

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a blue rectangular background.

Os Documentos Ético-Jurídicos de proteção e promoção da saúde em Cabo Verde [The Ethical-Legal Document protection and promotion of health in Cape Verde]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Santos, Leida
Publisher	Conselho Nacional de tica para as Ci ncias da Vida
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-09-22 09:49:06
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/226532

**OS DOCUMENTOS ÉTICO-JURÍDICOS
DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO
DA SAÚDE EM CABO VERDE.
UM OLHAR PARTICULAR SOBRE
A LEI QUE REGULA A PREVENÇÃO,
TRATAMENTO E CONTROLO DO VIH/SIDA**

Leida Santos

1. Introdução

A República de Cabo Verde é um arquipélago formado por dez ilhas que ocupam no seu conjunto uma superfície de 4.033 km. Das 10 ilhas que compõe o arquipélago, nove são habitadas e uma é desabitada. Os recursos naturais são escassos no país.

A população actual de Cabo Verde é de 525.000 habitantes, sendo 49,5% do sexo masculino e 51,4% (correspondente a 270.275) do sexo feminino.

Em termos políticos, a história do país divide-se em dois períodos distintos: a Primeira República, que compreende o período entre a proclamação da independência (1975) e a abertura ao multipartidarismo (1990), e a Segunda República,

a partir de 1990 (ou de Janeiro de 91 quando se realizaram as primeiras eleições livres e democráticas, caracterizada pela instauração de um regime multipartidário e democrático. A Constituição da República de Cabo Verde (CRCV) foi aprovada em 1992 e consagrou um Estado Direito Democrático com um vasto catálogo de direitos, liberdades e garantias dos cidadãos e concepção da dignidade da pessoa humana como valor absoluto que se sobrepõe ao próprio Estado.

Com efeito, determina o artigo 1.º da CRCV que Cabo Verde é uma República soberana, unitária e democrática, que garante o respeito pela dignidade da pessoa humana e reconhece a inviolabilidade e a inalienabilidade dos Direitos Humanos como fundamentos de toda a comunidade humana, da paz e da Justiça.

Nas tarefas atribuídas ao Estado, a par do dever de garantir os princípios do Estado de Direito Democrático, o respeito pelos direitos do homem e assegurar o pleno exercício dos direitos e liberdades fundamentais, a CRCV de 1992 atribui ainda ao Estado, a tarefa de “promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo cabo-verdiano”.

A CRCV de 92 determina no seu artigo 71.º que *“ todos têm o direito a saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica”,* sendo tarefa do Estado *“criar as condições para o acesso universal dos cidadãos aos cuidados de saúde”*.

As obrigações do Estado neste domínio são prestacionais no sentido de montar um sistema adequado a prestar cuidados de saúde nos mais diversos níveis e exercer atividade regulatória e punitiva em qualquer dimensão da sua protecção com base na Lei Fundamental.

Essas grandes orientações resultaram na adopção de um conjunto diversificado de diplomas que constituem em conjunto com a regulação primária da constituição e instrumentos jurídicos internacionais recebidos na ordem jurídica interna, o Direito Cabo-verdiano da Saúde.

O eixo central do Direito Cabo-verdiano da Saúde é ocupado pela Lei de Bases do Sistema de Saúde e por um conjunto de actos legislativos e normativos a ele associados.

Do ponto de vista das políticas públicas, chama-se a atenção para a adopção recente da Política Nacional de Saúde, documento que densifica as grandes opções políticas do governo em matéria de saúde.

Propusemo-nos trazer para este fórum de discussão, o nosso breve olhar sobre alguns documentos ético-jurídicos que visam a promoção e protecção da saúde em Cabo Verde, em especial dos doentes.

A dimensão ética na saúde vem explícita nos actos legislativos e normativos bem como nos principais documentos de política vigentes no país.

Com efeito, a Lei de Bases do Sistema de Saúde refere no seu artigo 3.º que, de acordo com as directrizes previstas na CRCV, as acções e serviços de saúde devem assegurar *«a salvaguarda da dignidade da pessoa humana e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores»*, bem com a *«salvaguarda da ética e deontologia profissionais na prestação dos serviços de saúde»*.

Por seu turno, a Política Nacional de Saúde, ao definir os seus valores enformadores sublinha que *«A protecção à saúde é conceituada como um bem que pertence a todos, um direito fundamental do ser humano, daí que tenha como valor cimeiro a salvaguarda da dignidade humana e a solidariedade entre todos para garantir esse direito»*. Em relação aos princípios que fundamentam a visão do desenvolvimento sanitário, a Política Nacional de Saúde erige a *«ética, baseada no respeito pela dignidade da pessoa humana e no princípio do direito universal a usufruir dos frutos do progresso realizado a nível nacional e mundial»*.

A dimensão ética é retomada seja no quadro das actividades dos serviços e estruturas de saúde tanto públicos como privados como constitui uma dimensão de relevo na actividade da Ordem dos Médicos de Cabo Verde. O pessoal médico encontra-se submetido ao respectivo código deontológico. A Ordem dos Médicos dispõe de uma secção encarregue de acompanhar todas as questões que se prendem com a dimensão ética e deontológica da profissão.

Recentemente, em 2011, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, a Carta dos Direitos e Deveres do Doente,

donde se pode destacar o Direito à dignidade, o Direito à privacidade na prestação de todos os actos clínicos e o Direito ao sigilo e à protecção da vida privada.

Pela sua dimensão ética, entendemos pertinente, partilhar convosco neste fórum, algumas das nossas inquietações suscitadas por alguns desses diplomas que visam a protecção e promoção da saúde em Cabo Verde.

Falaremos em especial, da lei que aprova a interrupção voluntária da gravidez e do Estatuto da Criança e do Adolescente no caso especial dos menores e adolescentes, das dificuldades da aplicação da lei que regula a transfusão sanguínea causadas, em alguns casos, pelas convicções religiosas dos doentes e da legitimidade ética de algumas normas consagradas na Lei de prevenção tratamento e controlo do VIH.

2. A Lei que aprova a interrupção voluntária da gravidez em Cabo Verde, o caso especial dos menores e adolescentes

A Lei n.º 9/III/86, de 31 de Dezembro, que aprova a interrupção voluntária da gravidez em Cabo Verde, determina no seu artigo 3.º que *“a interrupção da gravidez não é punível quando realizada com consentimento da mulher grávida, nas primeiras doze semanas de gestação, em estabelecimento hospitalar, sob assistência médica e em termos regulamentares”*.

O artigo 5º da mesma lei, por sua vez, determina que *“sempre que se trata de menor solteira ou de inimputável, a interrupção da gravidez só pode fazer-se com o consentimento do seu representante legal”*.

Nos termos determinados no Código Civil é menor quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade.

Recentemente, em Dezembro de 2013, foi aprovado a lei que aprova o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e este dispositivo legal veio consagrar expressamente que *“nenhuma intervenção médica, designadamente a destinada à interrupção de uma gravidez, será feita numa criança ou num adolescente sem que estes sejam previamente informados sobre a inter-*

venção e sem que a sua opinião seja devidamente considerada. Que, no dossier médico deverá ficar arquivada a declaração do progenitor, do representante legal ou do responsável provando de que a criança ou o adolescente em causa foi ouvido. E que sempre que o adolescente manifeste oposição à intervenção médica, a mesma só será efectuada após autorização judicial.”

Para efeitos do citado Estatuto, é “Criança”, todo o indivíduo antes de completar os doze anos de idade e “Adolescente”, todo o indivíduo a partir dos doze anos e até que complete os dezoito anos de idade.

A exigência do consentimento de um adolescente de 12, 13 anos, para a interrupção da gravidez, pode mostrar-se uma exigência inadequada, mais a mais no nosso sistema jurídico em que se considera que um menor de 14 anos não tem capacidade de autodeterminação sexual, não pode celebrar contratos de trabalho, para além de ser criminalmente inimputável. Na verdade, são pessoas ainda totalmente dependentes dos pais, ou dos representantes legais.

Um adolescente de doze anos de idade tem capacidade (maturidade e discernimento suficiente) para decidir se quer prosseguir com a gravidez e assumir a maternidade? Justifica-se abrir todo um processo judicial de autorização para a intervenção médica apenas porque o adolescente de 12 anos se opõe a essa intervenção? Ou antes, não deve competir aos pais, enquanto responsáveis pela saúde e normal desenvolvimento dos filhos, naturalmente ouvindo o filho, tomar esta decisão?

Talvez fosse mais razoável e em conformidade com o resto do sistema jurídico, exigir-se o consentimento do menor apenas nos casos dos menores com mais de 16 anos de idade.

3. A transfusão sanguínea e convicções religiosas

Outra questão que suscita especial atenção em relação aos menores prende-se com a transfusão de sangue nos casos de filhos de pessoas que devidas as suas convicções religio-

sas não aceitam a transfusão de sangue em nenhuma circunstância.

Não raras as vezes chegam até nós relatos de crianças em risco de vida, necessitando de uma transfusão sanguínea e cujos pais não autorizam esse tipo de intervenção por motivos religiosos. Ou de adultos que chegam ao hospital inconscientes e cujos familiares também não autorizam a transfusão de sangue, em muitos casos a única forma de lhe salvar a vida.

Sendo certo que, a lei que regula a dádiva de sangue e a transfusão sanguínea consagra expressamente que *a transfusão sanguínea deve ser previamente autorizada pelo seu receptor ou pelo seu representante legal e que a recusa deve ser feita por escrito*. Consagra ainda a mesma lei que *“quando o receptor não estiver em condições de se exprimir conscientemente, o médico pode decidir no interesse do paciente”*.

A orientação dos médicos em Cabo Verde nas situações de perigo de vida tem sido no sentido de apenas recusar o tratamento com sangue quando é o próprio destinatário do tratamento a manifestá-la de um modo expresso e livre. Nas situações de perigo de vida em que o paciente não possa manifestar o seu consentimento, normalmente, é convicção dos médicos, que deve prevalecer o dever de salvar o doente conforme o impõe a ética médica.

A questão é mais sensível quando estão em causa os menores. Recentemente tivemos conhecimento de uma criança que foi atropelada numa das ilhas, a ilha de Santo Antão, e que teve de ser evacuada para o hospital regional que fica em outra ilha. Que a mesma perdeu muito sangue durante a viagem e quando chegou ao hospital, a única forma de lhe salvar a vida era efectuar uma transfusão de sangue. Os pais da criança, testemunhas de Jeová, não autorizaram a intervenção. Com grandes riscos para a vida da criança, uma vez que se travava uma luta contra o tempo, o hospital teve de se dirigir ao Procurador de Menores que diligenciou junto ao juiz no sentido de obter a autorização judicial. A transfusão foi autorizada judicialmente. Desconhecemos ainda os fundamentos da decisão judicial, mas a mesma poderá não estar total-

mente de acordo com a lei em vigor, uma vez que houve uma recusa expressa e livre dos pais da criança e nada sabemos sobre a vontade da própria criança. É uma situação complicada que pode até gerar responsabilidade civil e criminal do juiz que proferiu a autorização se os pais da criança decidirem apresentar uma queixa. E ainda que para nós seja evidente que a vida é um valor superior e, por isso, entendamos que foi acertada a decisão judicial, não podemos deixar de refletir se o Estado tem o direito de violar as convicções religiosas dos pais em situações em que o acto médico é necessário para preservar a vida.

4. A lei que regula a prevenção tratamento e controlo do VIH/SIDA

Uma outra lei que nos suscita também muitas inquietações, pelas múltiplas questões éticas que levanta, é a lei que regula a prevenção tratamento e controlo do VIH/SIDA.

O primeiro caso de infeção VIH foi diagnosticado em Cabo Verde em 1986. De 1986 a 2012, foi registado um total de 4.049 pessoas infectadas pelo VIH. Segundo o último relatório da CCS SIDA (Comité de Coordenação do Combate à SIDA), datado de 2014, a taxa de prevalência do VIH é de 0,8% na população em geral, 7,9% nos profissionais do sexo, 3,9% nos usuários de droga e 15% nos homens que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. A prevalência é maior na ilha de Santiago (a maior e mais populosa ilha do arquipélago), 1,2%, e em especial na Cidade da Praia (cidade capital), 1,7%.

Desde o diagnóstico do primeiro caso de VIH em 1986, o país tem desenvolvido muitos programas de combate à doença, coordenados pelo Ministério da Saúde e pelo Comité de Combate e de Coordenação do Combate a Sida.

Em 2007, foi aprovada a Lei n. 19/VII/2007, que regula os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do VIH/SIDA.

A lei contém 35 artigos que regulam diferentes aspectos jurídicos relativos ao VIH e está dividida em oito capítulos:

O primeiro capítulo é dedicado às definições. No segundo capítulo estão elencados os deveres de informação e comunicação para mudança de comportamentos em matéria de VIH/SIDA. Com efeito, determina-se que *“todos os departamentos governamentais, institutos públicos, municípios, organizações da sociedade civil, órgãos de comunicação social, devem informar a população sobre o VIH/SIDA”*. Destacam-se os serviços de saúde, serviços de aeroportos e fronteiras, cadeias e centros de detenção, locais de trabalho, instituições de ensino e formação, o Estado e Municípios. A todos são impostos deveres de informação e formação.

No terceiro capítulo, estão consagradas as medidas de proteção dos trabalhadores de saúde contra a infecção pelo VIH e os cuidados exigidos para a utilização de sangue, hemoderivados, tecidos ou órgãos.

O quarto capítulo refere-se aos testes de despistagem e aconselhamento. O capítulo quinto, aos serviços de saúde e de assistência. O capítulo sexto determina o dever de confidencialidade que impende sobre os profissionais de saúde. Neste capítulo destaca-se a norma relativa a revelação do resultado ao cônjuge ou parceiro sexual e os respectivos procedimentos.

O capítulo sétimo refere-se aos actos discriminatórios, consagrando-se a proibição de qualquer forma de discriminação de pessoas infectadas com o VIH, em matéria de trabalho, nos estabelecimentos de ensino, no acesso aos cargos públicos, no acesso ao crédito assim como nos estabelecimentos de saúde.

No último capítulo, relativo às disposições penais, encontramos normas que criminalizam uma série de condutas designadamente, a transmissão voluntária do VIH, discriminação de pessoas infectadas pelo VIH, difusão de informações erróneas e falsas em matéria do VIH/SIDA e violação do dever de confidencialidade.

Relativamente a esta lei os nossos comentários incidirão essencialmente sobre três aspectos, os testes de despistagem,

o dever de confidencialidade dos profissionais de saúde e a criminalização da transmissão voluntária do VIH e da violação do dever de sigilo.

4.1 Testes de despistagem

Determina o n.º 1 do artigo 14.º da Lei que *“ninguém pode ser submetido a um teste de despistagem do VIH sem o seu consentimento prévio”*. Entendendo-se por consentimento livre e esclarecido no âmbito da respectiva Lei, *“o acordo voluntário, escrito, verbal ou tácito de uma pessoa que, após estar devidamente informada sobre o mesmo, concorda em submeter-se a um determinado procedimento”* (artigo 2.º - Definições).

Porém, em relação aos testes de VIH, impõe o n.º 2 do citado artigo 14.º que o *“consentimento deve ser livre, esclarecido e prestado por escrito”*.

A exigência do consentimento ser prestado por escrito, pode ser excessiva e não reflecte necessariamente esclarecimento da pessoa sobre o acto e as consequências desse acto. Pelo que, o mais importante é assegurar se a informação à pessoa sobre o exame que vai fazer e o que se pretende averiguar com esse exame. Na verdade, actualmente, o n.º 2 não tem tido qualquer aplicabilidade na prática uma vez que a partir do momento que a pessoa aceita fazer o teste, está a manifestar o consentimento implícito ou tácito, como por exemplo quando se dirige ao laboratório para fazer o teste de VIH prescrito pelo médico, não se tem exigido que o consentimento seja prestado por escrito.

Em parecer emitido recentemente pela ONUSIDA sobre a lei de prevenção, tratamento e controlo do VIH em vigor em Cabo Verde, àquela organização chamou a atenção que, devido ao facto de estar cientificamente demonstrado que os antirretrovirais permitem uma melhor gestão da doença e diminui o risco de transmissão em 96%, a pressão para a realização de testes de despistagem do VIH como forma de tratamento precoce da infecção, pode levar os profissionais de saúde a negligenciarem o princípio fundamental do consentimento livre e esclarecido.

Ainda a propósito dos testes de despistagem, o artigo

15.º, sob a epígrafe, “Proibição da exigência do teste de VIH” dispõe que “é expressamente proibida a exigência de qualquer teste de VIH como condição prévia ao emprego, à admissão nos estabelecimentos escolares ou universitários, ao exercício do direito de alojamento, ao direito de entrada ou estadia no território nacional, ao exercício do direito de deslocação, bem como a obtenção de atendimento médico ou qualquer outro serviço ou como condição para o exercício de qualquer direito”.

O n.º 2 do mesmo artigo estabelece que “excluem-se expressamente da proibição prevista no n.º1, os casos em que a) a pessoa é acusada de infecção de outra pelo VIH/SIDA ou b) de violação de outra.”

Este normativo deve ser interpretado, por ter sido essa a intenção do legislador, no sentido que nos casos nele enunciados (pessoa acusada de infecção ou violação de outra), e em caso de recusa de consentimento, pode-se impor o teste de despistagem obrigatória, definido na lei como o teste de VIH que é imposto a uma pessoa ou realizado sem seu consentimento (artigo 2.º).

No primeiro caso, o teste se mostrará essencial para responsabilização criminal do agente. A condenação por crime de transmissão voluntária do VIH pressupõe a prova de que no momento da prática do facto o acusado está infectado pelo VIH. No segundo caso, na esteira do que defende Manuel Da Costa Andrade (2004), está em causa o interesse da vítima do crime que comporta risco de transmissão do VIH em saber se o agente condenado está contaminado, “tanto para efeitos de tratamento e adoção de regras de conduta em relação a terceiros, como para ultrapassar a angústia provocada pela incerteza quanto ao seu estado”.

Defende ainda aquele autor que, os testes coercivos, por constituírem uma ofensa à integridade pessoal, um sacrifício da integridade física, um atentado contra a reserva da vida privada e contra a autodeterminação informacional carecem sempre de autónoma e expressa legitimação legal.

Chegados a este ponto, a nossa questão é se, em face ao normativo acima citado, podemos concluir que o direito cabo-verdiano (ao contrário do direito português que no en-

tendimento daquele autor não dispõe da “pertinente e insuperável norma de autorização”), autoriza o teste coercivo como meio de obtenção de provas contra o arguido?

E se a nossa resposta for positiva, até que ponto este normativo pode ser considerado atinente com a nossa Constituição? Não entrará em colisão com o princípio da não auto-incriminação?

Pode-se submeter o arguido a um exame cujo resultado pode incriminá-lo? É entendimento de uma larga maioria da doutrina e da jurisprudência que, considerando os ditames constitucionais, designadamente a dignidade da pessoa humana e as garantias de um processo equitativo que, se a colheita de material orgânico, designadamente sangue, servir, para auto - incriminar o arguido, este pode recusar-se a colaborar, a não ser que exista uma obrigação legal de valor superior à proibição.

E ainda nos subsiste uma outra dúvida, a imposição de um teste obrigatório exige uma autorização judicial? Estando em causa a restrição de direitos fundamentais, entendemos que sim.

4.2 Confidencialidade

Dispõe o artigo 20.º da Lei que *“todo e qualquer profissional que, em virtude da respectiva actividade, tenham ou possam ter acesso a processos individuais, resultados de testes de despistagem ou processos médicos relativos, designadamente, à identidade e ao estatuto serológico de pessoas que vivem com o VIH, não devem, sob pena de quebra de sigilo profissional, revelar quaisquer dados a que tenham acesso relativamente a pessoas que vivam com o VIH”*.

Outrossim, estabelece a mesma lei que *“o resultado do teste de despistagem do VIH/SIDA é confidencial e somente deve ser entregue: a) à pessoa que for submetida ao teste; b) a um dos progenitores do menor que for submetido ao teste; c) ao tutor dos incapazes ou órfãos e, d) à autoridade judicial que requerer, nos termos da lei, o teste”*.

E ainda, neste capítulo se determina que,

- i) Qualquer pessoa que vive com o VIH/SIDA deve informar sobre seu estado serológico ao seu cônjuge ou

parceiro sexual o mais cedo possível, não devendo este prazo ultrapassar seis semanas a partir da data em que tomou conhecimento de seu estatuto serológico ao VIH;

- ii) Se a pessoa cujo estatuto serológico é positivo não puder ou não quiser revelar pessoalmente ao seu cônjuge ou parceiro sexual o resultado do teste pode pedir ao médico ou outro profissional de saúde qualificado que o faça;
- iii) Se a pessoa cujo estatuto serológico é positivo se recusar a relevar o seu estado ao seu o cônjuge ou parceiro sexual e o médico pode revelar esse resultado aos mesmos, com respeito das regras éticas pertinentes e sem violar as normas relativas ao sigilo profissional;
- iv) Em caso de morte de uma pessoa infectada pelo VIH, o médico ou outro profissional qualificado da estrutura que o atendeu pode revelar o seu estado ao cônjuge ou parceiro sexual.

Subjacentes a estas normas estão razões de ordem ética que se prendem com a prioridade dos direitos à vida e a integridade pessoal (artigo 28.º da CRCV) em relação a outros direitos fundamentais como o direito à reserva da vida privada (artigo 41.º da CRCV). A salvaguarda da vida constitui um “dever ético primordial, a que todos os outros devem se subordinar.

A defesa da privacidade do doente impõe o sigilo médico. A protecção da saúde e da vida do cônjuge ou parceiro sexual impõe o dever de comunicação.

Como refere Tereza Pizarro Beleza (1988) “há certamente um conflito de difícil resolução entre o dever de segredo e o dever de salvar a vida, do ponto de vista médico. Mas nem um nem outro são ilimitados: haverá que tentar uma concordância prática entre deveres inevitavelmente conflitantes, recorrendo em última análise, à Constituição da República e, à consciência ética e profissional do médico. Não estará em causa, em todo o caso, apenas o dever de segredo. Também o risco de efeitos perversos de uma tomada de posição com intuíto preventivos tem de ser ponderado. Se os doentes re-

ceiam a sua identificação pública ou ainda que restrita por parte dos médicos, a probabilidade é que evitem os contactos formais com o sistema de saúde – com as consequências trágicas que daí certamente advirão, não só para eles próprios, mas também para qualquer política oficial de controlo da SIDA.”

A ONUSIDA, no parecer acima citado sobre a lei de prevenção, tratamento e controlo do VIH vigente em Cabo Verde, relativamente à disposição contida no artigo 22.º, alega que, dado ao estigma associado ao VIH, o citado dispositivo pode, por um lado, desencorajar as pessoas a se submeterem ao teste de despistagem, para evitar a divulgação do seu estado e impedir condutas discriminatórias relativas à sua pessoa e por outro, determinar o abandono do sistema de saúde.

Na mesma esteira, é entendimento generalizado dos médicos que lidam com pessoas infectadas com VIH ou doentes de SIDA que a possibilidade de poderem revelar o seu estado de seropositividade aos cônjuges ou parceiros sexuais pode ter como consequência a “perda do doente”. Que perante esta possibilidade não mais comparecem às consultas ou nos hospitais ou centros de saúde, aumentando-se assim o risco de contágio e de disseminação da doença.

A este propósito as nossas dúvidas predem-se com as consequências jurídicas da não comunicação, tanto da parte do doente, como do médico? A lei, em relação à pessoa que vive com o VIH, impõe um dever de informar o cônjuge ou parceiro sexual, mas já em relação ao médico apenas refere que *“pode revelar esse resultado aos mesmos”*. Poderá, em caso de infecção do cônjuge ou parceiro sexual, o médico ser responsabilizado criminalmente ou disciplinarmente?

4.3 Disposições penais - a criminalização da transmissão voluntária do VIH e da violação do dever de sigilo

Como dissémos acima, o último capítulo da lei é dedicado a disposições penais.

O artigo 30.º da Lei determina que *“quem transmitir voluntariamente o VIH será punido nos termos dos tipos legais incriminadores desse comportamento previstos no código penal”*.

No nosso entender, no Código Penal cabo-verdiano (CPCV), podemos distinguir três tipos legais incriminadores dessa conduta:

- Exposição de outrem à doença por acto sexual (artigo 155.º);
- Perigo de contágio de doença grave (artigo 156.º);
- Ofensa qualificada à integridade (artigo 129.º).

Os tipos incriminadores dos artigos 155.º e 156.º do CPCV consubstanciam crimes de perigo abstracto concreto.

No primeiro caso, a perigosidade da conduta traduz-se na exposição, por meio de relações sexuais, a doença venérea ou outra doença grave. Com efeito determina o artigo 155.º que quem *“expuser outra pessoa, por meio de relações ou actos sexuais, a doença venérea ou outra doença grave, de que sabe ou deve saber que sofre ou está infectado ou contaminado, será punido com pena de prisão até 2 anos ou pena de multa de 60 a 150 dias, se pena mais grave não lhe couber por força de outra disposição legal.”*

No segundo caso, a perigosidade consiste na prática de acto susceptível de produzir contágio da doença, determinado o artigo 156.º que *“quem praticar, com o fim de transmitir a outra pessoa doença grave de que sofre ou está infectado ou contaminado, acto capaz de produzir a infecção ou o contágio, será punido com pena de prisão de 2 a 6, se pena mais grave não lhe couber por força de outra disposição legal.”*

Uma vez que em ambos os tipos apenas se exige a *“criação das condições adequadas à contaminação”* fica grandemente facilitada a produção da prova.

A diferença essencial nos dois tipos é de ordem subjectiva, enquanto no artigo 155.º apenas se exige ao autor que saiba que sofre ou está infectado com doença venérea ou outra doença grave, o tipo do artigo 156.º vai mais longe pois requer que o autor tenha agido com uma intenção específica «com o fim de transmitir a outra pessoa doença grave», o que pressupõe o dolo.

Caso se verifique a infecção ou o contágio, ou seja a efectiva transmissão do VIH, a conduta de quem transmite voluntariamente a doença, deve ser qualificada como crime de

ofensa qualificada à integridade física. Para a agravação da pena contribuem o carácter incurável da doença, e o “perigo de vida”.

A ONUSIDA no já citado parecer sobre a nossa lei, chamou a atenção para o facto da criminalização da transmissão voluntária do VIH poder agravar o carácter estigmatizante associado às pessoas infectadas pelo VIH, pelo que recomenda a descriminalização daquelas condutas.

Por sua vez, determina o artigo 33.º da lei que *“quem estando sujeito ao dever de sigilo profissional ou de confidencialidade, revelar o estado serológico de uma pessoa infectada pelo VIH, será punido com pena de prisão até seis meses ou com pena de multa até 150 dias”*.

O CPCV consagra o crime de violação de segredo profissional determinando que *“quem, com o incumprimento de sua obrigação de sigilo ou reserva profissional, imposto por lei, divulgar o segredo de outra pessoa, será punido com pena de prisão de 6 meses a três anos ou com pena de multa de 80 a 200 dias”*.

Considerando as já afloradas consequências da violação do sigilo profissional, os riscos de discriminação, estigma, abandono do tratamento, não vislumbramos os motivos que determinaram a desgravação da quebra do sigilo profissional nos casos de revelação do estado serológico de pessoa infectada pelo VIH.

5. Considerações finais

A dignidade da pessoa humana, valor moral e inerente à pessoa, deverá ser sempre o valor de referência na consagração de qualquer solução legal e em especial quando estão em causa valores como a vida, integridade pessoal ou reserva da vida privada. Só assim se poderá consagrar soluções legais eticamente legítimas! •