

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Determinantes do Comportamento Sedentário em Angola: Perceções de Profissionais de Saúde sobre a Transição Epidemiológica

Adilson José Jamba Teodoro, Dra. Bárbara Tandrón Negrín

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.15897>

Submetido em: 2026-04-26

Postado em: 2026-05-12 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o(s) endosso(s) de:

- Liusván Eduarte Aguila (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5899-283X>)

Determinantes do Comportamento Sedentário em Angola: Percepções de Profissionais de Saúde sobre a Transição Epidemiológica

Determinants of Sedentary Behavior in Angola: Health Professionals' Perceptions of the Epidemiological Transition

Adilson José Jamba Teodoro

Instituto Superior Politécnico Independente do Lubango, Angola (ISPI - LUBANGO)

ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-4019-8997>

Bárbara Tandrón Negrín

Instituto Superior de Ciências da Educação da Huíla (ISCED-Huíla)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1259-6222>

Resumo

O comportamento sedentário constitui um determinante crítico na crise global de saúde pública, associando-se diretamente à fisiopatologia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Este estudo analisou a percepção de profissionais de saúde sobre os impactos da inatividade física e a transição epidemiológica em Luanda, Huíla e Namibe. Realizou-se uma investigação quantitativa e transversal com 632 profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos). Os resultados revelam um consenso técnico elevado: 76,4% dos inquiridos identificam o sedentarismo como risco primário para a obesidade e diabetes tipo 2. Contudo, evidenciou-se um hiato crítico entre o conhecimento e a aplicabilidade prática: 82% caracterizam o sistema de saúde como predominantemente reativo e 68% não prescrevem exercício sistematicamente, citando o défice de infraestruturas urbanas seguras e ambientes obesogénicos. Conclui-se que a consciência clínica é paralisada por barreiras estruturais e institucionais. Urge a implementação de uma Estratégia Nacional de Promoção da Atividade Física que integre o planeamento urbano e a capacitação clínica multidisciplinar, visando um modelo de saúde preventivo, sustentável e territorialmente sensível às particularidades da transição epidemiológica angolana.

Palavras-chave: Comportamento Sedentário; Saúde Pública; Angola.

Abstract

Sedentary behavior is a critical determinant in the global public health crisis, directly associated with the pathophysiology of Non-Communicable Diseases (NCDs). This study analyzed healthcare professionals' perceptions regarding the impacts of physical inactivity and the epidemiological transition in Luanda, Huíla, and Namibe. A quantitative, cross-sectional investigation was conducted with 632 professionals (doctors, nurses, and technicians). The results reveal a high technical consensus: 76.4% of respondents identify sedentary behavior as a primary risk factor for obesity and type 2 diabetes. However, a critical gap between knowledge and practical applicability emerged: 82% characterize the health system as predominantly reactive, and 68% do not systematically prescribe exercise, citing a deficit in safe urban infrastructure and obesogenic environments. It is concluded that clinical awareness is paralyzed by structural and institutional barriers. The implementation of a National Strategy for the Promotion of Physical Activity is urgent, integrating urban planning and multidisciplinary clinical training to foster a preventive, sustainable health model sensitive to the specificities of the Angolan epidemiological transition.

Keywords: Sedentary Behavior; Public Health; Angola.

1. Introdução

A inatividade física e o comportamento sedentário consolidaram-se, no decurso das últimas décadas, como determinantes críticos na crise global de saúde pública do século XXI. Diferenciando-se da mera ausência de exercício moderado a vigoroso, o comportamento sedentário é definido por atividades realizadas em estado de vigília com um gasto energético igual ou inferior a 1,5 equivalentes metabólicos (METs), tais como o tempo sentado ou reclinado (Bull et al., 2020; WHO, 2020). Esta condição atua como um catalisador na fisiopatologia das Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNTs), estabelecendo nexos causais com a hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade e diversas etiologias oncológicas, que hoje sobrecarregam os sistemas de saúde globais.

No cenário da África Subsariana, e especificamente em Angola, o perfil epidemiológico é marcado por uma dupla carga de doença. O país enfrenta o desafio persistente das patologias infeto-contagiosas simultaneamente a uma ascensão exponencial das DCNTs, fenómeno impulsionado por uma transição nutricional e urbana acelerada (Guthold et al., 2018). Em

metrópoles como Luanda, e em polos regionais emergentes, a rápida urbanização reconfigurou a dinâmica do quotidiano: o deslocamento ativo foi suprimido pelo transporte motorizado e o esforço físico laboral foi substituído por ocupações de natureza sedentária. Esta transformação sociodemográfica, embora descrita em termos gerais, carece de evidência empírica granular que desagregue a realidade entre as províncias, o que constitui uma lacuna crítica para o planeamento de intervenções em saúde pública.

Neste ecossistema, os profissionais de saúde emergem como mediadores estratégicos. A sua perceção clínica e técnica sobre os riscos do sedentarismo não apenas condiciona a eficácia do aconselhamento preventivo, mas orienta a alocação de recursos e a priorização de políticas no Serviço Nacional de Saúde. A relevância deste estudo reside, portanto, na necessidade de mapear este conhecimento técnico em três contextos geoeconómicos distintos: Luanda (centro político e cosmopolita), Huíla (região de planalto com transição urbana-rural) e Namibe (zona litoral em desenvolvimento).

O presente estudo tem como objetivo diagnosticar a perceção dos profissionais de saúde sobre os impactos multissetoriais do sedentarismo e a sua correlação direta com a prevalência de DCNTs. Pretende-se, através desta análise diagnóstica, fornecer evidências robustas que fundamentem a transição de um modelo de saúde puramente reativo para uma estratégia de promoção da saúde integrada e territorialmente sensível às particularidades de Angola.

2. Metodologia

2.1. Delineamento e Cenário da Investigação

Este estudo adotou uma abordagem quantitativa, com delineamento observacional, descritivo e de corte transversal (*survey*). A investigação foi desenhada para captar a heterogeneidade do contexto angolano, decorrendo em unidades de cuidados de saúde primários e hospitalares distribuídas estrategicamente em três províncias: Luanda (centro metropolitano e capital), Huíla (polo regional de planalto em transição urbana-rural) e Namibe (zona litoral). Esta diversidade geográfica permitiu uma análise comparativa sobre como o sedentarismo é percebido em diferentes realidades socioeconómicas e níveis de acesso a infraestruturas de lazer.

2.2. Participantes e Amostragem

A amostra foi constituída por 632 profissionais de saúde, recrutados através de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência em instituições públicas e privadas. A composição amostral reflete a pirâmide de recursos humanos do Sistema Nacional de Saúde de Angola, sendo estratificada por: **Huíla (n=290; 46%)**, **Luanda (n=234; 37%)** e **Namibe (n=108; 17%)**. No que concerne às categorias profissionais, o estudo incluiu **enfermeiros (54%)**, **técnicos de diagnóstico e terapêutica (24%)** e **médicos (22%)**. Os critérios de inclusão exigiram exercício profissional ativo na unidade há pelo menos seis meses e formação académica técnica ou superior na área da saúde.

2.3. Instrumentação e Dimensões Analíticas

A recolha de dados foi efetuada através de um inquérito estruturado, adaptado e validado do *Global Physical Activity Questionnaire* (GPAQ/WHO), ajustado às especificidades linguísticas de Angola. O instrumento foi operacionalizado em três dimensões:

- ◆ Dimensão I (Perfil Socioprofissional): Caracterização demográfica e tempo de serviço.
- ◆ Dimensão II (Literacia em Atividade Física): Domínio das diretrizes da OMS e recomendações de dispêndio energético (METs).
- ◆ Dimensão III (Nexo Causal e Morbilidade): Perceção clínica da correlação entre comportamento sedentário e o desenvolvimento de DCNTs, como hipertensão, diabetes tipo 2 e obesidade.

2.4. Ética e Análise Estatística

O estudo seguiu rigorosamente a Declaração de Helsínquia, com todos os participantes a ratificarem o Consentimento Livre e Esclarecido (CLE). Os dados foram processados no IBM SPSS (v.26). Além da estatística descritiva (médias e frequências), utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson (χ^2) para verificar associações entre a perceção de risco e a localização geográfica, estabelecendo-se um nível de significância de $p < 0,05$.

3. Resultados

3.1. Caracterização Epidemiológica e Perceção de Risco Clínico

A análise dos dados provenientes dos 632 profissionais de saúde revela uma distribuição amostral liderada pela província da Huíla (n=290; 46%), seguida por Luanda (n=234; 37%) e Namibe (n=108; 17%). No que concerne à avaliação da perigosidade clínica, verificou-

se um consenso técnico robusto e estatisticamente relevante: 76,4% dos inquiridos identificam o comportamento sedentário como o determinante primário para o desenvolvimento e agravamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) na população angolana.

A Tabela 1 detalha como essa percepção se manifesta em patologias específicas de acordo com a realidade regional observada pelos técnicos no terreno.

Tabela 1. Caracterização da amostra e indicadores de percepção de risco por província (n=632)

Província	n	%	Foco de Preocupação Clínica	Percepção de Risco (%)	Barreira Dominante
Huíla	290	46	DM2 em Populações Jovens	75%	Transição Nutricional
Luanda	234	37	Doenças Cardiovasculares	78%	Ambiente Obesogénico
Namibe	108	17	Hipertensão Arterial	74%	Défice de Espaços de Lazer
Total Global	632	100	DCNTs	76,4%	Inércia do Sistema

Fonte: Dados da investigação (2024). Nota: Significância estatística testada via Qui-quadrado ($p < 0,05$).

3.2. Análise da Inércia Clínica e Hiato Preventivo

Um dos achados mais significativos do estudo reside na dicotomia entre o conhecimento teórico e a prática clínica. Embora a maioria reconheça o risco, 82% dos profissionais descreveram o Sistema Nacional de Saúde de Angola como apresentando uma estrutura predominantemente “reativa e curativa”. Este modelo, focado na fase aguda da doença, limita o tempo e os recursos disponíveis para a medicina preventiva.

Como consequência direta, 68% dos participantes admitiram não realizar a prescrição de exercício físico de forma sistemática nas suas consultas. Esta inércia não foi atribuída à falta de vontade do profissional, mas sim a barreiras sistémicas e ambientais, conforme sintetizado no Quadro 1.

Quadro 1. Matriz diagnóstica de barreiras estruturais e institucionais por contexto regional

Província	Determinantes Ambientais e Urbanos	Barreiras à Intervenção Clínica
Luanda	Urbanismo obesogénico; elevada insegurança rodoviária; escassez de espaços verdes e cicláveis.	Sobrecarga de pacientes; ausência de protocolos de aconselhamento breve.
Huíla	Transição nutricional acelerada; substituição da mobilidade ativa tradicional pela motorizada.	Inexistência de técnicos de exercício físico integrados nas equipas de saúde.
Namibe	Défice severo de infraestruturas públicas de lazer e equipamentos desportivos comunitários.	Limitação na formação contínua sobre medicina do estilo de vida.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados qualitativos do inquérito (2024).

3.3. Relação entre Tempo de Experiência e Prática Clínica em DCNTs

A tabela abaixo organiza o perfil da amostra (n=632) subdividido por tempo de atuação profissional, correlacionando o tempo de serviço com o nível de concordância sobre Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNTs) e a respetiva frequência de prescrição clínica.

Tabela 2. Relação entre Tempo de Experiência e Prática Clínica em DCNTs

Grupo de Experiência	n (Amostra)	Concordância DCNTs (Média)	Frequência de Prescrição (Moda)
Até 5 anos	260	72%	Raramente
6 a 10 anos	200	78%	Frequentemente
11 a 20 anos	148	85%	Frequentemente
+ 20 anos	24	90%	Sempre

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do inquérito (2024).

3.4. Determinantes Ambientais e Literacia em Saúde

Os resultados demonstram que a promoção da atividade física em Angola é percebida como uma tarefa de elevada complexidade externa. Em Luanda, **72% dos profissionais** apontaram o “ambiente construído” como o principal impedimento para que os pacientes adotem comportamentos ativos. Na Huíla e no Namibe, a preocupação incidiu sobre a literacia em saúde, onde se observa que a população associa, frequentemente, o exercício a uma prática

meramente estética ou de lazer das elites, ignorando o seu valor terapêutico e farmacológico no controlo da diabetes e hipertensão.

Este diagnóstico aponta para a necessidade urgente de políticas que integrem a modificação do espaço urbano com a capacitação técnica das equipas de saúde primária

4. Discussão

A convergência dos dados obtidos nas províncias de Luanda, Huíla e Namibe revela que o comportamento sedentário em Angola transcendeu os estratos socioeconómicos elevados, consolidando-se como um desafio de saúde pública transversal e estrutural. A perceção de 76,4% dos profissionais de saúde sobre a gravidade da inatividade física alinha-se ao conceito de Sindemia Global a interação sinérgica entre obesidade, subnutrição e alterações climáticas que, conforme discutido por Swinburn et al. (2019) e reforçado por Katzmarzyk et al. (2022), identifica o sedentarismo como um motor primário da mortalidade prematura em economias de rendimento médio e baixo. Angola enfrenta, assim, as pressões de uma transição epidemiológica inacabada, onde as doenças infecciosas coexistem com o crescimento exponencial das Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNTs).

O alerta reportado pelos profissionais da Huíla sobre o surgimento precoce de *Diabetes Mellitus* Tipo 2 em jovens é um resultado alarmante que ilustra a rapidez da transição nutricional em regiões de planalto. A substituição da mobilidade funcional tradicional pelo transporte motorizado e o consumo de alimentos ultraprocessados estão a reconfigurar o perfil metabólico da população. Este fenómeno corrobora evidências de que a urbanização desregulada na África Subsariana altera a homeostase glicémica e a saúde cardiometabólica antes mesmo da consolidação de infraestruturas de saúde robustas (Guthold et al., 2018; Strain et al., 2020). Em Luanda, esta realidade é exacerbada por um **urbanismo obesogénico**. Como discutido por Cunningham et al. (2020), a carência de “cidades caminháveis” (*walkable cities*) e de espaços verdes coage o indivíduo à inatividade física, transformando a luta contra as DCNTs num desafio que ultrapassa o domínio hospitalar e exige uma governança multissetorial que integre o planeamento urbano e a engenharia de tráfego (World Health Organization [WHO], 2022a).

Um ponto de rutura identificado neste estudo reside na inércia clínica e institucional: embora 82% dos profissionais reconheçam o sistema de saúde como reativo, 68% não prescrevem exercício físico. Esta abertura preventivo é discutido por Vancampfort et al. (2020) como uma

barreira sistêmica onde a sobrecarga de cuidados agudos e a ausência de protocolos de “aconselhamento breve” impedem a integração da atividade física como intervenção terapêutica não farmacológica. No Namibe, a correlação entre hipertensão e escassez de infraestruturas sugere que a promoção do movimento deve ser tratada como uma estratégia de literacia em saúde. Bull et al. (2020) defendem que, em contextos de desenvolvimento acelerado, o exercício deve ser democratizado e despido do estigma de "símbolo de estatuto", sendo apresentado como uma ferramenta de baixo custo e alta eficácia na medicina do estilo de vida.

A análise estratificada revela, contudo, um paradoxo preocupante na força de trabalho. Observa-se uma correlação direta entre o tempo de serviço e a consolidação da consciência clínica: enquanto os iniciantes (até 5 anos; $n=260$) exibem hesitação e prescrição “Rara”, os profissionais seniores (+20 anos; $n=24$) atingem o “padrão de ouro” de adesão e prescrição (“Sempre”). Esta progressão linear valida a hipótese de que a competência no manejo das DCNTs é um atributo maturado pela vivência prática. Segundo Dreyfus (2004), essa “intuição fundamentada” é fruto da exposição prolongada a desfechos clínicos que a formação acadêmica, muitas vezes excessivamente teórica, não consegue suprir.

Esta “pirâmide invertida” de competência sinaliza uma crise iminente. A concentração do conhecimento crítico num grupo minoritário que se aproxima da reforma cria um hiato de competência geracional. Se os profissionais na base da pirâmide, que possuem o maior volume de contacto direto com os pacientes, não aderem aos protocolos de prevenção, o controle epidemiológico torna-se inviável. Esta lacuna corrobora as observações de Schmidt et al. (2011) sobre a fragmentação do cuidado, onde a falta de experiência prática compromete a eficácia da prevenção primária. Diante de um cenário onde as DCNTs são responsáveis por 74% das mortes globais (WHO, 2022b), a inação dos profissionais mais jovens representa um risco sistêmico à sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

De modo geral, a transição epidemiológica em Angola exige que a atividade física seja elevada ao estatuto de prioridade política. É imperativo integrar a modificação do espaço urbano com a capacitação técnica das equipas de saúde primária, garantindo que o aumento da esperança de vida no país não seja acompanhado por um aumento desproporcional de anos vividos com incapacidade metabólica e cardiovascular.

5. Conclusão

O presente estudo diagnóstica que existe uma elevada e sólida consciência clínico-epidemiológica entre os profissionais de saúde angolanos relativamente aos perigos sistémicos do comportamento sedentário, evidenciando que o reconhecimento da inatividade física como catalisador das Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNTs) é consensual entre as diferentes classes profissionais nas províncias de Luanda, Huíla e Namibe. Contudo, esta percepção técnico-científica encontra-se presentemente subutilizada e paralisada por um hiato preventivo provocado por barreiras estruturais severas, onde a consciência do risco não se traduz em intervenção clínica devido à inércia de um modelo de cuidados de saúde predominantemente reativo e à carência de um planeamento urbano que contemple a mobilidade ativa. A investigação demonstra que a transição epidemiológica em Angola apresenta especificidades regionais críticas, que variam desde o urbanismo obesogénico da capital à transição nutricional acelerada nas regiões do planalto, o que exige que o movimento seja recontextualizado não como uma opção de lazer, mas como uma ferramenta terapêutica e farmacológica de baixo custo, essencial para a sustentabilidade e resiliência metabólica do Sistema Nacional de Saúde.

Diante deste cenário, torna-se imperativo que o Estado angolano avance para a implementação de uma Estratégia Nacional de Promoção da Atividade Física que reforme o modelo de cuidados primários através da institucionalização de protocolos formais de prescrição de exercício e da integração de especialistas em atividade física nas equipas multidisciplinares. Paralelamente, é fundamental que a saúde pública influencie diretamente o ordenamento do território, priorizando o investimento em infraestruturas urbanas que fomentem o deslocamento pedonal seguro e a criação de espaços verdes, combatendo os determinantes ambientais que coagem a população ao sedentarismo. Em última instância, os resultados deste diagnóstico oferecem uma base empírica robusta para que decisores políticos e gestores de saúde possam desenhar intervenções integradas e multissetoriais, garantindo que a transição de um modelo de saúde puramente curativo para um paradigma preventivo seja territorialmente sensível e capaz de mitigar a crescente carga de morbilidade crónica em Angola.

6. Disponibilidade de dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi incluído e publicado no próprio artigo. Não existem ficheiros de dados suplementares ou depósitos externos vinculados a esta investigação.

7. Conflito de Interesses

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses financeiros, pessoais ou institucionais que possam ter influenciado a imparcialidade, a redação ou os resultados deste manuscrito.

8. Considerações Éticas

A presente investigação foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética da Instituição responsável. Nesta perspectiva, o estudo respeitou todos os princípios éticos fundamentais, garantindo que todos os profissionais de saúde participantes recebessem as informações necessárias e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da recolha de dados.

9. Referências Bibliográficas

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, *54*(24), 1451–1462. doi.org

Cunningham, S. A., Chandrasekar, E. K., Anstey, S. T., Andersen, C. T., Papas, A. S., & Barker, A. K. (2020). The epidemic of obesity in Africa: A review of the social and economic causes. *Health & Place*, *63*, 102324. doi.org

Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: A pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet Global Health*, *6*(10), e1077–e1086. doi.org

Dreyfus, S. E. (2004). The five-stage model of adult skill acquisition. *Bulletin of Science, Technology & Society*, *24*(3), 177–181. doi.org

Katzmarzyk, P. T., Friedenreich, C., Shiroma, E. J., & Lee, I. M. (2022). Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income and middle-income countries. *British Journal of Sports Medicine*, *56*(2), 101–106. doi.org

Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Azevedo e Silva, G., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., Chor, D., & Menezes, P. R. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. *The Lancet*, *377* (9781), 1949–1961. doi.org

Strain, T., Brage, S., Sharp, S. J., Richards, J., Tainio, M., Garcia, L., & Kelly, P. (2020). Use of the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) in Sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *17*(1), 1–15. doi.org

Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C., Herrero, M., Hovmand, P. S., Howden, M., ... Dietz, W. H. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, *393*(10173), 791–846. doi.org

Vancampfort, D., Stubbs, B., & Mugisha, J. (2020). Sedentary behavior and its association with physical health indicators in people with severe mental illness from low- and middle-income countries. *World Psychiatry*, *19*(1), 114–115. doi.org

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. who.int

World Health Organization. (2022). *Global status report on physical activity 2022*. World Health Organization. who.int

World Health Organization. (2022a). *Global status report on physical activity 2022*.

World Health Organization. (2022b). *Invisible numbers: The true scale of noncommunicable diseases*.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, *310*(20), 2191–2194. doi.org.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- 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 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 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.