

Estado da publicação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

# O Estado, o mercado e a caridade: uma análise fenomenológico-hermenêutica do discurso libertário sobre os sistemas de saúde

Edson André Pereira Hilário

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12301>

Submetido em: 2025-06-19

Postado em: 2025-06-30 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

## Artigo original

### O Estado, o mercado e a caridade: uma análise fenomenológico-hermenêutica do discurso libertário sobre os sistemas de saúde

The State, the Market, and Charity: A Phenomenological-Hermeneutic Analysis of the Libertarian Discourse on Health Systems

Edson André Pereira Hilário, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1055-4721>

Hospital de ensino Instituto Raul Soares - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, email: [eaphilario@gmail.com](mailto:eaphilario@gmail.com)

#### Resumo:

Entre os restos de uma promessa — liberdade como cuidado, ou cuidado como fardo — este artigo mergulha nos textos libertários sobre saúde, publicados no Instituto Mises Brasil entre 2009 e 2025. À luz da hermenêutica fenomenológica (Ricoeur), colhem-se três veios: a saúde transformada em escolha, o Estado rebaixado a vilão, a caridade erguida como tábua moral. Mas há ruído. O que não se diz pesa: quem cuida, quando ninguém mais quer? A análise, longe de sentença, recolhe fraturas, repetições, silêncios. E talvez, sem certezas, pergunte o que resta da ideia de comum quando a escolha vira tudo — e o outro, quase nada.

**Palavras chave:** Libertarianismo; Libertarismo; Sistemas de Saúde; Hermenêutica; Estado; Fenomenologia; Política de Saúde.

#### Abstract:

Amid the debris of a broken promise—freedom as care, or care as burden—this paper delves into libertarian writings on health, published by the Instituto Mises Brasil between 2009 and 2025. Guided by phenomenological hermeneutics (Ricoeur), three threads emerge: health reduced to private choice, the State cast as perennial threat, charity idealized as moral compass. Yet noise lingers. What remains unsaid weighs more: who tends, when no one is bound to care? The analysis, refusing closure, collects fractures, loops, omissions. And maybe—without resolve—it asks what survives of the common when choice becomes everything, and the other, nearly nothing.

**Key words:** Libertarianism; Libertarism; Health Systems; Hermeneutics; State; Phenomenology; Health Policy.

## 1 Introdução

Há sempre uma cena inicial, quase silenciosa, quando se tenta dizer o que é “saúde” numa sociedade. Não se trata de mero enunciado técnico, nem de consensos universais: definir saúde — como direito, mercadoria, privilégio ou resultado de méritos individuais — é, antes de tudo, expor os fios trançados de disputas morais, ideológicas, políticas que atravessam séculos e não se encerram em manuais. Todo sistema nacional de saúde é, no fundo, filho bastardo de uma história maior: traduz, em sua arquitetura e nos seus silêncios, o pacto — precário, nunca resolvido — entre projetos coletivos de proteção social e as pressões do tempo. A forma dos sistemas, seus graus de universalidade, as escolhas de financiamento, tudo isso espelha, com precisão inquietante, o tipo de sociedade que se construiu, ou tentou-se construir, entre o peso

das tradições e o fogo das rupturas (Gerschman & Santos, 2006; Lobato & Giovanella, 2012). Onde a solidariedade foi erguida em lei, vislumbra-se algum universalismo; onde o mercado venceu, a saúde rima com renda, e justiça vira cálculo. Falar de saúde é, no fundo, arriscar-se no terreno minado da justiça, mesmo quando se imagina estar apenas discutindo técnicas.

Não há definição neutra. Se quisermos precisão — talvez até desconforto —, convém reconhecer os sistemas de saúde como composições movediças de atores, instituições, rituais, regras escritas e não-escritas, práticas e relações entrelaçadas, dispostas para responder (ou para falhar em responder) à demanda coletiva por cuidado. Lobato & Giovanella (2012) decifram esse enigma dizendo que tais sistemas emergem dos atritos entre histórias, poderes e pactos, expressando uma batalha sempre inacabada entre o público e o privado, o universal e o segmentado, o mercado e a promessa do comum. Não são apenas máquinas administrativas: são arenas, em disputa contínua, em que cada vitória ou recuo carrega consequências reais — e, quase sempre, desigualdades persistentes.

É nesse palco, por vezes saturado de discursos previsíveis, que o libertarianismo ergue a voz, nem sempre bem-vinda, frequentemente disruptiva. O núcleo do discurso libertário é simples e, ao mesmo tempo, radical: recusa frontalmente a ideia de que o Estado deva garantir serviços de saúde a quem quer que seja. Apoiado em pilares como o princípio da não agressão, a sacralidade da propriedade privada e a fé quase ascética nas soluções voluntárias, o libertarianismo toma forma em textos densos de Mises, Rothbard, Hoppe — e seus herdeiros, espalhados em colunas e fóruns digitais. O liberalismo, lembra Mises (2010), não se confunde com o reacionarismo, tampouco com o socialismo: aposta na razão, na liberdade e na ordem espontânea. Quando levado ao extremo, vira anarcocapitalismo: todo Estado é excesso, inclusive o mínimo. Saúde? Deveria ser assunto privado, mercantil, solidário apenas por escolha, nunca por decreto (Huerta de Soto, 2023).

É esse campo minado — e, por vezes, fascinante — de sentidos, estratégias e paradoxos que este artigo atravessa. Por meio da análise de vinte e um textos publicados entre 2009 e 2025 no site do Instituto Mises Brasil — hoje, sem dúvida, o principal repositório do discurso libertário no país — buscou-se mapear não só o que se diz, mas como se constrói e para quem se endereça essa crítica feroz aos sistemas públicos de saúde. O corpus reúne traduções de clássicos, colunas de autores internacionais e produções brasileiras, entrecruzando vozes que partilham uma gramática moral e política reconhecível (Leite, 2015; Hoppe, 2009; Paul, 2013; Rallo, 2014).

O itinerário metodológico não se limitou à análise de estruturas linguísticas ou à identificação de conteúdos temáticos explícitos. Optou-se por aplicar o método fenomenológico-hermenêutico de Lindseth & Norberg (2004), fundado na filosofia de Paul Ricoeur. A análise permitiu captar os horizontes existenciais subjacentes, os valores articulados e os efeitos discursivos projetados por cada autor. Ao final, buscou-se integrar os achados numa articulação interpretativa que revelasse os sentidos produzidos coletivamente por esse corpus.

O que se busca é rastrear as operações da linguagem: de que modo o discurso libertário manipula formas, argumentos, afetos? Como reescreve o lugar do Estado, do mercado e do cidadão em nossas imaginações sobre a saúde? A pergunta não se resolve em binarismos, mas propõe, talvez, um espelhamento incômodo entre crítica e desejo de reconstrução.

## 2 Metodologia

Toda escolha metodológica — como toda recusa — é também um gesto. Não há neutralidade no método, tampouco distância confortável: mergulhar nos discursos é, de certo modo, ser afetado por eles. Neste estudo, decidiu-se por um caminho exigente e, talvez, impreciso aos olhos da objetividade tradicional: a hermenêutica fenomenológica tal como delineada por Lindseth & Norberg (2004), com base no pensamento de Paul Ricoeur. Mais do que dissecar argumentos, o que se busca é expor os mundos possíveis convocados pelos textos, os modos de ser-no-mundo que se deixam entrever, as tensões morais que lhes servem de costura. Não interessa apenas o que se diz, mas o que se faz dizendo — e o que se cala, também.

O corpus foi delimitado com cuidado — embora não sem fricção. Reuniram-se 21 artigos publicados entre 2009 e 2025 no site do Instituto Mises Brasil, elegendo-se três critérios: centralidade da temática da saúde, aderência ao arcabouço do libertarianismo austríaco e variação autoral suficiente para permitir contrastes. O Instituto Mises Brasil não foi escolhido ao acaso, mas por ser o principal laboratório discursivo do libertarianismo brasileiro, sintetizando tanto a tradução diligente de estrangeiros como Hoppe (2009), Ron Paul (2013), DiLorenzo (2009), quanto uma produção original crítica às políticas públicas nacionais — com especial ênfase no Sistema Único de Saúde - SUS e no ethos estatista que o cerca (Leite, 2015). Há vozes distintas, sim, mas afinadas por uma gramática comum: Estado como usurpador, liberdade como dogma, mercado como redentor silencioso. Textos traduzidos e originais se entrelaçam, formando não um mosaico estático, mas uma rede em tensão — um campo discursivo vivo, em disputa.

A análise seguiu três movimentos, em espiral. E como todo percurso hermenêutico, cada etapa reverberou na anterior, deslocando certezas e reorganizando expectativas. A primeira leitura — ingênua, mas não cega — exigiu uma suspensão quase corporal dos filtros prévios. Lê-se com a escuta aberta, não para julgar, mas para deixar-se afetar. Cada texto foi lido, ao menos duas vezes, buscando não extrair, mas acolher sua proposta de mundo. Que figura emerge ali? Que valores dançam no subtexto? Que ethos se insinua por entre as frases, os adjetivos, os silêncios? Por vezes, a narrativa vinha com força: saúde como bem, jamais como direito; o Estado, um intruso; o contribuinte, um herói solitário. Noutras, as fissuras se deixavam ver — hesitações, lacunas, promessas mal resolvidas. Essa etapa não produziu respostas, mas orientou o olhar, afinou a escuta. Foi ponto de partida e, em parte, ponto de retorno.

O segundo movimento exigiu mais rigor — e também mais desconfiança. Cada texto foi segmentado em unidades de significado, trabalhadas em linguagem descritiva. A operação não foi neutra: escolher o que condensar, o que reter, o que agrupar já era, em si, um ato interpretativo. Aos poucos, emergiram estruturas recorrentes — metáforas bélicas, dicotomias rígidas, operações morais quase litúrgicas. Os eixos temáticos cristalizaram-se em três grandes blocos — não por conveniência, mas por insistência dos próprios textos. Primeiro, a saúde como direito ou mercadoria, onde se entrecruzam tensões fundantes entre justiça e mérito, entre dever coletivo e liberdade individual. Depois, o Estado como interveniente ou usurpador, sempre figurado como ameaça moral ou entulho técnico, e o corpo médico como vítima tolhida do sistema. Por fim, a crítica ao sistema público e o apelo à caridade, com idealização de um cuidado voluntário e repúdio à obrigatoriedade solidária. Nesse ponto, a linguagem deixou de ser apenas meio — tornou-se protagonista. Era ali, nas escolhas estilísticas, nos silogismos repetidos, nos tons proféticos ou sarcásticos, que o discurso ganhava corpo. O que parecia argumento era, tantas vezes, convocação.

A terceira etapa, talvez a mais densa, não foi síntese. Foi redobramento. A cada texto, cabia perguntar: que mundo ele reconstrói? Que ausência ele justifica? Que ética

ele propõe — ou impõe? Ao integrar os temas, deixou-se ver um horizonte mais amplo, quase mítico: o cidadão soberano, o Estado vilão, o mercado redentor. Mas também — e isso importa — uma série de contradições internas: a exaltação da autonomia que ignora a fragilidade; a defesa da liberdade que escamoteia os determinantes sociais da vida; a promessa de escolha onde há, na verdade, escassez ou desamparo. Foi neste ponto que os textos deixaram de ser apenas análises e tornaram-se sintomas — sintomas de uma narrativa maior, que opera deslocamentos ontológicos: saúde não mais como cuidado, mas como transação; solidariedade não mais como pacto, mas como coerção. A liberdade, aqui, é fincada como absoluto — mesmo quando custa a vida dos que não podem escolher.

Ao fim, cada artigo foi traduzido em um ensaio interpretativo próprio, e todos eles, juntos, organizados em torno dos três eixos propostos. Não houve pretensão de síntese redentora, mas desejo de compreensão: como se articula, afinal, esse discurso que tanto repele o comum? O que ele promete — e o que ele silencia? E, sobretudo, que efeitos ele produz no modo como pensamos o cuidado, a justiça, a saúde? Porque, no fim, não se tratava de saber se o discurso libertário está certo ou errado — mas de escutá-lo até o fim, até o limite do que ele ousa propor. E perguntar: quem sobra, quando todos escolhem por si?

### 3 Resultados

Os vinte e um textos analisados foram tratados como unidades discursivas autônomas, percorridos com o rigor do método fenomenológico-hermenêutico de Lindseth & Norberg (2004), orientado pela filosofia de Paul Ricoeur. O percurso analítico seguiu um movimento em espiral, nunca linear, sempre atravessado por retornos e desvios. A primeira operação consistiu na leitura ingênua, uma escuta inicial que, longe de ser inocente, demandou a suspensão dos julgamentos prévios — a *epoché* — e a abertura sensível ao tom, ao ritmo e à textura do texto. Não se buscou compreender o argumento em sua lógica formal, mas captar o mundo que cada discurso projeta: suas figuras, seus afetos, suas premissas éticas mais sutis. Essa leitura inaugural, quase afetiva, permitiu acolher o sentido global de cada artigo — seu horizonte simbólico, sua atmosfera narrativa, a forma como desenha os lugares do sujeito, do Estado, do mercado e do outro.

A partir dessa escuta, delineou-se, em seguida, o tema central de cada artigo. Aqui, a tarefa foi condensar a tônica argumentativa predominante: o ponto em torno do qual o texto gira, o núcleo de sua crítica ou defesa, a ideia que se repete como refrão, ora explícita, ora sussurrada. Esse foco temático não foi imposto de fora, mas extraído das próprias estruturas do discurso, das metáforas insistentes, dos vocábulos reiterados, das operações morais que se repetem como fórmula. Cada tema central funciona como eixo gravitacional do texto, condensando em uma expressão o campo de força em que o argumento se articula — seja a saúde como bem de mercado, o Estado como usurpador, ou a caridade como horizonte ético substitutivo.

Por fim, a etapa da compreensão abrangente, que não se confundiu com uma mera síntese, mas com um redobramento interpretativo. Aqui, cada artigo foi relido à luz dos temas emergentes e da filosofia hermenêutica, permitindo observar não apenas o que se afirma, mas também o que se desloca, o que se silencia, o que se omite ou se contradiz. A interpretação final procurou conectar os achados temáticos com os efeitos simbólicos e normativos do discurso, revelando seu horizonte ético-político e suas zonas de ambiguidade. Não se tratou de encerrar sentidos, mas de compreendê-los em sua complexidade performativa: o que o texto faz ao dizer o que diz — e o que deixa de fazer ao não dizer o que cala. Essa articulação permitiu construir uma tabela-síntese (ver

Tabela 1) em que os três níveis de leitura — o mundo projetado, o foco temático e a compreensão integradora — se entrelaçam, não como degraus, mas como planos móveis de uma análise que buscou, acima de tudo, escutar o discurso libertário em sua espessura e em suas fraturas.

**TABELA 1 - Síntese fenomenológico-hermenêutico dos artigos analisados**

Título do Texto	Autor	Ano	Leitura Ingênu	Tema Central	Compreensão Abrangente (síntese)
A medicina cubana – um modelo?	Humberto Fontova	2009	O texto projeta um mundo de propaganda oficial e miséria oculta. A medicina cubana é apresentada como espetáculo ideológico para consumo externo, mas opressão para os próprios cubanos.	Vivência do cuidado como fachada política; Experiência do médico como prisioneiro do sistema.	A medicina cubana se torna símbolo da mentira estatal. O que parece generosidade é, na verdade, coerção e manipulação. A liberdade é exilada do próprio ato de cuidar.
A medicina socializada e as leis econômicas	Thomas DiLorenzo	2009	O texto projeta um mundo onde a saúde estatal despreza as leis da escassez. Ao ignorar a economia, destrói os próprios fundamentos do cuidado.	Vivência da medicina estatal como rebelião contra a realidade; Experiência do racionamento como punição à gratuidade.	A saúde socializada é vista como recusa das leis naturais da economia. O cuidado perde sentido quando separado do preço, da escolha e da responsabilidade.
Quatro medidas para melhorar o sistema de saúde	Hans-Hermann Hoppe	2009	O texto projeta um mundo onde a crise da saúde decorre da intervenção estatal. O cuidado genuíno nasce da liberdade contratual e da responsabilidade individual.	Vivência do cuidado como expressão da liberdade contratual e da responsabilidade individual; Experiência da regulação estatal como fonte de doença moral, ineficiência e injustiça.	Hoppe propõe um rompimento total com a lógica estatizante da saúde. A medicina só pode ser justa e eficaz quando desvinculada do Estado e baseada no mérito, contrato e liberdade de escolha.
Como Mises explicaria a realidade do SUS?	Leandro Roque	2011	O texto projeta um mundo em que o SUS representa a falência inevitável da lógica estatal aplicada à saúde. O cuidado público aparece como falácia distributiva.	Vivência da escassez como essência do sistema público de saúde; Experiência da injustiça fiscal e moral como fundamento da medicina estatal.	A figura ética que emerge é a do indivíduo autônomo, cuja dignidade é minada por um sistema que se sustenta na coerção e desperdício moral.
O que a medicina soviética nos ensina	Yuri N. Maltshev	2012	O texto projeta um mundo em que a medicina estatal soviética simboliza a destruição da dignidade humana. O cuidado foi substituído por terror, improvisado e mentira institucionalizada.	Vivência do cuidado como experiência de abandono disfarçado; Experiência do médico como cúmplice forçado da degradação.	A medicina soviética é usada como alegoria do fracasso do coletivismo. O cuidado, nesse mundo, não é apenas precário — é moralmente inaceitável e existencialmente corrosivo.
A saúde é um bem, e não um direito	Ron Paul	2013	O texto projeta um mundo onde transformar a saúde em direito significa transformar o	Vivência do cuidado como obrigação estatal coercitiva; Experiência da liberdade como valor	O autor propõe que chamar a saúde de 'direito' abre caminho para o controle absoluto

			cidadão em servo do Estado. O cuidado se torna um dever moral confiscado.	ameaçado pelo discurso do direito.	do Estado sobre o indivíduo. A dignidade, nesse mundo, só é possível com soberania pessoal.
Verdades inconvenientes sobre o sistema de saúde sueco	Klaus Bernp aintner	2014	O texto projeta um mundo em que a saúde pública estatal, embora bem-intencionada, leva a atrasos e sofrimento real. A liberdade de escolha é valorizada como solução oculta e reprimida.	Vivência do sistema estatal como prisão burocrática; Experiência do cuidado como dependência forçada e ineficaz.	A Suécia, símbolo da social-democracia, aparece como um lugar onde a eficiência foi sacrificada pela promessa de igualdade. O cuidado é mais livre e eficaz quando existe mercado, mesmo silencioso.
Como realmente funciona o sistema de saúde americano	Juan Ramón Rallo	2014	O texto projeta um mundo onde o sistema americano é menos livre do que se pensa. A culpa da ineficiência é do intervencionismo disfarçado de mercado.	Vivência do falso mercado como degeneração do cuidado; Experiência do consumidor como refém de regras e subsídios.	A crítica libertária desconstrói a ideia de que os EUA têm um sistema liberal. O cuidado é deformado pela simbiose entre Estado e grupos de interesse, e a liberdade real permanece interdita.
Como o SUS está destruindo a saúde dos brasileiros	Rafael Andreazza Daros	2014	O texto projeta um mundo onde a saúde pública representa uma falência moral e econômica. O cuidado gratuito é vivido como engodo que esvazia a responsabilidade.	Vivência da saúde pública como engodo distributivo e falência moral; Experiência do cuidado como desperdício mascarado de equidade.	O autor retrata o SUS como estrutura que destrói a solidariedade espontânea e converte a saúde em arena de desperdício e infantilização moral.
As diferenças entre os serviços de saúde da Alemanha e do Canadá	Tatiana Villas Boas Gabbi	2015	O texto projeta um mundo onde a liberdade de escolha é compatível com justiça social. O modelo alemão aparece como alternativa à estatização integral.	Vivência da escolha como condição de dignidade no cuidado; Experiência do pluralismo institucional como fonte de justiça real.	O modelo alemão é apresentado como solução intermediária que concilia responsabilidade individual e cobertura universal. O cuidado, assim, emerge do equilíbrio, não do monopólio estatal.
A saúde é um direito ou uma mercadoria?	Tatiana Villas Boas Gabbi	2015	O texto projeta um mundo onde a saúde pública é ineficaz e injusta, e onde a rotulagem moral do mercado como vilão impede o florescimento de soluções reais.	Vivência do mercado como espaço legítimo de cuidado; Experiência do discurso moral como obstáculo à saúde efetiva.	O cuidado, para ser verdadeiro, precisa estar ancorado na liberdade de escolha e na pluralidade de ofertas. O SUS aparece como negação prática da moralidade que diz defender.
Um breve manual sobre os sistemas de saúde – e por que é	Davi Lyra Leite	2015	O texto projeta um mundo onde a saúde só é sustentável se for orientada pela liberdade de escolha, pela responsabilidade	O cuidado em saúde só é possível, justo e sustentável quando emerge da liberdade individual, da concorrência e da	O autor reconfigura o cuidado como consequência da autodisciplina e do mérito, apontando que o SUS fracassa não por má

impossível ter um SUS sem fila de espera			individual e pela lógica de mercado.	responsabilidade pessoal, não da imposição estatal.	gestão, mas por negar a própria lógica do mercado. A liberdade econômica é vista como condição moral e técnica do cuidado legítimo.
Um retrato da saúde brasileira – um desabafo de dois médicos	Helio Dehon Barbosa	2015	O texto projeta um mundo em que a atuação médica é sufocada pela ideologia estatal e pela cultura da coletividade compulsória, comprometendo a liberdade, a excelência e a dignidade profissional.	A experiência médica no Brasil é marcada por coerção estatal, deformações ideológicas e impossibilidade de livre exercício da profissão, configurando um estado permanente de mal-estar sistêmico.	A crítica se aprofunda na formação profissional, nos marcos regulatórios e nos arranjos institucionais do SUS, argumentando que a doutrinação coletivista mina a autonomia do médico e distorce a própria noção de saúde, reduzida a um mecanismo de controle estatal. A reconfiguração desejada é a da saúde como bem privado, acessado livremente em um mercado desimpedido.
Quando a medicina é estatal, o governo decreta que você deve morrer	Justin Murrary	2017	O texto projeta um mundo onde o Estado detém poder absoluto sobre a vida e a morte. O cuidado estatal aparece como dispositivo de negação da autonomia familiar, convertendo-se em eutanásia compulsória.	Vivência do cuidado como expropriação da decisão íntima; Experiência da medicina estatal como exercício de poder biopolítico sobre os corpos vulneráveis.	A narrativa do caso Charlie Gard é mobilizada como alegoria trágica do sistema estatal de saúde. O mundo projetado nega o amor familiar e a caridade espontânea em nome da eficiência técnica e da autoridade jurídica. O cuidado, neste mundo, é proibido pelo próprio aparato estatal que afirma promovê-lo.
É óbvio, Cármen Lúcia, que a saúde é mercadoria	Leandro Narloch	2018	O texto projeta um mundo onde a saúde é inevitavelmente uma mercadoria. O cuidado é mais eficaz quando regido por incentivos econômicos.	Experiência da saúde como campo de tensões entre moralidade pública e eficácia privada; Vivência do cuidado como resultado possível do egoísmo produtivo.	O autor defende que o reconhecimento da saúde como mercadoria não é desumanizador, mas libertador. O lucro pode gerar mais cuidado que o altruísmo vazio.
Acabar com a dedução de despesas com saúde pode sobrecarregar ainda mais o SUS	Alexandre Garcia de Carvalho	2019	O texto projeta um mundo em que a liberdade individual está sob ataque constante pela coerção fiscal e ineficiência do Estado. O cuidado à saúde é vivenciado como expressão de autonomia, não como direito coletivo.	Vivência do cuidado como expressão de autonomia econômica; experiência do Estado como agente de escassez, opressão e destruição da responsabilidade individual.	O autor apresenta a dedução fiscal como resistência simbólica à dominação estatal. A saúde é o campo onde se trava a luta entre o indivíduo meritocrático e o Estado coletivista. O cuidado estatal é criticado como simulacro de justiça que na verdade aniquila a

					liberdade.
Hoje, a Finlândia. Amanhã, o mundo. As sociais-democracias em seu último suspiro	Anthony P. Geller	2019	O texto projeta um mundo em que as sociais-democracias caminham para a falência inevitável. A generosidade pública se transforma em parasitismo estrutural e decadência institucional.	Vivência do bem-estar como armadilha intergeracional; Experiência da justiça como desestímulo ao mérito e à responsabilidade.	A Finlândia é lida como símbolo de um colapso anunciado. O cuidado estatal deixa de ser expressão de solidariedade e se torna vetor de decadência moral e econômica.
O problema está em quem gerencia: o sistema estatal de saúde do Canadá também é um fracasso colossal	Lee Friday	2021	O texto projeta um mundo onde o fracasso do sistema público de saúde não é exceção, mas regra. A má gestão é inseparável da própria lógica estatal.	Vivência da fila como expressão de abandono; Experiência da universalidade como promessa não cumprida.	A crítica ao Canadá revela que o problema não é de eficiência, mas de princípio: a ausência de mercado destrói o cuidado ao torná-lo burocrático e insensível à urgência do sofrimento.
O estado na saúde – a arrogância fatal do socialismo	Cláudia Nunes	2023	O texto projeta um mundo em que o monopólio estatal da saúde é expressão de arrogância ideológica e fracasso funcional. O sujeito vivido deseja liberdade, escolha e eficiência.	Vivência da saúde pública como prisão ideológica e fracasso funcional; Experiência do cidadão como duplamente penalizado e moralmente infantilizado.	A autora denuncia o sistema estatal de saúde como máquina de desperdício e dominação moral, sustentada por ideologia. Propõe a liberdade como pré-condição para o cuidado humano e eficiente.
Por que o establishment político não toca na questão das doenças crônicas	Connor O'Keefe	2024	O texto projeta um mundo em que a doença crônica é sustentada por alianças entre Estado e corporações. A saúde é negligenciada como escolha institucional.	Vivência da doença crônica como produto de uma aliança político-industrial perversa; Experiência da saúde como ausência deliberada de cuidado genuíno.	O autor revela a doença como ativo político-econômico e o cuidado como fachada. Romper o ciclo de adoecimento exige mais que gestão: demanda libertação da tutela estatal-corporativa.
Uma revolta médica está próxima	Keith Smith	2025	O texto projeta um mundo em que o paciente é chamado a retomar sua soberania frente ao conluio entre Estado, hospitais e seguradoras, com o cuidado sendo possível apenas pela liberdade de escolha.	A saúde só pode ser ética e eficaz quando reconduzida à soberania do paciente enquanto consumidor livre, rompendo com o cartel formado entre Estado, hospitais e seguradoras.	O autor propõe uma refiguração radical do cuidado: não mais baseado em tutela institucional, mas na autonomia do paciente como sujeito ético e contratante legítimo. A ética da saúde renasce quando o consumidor 'vota com os pés'.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos 21 artigos analisados

### Interpretação Hermenêutico-Fenomenológica dos Textos Libertários sobre Saúde

Entre 2009 e 2025, um conjunto de 21 textos publicados no Instituto Mises Brasil conforma, mais do que uma coleção de argumentos, uma arquitetura discursiva precisa — e insistente — sobre o que se deve entender por saúde, cuidado e política pública. A leitura fenomenológico-hermenêutica, conforme delineada por Lindseth e Norberg (2004), inspirada na ontologia da linguagem de Paul Ricoeur, permite aqui não apenas seguir o que os textos dizem, mas se deixar afetar pelo que eles deixam entrever. Cada artigo, tomado como mundo projetado, revela não uma opinião, mas uma tentativa de reordenar o sensível. É disso que se trata: não apenas o que é dito, mas o que se torna pensável ao ser dito.

Ao se mover pelas camadas desse discurso, torna-se difícil ignorar a constância dos traços. A saúde, reiteradamente, é descolada de sua conotação coletiva para ser realocada no terreno da liberdade individual. O cuidado, neste arranjo, só adquire dignidade se nasce da escolha — voluntária, consciente, autônoma. Gratuidade? Suspeita. Universalidade? Equívoco. Direito? Disfarce. O contrato substitui o pacto, e o mérito substitui a justiça. O sujeito projetado não é genérico — ele tem contornos: é autossuficiente, racional, resistente à regulação. A dependência, qualquer que seja, não é circunstância — é falha de caráter.

O Estado, nesse imaginário, não apenas falha: ele corrompe. Sua presença não se limita a diagnósticos de má gestão ou ineficiência. É algo mais profundo — quase visceral. O poder público aparece como força intrusiva, que desumaniza o cuidado, fragiliza o vínculo clínico e burocratiza o ato médico até torná-lo irreconhecível. A figura do médico emerge como um personagem ético, acuado, às vezes heróico, às vezes vencido — sempre coagido. O saber técnico é filtrado por comitês, a escuta pela fila, a decisão pela norma. Hoppe (2009), Paul (2013), DiLorenzo (2009): a orquestra está afinada, ainda que varie nos solos.

Há também outra camada, mais silenciosa, mas não menos presente: a da exemplificação. Os textos retornam, com frequência, à comparação internacional — Suécia, Canadá, Alemanha, Cuba, Estados Unidos. Não como curiosidade, mas como ilustração estratégica. Cada sistema nacional vira argumento. Cada fila, uma prova. Cada falha, uma confirmação. A Suécia, que hesita. O Canadá, que atrasa. O SUS, que colapsa. A Alemanha, ocasionalmente, escapa como exceção — mas só quando permite mercado. Os exemplos importam menos pelo que são do que pelo que autorizam a dizer.

Nas margens, emerge o apelo à caridade — não como retórica vazia, mas como proposta alternativa. Doações voluntárias, associações privadas, redes comunitárias: soluções evocadas com nostalgia de um tempo pré-político, onde o cuidado seria mais puro por ser mais livre. Aqui, não se trata de desmontar sistemas universais, mas de deslizá-los para o domínio da moral individual. O gesto ético, nesse caso, é sempre privado. A solidariedade, quando existe, é impulso — nunca obrigação. O Estado, mais uma vez, apenas atrapalha.

O que a hermenêutica revela, ao fim, não é contradição, mas coerência. Há um mundo projetado, sim — e ele é internamente lógico. A saúde, nele, é campo de mérito. O risco, dado da vida. O cuidado, um serviço. E o outro, quase sempre, uma escolha. Não cabe aqui julgar se esse mundo é desejável, apenas reconhecer que ele se sustenta sobre uma gramática própria, onde a liberdade antecede a política e a propriedade antecede o vínculo. O desafio, talvez, seja justamente escutá-lo até o fim, sem pressa de refutar — e deixar que ele revele o que mais teme: a impossibilidade de cuidar sozinho.

## 4. Discussão

### 4.1 Saúde: direito inalienável ou mercadoria escassa?

Na trama dos discursos, saúde nunca se apresenta apenas como pauta técnica: é uma fronteira — e, tantas vezes, trincheira — ideológica. Aqui, as vozes se erguem em confronto: de um lado, a saúde aparece vestida de direito, promessa de justiça social, lastro de cidadania; do outro, é despida até restar como bem escasso, objeto de escolha, produto do sujeito-consumidor. Esse duelo não se desenrola no vazio — reverbera em sentenças carregadas de moral, como a que dispara Ron Paul (2013): “A saúde é um bem, e não um direito”. Dito assim, num só fôlego, desmonta décadas de consenso — consenso que foi tecido com suor, greve, insurreição e medo.

Não há inocência nesse movimento. O campo discursivo, aqui, opera como rede: o Estado que reconhece o direito é retratado como usurpador de liberdades; o sistema público, tratado como monumento à arrogância socialista. Paul (2013) também faz o corte: ao proclamar saúde como direito, o Estado não protege — impõe, viola a escolha, moraliza corpos. O direito à saúde, nessa narrativa, já nasce suspeito, denunciado como prelúdio de tirania.

Mas, debaixo desse verniz, há uma manobra: o direito é reduzido à sua face distributiva, como se sua história fosse de favores, não de embate. A saúde foi conquistada — nunca dada; cada centímetro arrancado do Estado, nunca oferecido de bom grado. Göran Therborn (1984) expõe o bastidor: o welfare não foi gesto de nobreza, mas freio de contenção diante de massas inquietas e elites apavoradas. Rothbard (2006), ironicamente, não nega: o welfare serviu à domesticação, não à emancipação. Hunt (2006), da ONU, devolve o sentido original: o direito à saúde é dever internacional — obrigação dura, não prêmio eventual.

Neste tabuleiro, a saúde é empurrada ao terreno das mercadorias. Não é só questão semântica — é reinvenção do objeto: negar a universalidade, submeter a vida às regras do contrato, transformar risco em preço. Kenneth Arrow (1963), um liberal pouco inclinado ao lirismo, avisava: o mercado da saúde é anômalo, feito de assimetrias, incertezas, acidentes — e, sobretudo, limites que o próprio mercado não pode atravessar.

Não se trata apenas de um setor, nem de mais um serviço entre tantos. A saúde — ou melhor, aquilo que se convencionou chamar de “cuidados em saúde” — escapa pelas bordas do mercado. Primeiro, pela incerteza: ninguém sabe quando, onde ou com que intensidade vai adoecer. Depois, pelo saber desigual — o médico sabe, o paciente crê. Não há escolha racional onde há dependência. Os seguros, mesmo quando bem intencionados, tropeçam: excluem os que mais precisam, premiam os que menos arriscam, afundam no paradoxo de sua própria lógica. E há ainda os efeitos que extrapolam o corpo — como o contágio, a vacinação, a vida em comum. Aqui, o gesto público é mais que intervenção: é sustentação. Por fim, quem cuida — cuida. Nem sempre por lucro, quase nunca só por ele. Ética e técnica se cruzam numa tensão que o mercado, sozinho, não sabe nem medir. Talvez por isso — ou por tudo isso — a saúde continue sendo, teimosamente, um terreno onde o Estado não pode simplesmente se retirar (Arrow, 1963).

E o discurso libertário, ao fim, se permite lucidez clínica, mas se trai na prescrição: é preciso reconhecer, sim, a exatidão dos sintomas, a precisão quase cirúrgica do diagnóstico. Mas há algo, um deslocamento, quando a receita escapa ao corpo doente — o pacto vira fábula solitária, o adoecimento perde história, as estruturas desaparecem. Sobra o indivíduo, nu, diante de riscos sem lastro, e a desigualdade se acomoda, discreta, como quem sempre esteve ali. A dose é outra: ora remédio, ora veneno — quase impossível saber onde termina um e começa o outro. Se saúde vira mercadoria, a injustiça é estrutural; se é direito, exige pacto — desses que não cabem

em contrato. A disputa, afinal, não é por orçamento, mas por horizonte: que sociedade se deseja, que vida se aceita como vivível?

#### 4.2 O papel do Estado, a crise dos sistemas universais e a figura médica em disputa

Para o libertário típico, a presença do Estado na saúde é mais do que um erro: é quase uma heresia moral e um equívoco econômico, costurado à revelia das evidências ou das histórias de carne e osso. Para quem enxerga a justiça social como bússola, porém, não há como ignorar: o mercado, sozinho, tropeça em seus próprios limites — sempre, quase sem exceção. Essa tensão funda o debate, corre como rachadura invisível por todos os textos do Mises Brasil, mais fundo do que supõem seus críticos ou seus entusiastas.

No palco desses artigos, o Estado ganha feições de personagem sombrio: disfuncional, intruso, portador de uma ilegitimidade visceral. Hans-Hermann Hoppe (2009) não economiza: entregar a provisão da saúde ao Estado é, para ele, violar propriedade, distorcer o direito, instaurar a coerção pela porta dos fundos. Thomas DiLorenzo (2009) entra em cena — “arrogância fatal” do planejamento central, incapaz de rivalizar com a ordem espontânea dos mercados. Ron Paul (2013) crava o argumento: a saúde, tornada bem público, perde valor, escasseia, medíocre — a engrenagem do incentivo entortada, o cidadão desmotivado.

É uma crítica que desce ao nível do ser: não basta dizer que o Estado fracassa por gestão; ele é, em si, usurpador. A ação pública vira paródia: compaixão de fachada, simulacro de cuidado, dominação vestida de equidade. Filantropia, solidariedade, contrato privado — todos expulsos em nome de um “bem” que ninguém pediu, mas a todos impõe. Qualquer intervenção estatal? Coação disfarçada, técnica que sufoca, máscara de justiça.

Nesse cenário, o médico emerge como personagem ético acuado. A intervenção estatal é descrita como sufocante: regulamenta, moraliza, e, no limite, desumaniza. Keith Smith (2025) fala de uma “revolta médica iminente”; Helio Dehon Barbosa (2015) descreve a prática médica no Brasil como “subjugada”, “descartada”, “invisibilizada”. A autoridade técnica é substituída pela lógica burocrática, o saber clínico pelo protocolo, o vínculo pelo sistema. Há uma tentativa de resgatar, no médico, um sujeito ético em risco, que resiste à desumanização estatal. Mas essa figura ética é também idealizada, deslocada de seus contextos de privilégio, de seus vínculos com o próprio sistema de mercado que também o limita.

Ao lado dessa denúncia simbólica, instala-se a crítica ao suposto colapso dos modelos universais. As metáforas se acumulam: colapso, ruína, populações invisíveis, o espectro da corrupção, a sombra do mercado negro, hospitais mitificados em cartazes. O discurso libertário não descreve: dramatiza. Cuba, União Soviética, Finlândia, Suécia — todos mais personagens do que países. Viram alerta, antítese, fantasma de um erro sempre pronto a retornar (Maltsev, 2012; Bernpaintner, 2014; Fontova, 2009; Geller, 2019).

Na engrenagem simbólica dessa crítica, o universalismo vira promessa impossível — “todos atendidos, todos iguais”, mas só na superfície, pois no fundo, dizem, a estrutura não aguenta, o orçamento sempre vaza, a retórica dos direitos se estilhaça no guichê. Curiosamente, o mercado nunca se anuncia, apenas se insinua: não há manifesto, não há programa, há só a presença silenciosa do “não dito”, o mercado como horizonte fatal — um tipo de messianismo de prateleira, nunca declarado, mas sempre sugerido (Leite, ).

Esse deslocamento dos sentidos vai além do dinheiro ou da gestão: toca no próprio eixo da proteção social. A velha solidariedade entre gerações, que sustentava o pacto do bem comum, hoje cambaleia. Basta um olhar para o avesso do tecido: o envelhecimento da população, o trabalho que foge da carteira, a base que encolhe, a sensação de que tudo é areia movediça (Lobato & Giovanella 2012). Ninguém escolheu o novo universalismo: ele emergiu pela força da erosão, pelo recuo do Estado. Não há conquista, há ajuste, um remendo para salvar a ideia de acesso amplo — mas já admitindo recortes, setores, concessões. Universalismo em voz baixa, quase sussurrado (Gerschman & Santos, 2006).

A literatura não deixa por menos. O tal “novo universalismo” é, para os críticos da saúde coletiva, menos uma vitória do que um rearranjo resignado. O direito se mantém, mas magro, encaixado em instituições que diluem a culpa, cortam públicos, arrastam tudo para a lógica do contrato. E o resultado, inevitável: promessa inflada, entrega magra, sistema politicamente poroso, fácil de desmontar. Sobrevivência no discurso, fragmentação no chão da política. Gerschman & Santos (2006) nomeiam: é retórica de resistência — e, ao mesmo tempo, máscara para a dispersão real das políticas de saúde.

Esse jogo não fica nas nuvens: escorre para o vínculo mais concreto. Quando o pacto coletivo se esfarela e tudo vira contrato individual, o que resta de público perde o fôlego. Campos (2018) alerta: o maior perigo ao sistema de saúde brasileiro não é a planilha, é o silêncio. Se ninguém defende, desmontam aos poucos. O sistema que não é vivido como conquista vira campo de desmanche, aberto a qualquer narrativa que enalteça o mérito e responsabilize o Estado pelo fracasso.

Sem políticas públicas, o indivíduo não se emancipa — ele naufraga. Saúde mercadoria? Some o acesso, dissolve-se o pertencimento. O sujeito idealizado pelo discurso libertário — autônomo, onisciente, sempre capaz — é figura de fábula, esvazia-se no contato com a urgência, a dor, o acaso. Não se trata de beatificar o Estado: trata-se de reconhecer, sem apologia, que, diante do sofrimento, ele é às vezes a única ponte entre o desastre e a decência.

No fim, a querela entre intervenção e usurpação não se resolve com fórmulas prontas ou slogans. Exige descer à lama do histórico, arriscar o diagnóstico, ensaiar coragens improváveis: imaginar liberdades que sobrevivam ao comum, que não se envergonhem de proteger.

### **4.3 Os limites do discurso libertário: invisibilidades, contradições e efeitos ético-políticos**

Entre as soluções oferecidas pelos autores libertários, uma das mais recorrentes — e também mais frágeis — é a aposta na caridade. Expulso o Estado, exorcizada a política, restaria a bondade dos indivíduos: doações, filantropia, redes espontâneas de ajuda. Hoppe (2009), Ron Paul (2013), DiLorenzo (2009) confiam que, sem coerção, a solidariedade florescerá. Mas a história não corrobora essa esperança.

As Santas Casas de Misericórdia, os hospitais monásticos medievais, as instituições assistenciais ibéricas descritas por Hochman (1998) e Porter (1997) mostram um padrão comum: a caridade é intermitente, desigual, imprevisível. Ela depende do humor do doador, da legitimidade moral do receptor e da conjuntura social. Não se sustenta como política — apenas como exceção. O NHS britânico não nasceu da generosidade, mas do esgotamento de um modelo improvisado. Hunt (2006) é incisivo: saúde é direito humano, não gesto magnânimo.

Mesmo assim, os autores libertários insistem nesse caminho. Talvez porque reconheçam, em silêncio, que o mercado puro não dá conta do cuidado. Mas ao fazerem isso, contradizem a própria lógica da liberdade plena — pois a caridade não liberta: condiciona. Ela é arbitrária, seletiva, dependente. E, sobretudo, ela não impede que o sofrimento se reproduza. A desigualdade continua ali, intacta.

Diante dessa acusação, os libertários oferecem exemplos de um mercado supostamente virtuoso. Cirurgias estéticas, oftalmológicas, dermatologia, odontologia privada — seriam oásis de liberdade, inovação, preços em queda, satisfação plena (Leite 2015). O que se omite, ou desliza para a sombra, é o fato de que esses serviços não compõem o núcleo da equidade sanitária: não lidam com vulnerabilidade, urgência, nem com a necessidade de universalidade. São luxo, não base. A fragilidade da retórica mercadológica aparece, por vezes, nos próprios textos. O sistema norte-americano — apogeu do privado? — é negado como “exemplo real” de livre mercado; Rallo (2014) o classifica como “colcha de retalhos intervencionista”, Leite (2015) sentencia: “não existe, em lugar algum, um sistema puramente livre”. Ecoa aqui, sem ironia, o argumento clássico da esquerda radical: “o comunismo verdadeiro nunca foi tentado”. Utopias espelhadas, rivais que jamais se encontram, cada uma convertendo o presente em fracasso do adversário — e nenhum dos lados disposto a lidar com a imperfeição, como se isso os absolvesse das falhas concretas dos sistemas existentes.

O problema, porém, não é a pureza do modelo — é sua aplicação real. Rallo (2014) tenta isentar o sistema norte-americano de crítica por não ser “livre o suficiente”, mas os dados mostram o contrário: altos custos, baixa resolutividade, exclusão massiva. Starfield (2000), Marmot (2005), Sen (1999) — todos demonstram que saúde sob lógica mercantil gera mais morte, mais sofrimento e menos equidade.

No fim, o apelo à caridade revela mais do que resolve. Ele é sintoma de um impasse ético: como oferecer cuidado a quem não pode pagar? Se não há política, resta o gesto. Mas o gesto é frágil. O cuidado, para ser justiça, precisa ser estruturado — e não deixado à sorte da compaixão.

## 5 Considerações Finais

Ao fim deste percurso, uma pergunta se impõe — e talvez por ser tão óbvia, quase passe despercebida: o que se faz — e o que se deixa de fazer — quando o discurso libertário toma para si o sistema de saúde? Para responder, não bastava transcrever o que foi dito. Era preciso escavar. Perscrutar silêncios. Reparar nos desvios. Colecionar metáforas. Decifrar omissões. A hermenêutica de Paul Ricoeur serviu aqui não como receita, mas como bússola: orientou a travessia por um discurso que é, ao mesmo tempo, diagnóstico e performance, crítica e convocação, ideologia e afeto.

No centro do corpus — vinte e um textos do Instituto Mises Brasil, espalhados ao longo de quase duas décadas — vibra uma narrativa coerente e ritmada: saúde como liberdade, eficiência como virtude suprema, Estado como entrave. O tom é limpo, quase oracular. Mas por trás da eloquência, emergem fissuras. A liberdade prometida convive com o medo da exclusão. A caridade evocada tropeça na insuficiência. A crítica ao universalismo se perde na ausência de alternativas concretas.

No entanto, desfazer o mito não implica ignorar a crise. Seria ingênuo negar o esgotamento de muitos sistemas nacionais de saúde. O que hoje se vive — subfinanciamento crônico, judicialização crescente, desmobilização social e captura de agendas — não é apenas sintoma de má gestão: é indício de um pacto em fratura. O *Welfare State*, fundado sobre solidariedade intergeracional, já não encontra a base

demográfica nem a confiança coletiva que o sustentava. A crítica libertária, nesse contexto, tensiona o senso comum — e isso não é pouca coisa.

Como todo discurso extremo, o libertarianismo utópico força os limites da linguagem política, e ao fazê-lo, pode produzir ganhos inesperados. Suas provocações obrigam o campo público a responder: por que os sistemas nacionais de saúde não conseguem garantir equidade plena? Por que a gestão estatal falha, tantas vezes, em eficiência e cuidado? Por que insistimos em modelos de regulação incapazes de sustentar inovação e acesso ao mesmo tempo?

Nessa fresta, emerge uma possibilidade: o discurso libertário não precisa ser refutado, mas dialetizado. Suas denúncias podem servir como impulso à reformulação de pactos. A entrada da gestão privada em processos seletivos, a autonomia na organização dos serviços, a introdução de métricas mais transparentes de resultado — tudo isso pode ser lido não como concessão ao mercado, mas como aprendizado forçado diante do cansaço das estruturas clássicas.

Talvez, o desafio mais urgente não seja preservar a integridade de um modelo em esgotamento, mas assumir, com lucidez e responsabilidade, a reconstrução crítica do “novo universalismo”. Não aquele que disfarça a retirada do Estado sob o verniz de reformas técnicas, mas um universalismo comprometido com a reinvenção da solidariedade em tempos de fragmentação. O discurso libertário, ainda que tensione os limites da política pública, obriga o campo progressista a repensar seus próprios mitos — inclusive o da universalidade plena. Reconhecer as fissuras, nomear as concessões, propor pactos possíveis: essa talvez seja a resposta mais radical que se pode oferecer a quem insiste em confundir liberdade com abandono. Como indicam Gerschman e Santos (2006), essa transição já está em curso, com promessas de acesso formal e pactos esvaziados de substância. Reconhecê-la, no entanto, não significa aceitá-la como fim da história — mas como convite à reconstrução coletiva do comum, em novas bases.

Ainda assim, há um limite. E ele se desenha com nitidez quando se deixa de falar em processos e se passa a falar em vidas. A liberdade do contrato não salva da injustiça estrutural. A eficiência contábil não garante cuidado. E a caridade, por mais nobre que seja, não substitui o direito.

A história sugere que todo modelo que ignora os vulneráveis planta, inadvertidamente, a semente da insurreição. Se um sistema de saúde baseado no livre mercado vier a ser implantado sem uma proposta concreta para aqueles que nada têm — os cronicamente pobres, os incapacitados, os excluídos por natureza ou contingência — a caridade deixará de ser argumento e voltará a ser lamento. E nesse vazio, como já ocorreu em séculos passados, o que emerge não é o mercado, mas a revolta. Esta é, talvez, a maior angústia não dita no discurso libertário: que o abandono, elevado a sistema, reacenda exatamente aquilo que ele mais teme — uma nova revolução social, surgida da recusa em ser deixado para trás.

## Referências

- Arrow, K. J. (2004). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(2), 141–149.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15042238>
- Barbosa, H. D. (2015, 20 de junho). Um retrato da saúde brasileira – um desabafo de dois médicos. *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/artigos/1679/um-retrato-da-saude-brasileira-um-desabafo-de-dois-medicos>

- Bernpaintner, K. (2014, 21 de março). Verdades inconvenientes sobre o sistema de saúde sueco. *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/article/1824/verdades-inconvenientes-sobre-o-sistema-de-saude-sueco>
- Campos, G. W. S. (2018). A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1973–1980.  
<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0772>
- Carvalho, A. G. de. (2019, 27 de agosto). Acabar com a dedução de despesas com saúde pode sobrecarregar ainda mais o SUS. *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/artigos/2796/acabar-com-a-deducao-de-despesas-com-saude-pode-sobrecarregar-ainda-mais-o-sus>
- Daros, R. A. (2014, 27 de abril). Como o SUS está destruindo a saúde dos brasileiros. *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/artigos/1662/como-o-sus-esta-destruindo-a-saude-dos-brasileiros>
- DiLorenzo, T. (2009, 11 de agosto). A medicina socializada e as leis econômicas. *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/artigos/291/a-medicina-socializada-e-as-leis-economicas>
- Fontova, H. (2009, 12 de agosto). A medicina cubana – um modelo? *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/artigos/292/a-medicina-cubana-um-modelo>
- Friday, L. (2021, 15 de janeiro). O problema está em quem gerencia: o sistema estatal de saúde do Canadá também é um fracasso colossal. *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/article/2884/o-problema-esta-em-quem-gerencia-o-sistema-estatal-de-saude-do-canada-tambem-e-um-fracasso-colossal>
- Gabbi, T. V. B. (2015, 25 de janeiro). As diferenças entre os serviços de saúde da Alemanha e do Canadá. *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/artigos/1827/as-diferencas-entre-os-servicos-de-saude-da-alemanha-e-do-canada>
- Gabbi, T. V. B. (2015, 15 de dezembro). A saúde é um direito ou uma mercadoria? *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/artigos/2056/a-saude-e-um-direito-ou-uma-mercadoria>
- Geller, A. P. (2019). Hoje, a Finlândia. Amanhã, o mundo. As sociais-democracias em seu último suspiro. *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/article/3025/hoje-a-finlandia-amanha-o-mundo-as-sociais-democracias-em-seu-ultimo-suspiro>
- Gerschman, S., & Santos, M. A. B. dos. (2006). O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 21(61), 177–190.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-69092006000200010>
- Hoppe, H.-H. (2009, 13 de abril). Quatro medidas para melhorar o sistema de saúde. *Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/artigos/70/quatro-medidas-para-melhorar-o-sistema-de-saude>
- Huerta de Soto, J. (2023, 14 de outubro). Liberalismo clássico versus anarcocapitalismo. *Instituto Mises Brasil*.  
<https://mises.org.br/article/482/liberalismo-classico-versus-anarcocapitalismo>
- Hunt, P. (2006). The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100(7), 603–607.  
<https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2006.03.001>

- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Leite, D. L. (2015, 10 de fevereiro). Um breve manual sobre os sistemas de saúde – e por que é impossível ter um SUS sem fila de espera. *Mises Brasil*. <https://mises.org.br/artigos/1840/um-breve-manual-sobre-os-sistemas-de-saude-e-por-que-e-impossivel-ter-sus-sem-fila-de-espera>
- Lobato, L. V. C., & Giovanella, L. (2012). Sistemas de saúde: Origens, componentes e dinâmica. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Orgs.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (2ª ed., rev. e ampl., pp. 91–206). Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
- Maltsev, Y. N. (2012, 28 de junho). O que a medicina soviética nos ensina. *Mises Brasil*. <https://mises.org.br/article/1344/o-que-a-medicina-sovietica-nos-ensina>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Mises, L. von. (2010). *Liberalismo: Segundo a tradição clássica* (H. C. Pimenta, Trad.). Instituto Ludwig von Mises Brasil. (Original publicado em 1927)
- Murray, J. (2017, 3 de julho). Quando a medicina é estatal, o governo decreta que você deve morrer. *Mises Brasil*. <https://mises.org.br/artigos/2482/quando-a-medicina-e-estatal-o-governo-decreta-a-que-voce-deve-morrer>
- Narloch, L. (2018, 18 de setembro). É óbvio, Cármen Lúcia, que a saúde é mercadoria. *Mises Brasil*. <https://mises.org.br/artigos/2699/e-obvio-carmen-lucia-que-a-saude-e-mercadoria>
- Nunes, C. (2023, 27 de dezembro). O estado na saúde – a arrogância fatal do socialismo. *Mises Brasil*. <https://mises.org.br/artigos/3259/o-estado-na-saude--a-arrogancia-fatal-do-socialismo?goToComment=198844>
- O’Keeffe, C. (2024, 3 de outubro). Por que o establishment político não toca na questão das doenças crônicas. *Mises Brasil*. <https://mises.org.br/artigos/3465/por-que-o-establishment-politico-nao-toca-na-questao-das-doencas-cronicas>
- Paul, R. (2013, 27 de agosto). A saúde é um bem, e não um direito. *Mises Brasil*. <https://mises.org.br/article/338/a-saude-e-um-bem-e-nao-um-direito>
- Rallo, J. R. (2014, 29 de abril). Como realmente funciona o sistema de saúde americano. *Mises Brasil*. <https://mises.org.br/article/1851/como-realmente-funciona-o-sistema-de-saude-americano>
- Roque, L. (2011, 9 de março). Como Mises explicaria a realidade do SUS? *Mises Brasil*. <https://mises.org.br/article/923/como-mises-explicaria-a-realidade-do-sus>
- Rothbard, M. N. (2006, 11 de agosto). Origins of the Welfare State in America. *Mises Institute*. <https://mises.org/library/origins-welfare-state-america>
- Sen, A. (1999). Desenvolvimento como liberdade. Companhia das Letras.
- Smith, K. (2025, 15 de fevereiro). Uma revolta médica está próxima. *Mises Brasil*. <https://mises.org.br/artigos/3554/uma-revolta-medica-esta-proxima>
- Starfield, B. (2000). Is US health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*, 284(4), 483–485. <https://doi.org/10.1001/jama.284.4.483>

Therborn, G. (1984). Classes and states: Welfare state developments, 1881–1981.  
*Studies in Political Economy*, 14, 10.1080/19187033.1984.11675631

### **Conflito de Interesses**

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.