



## Compromisso Ministerial sobre educação sexual abrangente e serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens na África Oriental e Austral (AOA)

### 1.0 Preâmbulo

Nós, Ministros da Educação e da Saúde de 20 países da África Oriental e Austral<sup>1</sup>, reunidos na Cidade do Cabo, África do Sul, em 7 de dezembro de 2013 para trabalhar em prol de uma visão dos jovens africanos como cidadãos globais do futuro com formação, saudáveis, resistentes, socialmente responsáveis, com capacidade para tomarem decisões informadas e darem o seu contributo à sua comunidade, ao seu país e à sua região, decidimos o seguinte:

- 1.1. **Afirmamos** o nosso compromisso no exercício, ao mais alto nível possível, do direito à saúde, educação, não-discriminação e bem-estar das atuais e futuras gerações;
- 1.2. **Reconhecemos** a responsabilidade do Estado em promover o desenvolvimento humano, incluindo uma educação e uma saúde de boa qualidade, bem como em implementar estratégias eficazes para educar e proteger todas as crianças, adolescentes e jovens, incluindo as portadoras de deficiências, de uma gravidez precoce e não desejada, do aborto em condições inseguras, das infeções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o VIH, do risco de abuso de substâncias e ainda em combater todas as formas de discriminação e de violação dos direitos, incluindo o casamento infantil;
- 1.3. **Reiteramos** a nossa convicção de que os setores da educação e saúde, ao trabalharem em conjunto, têm um enorme potencial para promoverem uma saúde de boa qualidade e o bem-estar de todas as pessoas e comunidades, assim como para prevenirem a gravidez precoce e não desejada, a transmissão do VIH e de outras IST e para facilitarem o acesso a cuidados e apoio, em especial para os adolescentes e jovens que vivem com VIH ou que possuem uma maior vulnerabilidade a IST, incluindo o VIH;

---

<sup>1</sup> África do Sul, Angola, Botsuana, Burundi, Etiópia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Seicheles, Suazilândia, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

Os Ministros da Educação e Saúde do Ruanda fizeram parte do processo do Compromisso ESA mas não puderam estar presentes na reunião ministerial de alto nível de 6 e 7 de dezembro devido a outros compromissos.

- 1.4. **Reconhecemos** que os nossos países são signatários de várias convenções internacionais e regionais, incluindo a Estrutura de Dacar para a Ação em prol da Educação para Todos (EPT), o Plano de Ação de Maputo, o Protocolo da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) sobre o Género e o Desenvolvimento, o Fórum Global da Juventude da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), a Declaração de Abuja e o Quadro de Ação para a Luta Contra o VIH/SIDA, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CDC), a Carta Africana da Juventude, a Declaração do Milénio, o Plano de Ação para a Segunda Década da Educação da União Africana e um conjunto de outras declarações com enfoque regional;
- 1.5. **Reconhecemos** os significativos progressos realizados pelos Estados-Membros na África Oriental e Austral para responderem às necessidades dos adolescentes e dos jovens no que se refere a garantir o seu acesso a uma educação sobre VIH baseada em competências para a vida e a uma educação sexual abrangente (ESA)<sup>2</sup>, bem como a serviços de saúde sexual e reprodutiva amigos dos jovens;
- 1.6. **Constatamos** que, em termos demográficos, a região assiste a um importante crescimento da população jovem, que tem grandes repercussões na educação, na saúde e no desenvolvimento em geral. Os jovens serão agentes do desenvolvimento da região nas próximas décadas e posteriormente;
- 1.7. **Reconhecemos** que a colaboração com ministérios relevantes, incluindo os ministérios para o género, juventude e outros, acentuará fortemente a eficácia dos nossos esforços e assegurará uma abordagem coordenada e multissetorial que beneficiará adolescentes e jovens;
- 1.8. **Reconhecemos** que a África Oriental e Austral continua a ser a região mais afetada pelo VIH, apesar de existirem indícios positivos de que, em alguns países, a prevalência do VIH está a diminuir entre os jovens. Esta região é também mais afetada pela mortalidade e morbilidade de mães adolescentes do que outras regiões do mundo;
- 1.9. **Comprometemo-nos** a reforçar a prevenção, o tratamento e a prestação de cuidados e apoio no que se refere ao VIH, assim como os esforços em matéria de saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR), na África Oriental e Austral, garantindo o acesso a uma educação sobre VIH baseada em competências para a vida e a uma educação sexual abrangente (ESA) de boa qualidade, assim como a serviços de saúde sexual e reprodutiva amigos dos jovens para todos os adolescentes e jovens, reconhecendo o contexto sociocultural de cada país.

## 2.0 Considerando que:

### 2.1 Foram realizados vários progressos na África Oriental e Austral mas ainda subsistem significativos desafios:

---

<sup>2</sup> Define-se educação em sexualidade como uma abordagem apropriada para a idade e culturalmente relevante ao ensino sobre sexo e relacionamentos, fornecendo informações cientificamente corretas, realistas, e sem pré-julgamento. A educação em sexualidade fornece oportunidades para explorar os próprios valores e atitudes e para desenvolver habilidades de tomada de decisão, comunicação e redução de riscos em relação a muitos aspetos da sexualidade. UNESCO (2009), Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade: uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde, Paris.

- 2.1.1 O VIH é um problema que continua a requerer uma solução urgente, com 430 000 novas infeções por ano entre os jovens com idades entre os 15 e os 24 anos<sup>3</sup>, sendo as raparigas jovens as mais duramente afetadas e verificando-se um aumento global de 50% na mortalidade de adolescentes portadores de VIH<sup>4</sup>;
- 2.1.2 Com o advento dos tratamentos e cuidados com medicamentos antirretrovirais (ARV), existem mais crianças que sobrevivem ao VIH e atingem a adolescência e a idade adulta. Os jovens que vivem com VIH também necessitam de uma educação sexual abrangente de boa qualidade e de serviços e apoio psicológico que lhes deem competências para a vida e lhes possibilitem fazer escolhas saudáveis em matéria de saúde sexual e reprodutiva, de modo a poderem atingir a plenitude das suas potencialidades;
- 2.1.3 O abuso do álcool e de substâncias tóxicas aumenta significativamente o comportamento de risco e a violência sexual, o que resulta num aumento da transmissão de VIH e IST, da gravidez não desejada e de abortos ilegais e em condições inseguras;
- 2.1.4 Embora se verifique uma tendência para o aumento dos níveis de conhecimento sobre o VIH em alguns países, os níveis gerais de conhecimento na região são baixos e menos de 40 % dos jovens de ambos os sexos registam níveis desejáveis de conhecimento acerca da prevenção do VIH (em comparação com a meta internacionalmente aceite de 95 %);
- 2.1.5 As taxas de conclusão da escolaridade permanecem baixas e os jovens concluem, em média, menos de 6,5 anos de escolaridade, sendo os baixos níveis de progressão do ensino primário para o secundário uma grande preocupação. Menos crianças e jovens têm, assim, acesso à prevenção do VIH e das competências para a vida relacionadas com a educação sexual abrangente antes de se tornarem sexualmente ativos;
- 2.1.6 A gravidez precoce e indesejada permanece elevada na região da África Oriental e Austral e, aos 17 anos de idade, pelo menos uma em cada cinco mulheres jovens de seis países da região já iniciou a maternidade. Esta percentagem sobe para mais de 35 % entre as jovens de 19 anos em 10 países;
- 2.1.7 Os riscos para a saúde associados à gravidez na adolescência são elevados e incluem, entre outros, taxas de mortalidade materna mais elevadas do que entre mulheres com mais idade. A África Subsariana representa 44 % de todos os casos de abortos não seguros entre as adolescentes dos 15 aos 19 anos nos países em desenvolvimento (excluindo a Ásia Oriental);
- 2.1.8 A desigualdade entre géneros continua a limitar o potencial e o sucesso das raparigas nesta região, em virtude das taxas mais baixas de conclusão da escolaridade (por exemplo, apenas 28 % das raparigas se matriculam no ensino secundário, em comparação com 32 % dos rapazes), do casamento infantil e das normas culturais que definem os papéis das raparigas e dos rapazes;

---

<sup>3</sup> O CDC protege os direitos das crianças, adolescentes e jovens até aos 18 anos e o presente Documento de Compromisso inclui jovens até aos 24 anos.

<sup>4</sup> Children and AIDS, 6th Stocktaking Report, UNICEF, Nova Iorque, 2013.

- 2.1.9 A violência baseada no gênero, que inclui a violência sexual, aumenta a vulnerabilidade à transmissão do VIH, continuando a ser fonte de preocupação, com uma elevada percentagem de jovens mulheres (15 a 35 %) a declararem já terem sido vítimas de violência sexual em nove países da AOA onde existem dados disponíveis. Para muitas raparigas e mulheres jovens dessa região, o sexo, o casamento e a gravidez ainda não são voluntários, consensuais ou esclarecidos;
- 2.1.10 O casamento infantil continua a constituir um sério obstáculo à realização de todos os direitos dos jovens, em especial das raparigas adolescentes e das mulheres jovens, tendo um impacto direto e negativo na sua saúde, educação e estatuto social;
- 2.1.11 Todas as formas de discriminação, incluindo as que têm base na idade, saúde, estado civil ou estatuto jurídico de que são alvo crianças, adolescentes e jovens, mas também populações-chave e marginalizadas, põem em causa os seus direitos e a sua dignidade<sup>5</sup>;
- 2.1.12 A pobreza e a desigualdade na distribuição da riqueza têm um impacto direto e prejudicial nos resultados ao nível da educação e saúde, aumentando também a vulnerabilidade ao VIH.

## 2.2 Reconhecemos que:

- 2.2.1 O investimento numa educação de qualidade que inclua uma educação sexual abrangente e baseada nas competências para a vida garante o direito à educação e contribui também para o bem-estar e a qualidade de vida futura. Os adolescentes e jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos constituem 33 % da população da região. O investimento na saúde e na educação, conjugado com a redução das taxas de fertilidade daí resultante, contribuirá para a realização de dividendos demográficos no futuro;
- 2.2.2 A religião e a educação religiosa sobre temas como a vida, a família, a comunidade, a sexualidade e as questões reprodutivas desempenham um importante papel nas crenças, práticas e normas de muitas comunidades da região;
- 2.2.3 As famílias, os prestadores de cuidados, tutores e membros da comunidade desempenham um papel primordial na educação e na orientação dos adolescentes e jovens na sua transição para a idade adulta;
- 2.2.4 A maioria dos adolescentes e jovens da região afirma não ter iniciado a sua vida sexual antes dos 18 anos. No entanto, os dados dos inquéritos demográficos e de saúde realizados na região indicam que um número significativo de adolescentes tem a sua primeira experiência sexual numa idade precoce (que, em média, varia entre 3,3 % e 24,5 % para as raparigas com menos de 15 anos) e, em muitos casos, não usa qualquer forma de proteção para prevenir a gravidez ou as infeções

---

<sup>5</sup> Populações-chave, ou populações-chave de maior risco, são grupos de pessoas que têm mais probabilidade de serem expostas ao VIH ou de o transmitirem, sendo essencial envolvê-las para uma resposta de sucesso ao VIH. Em todos os países, as populações-chave incluem pessoas que vivem com VIH. Na maior parte dos contextos, homens que têm relações sexuais com outros homens, transexuais, pessoas que injetam drogas e trabalhadores do sexo e os seus clientes têm um maior risco de exposição ao VIH do que outros grupos. No entanto, cada país deve definir as populações-chave específicas para a epidemia e para a resposta, com base no contexto epidemiológico e social. *UNAIDS (2011) Getting to Zero, UNAIDS Strategy 2011-2015 (versão original), Genebra.*

- sexualmente transmissíveis. Os jovens devem ser apoiados no sentido de adiarem o início da sua atividade sexual até optarem por ter uma vida sexual ativa, devendo garantir-se que a relação sexual seja voluntária e protegida;
- 2.2.5 Uma educação sexual abrangente logo desde o ensino primário favorece a aquisição gradual de informações e conhecimentos necessários ao desenvolvimento das competências e atitudes requeridas para uma vida plena e saudável, assim como para reduzir os riscos para a saúde sexual e reprodutiva. Os dados científicos mais recentes demonstram que uma educação sexual abrangente, que inclua uma educação sobre sexo seguro e uso de preservativos, não propicia uma iniciação precoce da vida sexual. Pelo contrário, uma educação sexual de qualidade pode ajudar a adiar a iniciação sexual e uma atividade sexual frequente, reduzindo o número de parceiros sexuais, aumentando o uso de preservativos e métodos contraceptivos e reduzindo comportamentos sexuais de risco<sup>6</sup>. Quando a educação sexual inclui um grande enfoque nos direitos e no gênero, poderá gerar maiores benefícios ainda<sup>7</sup>;
- 2.2.6 A fim de exercerem plenamente o seu direito à saúde, nomeadamente à saúde sexual e reprodutiva, todos os adolescentes e jovens necessitam de um acesso seguro, eficaz, financeiramente aceitável e comportável a um conjunto de produtos e serviços, independentemente do seu gênero. Estes serviços incluem, entre outros, preservativos, contraceptivos, vacinas, meios de prevenção da gravidez, cuidados pré-natais, parto em condições seguras e cuidados pós-parto, testes de diagnóstico, cuidados e tratamento das IST, incluindo o VIH, aborto em condições seguras (se for legal), cuidados e tratamentos pós-aborto, bem como outros cuidados e apoio em caso de violência sexual. A consequência das leis restritivas sobre o aborto é que muitos abortos são realizados em espaços não regulamentados e sem condições de segurança, colocando em risco a vida das adolescentes e mulheres jovens;
- 2.2.7 A ESA baseada nas competências para a vida no contexto escolar e não escolar tem de estar associada e apoiar-se num pacote global de serviços e produtos de saúde sexual e reprodutiva amigos dos jovens. Os serviços prestados por profissionais de saúde qualificados e amigos dos jovens têm maior probabilidade de aceitação;
- 2.2.8 Uma educação de qualidade e resultados no campo da saúde que possam ser alcançados através de uma educação sexual abrangente requerem que façamos investimentos em professores devidamente formados e dotados de recursos e apoios apropriados para ministrarem programas tanto dentro como fora da escola. Simultaneamente, os programas de ESA têm de ser integrados nos programas curriculares formais e ser sujeitos a avaliação a fim de assegurar a sua implementação eficaz;
- 2.2.9 Nesta região é necessária uma agenda de investigação reforçada que melhore a qualidade e eficácia dos programas para adolescentes e jovens, o que inclui

---

6 UNESCO (2009) Op cit.

7 Population Council (2009) It's All One Curriculum, Nova Iorque.

investigação na área dos testes de VIH e a distribuição nas escolas de preservativos e outros produtos relacionados com SSR.

**3.0 Com base nestas considerações, nós, Ministros da Educação e da Saúde, assumiremos a liderança na adoção de medidas ambiciosas para garantir uma educação sexual abrangente de qualidade e serviços de saúde sexual e reprodutiva amigos dos jovens na região da AOA. Comprometemo-nos especificamente a:**

- 3.1 ***Trabalhar conjuntamente numa agenda comum*** para todos os adolescentes e jovens de modo a assegurar uma educação sexual abrangente e serviços de SSR amigos dos jovens que reforcem as nossas respostas nacionais à epidemia de VIH e reduzam o número de novas infeções por VIH/IST, de casos de gravidez precoce e indesejada e que reforcem os cuidados e o apoio, em especial para as pessoas que vivem com VIH. Criar mecanismos de coordenação intersectorial dirigidos pelas comunidades económicas regionais existentes, EAC, SADC e ECSA. Os mecanismos já implementados deverão ser reforçados e apoiados.
- 3.2 ***Rever urgentemente – e modificar se necessário – as leis e políticas existentes sobre a idade de consentimento, a proteção das crianças e os códigos de conduta dos professores*** com vista a um melhor acesso independente a serviços de saúde sexual e reprodutiva por parte dos adolescentes e jovens, e também à proteção das crianças. As leis, políticas e práticas que regulam o acesso aos serviços e que dizem respeito à proteção das crianças devem reconhecer que tem de haver um equilíbrio entre proteção e autonomia e que a capacidade dos adolescentes evolui à medida que começam a fazer as suas próprias escolhas relativamente às suas necessidades em matéria de educação e saúde.
- 3.3 ***Tornar um futuro sem SIDA uma realidade*** através do investimento em estratégias eficazes e combinadas de prevenção para reforçar o atual declínio na prevalência do VIH entre os jovens da região, bem como abordar fatores estruturais subjacentes, que incluem a pobreza e a escassez de meios de subsistência. Serão desenvolvidos esforços concertados para reforçar a capacidade dos professores/escolas, dos prestadores de serviços de saúde e dos jovens, sobretudo no que se refere ao acesso a testes de VIH e ao aconselhamento e tratamento nesta área, e para expandir os serviços de SSR considerados essenciais, especialmente nas comunidades marginalizadas e nas zonas mais problemáticas, assim como em contextos não formais e fora da escola.
- 3.4 ***Maximizar o efeito protetor da educação*** através da Educação para Todos, mantendo as crianças e jovens na escola para reduzir o risco de VIH, a mortalidade materna e melhorar a igualdade entre os géneros, assim como garantir o acesso a oportunidades de educação para quem vive com VIH ou para as adolescentes e jovens que possam estar grávidas.
- 3.5 ***Iniciar e reforçar a educação sexual abrangente e adequada à idade durante o ensino primário*** para alcançar um máximo de adolescentes antes de estes atingirem a puberdade, de se tornarem sexualmente ativos e também antes de o risco de transmissão do VIH ou

de uma gravidez indesejada aumentar. Através de normas estabelecidas a nível internacional, garantir que a ESA é adequada à idade, género e cultura dos visados, se baseia nos direitos e inclui componentes fulcrais em matéria de conhecimentos, competências e valores de preparação para a idade adulta: a tomada de decisões sobre sexualidade, relacionamentos, igualdade do género, saúde sexual e reprodutiva e cidadania<sup>8</sup>. Sempre que possível, os programas de ESA implementados em contexto escolar devem tornar-se parte dos programas curriculares e ser sujeitos a avaliação.

- 3.6 **Garantir que a conceção e execução da educação sexual abrangente e dos programas de SSR incluem uma ampla participação das comunidades e famílias**, e em especial dos adolescentes, dos jovens, da sociedade civil e de outras estruturas comunitárias, incluindo organizações religiosas. Simultaneamente, é necessário garantir que os adolescentes e jovens tenham acesso a espaços seguros, que possam defender os seus direitos e assumir-se como agentes da mudança nas suas próprias comunidades, bem como recomendar melhores práticas e inovações que respondam às suas necessidades.
- 3.7 **Integrar e reforçar serviços de VIH e SSR amigos dos jovens** que tenham em conta contextos sociais e culturais para melhorar o acesso adequado à idade a serviços e produtos de SSR de elevada qualidade e a sua aceitação, incluindo preservativos, contraceptivos, vacina do HPV, aconselhamento e testes de VIH (ATV), tratamento e cuidados em matéria de VIH e IST, planeamento familiar, aborto em condições seguras (se for legal), cuidados pós-aborto, parto em condições seguras, prevenção da transmissão da mãe para o(a) filho(a) e outros serviços afins destinados aos jovens, tanto dentro como fora da escola.
- 3.8 **Garantir que os serviços de saúde são amigos dos jovens**, livres de preconceitos e confidenciais, que servem os adolescentes e jovens quando estes mais precisam e que são prestados com total respeito pela dignidade humana, incluindo no caso dos jovens considerados em maior risco, jovens portadores de deficiência ou jovens que sejam vítimas de qualquer outra forma de discriminação. Os serviços devem facultar o acesso a produtos fiáveis e financeiramente comportáveis no âmbito da sua atividade, através de canais públicos, privados e da sociedade civil.
- 3.9 **Reforçar os direitos e a igualdade entre géneros** na educação e nos serviços de saúde, incluindo medidas para lidar com a violência sexual e outras formas de violência, abuso e exploração dentro e fora dos contextos escolar e comunitário, garantindo simultaneamente a plena igualdade de acesso aos serviços jurídicos e outros para crianças e jovens de ambos os sexos.
- 3.10 **Mobilizar os recursos nacionais e externos**, explorando novos e inovadores mecanismos de financiamento e procurando apoio técnico e financeiro de fontes nacionais e internacionais para cumprir estes compromissos.

---

<sup>8</sup> UNESCO (2009) Op cit.

#### 4.0 Metas

**Para assegurar a eficácia, o impacto e a responsabilização, comprometemo-nos, enquanto Ministros da Educação e Saúde, a trabalhar em conjunto numa abordagem multissetorial e que englobe todo o governo, para atingir todos os dez Compromissos acima mencionados e as seguintes metas até ao final de 2015:**

- 4.1 *Introduzir e implementar, em todos os 20 países, um quadro curricular de ESA de boa qualidade;*
- 4.2 *Introduzir e implementar, em todos os 20 países, formação inicial e contínua em matéria de SSR e ESA para professores e profissionais de saúde e assistência social;*
- 4.3 *Diminuir em 50 % até ao final de 2015 o número de adolescentes e jovens que não têm acesso a serviços de SSR, incluindo VIH, que sejam amigos dos jovens, equitativos, acessíveis, aceitáveis, adequados e eficazes.*

**A mais longo prazo iremos trabalhar no sentido de atingir as seguintes metas até ao final de 2020:**

- 4.4 *Consolidar as conquistas recentes e árduas na luta pela redução da prevalência do VIH na ESA e envidar esforços para eliminar todas as novas infeções por VIH entre os jovens dos 10 aos 24 anos;*
- 4.5 *Aumentar para 95 % o número de adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos que revelem possuir níveis de conhecimentos abrangentes sobre prevenção do VIH;*
- 4.6 *Reduzir em 75 % os casos de gravidez precoce e indesejada entre as jovens;*
- 4.7 *Acabar com a violência baseada no género;*
- 4.8 *Acabar com o casamento infantil;*
- 4.9 *Aumentar para 75 % o número de escolas e instituições de formação de professores que oferecem ESA.*

#### 5.0 Responsabilização

- 5.1 *Torna-se necessário que os governos renovem, agilizem e aperfeiçoem a implementação dos compromissos que anteriormente assumiram relacionados com os direitos humanos, o VIH e a SIDA, a saúde sexual e reprodutiva e o bem-estar das crianças, adolescentes e jovens. Haverá esforços consideráveis no sentido de assegurar a sensibilização abrangente das principais partes interessadas relativamente à existência do Compromisso, seu propósito e metas, e de lhes assegurar uma oportunidade total de envolvimento.*



- 5.2 Para garantir o cumprimento dos compromissos acordados, ordenamos a criação de um mecanismo interministerial e multissetorial (alinhado com os sistemas existentes ou recorrendo a eles) que fortaleça o planeamento e a coordenação e que monitorize a implementação dos presentes compromissos. Os mecanismos nacionais serão mobilizados pela ONUSIDA e envolverão as principais partes interessadas, incluindo o governo, a sociedade civil, os jovens, a ONU e outros parceiros para o desenvolvimento. A SADC e a EAC irão liderar a monitorização regional dos compromissos, com o apoio dos parceiros para o desenvolvimento.
- 5.3 Concordamos em apresentar uma análise e um relatório anual sobre este compromisso nas cimeiras da SADC e da EAC, envolvendo os ministros competentes através a apresentação de relatório nacionais sobre a situação.
- 5.4 Concordamos em institucionalizar sistemas de monitorização e avaliação nos nossos ministérios e em melhorar a recolha de dados e a desagregação por idade e por sexo dos dados disponíveis através dos mecanismos de monitorização e avaliação existentes, como os EMIS e HEMIS. Estes dados serão complementados por inquéritos regulares aos adolescentes e jovens sobre o seu estado de saúde e educação.

## **Anexo A**

### **Compromissos/declarações internacionais e regionais**

#### *Educação*

- Estrutura de Dacar para a Educação – 2000
- Objetivos de Desenvolvimento do Milénio – 2000
- Protocolo da SADC sobre Educação e Formação – 1997

#### *Saúde*

- Declaração de Maseru – 2003
- Plano de Ação de Maputo – 2006
- Estratégia para a Saúde em África – 2010-2015
- Estratégia para a Saúde e os Direitos em Matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva da SADC – 2006-2015
- Quadro Estratégico para o VIH e a SIDA da SADC – 2010-2015
- Plano Estratégico Regional para a Saúde e os Direitos em Matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva na África Oriental – 2008-2013
- Protocolo da SADC sobre o Género e o Desenvolvimento – 2008
- Declaração de Adis Abeba sobre População e Desenvolvimento em África para além de 2014

#### *Direitos humanos*

- Convenção sobre os Direitos da Criança – 1990
- Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres - 2003
- Declaração Solene sobre a Igualdade do Género em África (DSIGA) – 2004
- Carta Africana da Juventude – 2006
- Plano de Ação da União Africana para a Década da Juventude – 2008-2019

**Anexo B:**

**Os países que assumem o presente compromisso são os seguintes:**

África do Sul, Angola, Botsuana, Burundi, Etiópia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Seicheles, Suazilândia, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Os Ministros da Educação e Saúde do Ruanda fizeram parte do processo do Compromisso ESA mas não puderam estar presentes na reunião ministerial de alto nível de 6 e 7 de dezembro devido a outros compromissos.