



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**Gabinete do Deputado Federal Duda Ramos – PODE/RR**

**PROJETO DE LEI Nº , DE 2026**

(Do Sr. DUDA RAMOS)

Institui a Política Nacional de Identificação Precoce do Risco Cardiovascular Hereditário, incorpora a dosagem da Lipoproteína(a) – Lp(a) como instrumento estratégico de prevenção no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Identificação Precoce do Risco Cardiovascular Hereditário, a ser desenvolvida no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares mediante a identificação precoce de fatores genéticos de risco, especialmente aqueles associados à concentração elevada de Lipoproteína(a) – Lp(a).

Parágrafo único. A Política integra as ações da Política Nacional de Promoção da Saúde, da Política Nacional de Atenção às Doenças Cardiovasculares, da Política Nacional de Atenção Básica e das demais estratégias de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

Art. 2º Constituem objetivos da Política:

I – identificar precocemente indivíduos com risco cardiovascular hereditário elevado;

II – reduzir a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, estenose valvar aórtica e demais doenças ateroscleróticas;



III – aperfeiçoar a estratificação do risco cardiovascular individual;

IV – promover diagnóstico oportuno dos fatores hereditários de risco;

V – fortalecer a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares;

VI – ampliar o acesso da população às tecnologias diagnósticas reconhecidas cientificamente;

VII – reduzir desigualdades regionais no acesso à prevenção cardiovascular;

VIII – produzir informações epidemiológicas nacionais acerca dos fatores hereditários de risco cardiovascular;

IX – fomentar pesquisa científica sobre lipoproteína(a), hipercolesterolemia familiar e outras condições genéticas relacionadas às doenças cardiovasculares.

Art. 3º O SUS disponibilizará progressivamente a dosagem laboratorial da Lipoproteína(a) – Lp(a), observados os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, a avaliação de tecnologias em saúde e a disponibilidade orçamentária.

§ 1º A implementação ocorrerá de forma escalonada.

§ 2º Terão prioridade:

I – pessoas com doença cardiovascular prematura;

II – indivíduos com histórico familiar de infarto, acidente vascular cerebral ou morte súbita em idade precoce;

III – pacientes com suspeita ou diagnóstico de hipercolesterolemia familiar;

IV – pessoas com LDL persistentemente elevado;



V – indivíduos classificados como risco cardiovascular intermediário quando a dosagem puder alterar a conduta clínica;

VI – parentes de primeiro grau de pessoas com Lp(a) elevada;

VII – outras hipóteses definidas pelo Ministério da Saúde.

§ 3º Sempre que demonstrada viabilidade técnica e econômica, o Ministério da Saúde poderá ampliar progressivamente a oferta da dosagem da Lp(a.) para realização única durante a vida adulta, conforme as melhores evidências científicas internacionais.

Art. 4º A implementação da Política observará obrigatoriamente os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS.

§ 1º Na expansão da oferta do exame serão considerados prioritariamente:

I – Amazônia Legal;

II – municípios classificados como de difícil provimento médico;

III – regiões com vazios assistenciais;

IV – comunidades indígenas;

V – comunidades ribeirinhas;

VI – comunidades quilombolas;

VII – populações rurais isoladas;

VIII – demais localidades cujo acesso à atenção especializada seja limitado por fatores geográficos.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer estratégias diferenciadas de coleta laboratorial, transporte de amostras, telemedicina e apoio diagnóstico para assegurar o acesso das populações referidas neste artigo.

Art. 5º Identificada concentração elevada da Lipoproteína(a), o SUS assegurará, conforme avaliação médica:



- I – estratificação global do risco cardiovascular;
- II – intensificação das medidas preventivas;
- III – acompanhamento periódico;
- IV – orientação nutricional;
- V – incentivo à atividade física;
- VI – controle rigoroso dos demais fatores de risco;
- VII – encaminhamento especializado quando indicado;
- VIII – aconselhamento sobre rastreamento familiar.

Art. 6º O Ministério da Saúde instituirá sistema nacional de monitoramento da Política, contendo indicadores relativos:

- I – à cobertura do exame;
- II – ao perfil epidemiológico da população examinada;
- III – à prevalência nacional da Lp(a) elevada;
- IV – às diferenças regionais;
- V – aos impactos na prevenção cardiovascular;
- VI – à redução de internações e mortalidade por doenças cardiovasculares.

Art. 7º O Poder Executivo promoverá programas permanentes de capacitação dos profissionais do SUS sobre risco cardiovascular hereditário, interpretação clínica da Lipoproteína(a), aconselhamento familiar e prevenção baseada em evidências.

Art. 8º A implementação observará as recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC, dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e das melhores evidências científicas disponíveis.



Art. 9º As despesas correrão por conta das dotações orçamentárias próprias.

Art. 10. Esta Lei entra em vigor após cento e oitenta dias de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

As doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de morte no Brasil e no mundo, representando um dos maiores desafios para os sistemas públicos de saúde. Milhares de brasileiros são acometidos anualmente por infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e outras doenças decorrentes da aterosclerose, com elevado impacto humano, social, previdenciário e econômico.

Embora o Sistema Único de Saúde tenha avançado significativamente na prevenção e no tratamento dessas enfermidades, a evolução do conhecimento científico demonstra que parcela expressiva do risco cardiovascular decorre de fatores hereditários que não são plenamente identificados pelos exames laboratoriais tradicionalmente utilizados na atenção primária.

Entre esses fatores destaca-se a Lipoproteína(a) – Lp(a), lipoproteína cuja concentração sanguínea é determinada predominantemente pela herança genética, permanecendo relativamente estável ao longo da vida. Diferentemente do colesterol total, do LDL, do HDL e dos triglicerídeos, sua elevação pode aumentar significativamente o risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica e estenose da valva aórtica, inclusive em pessoas que apresentam perfil lipídico aparentemente adequado.

Nos últimos anos, a comunidade científica internacional consolidou importantes evidências acerca da relevância clínica da Lp(a). As



mais recentes Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia e da Sociedade Europeia de Aterosclerose passaram a recomendar que a dosagem da Lipoproteína(a) seja considerada, pelo menos uma vez durante a vida adulta, justamente por se tratar de um marcador hereditário estável, capaz de aperfeiçoar a estratificação do risco cardiovascular e orientar estratégias preventivas individualizadas.

Essa recomendação representa uma mudança de paradigma na medicina preventiva. Enquanto diversos exames laboratoriais necessitam de repetição periódica, a dosagem da Lp(a), na maioria dos indivíduos, pode ser realizada apenas uma vez, permitindo identificar precocemente pessoas geneticamente predispostas a eventos cardiovasculares graves e possibilitando o controle mais rigoroso dos fatores de risco modificáveis.

No Brasil, entretanto, essa tecnologia diagnóstica ainda não se encontra incorporada de forma estruturada às estratégias nacionais de prevenção cardiovascular do Sistema Único de Saúde. Como consequência, milhares de brasileiros com predisposição hereditária permanecem sem diagnóstico, sendo identificados apenas após a ocorrência do primeiro infarto, do primeiro acidente vascular cerebral ou de outra complicação cardiovascular potencialmente evitável.

A presente proposição busca preencher essa lacuna ao instituir a Política Nacional de Identificação Precoce do Risco Cardiovascular Hereditário, incorporando progressivamente a dosagem da Lipoproteína(a) às ações preventivas do SUS, observados os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, a avaliação de tecnologias em saúde, a disponibilidade orçamentária e a capacidade operacional do sistema.

A proposta não estabelece a realização indiscriminada do exame nem cria obrigação incompatível com a organização do SUS. Ao contrário, adota modelo de implementação gradual, priorizando inicialmente as pessoas com maior probabilidade de benefício clínico, como pacientes com doença cardiovascular precoce, indivíduos com histórico familiar de infarto ou



acidente vascular cerebral em idade jovem, pessoas com suspeita de hipercolesterolemia familiar, pacientes com LDL persistentemente elevado e aqueles cuja estratificação de risco possa ser aperfeiçoada pela identificação da Lp(a).

Outro aspecto relevante da proposição consiste na incorporação do princípio constitucional da equidade como eixo estruturante da política pública. Embora as doenças cardiovasculares constituam a principal causa de morte em todas as regiões brasileiras, as desigualdades territoriais ainda representam importante obstáculo ao diagnóstico precoce e ao acesso oportuno à assistência especializada.

Essa realidade é particularmente evidente na Região Norte e na Amazônia Legal. A enorme extensão territorial, a baixa densidade populacional, a existência de milhares de comunidades situadas em áreas remotas, a dependência de transporte fluvial e aéreo, as grandes distâncias entre municípios e centros de referência e a distribuição desigual dos serviços especializados tornam a prevenção ainda mais estratégica. Em muitos casos, o atendimento de um infarto agudo do miocárdio ou de um acidente vascular cerebral exige longos deslocamentos, reduzindo as chances de tratamento dentro das chamadas "janelas terapêuticas" e aumentando a mortalidade e as sequelas permanentes.

Nesse contexto, identificar antecipadamente pessoas com maior predisposição genética representa oportunidade concreta de reduzir internações, procedimentos de alta complexidade, remoções aeromédicas e custos assistenciais significativamente superiores ao investimento necessário para a realização de um exame laboratorial de caráter predominantemente único ao longo da vida.

A proposição também contempla atenção especial às populações indígenas, ribeirinhas, quilombolas, rurais e demais comunidades localizadas em regiões de difícil acesso, reafirmando o compromisso constitucional do Sistema Único de Saúde com a universalidade, a



integralidade e, sobretudo, a equidade. Trata-se de reconhecer que igualdade não significa oferecer exatamente o mesmo a todos, mas assegurar que aqueles submetidos às maiores barreiras geográficas e assistenciais recebam políticas públicas proporcionais às suas necessidades.

Outro mérito da iniciativa consiste na produção de conhecimento epidemiológico nacional. Atualmente, o Brasil dispõe de informações limitadas acerca da prevalência da Lipoproteína(a) elevada em sua população e das diferenças existentes entre regiões e grupos populacionais. Ao prever mecanismos permanentes de monitoramento, a política permitirá ao Ministério da Saúde produzir evidências nacionais capazes de orientar futuras decisões sobre prevenção cardiovascular, planejamento assistencial, incorporação tecnológica e financiamento.

Importa destacar que o projeto respeita integralmente o modelo brasileiro de incorporação de tecnologias em saúde. A expansão da oferta do exame permanece condicionada à avaliação técnico científica dos órgãos competentes, especialmente da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC, preservando a sustentabilidade financeira do SUS e o princípio da medicina baseada em evidências.

Além disso, a proposta não transforma a dosagem da Lipoproteína(a) em instrumento de diagnóstico isolado nem em fundamento automático para tratamento farmacológico. O resultado deverá sempre ser interpretado por profissional habilitado, em conjunto com os demais fatores clínicos, laboratoriais, familiares e comportamentais, reforçando a boa prática médica e evitando interpretações inadequadas.

Ao instituir uma política nacional estruturada, progressiva, tecnicamente fundamentada e comprometida com a redução das desigualdades regionais, o presente Projeto de Lei coloca o Brasil em sintonia com a evolução do conhecimento científico internacional e fortalece a estratégia de prevenção das doenças cardiovasculares, privilegiando o





diagnóstico precoce, a medicina preventiva e a utilização racional dos recursos públicos.

Mais do que incorporar um exame laboratorial, esta proposição promove uma mudança de paradigma na política pública de prevenção cardiovascular, reconhecendo que conhecer antecipadamente o risco hereditário de um cidadão permite intervenções mais precoces, acompanhamento mais qualificado e melhores oportunidades para evitar mortes prematuras, incapacidades permanentes e elevados custos sociais e assistenciais.

Diante da relevância sanitária, científica, econômica e social da matéria, solicitamos o apoio das Senhoras e dos Senhores Parlamentares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 2026.

Deputado DUDA RAMOS

