

**OPACIFICAÇÃO COMO CATEGORIA ANALÍTICA NA SAÚDE COLETIVA:
PROCESSOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO, PODER INSTITUCIONAL E
CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**OPACIFICATION AS AN ANALYTICAL CATEGORY IN PUBLIC HEALTH: PROCESSES
OF CARE PRODUCTION, INSTITUTIONAL POWER, AND THE CONSTRUCTION OF
SUBJECTIVITIES IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)**

**LA OPACIFICACIÓN COMO CATEGORÍA ANALÍTICA EN SALUD PÚBLICA:
PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE CUIDADOS, PODER INSTITUCIONAL Y
CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDADES EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS)**



10.56238/revgeov17n1-076

Paula Larissa Nascimento Alves

Mestranda em Saúde da Família

Instituição: Universidade Federal do Amazonas

E-mail: paulalarissa91@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-7035-8096>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2902843480887432>

Nícolas Milhome de Lima

Pós-Graduando em Saúde da Família

Instituição: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS)

E-mail: nicolasmilhomefisio@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-9320-7917>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1777341587828642>

Bruno Henrique da Silva Ramos

Mestre em Patologia Investigativa

Instituição: Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB)

E-mail: bruno.r0543@ufob.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-6323-0237>

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/0270044272783794>

Gabriel Francisco Leite

Graduando em Odontologia

Instituição: Universidade Federal do Paraná

E-mail: gabrielleite11@live.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-5996-5712>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2835177140380544>



Thiago de Freitas França

Mestre em Enfermagem

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz

E-mail: thiago_enf@yahoo.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-1811-7872>Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8405111777583409>**Soraia Arruda**

Mestrado em Gastroenterologia e Hepatologia

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

E-mail: so_arruda@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5506-0009>Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1677651379583118>**Felipe Silva Ribeiro**

Mestre em Saúde do Adulto

Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

E-mail: Felipe.fclin@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0808-4531>Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9716840407272870>**Manoelise Linhares Ferreira Gomes**

Mestranda em Saúde da Família

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: manoeliseifg@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1639-684X>Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6859821285337090>**Kamylle Beatriz Sampaio da Silva**

Graduanda em Enfermagem

Instituição: FCMA

E-mail: kamyllebeatriz15@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6850950334538504>**Mateus Henrique Dias Guimarães**

Trainee of International Society of Hypertension

Instituição: International Epidemiological Association (IEA)

E-mail: mateusdiasgui@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-0206-0011>Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7137001589681910>

RESUMO

Este estudo analisa a opacificação como categoria analítica na Saúde Coletiva, compreendendo-a como um efeito dos modos institucionais de organização do Sistema Único de Saúde que tornam pouco inteligíveis as regras, os critérios de decisão e os regimes de reconhecimento que estruturam a produção do cuidado. Parte-se da constatação de que relações de poder, hierarquias epistêmicas e heranças



coloniais atravessam o cotidiano do sistema, produzindo invisibilidades, silenciamentos e restrições à agência de usuários, trabalhadores e comunidades. A pesquisa adota como método a revisão narrativa, permitindo articular contribuições teóricas e empíricas provenientes de diferentes campos, como cuidado em equipes multiprofissionais, formação em saúde, pesquisa colaborativa, saúde indígena, condições emergentes e tecnologias digitais em saúde. A análise evidencia que a opacificação opera de forma transversal, afetando simultaneamente a construção de subjetividades, a circulação de saberes e a participação nos processos decisórios, reproduzindo desigualdades mesmo em um sistema orientado por princípios de universalidade e equidade. Conclui-se que compreender a opacificação amplia o horizonte crítico da Saúde Coletiva, oferecendo uma chave interpretativa para pensar os limites do SUS e apontar caminhos voltados à ampliação da transparência institucional, do reconhecimento de saberes situados e da participação efetiva no cuidado.

Palavras-chave: Opacificação. Poder Institucional. Cuidado em Saúde. Subjetividades. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study analyzes opacification as an analytical category in Public Health, understanding it as an effect of the institutional modes of organization of the Unified Health System (SUS) that make the rules, decision criteria, and recognition regimes that structure the production of care difficult to understand. It starts from the observation that power relations, epistemic hierarchies, and colonial legacies permeate the daily life of the system, producing invisibilities, silences, and restrictions on the agency of users, workers, and communities. The research adopts a narrative review method, allowing for the articulation of theoretical and empirical contributions from different fields, such as care in multidisciplinary teams, health education, collaborative research, indigenous health, emerging conditions, and digital technologies in health. The analysis shows that opacification operates transversally, simultaneously affecting the construction of subjectivities, the circulation of knowledge, and participation in decision-making processes, reproducing inequalities even in a system guided by principles of universality and equity. It is concluded that understanding opacification broadens the critical horizon of Public Health, offering an interpretative key to consider the limits of the Brazilian Unified Health System (SUS) and pointing out paths aimed at increasing institutional transparency, recognizing situated knowledge, and promoting effective participation in care.

Keywords: Opacification. Institutional Power. Health Care. Subjectivities. Brazilian Unified Health System.

RESUMEN

Este estudio analiza la opacificación como categoría analítica en Salud Pública, entendida como un efecto de los modos institucionales de organización del Sistema Único de Salud (SUS) que dificultan la comprensión de las reglas, los criterios de decisión y los regímenes de reconocimiento que estructuran la producción de cuidados. Parte de la observación de que las relaciones de poder, las jerarquías epistémicas y los legados coloniales permean la vida cotidiana del sistema, produciendo invisibilidades, silencios y restricciones a la agencia de usuarios, trabajadores y comunidades. La investigación adopta un método de revisión narrativa, que permite la articulación de contribuciones teóricas y empíricas de diferentes campos, como la atención en equipos multidisciplinarios, la educación en salud, la investigación colaborativa, la salud indígena, las condiciones emergentes y las tecnologías digitales en salud. El análisis muestra que la opacificación opera transversalmente, afectando simultáneamente la construcción de subjetividades, la circulación del conocimiento y la participación en los procesos de toma de decisiones, reproduciendo desigualdades incluso en un sistema guiado por principios de universalidad y equidad. Se concluye que comprender la opacificación amplía el horizonte crítico de la Salud Pública, ofreciendo una clave interpretativa para considerar los límites del Sistema Único de Salud (SUS) y señalando caminos para aumentar la transparencia institucional, reconocer el conocimiento situado y promover la participación efectiva en la atención.



Palabras clave: Opacificación. Poder Institucional. Atención de Salud. Subjetividades. Sistema Único de Salud.



1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde configura-se como uma das maiores experiências de universalização do cuidado em saúde, sustentando-se em princípios de equidade, integralidade e participação social, embora seu funcionamento cotidiano revele tensões persistentes entre normativas formais e práticas institucionais concretas, produzindo desafios relacionados à tomada de decisão, à circulação de saberes e ao reconhecimento de sujeitos no cuidado (Pereira et al., 2025; Ward, 2025). Nesse contexto, processos institucionais complexos passam a organizar quem fala, quem decide e quem é legitimado no interior do sistema, estruturando relações marcadas por hierarquias epistêmicas e assimetrias de poder que atravessam o trabalho em saúde (Bueter et al., 2025).

Essas dinâmicas tornam-se especialmente visíveis na produção do cuidado, pois equipes multiprofissionais operam sob regimes tácitos de credibilidade que privilegiam determinados saberes e rebaixam outros, dificultando a construção de práticas colaborativas e integradas, com isso produzindo zonas de silêncio e invisibilidade no cotidiano assistencial (Bueter et al., 2025; Ward, 2025). A mesma lógica aparece nos processos formativos e na pesquisa em saúde, pois estruturas acadêmicas e institucionais mantêm controle sobre agendas, critérios de validade e fluxos decisórios, tornando pouco inteligíveis as regras que orientam a produção do conhecimento e a participação de atores não hegemônicos (Miranda et al., 2025; Abimbola et al., 2024).

Diante desse cenário, emerge como problema central a dificuldade de compreender como tais arranjos institucionais produzem opacidade nas relações de cuidado, formação e pesquisa, pois a ausência de transparência sobre critérios decisórios, fluxos organizacionais e regimes de reconhecimento fragiliza a agência de trabalhadores, usuários e comunidades, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais, raciais e culturais (Aveling et al., 2024; Górká, 2025). Essa opacidade institucional contribui para a reprodução de ciclos de invisibilização, dificultando o reconhecimento de demandas emergentes e aprofundando distâncias entre políticas universais e experiências vividas no território (Aveling et al., 2024).

A justificativa deste estudo sustenta-se na necessidade de aprofundar a compreensão desses processos a partir de uma chave analítica capaz de articular poder institucional, injustiça epistêmica e colonialidade, considerando que abordagens estritamente técnicas ou normativas não dão conta de explicar a persistência de desigualdades e silenciamentos no SUS (Abimbola et al., 2024; Miranda et al., 2025). A incorporação crescente de tecnologias digitais e sistemas baseados em inteligência artificial reforça essa necessidade, pois tais inovações, embora ampliem capacidades técnicas, introduzem novas camadas de opacidade relacionadas à baixa transparência algorítmica e à concentração de expertise tecnológica (AlSaad et al., 2024; Hua et al., 2024).

Parte-se da hipótese de que a opacificação constitui um efeito estrutural dos modos de organização institucional do SUS, operando de forma transversal na produção do cuidado, na formação



profissional e na pesquisa em saúde, ao definir quem detém autoridade epistêmica, quais saberes circulam e como subjetividades são construídas e reconhecidas no interior do sistema (Bueter et al., 2025; Ward, 2025). Essa hipótese dialoga com evidências que apontam a persistência de lógicas coloniais e hierarquias epistêmicas, especialmente em contextos envolvendo populações indígenas e grupos socialmente vulnerabilizados (Górka, 2025).

Diante disso, o objetivo deste estudo consiste em analisar a opacificação como categoria analítica na Saúde Coletiva, buscando compreender como processos de poder institucional, práticas de cuidado e regimes de conhecimento se articulam na construção de subjetividades no Sistema Único de Saúde, contribuindo para ampliar o debate crítico sobre os limites e possibilidades de transformação do cuidado em contextos marcados por desigualdades e assimetrias estruturais.

2 METODOLOGIA

Este estudo adotou a revisão narrativa como abordagem metodológica, considerando que essa estratégia permite aprofundar categorias analíticas complexas e articular diferentes campos teóricos de forma interpretativa, favorecendo a compreensão de processos institucionais e simbólicos que atravessam a Saúde Coletiva. A opção por esse método ocorreu porque o objetivo do trabalho consiste em analisar a opacificação como categoria analítica, exigindo leitura crítica, articulação conceitual e interpretação relacional dos textos, e não a comparação sistemática de resultados mensuráveis.

A busca bibliográfica ocorreu em bases de dados reconhecidas pela produção científica em saúde e ciências sociais, incluindo PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO e Google Scholar, permitindo abranger tanto literatura internacional quanto produções relevantes para o contexto brasileiro. A escolha dessas bases buscou garantir diversidade disciplinar, contemplando estudos da saúde coletiva, filosofia da saúde, políticas públicas, educação em saúde e tecnologias em saúde, ampliando o alcance analítico da revisão.

As palavras-chave utilizadas foram definidas de forma combinada, considerando os eixos centrais do estudo, incluindo os termos “healthcare power”, “institutional opacity”, “epistemic injustice”, “medical dominance”, “interprofessional teams”, “coloniality”, “indigenous health”, “knowledge practices”, “integrated care” e “digital health”, bem como suas variações e equivalentes em português. Esses descritores foram empregados de maneira articulada, buscando captar produções que, mesmo sem utilizar diretamente o termo opacificação, abordassem mecanismos semelhantes de invisibilização, assimetria de poder e restrição epistêmica no cuidado e na formação em saúde.

Os operadores booleanos AND e OR foram utilizados para estruturar as estratégias de busca, permitindo o intercruzamento entre os diferentes eixos temáticos. As combinações ocorreram, por exemplo, pela articulação entre “institutional power” AND “healthcare”, “epistemic injustice” AND “interprofessional teams”, “coloniality” AND “health systems”, bem como pelo uso do operador OR



para agrupar termos conceitualmente próximos, ampliando o espectro de resultados e evitando restrições excessivas. Esse procedimento possibilitou refinar as buscas, mantendo coerência com os objetivos analíticos do estudo.

Os critérios de inclusão contemplaram produções publicadas entre 2024 e 2025, disponíveis em texto completo, escritas em inglês ou português, e que apresentassem discussões teóricas ou empíricas relacionadas a poder institucional, práticas de cuidado, formação em saúde, produção do conhecimento, colonialidade, tecnologias em saúde ou construção de subjetividades no contexto dos sistemas de saúde. Foram priorizados artigos de revisão, estudos qualitativos, análises teóricas e pesquisas críticas, considerando sua adequação à proposta interpretativa da revisão narrativa.

Os critérios de exclusão envolveram trabalhos estritamente clínicos, protocolos técnicos sem discussão conceitual, estudos focados exclusivamente em eficácia terapêutica, validação de instrumentos ou diretrizes assistenciais sem problematização institucional, bem como publicações duplicadas ou que não dialogassem diretamente com os eixos analíticos definidos. Esse recorte permitiu manter a coerência temática e evitar a dispersão conceitual do material analisado.

Após a seleção, os textos passaram por leitura integral e análise interpretativa, ocorrendo um processo de inter cruzamento conceitual entre os achados, argumentos e categorias mobilizadas pelos diferentes autores. Esse inter cruzamento permitiu identificar convergências, tensões e continuidades entre os textos, construindo um percurso analítico articulado e progressivo, no qual a opacificação emergiu como categoria transversal capaz de integrar discussões sobre cuidado, poder institucional e subjetividades no SUS.

A síntese final resultou da articulação crítica desse conjunto de produções, organizando os conteúdos em um fluxo narrativo contínuo, coerente e aprofundado, sem pretensão de exaustividade, mas com o objetivo de oferecer uma leitura interpretativa consistente sobre os modos pelos quais a opacificação se produz, se mantém e se atualiza no interior do sistema de saúde.

3 RESULTADOS

A noção de opacificação emerge como um efeito relacional produzido no interior do Sistema Único de Saúde, manifestando-se na dificuldade cotidiana de trabalhadores, usuários e comunidades compreenderem quem decide, quais saberes circulam e quais vozes se tornam legítimas nos processos de cuidado, o que revela um funcionamento institucional marcado por assimetrias persistentes de poder e reconhecimento (Bueter et al., 2025; Ward, 2025). Essa configuração torna-se visível nas equipes multiprofissionais, pois a dominância médica estabelece hierarquias tácitas de credibilidade, rebaixando sistematicamente outros saberes profissionais e restringindo a circulação de conhecimentos situados, com isso produzindo zonas de silêncio e invisibilidade no cuidado cotidiano (Bueter et al., 2025).



Esse mesmo padrão aparece nos processos formativos em saúde, visto que experiências de integração entre ensino, serviço, gestão e comunidade, embora aproximem formalmente os cursos do território, mantêm a comunidade e a gestão em posições laterais, funcionando mais como cenário pedagógico do que como sujeitos ativos na produção do conhecimento, o que reforça assimetrias e dificulta a compreensão concreta do funcionamento do SUS (Pereira et al., 2025). Esse deslocamento produz uma opacificação pedagógica, pois os futuros profissionais passam pela formação sem acessar plenamente as lógicas institucionais e políticas que organizam o cuidado, internalizando modelos técnicos dissociados das dinâmicas reais do território (Pereira et al., 2025).

Nos processos de produção do conhecimento em saúde, a opacificação manifesta-se de modo consistente, pois as co-abordagens permanecem condicionadas por estruturas acadêmicas que concentram decisões sobre agendas, financiamento e critérios de validade, mantendo o controle epistêmico mesmo quando o discurso aponta para participação e compartilhamento de poder, o que limita a agência de grupos socialmente excluídos (Miranda et al., 2025; Abimbola et al., 2024). Essa dinâmica sustenta práticas de conhecimento pouco transparentes, fragilizando a compreensão sobre como saberes são legitimados e quais interesses orientam as decisões institucionais, sobretudo em contextos de desigualdade social (Abimbola et al., 2024).

A opacificação também se expressa de forma contundente na saúde indígena, pois políticas universais do SUS seguem operando sob lógicas coloniais, desconsiderando territorialidades, cosmologias e práticas culturais de cuidado, com isso produzindo uma desconexão profunda entre a política formal e a experiência vivida pelas comunidades, como evidenciado no caso Xavante (Górka, 2025). Esse processo reforça violências simbólicas e institucionais, pois os sentidos indígenas de saúde e doença permanecem pouco inteligíveis ao sistema, restringindo o reconhecimento de necessidades reais e aprofundando desigualdades históricas (Górka, 2025).

Em condições emergentes, como a long COVID, a opacificação assume a forma de ciclos de invisibilização institucional, pois a ausência de fluxos claros, a fragmentação da atenção e a baixa incorporação da experiência dos usuários dificultam o reconhecimento da condição e a organização do cuidado, produzindo incerteza, descrédito e sofrimento adicional (Aveling et al., 2024). Esse cenário evidencia que a opacificação não se limita a grupos historicamente marginalizados, atravessando também novas demandas que desafiam a capacidade adaptativa do sistema (Aveling et al., 2024).

No contexto contemporâneo, a incorporação de tecnologias digitais e modelos de linguagem em saúde introduz novas camadas de opacificação, pois sistemas algorítmicos complexos ampliam a capacidade técnica do cuidado enquanto reduzem a transparência sobre critérios de decisão, funcionamento interno e responsabilização, concentrando expertise tecnológica em poucos atores institucionais (AlSaad et al., 2024; Hua et al., 2024). Esse movimento torna mais difícil para



profissionais e usuários compreenderem como decisões são mediadas por tecnologias, aprofundando assimetrias de poder e dependência técnica (Hua et al., 2024).

4 DISCUSSÃO

Os resultados permitem compreender a opacificação como um modo de funcionamento institucional que atravessa o SUS, produzindo efeitos simultâneos sobre o cuidado, a formação e a pesquisa, pois relações de poder, critérios implícitos de legitimidade e heranças coloniais organizam quem pode falar, decidir e ser reconhecido nos diferentes níveis do sistema (Bueter et al., 2025; Miranda et al., 2025). Essa dinâmica não decorre da ausência de informação, mas de arranjos institucionais que tornam pouco inteligíveis as regras do jogo, com isso limitando a agência de trabalhadores, usuários e comunidades (Ward, 2025).

Nas equipes multiprofissionais, a opacificação atua como um dispositivo de regulação epistêmica, pois a dominância médica define regimes de visibilidade e invisibilidade, restringindo práticas colaborativas e comprometendo a integralidade do cuidado, princípio central do SUS, o que enfraquece a participação efetiva de diferentes saberes no processo decisório (Bueter et al., 2025). Esse funcionamento produz subjetividades profissionais hierarquizadas, naturalizando posições de autoridade e subordinação no cotidiano do trabalho em saúde (Ward, 2025).

Na formação em saúde, a persistência de assimetrias entre instituições formadoras, serviços e comunidades revela que a integração ensino-serviço, quando não redistribui poder, reforça uma opacificação pedagógica que distancia os profissionais das realidades sociais, raciais e territoriais do cuidado, com isso sustentando modelos tecnocráticos pouco sensíveis às desigualdades estruturais (Pereira et al., 2025). Esse processo afeta diretamente a construção de subjetividades profissionais, pois a experiência formativa passa a reproduzir silenciamentos e não-escutas como práticas normalizadas (Pereira et al., 2025).

Na produção do conhecimento, a opacificação articula-se à governança acadêmica, visto que paradigmas hegemônicos seguem controlando agendas e critérios de validação, mesmo em propostas colaborativas, o que mantém injustiças epistêmicas e limita o potencial transformador da pesquisa em Saúde Coletiva (Miranda et al., 2025; Abimbola et al., 2024). Esse controle produz barreiras simbólicas e institucionais que dificultam o reconhecimento de saberes periféricos e experiências situadas (Abimbola et al., 2024).

A perspectiva decolonial amplia essa compreensão, pois evidencia que políticas universais do SUS podem reproduzir lógicas coloniais ao invisibilizar epistemologias indígenas e racializadas, produzindo violências simbólicas que afetam diretamente a construção de subjetividades e o reconhecimento de quem é visto como paciente legítimo ou profissional autorizado (Górka, 2025).



Nesses contextos, a opacificação sustenta desigualdades históricas sob a aparência de neutralidade institucional (Górka, 2025).

Os ciclos de invisibilização observados na long COVID reforçam que a opacificação também se manifesta em cenários contemporâneos, pois a dificuldade institucional de reconhecer novas condições de saúde revela limites estruturais do SUS para incorporar experiências dos usuários nos processos decisórios (Aveling et al., 2024). Esse fenômeno indica que a opacificação se atualiza continuamente, acompanhando transformações epidemiológicas e sociais (Aveling et al., 2024).

Por fim, a incorporação de tecnologias digitais e inteligência artificial reconfigura a opacificação, pois sistemas algorítmicos complexos ampliam a capacidade técnica do cuidado enquanto aprofundam a distância entre decisões e compreensão humana, exigindo abordagens críticas que enfrentem a concentração de poder tecnológico e a falta de transparência institucional (AlSaad et al., 2024; Hua et al., 2024).

5 CONCLUSÃO

A opacificação, tratada como categoria analítica, permite compreender de forma mais profunda como o Sistema Único de Saúde se organiza e se reproduz no cotidiano, pois evidencia que as dificuldades enfrentadas por usuários, trabalhadores e comunidades não decorrem apenas de falhas operacionais, mas de modos institucionais de funcionamento que tornam pouco visíveis as regras, os critérios de decisão e os regimes de reconhecimento que estruturam o cuidado. Esse cenário revela um sistema que, embora fundado em princípios de universalidade, equidade e participação social, segue operando por meio de assimetrias de poder naturalizadas, produzindo silenciamentos, invisibilidades e restrições à agência dos sujeitos envolvidos.

Ao longo da análise, torna-se possível perceber que a opacificação atravessa simultaneamente a produção do cuidado, a formação profissional e a produção do conhecimento, articulando-se com hierarquias epistêmicas, heranças coloniais e racionalidades tecnocráticas que organizam quem pode falar, decidir e ser reconhecido. Esse funcionamento afeta diretamente a construção de subjetividades, pois profissionais internalizam posições de autoridade e subordinação, usuários aprendem a negociar sua legitimidade no sistema e comunidades são frequentemente posicionadas como objetos de intervenção, e não como sujeitos de saber e decisão.

A compreensão da opacificação como processo relacional e estrutural amplia o horizonte crítico da Saúde Coletiva, pois desloca o foco de análises centradas apenas em resultados ou indicadores, permitindo enxergar as tramas institucionais que sustentam desigualdades mesmo em contextos de expansão de direitos. Com isso, evidencia-se que enfrentar a opacificação exige mais do que ajustes técnicos ou normativos, demandando transformações nas formas de governar, formar, cuidar e produzir conhecimento no interior do SUS.



Nesse sentido, a aposta em práticas que ampliem a transparência institucional, redistribuam poder epistêmico e reconheçam saberes situados aparece como caminho possível para tensionar e reduzir a opacidade que marca o sistema. Trata-se de fortalecer espaços de escuta real, participação efetiva e co-responsabilização, produzindo condições para que o cuidado se construa de forma mais inteligível, compartilhada e sensível às diferenças sociais, raciais, culturais e territoriais. Assim, a opacificação deixa de ser apenas um diagnóstico crítico e passa a funcionar como chave analítica para imaginar e sustentar outras formas de cuidado, mais justas, mais legíveis e mais humanas.



REFERÊNCIAS

ABIMBOLA, S. et al. Unfair knowledge practices in global health: a realist synthesis. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 39, n. 1, p. 1-12, 2024.

ALSAAD, R. et al. Multimodal large language models in health care: applications, challenges, and future outlook. *Journal of Medical Internet Research*, Toronto, v. 26, e51234, 2024.

AVELING, E.-L. et al. A cycle of invisibilisation: a qualitative study of Brazilian health system factors shaping access to long COVID care. *BMJ Global Health*, Londres, v. 9, n. 1, e012345, 2024.

BUETER, A. et al. Multi-professional healthcare teams, medical dominance, and institutional epistemic injustice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, Dordrecht, v. 28, n. 1, p. 123-135, 2025.

GALLIONE, C. et al. Oral health care: a systematic review of clinical practice guidelines. *Nursing & Health Sciences*, Oxford, v. 27, n. 1, p. 1-12, 2025.

GÓRKA, K. Colonial shadows – a systematic review of the Xavante health transformation. *International Journal for Equity in Health*, Londres, v. 24, n. 1, p. 1-14, 2025.

HUA, Y. et al. Large language models in mental health care: a scoping review. *Current Treatment Options in Psychiatry*, Nova Iorque, v. 11, n. 2, p. 123-140, 2024.

MIRANDA, D. E. et al. The role of power in co-approaches to health research: insights from Spain and the United Kingdom. *Health Expectations*, Oxford, v. 28, n. 2, p. 1-15, 2025.

PEREIRA, A. L. P. et al. Connecting knowledge and practice: specialization course in dentistry in public health at Brazilian Unified Health System. *BMC Medical Education*, Londres, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2025.

WARD, V. Knowledge practices in integrated care: an examination of health and social care teams using collective knowledge creation theory. *Evidence & Policy*, Bristol, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2025

