumem as proposições dos dois autores:

Figura 3

Análise multinível de governança pública

ANÁLISE MULTINÍVEL DE GOVERNANÇA PÚBLICA	Níveis de análise	Dimensões	Categorias de análise	Abordagem Predominante	Influência da Abordagem
	Macroestrutural	Contexto econômico, social e político: - Formal: Leis, decretos, normas e portarias; - Informal: Regras e normas socialmente construídas e aceitas internacionalmente para o desenvolvimento de política pública de saúde.	Estrutura social restritiva a agência entre: - Organizações; - Grupos; - Gestores;	Governança Global do Desenvolvimento	• Agenda de cooperação internacional em torno do provimento de bens públicos (diagnósticos, projetos e indicadores específicos); • Interesses relacionados à agenda internacional; • Engajamento ativo de atores privados e públicos no contexto local.
	Meso-organizacional	Diretrizes da organização e Negociação entre grupos internos e pessoas: - Políticas e objetivos organizacionais; - Regras e normas formais e informais; - Coordenação de atividades; - Alocação de recursos organizacionais.	Mecanismos e instrumentos de gestão intra e interorganizacional: - Accountability; - Rede de políticas públicas.	Governança da Rede de Políticas Públicas & Governança Corporativa no setor público	• Complexo arranjo de organizações na formulação e implementação de políticas públicas no Brasil • Lógicas de ação dos atores privados e públicos. • Instrumentos de controle criados e utilizados pelos atores públicos e privados • Vantagens e desvantagens no uso dos instrumentos de controle
	Microindividual	Dimensões individuais correspondentes: - Origem e formação dos decisores; - Experiência em processos de formulação de políticas públicas; - Trajetória e posição política; - Cargos ocupados; - Interação com outros indivíduos e grupos internos e externos à organização	Informações sobre ações e interesses dos atores (Coleta de dados): - Atuação nas organizações; - Contato com os instrumentos de gestão e controle; - Interação com organizações que atuam na prestação dos serviços públicos.	Governança Corporativa no setor público	• Instrumentos de controle criados e utilizados pelos atores públicos e privados • Vantagens e desvantagens no uso dos instrumentos de controle

Nota. Elaboração dos autores com base em Sauerbronn (2017).

O pensamento dominante pressupõe que o público-alvo sejam diretores, gerentes, acionistas, banqueiros, investidores e prestadores de serviços especializados (advogados, contadores e consultores). No entanto, outros atores marginalizados ou negligenciados (cidadãos, consumidores, representantes sindicais, acionistas minoritários e organizações sem fins lucrativos ligadas ao meio ambiente e às questões sociais) devem ser incluídos nas investigações (Gendron, 2018).

Outra questão fundamental é se devemos nos preocupar com os fins da governança ou principalmente com os meios para alcançá-los. Quando abordamos a governança de um ponto de vista instrumental, buscamos tornar as instituições e tecnologias mais eficazes e eficientes e nos esquecemos de questionar os fins e propósitos da governança (Sauerbronn, 2017). A abordagem reflexiva nos convida a considerar e desafiar os fins da governança, ao mesmo tempo em que contemplamos a necessidade de mudanças fundamentais nas tecnologias e instituições (Gendron, 2018).

Figura 4

Visualizando como a governança corporativa é pensada e aplicada

	Público-alvo: <i>Establishment</i> da governança corporativa	Público-alvo: <i>Non-Establishment</i> da governança corporativa
Abordagem instrumental	II - Promover o status quo. Nenhuma mudança fundamental ao público principal para qual a governança corporativa é dirigida.. Nenhuma mudança fundamental nas tecnologias e instituições de governança corporativa predominantes. A ênfase está em operar tecnologias e instituições dominantes.	I - Buscar expandir o público para além do <i>Establishment</i> de governança corporativa. Nenhuma mudança fundamental nas tecnologias e instituições predominantes de governança corporativa. A ênfase está na realidade e no ajuste de tecnologias e instituições dominantes para alcançar públicos mais amplos
Abordagem reflexiva	III - Tomar o <i>Establishment</i> mais reflexivo sobre os fins da governança corporativa Considera mudança fundamental nas tecnologias e instituições de governança corporativa predominantes.	IV - Buscar tomar o público <i>Non-Establishment</i> mais reflexivo sobre os fins da governança corporativa. Considera mudança fundamental nas tecnologias e instituições de governança corporativa predominantes.

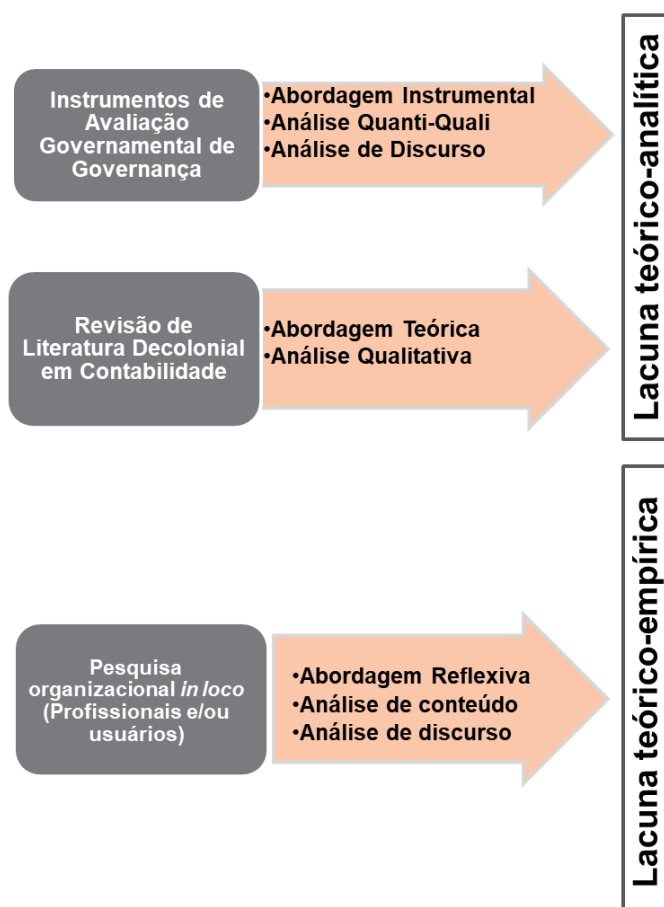
Nota. Gendron (2018, p.8).

Assim como na Figura 4, concordamos com Gendron (2018) quanto à necessidade de desafiar as visões, premissas, instituições e tecnologias do Quadrante II. Embora o autor tenha se concentrado na governança corporativa privada, sua provocação se aplica às organizações de governança pública. Dessa forma, buscaremos nos aventurar para além do pensamento *mainstream* (quadrante II) com o pensamento de descolonizar a análise da governança pública ou obedecer (não tão obedientemente) à pesquisa contábil crítica (Gendron, 2018), trazendo a complexidade do SUS para a pesquisa empírica, tendo como *locus* privilegiado para análise as práticas sociais de diversos atores sociais envolvidos na saúde pública brasileira (Sauerbronn, 2017).

Diante do exposto e para responder às questões que nortearam esta pesquisa, este ensaio teórico tem como objetivo apontar caminhos para a compreensão da práxis dos sujeitos envolvidos (diretores e gestores) e tradicionalmente excluídos (profissionais de saúde e usuários da saúde) do processo formal de governança organizacional, numa perspectiva decolonial, diante da influência do pensamento hegemônico capitalista neoliberal, conforme ilustrado na Figura 5.

Figura 5

Possibilidades para a pesquisa decolonial na governança da saúde pública



Nota. Elaborado pelos autores.

Dessa forma, buscamos oferecer alternativas de pesquisa em governança em saúde pública por meio de uma perspectiva crítica decolonial que possa adentrar espaços, cruzar fronteiras do conhecimento em contabilidade e oferta, sem esgotar possibilidades de avanço no desenvolvimento teórico decolonial, sem desconsiderar a práxis organizacional e seus sujeitos, para propor análises alternativas diferentes do mainstream. Propomos uma elaboração inspirada na análise multinível em governança em saúde pública proposta por Sauerbronn (2017) e na abordagem reflexiva e instrumental de Gendron (2018), sob a perspectiva dos constructos teóricos mencionados acima, conforme as dimensões e abordagens presentes na Figura 6.

Na primeira matriz da "Abordagem Instrumental", a pesquisa pode ser conduzida com base na análise de documentos secundários, em especial relatórios e instrumentos de autoavaliação fornecidos pelo Tribunal de Contas da União (TCU) correspondentes à jurisdição em que a organização pública atua (municipal, estadual ou federal). Essa abordagem permite análises comparativas entre organizações por meio de diversos critérios, como natureza jurídica, poder de governo e função governamental a que pertence (por exemplo, saúde, educação, segurança, etc.).

O arcabouço metodológico para esta matriz inicial empregará principalmente abordagens qualitativas; no entanto, técnicas de análise estatística não devem ser desconsideradas, pois servem como ferramentas valiosas para facilitar perspectivas analíticas (Richardson, 2015). Essas análises devem ser comparadas com práticas regulatórias internacionais frequentemente prescritas para países do Sul Global. Isso permite uma compreensão mais profunda através da lente da colonialidade do poder (Quijano, 2000). Desses domínios, (Mignolo, 2017) predomina no controle legislativo e normativo de organizações nessas nações. Além disso, elucidará se as narrativas adotadas servem para avançar a agenda internacional neoliberal. Uma revisão sistemática da literatura decolonial sobre contabilidade pública e governança pública seria inestimável para orientar pesquisas futuras neste campo.

Figura 6*Proposição teórico-prática*

	Variáveis de análise	Método de Pesquisa	Lócus de Pesquisa	Público-Alvo	Base Teórica Exemplificativa
Abordagem Instrumental	1 - Leis, decretos, normas e portarias	Pesquisa documental	Instrumentos governamentais de Avaliação da Governança & Políticas Públicas do SUS	-	(Quijano, 2000b)
	2 - Mecanismos e instrumentos de gestão accountability (prestação de contas, transparência e responsabilização)				(Mignolo, 2011)
	3 - Desenvolvimento de política pública de saúde				(Sauerbronn, 2017)
	4 - Pressuposto de superioridade da gestão da iniciativa privada				(Gendron, 2018)
	5 - Políticas e objetivos organizacionais				(Neu et al., 2006)
	6 - Pressuposto de não influência na mudança estrutural de organizações, gestores ou praticantes locais				
	7 - Mecanismos e instrumentos de gestão para coordenação de Redes de Políticas públicas				
	Variáveis de análise	Método de Pesquisa	Lócus de Pesquisa	Público-Alvo	Base Teórica Exemplificativa
Abordagem Reflexiva	1 - Noções de hierarquia e participação	Entrevistas / Observação	Organização em Saúde Pública a ser investigada	Gestores e/ou Profissionais Atuantes e/ou Usuários do SUS	(Quijano, 2000b)
	2 - Origem e formação dos decisores				(Mignolo, 2011)
	3 - Trajetória e posição política				(Sauerbronn, 2017)
	4 - Critérios e disputas (Coordenação de atividades e alocação de recursos)				(Gendron, 2018)
	5 - Padrões progressos de interação (indivíduos/grupos internos e grupos externos)				(Neu et al., 2006)
	6 - Familiaridade e experiência em processos de formulação de políticas públicas				

Nota. Elaborado pelos autores.

Como na Figura 6, a matriz "Abordagem Reflexiva" envolve o desenvolvimento de pesquisa in loco, que é crucial, e o público-alvo pode incluir indivíduos tradicionalmente considerados sujeitos de pesquisa (por exemplo, diretores e gerentes) envolvidos no processo de tomada de decisão. Nesses casos, não recomendamos o uso de um questionário, mas sim um roteiro estruturado de perguntas projetado para explorar as dimensões e categorias de análise delineadas dentro do quadrante (Qu; Dumay, 2011). Uma abordagem de análise de conteúdo é provavelmente a mais adequada, pois identifica padrões potenciais de resposta dos participantes e a subsequente categorização com base em estruturas de análise decolonial (Quijano, 2000; Mignolo, 2017). Esse processo analítico pode ser ainda mais embasado pelo trabalho de Neu et al. (2006), que examinaram como as tecnologias de governança financeira do Banco Mundial (práticas e relatórios contendo dados contábeis e financeiros) colonizaram e influenciaram as práticas de gestão educacional em países latino-americanos.

Além disso, dentro das dimensões propostas pela abordagem reflexiva, recomenda-se investigar como usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e profissionais que atuam diretamente na área percebem o processo de governança em saúde sob a ótica decolonial. As exclusões dos atores também podem ser exploradas por meio de investigação in loco. Essa investigação deve avaliar se existe ou poderia existir um processo de exclusão que não se alinhe aos princípios de cidadania para usuários do SUS, explorando o nível de comunicação entre usuários e lideranças organizacionais, e sua compreensão de cidadania.

Ao conduzir esta pesquisa, deve-se ter cuidado para evitar formular perguntas a usuários do SUS e profissionais de saúde que se baseiem em linguagem técnica contábil, financeira ou gerencial, pois isso pode influenciar indevidamente suas respostas. Nesse sentido, é aconselhável adaptar e adequar as perguntas norteadoras ao público participante. Uma fase de observação formal e informal no local deve ser conduzida para garantir a seleção de linguagem e terminologia apropriadas para uso nas interações entre a organização, os profissionais de saúde e os usuários do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propõe um desenho a partir de uma perspectiva ontoepistêmica para compreender a práxis daqueles diretamente envolvidos (diretores e gestores) e daqueles excluídos ou negligenciados (profissionais de saúde e usuários de serviços) no processo formal de governança organizacional da saúde pública. Isso é alcançado através da lente de constructos teóricos decoloniais em resposta à influência do pensamento hegemônico capitalista neoliberal. Estruturas foram delineadas, integrando perspectivas teóricas decoloniais com estruturas analíticas críticas, ao mesmo tempo em que se reconhece o risco inerente de reproduzir a colonialidade acadêmica com as realidades e experiências vividas por gestores, profissionais e usuários de serviços públicos. No entanto, este esforço aborda a necessidade de desenvolver uma estrutura abrangente que facilite o engajamento com formuladores de políticas e promova a reorganização do conhecimento coproduzido através de várias fronteiras.

Assim, os instrumentos analíticos propostos visam orientar pesquisas futuras, promovendo a coprodução de conhecimento sobre o pensamento e a práxis decoloniais na governança da saúde pública. Essa abordagem reconhece todos os sujeitos e formas de conhecimento envolvidos, buscando transcender a dicotomia principal-agente que tradicionalmente domina os estudos de governança. Argumentamos que a aplicação de lentes analíticas críticas a campos acadêmicos focados em organizações e seus instrumentos (como Administração e Contabilidade) pode contribuir para o desenvolvimento mais eficiente e eficaz de políticas de saúde pública e, potencialmente, de outras áreas de políticas governamentais. Espera-se que estudos futuros incorporem as dimensões de pesquisa aqui delineadas para ampliar a compreensão da pluriversalidade, das experiências multifacetadas e da multivocalidade.

Esta pesquisa é limitada pela escassez de estudos decoloniais críticos, empíricos e proposicionais, na academia contábil, o que limita a implementação prática das ideias apresentadas. No entanto, esperamos que a estrutura aqui delineada inspire a expansão de novos estudos sobre governança em organizações públicas, considerando elementos objetivos e subjetivos entrelaçados na matriz modernidade-colonialidade. Além disso, aspiramos a possibilitar estudos que avancem dimensões teóricas e empíricas atualmente negligenciadas pela academia contábil, contribuindo assim para uma perspectiva social que considere a diversidade de cidadãos que se beneficiam e coparticipam das políticas de saúde pública e da governança em países do Sul Global.

REFERÊNCIAS

- Abdalla, M. M., & Faria, A. (2017). Em defesa da opção decolonial em administração/gestão. **Cadernos Ebape. br**, 15, 914-929. <https://doi.org/10.1590/1679-395155249>
- Almeida, C. (1996). Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**, 5, 3-53. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901996000100002>
- Ashcroft, B. (2000). **Primitive and Wingless: the colonial subject as child**. In Dickens and the Children of Empire (pp. 184-202). London: Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9780230294172_14
- Bahia, L. (2008). As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, 13(5), 1385-1397. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500002>
- Ballestrin, L. (2013). América Latina e o giro decolonial. **Revista brasileira de ciência política**, 89-117. <https://doi.org/10.1590/S0103-33522013000200004>
- Barbosa, E. de S., Gonçalves, A. de O., Cruz, C. F. da., & Guerra, M. (2023). Déficit de accountability: Um estudo na desvinculação de receitas da união no Brasil na perspectiva da teoria da contabilidade. **Contabilidade Vista & Revista**, 33(3), 17-43.. <https://doi.org/10.22561/cvr.v33i3.6884>
- Botelho, L. H. F., & Costa, T. D. M. T. D. (2021). Receitas" perdidas" e seus efeitos sobre o resultado financeiro da seguridade social no Brasil. **Revista do Serviço Público [Recurso Eletrônico]**. Brasília, v.72, n.2, abr./jun. <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6657>
- Botey, L. E. C., & Célérier, L. (2023). On the relentless labour of deconstructing domination logics: The case of decolonial critical accounting research in South America. **Critical Perspectives on Accounting**, 93, 102599. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2023.102599>
- Boussebaa, M. (2023). Decolonizing international business. **Critical Perspectives on International Business**, 19(4), 550-565. <https://doi.org/10.1108/cpoib-12-2022-0121>
- Bryer, A. (2023). Critical accounting as an indigenous project. **Critical perspectives on Accounting**, 93, 102579. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2023.102579>
- Buss, P. M., Machado, J. M. H., Gallo, E., Magalhães, D. D. P., Setti, A. F. F., Franco Netto, F. D. A., & Buss, D. F. (2012). Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17, 1479-1491. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600012>
- Chiapello, E. (2017). Critical accounting research and neoliberalism. **Critical Perspectives on Accounting**, 43, 47-64. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2016.09.002>
- Chua, W. F. (1986). Radical developments in accounting thought. **Accounting review**, 601-632. <https://www.jstor.org/stable/247360>
- CONASS (2009). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília, DF. https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf

- Cooper, C. (2015). Accounting for the fictitious: A Marxist contribution to understanding accounting's roles in the financial crisis. **Critical Perspectives on Accounting**, 30, 63-82. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2014.08.002>
- De Lima, D. V., Silva, L. M. V. C. D., & Varão, R. (2022). Introdução de relatórios financeiros populares nos conselhos municipais de saúde do Brasil. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, 19(51), 9. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2022.e82332>
- Emoingt, B. G., & de Carvalho Silva, M. A. (2023). Concepção neoliberal da corrupção no discurso contábil da JBS. **Revista de Contabilidade e Organizações**, 17, e192429-e192429. <https://doi.org/10.11606/issn.1982-6486.rco.2023.192429>
- Faria, A., Abdalla, M., & Guedes, A. L. (2021). Can we co-construct a field of Management/Administration engaged with the majority? **Organizações & Sociedade**, 28 (98), 549-581. <https://doi.org/10.1590/1984-92302021v28n9804EN>
- Gendron, Y. (2018). **Beyond conventional boundaries**: Corporate governance as inspiration for critical accounting research. **Critical Perspectives on Accounting**, 55, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2017.11.004>
- Gómez-Villegas, M., & Larrinaga, C. (2023). A critical accounting project for Latin America? Objects of knowledge or ways of knowing. **Critical Perspectives on Accounting**, 93, 102508. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2022.102508>
- Grosfoguel, R. (2008). Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. **Revista crítica de ciências sociais**, (80), 115-147. <https://doi.org/10.4000/rccs.697>
- Lima, J. P. R., Casa Nova, S. P. C., Sauerbronn, F. S., & Castañeda, M. (2024, July). "Is it just a little flu"? Producing a news-based counter account on Covid-19 discursive crises in Brazil. **Accounting Forum**, 48(3), 457-481. <https://doi.org/10.1080/01559982.2022.2149441>
- Martins, P. H. (2017). **El posdesarrollo y la refundación de las utopías sociales**. In: Ortega, Artilles, Armenteros (ed.). Decolonialidad, emancipación y utopías en América Latina y el Caribe. Buenos Aires: CLACSO, 2022, pp. 207-234.
- Martins, P. C., Cotta, R. M. M., Mendes, F. F., Franceschini, S. D. C. C., Priore, S. E., Dias, G., & Siqueira-Batista, R. (2008). Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 18, 105-121. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000100007>
- Mattos, B. M., Sauerbronn, F. F., & Cruz, C. F. (2017). Práticas Governança em Organizações Sociais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Contabilidade da UFBA**, 11(2), 24-44. <https://doi.org/10.9771/rc-ufba.v11i2.22666>
- Mazzucato, M. (2020). **O valor de tudo: Produção e apropriação na economia global**. Portfolio-Penguin.
- Mendes, D., Fonseca, A. C. P. D., & Sauerbronn, F. F. (2020). Modes of ideology and coloniality in the accounting textbook. **Education Policy Analysis Archives**, 28, 99. <https://doi.org/10.14507/epaa.28.5061>
- Menicucci, T. M. G. (2008). Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13, 1400-1403. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500004>

- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 21(1), 77-92. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>
- Menicucci, T. M. G. (2014). A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional (No. 36759). **Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)**. <https://hdl.handle.net/11362/36759>
- Mignolo, W. D. (2017). Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 32, e329402. <https://doi.org/10.17666/329402/2017>
- Modell, S. (2015). Theoretical triangulation and pluralism in accounting research: a critical realist critique. **Accounting, Auditing & Accountability Journal**, 28(7), 1138-1150. <https://doi.org/10.1108/AAAJ-10-2014-1841>
- Neu, D., Gomez, E. O., Graham, C., & Heincke, M. (2006). "Informing" technologies and the World Bank. **Accounting, organizations and society**, 31(7), 635-662. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2005.07.002>
- Neu, D., Ocampo, E., & Silva, L. (2023). Critical accounting research in Mesoamerica: Accountable to whom? **Critical Perspectives on Accounting**, 93, 102598. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2023.102598>
- Paim, J. S. (2008). **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413593>
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, 29, 1927-1936. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099513>
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária ea criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 21(1), 15-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
- Pêgo, R. A., & Almeida, C. (2002). Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, 18, 971-989. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400006>
- Piola, S. F., Vianna, S. M., Marinho, A., Carvalho, D., Ribeiro, J. A., da Silva, J. R., ... & Nogueira, R. P. (2009). **Estado de uma Nação: Textos de Apoio-Saúde no Brasil: Algumas Questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) (No. 1391)**. https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1391.pdf
- Qu, S. Q., & Dumay, J. (2011). The qualitative research interview. **Qualitative research in accounting & management**, 8(3), 238-264.
- Quijano, A. (2000). Coloniality of power and Eurocentrism in Latin America. **International sociology**, 15(2), 215-232. <https://doi.org/10.1177/0268580900015002005>
- Quijano, A. (2007). Coloniality and modernity/rationality. **Cultural studies**, 21(2-3), 168-178. <https://doi.org/10.1080/09502380601164353>
- Richardson, A. J. (2015). Quantitative research and the critical accounting project. **Critical Perspectives on Accounting**, 32, 67-77. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2015.04.007>

- Saliba, N. A., Moimaz, S. A. S., Ferreira, N. F., & Custódio, L. B. D. M. (2009). Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, 43, 1369-1378. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000600007>
- Santos, C. L., Santos, P. M., Pessali, H. F., & Rover, A. J. (2020). Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, 4389-4399. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019>
- Sauerbronn, F. F. (2017). Governança pública em saúde pós-reforma gerencial no Brasil: Reconciliando perspectivas para uma análise multinível. **Administração Pública e Gestão Social**, 9(3), 148-158. <https://doi.org/10.21118/apgs.v1i3.5154>
- Sauerbronn, F. F., Ayres, R. M., da Silva, C. M., & Lourenço, R. L. (2024). Decolonial studies in accounting? Emerging contributions from Latin America. **Critical Perspectives on Accounting**, 99, 102281. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2020.102281>
- Silva, C. M. D., Sauerbronn, F. F., & Thiollent, M. (2022). Decolonial studies, non-extractive methods, and participatory action research in Accounting. **Revista de Administração Contemporânea**, 26, e210014. <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2022210014.en>
- Sousa Gonçalves, R., Borges, T. J. G., & de Oliveira Gonçalves, A. (2022). Governança pública, evidenciação e amplitude de participação social em conselhos de saúde. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**, 10(1), 36-51. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2318-1001.2022v10n1.52640>
- Tweedie, J. (2023). The emancipatory potential of counter accounting: A Žižekian critique. **Critical Perspectives on Accounting**, 95, 102505. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2022.102505>
- Vasconcelos, C. M. D., & Pasche, D. F. (2006). **O sistema único de saúde**. In Tratado de saúde coletiva (pp. 531-562).
- Ventura, D. D. F. L., & Bueno, F. T. C. (2021). De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del “neoliberalismo epidemiológico” ante la Covid-19. **Foro internacional**, 61(2), 427-467. <https://doi.org/10.24201/fi.v61i2.2835>