

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

Ana Clara Sobotyk Santos

**ANÁLISE TRANSVERSAL DA QUALIDADE DE VIDA E
DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM PACIENTES
PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A TRANSPLANTE
RENAL: DADOS PRELIMINARES**

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

Porto Alegre

2023

Ana Clara Sobotyk Santos

**ANÁLISE TRANSVERSAL DA QUALIDADE DE VIDA E
DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM PACIENTES
PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A TRANSPLANTE
RENAL: DADOS PRELIMINARES**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Fisioterapia, da Universidade Federal
de Ciências da Saúde de Porto
Alegre, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Fisioterapia

Orientador: Janice Luisa Lukrafka Tartari

Porto Alegre

2023

Sobotyk Santos, Ana Clara

Análise transversal da qualidade de vida e dos sintomas de depressão em pacientes pediátricos submetidos a transplante renal : dados preliminares / Ana Clara Sobotyk Santos. -- 2023.

34 f. : tab. ; 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Fisioterapia, 2023.

Orientador(a): Janice Luisa Lukrafka Tartari.

1. Pediatria. 2. Qualidade de vida. 3. Depressão. 4. Doença renal crônica. 5. Transplante renal. I. Título.

Dedico esta pesquisa a todos os participantes e suas famílias, que contribuíram para o desenvolvimento da ciência.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha mãe, Márcia, por nunca ter poupado esforços no que tange ao investimento em minha educação, por compreender minha ausência em momentos importantes e renunciar tantas oportunidades individuais para que eu chegasse até aqui. Estendo esse agradecimento aos demais familiares, especialmente aos que são professores, que contribuíram para a minha admiração pela docência desde cedo.

À Geórgia, que esteve comigo desde o momento da minha aprovação e me apoiou em cada passo desta jornada. Obrigada por ter comemorado minhas vitórias comigo e me acolhido nos momentos difíceis, pelas palavras de incentivo, pela compreensão e carinho. Obrigada por ter acreditado em mim quando eu mais precisei, por ter me lembrado inúmeras vezes da minha capacidade e por abraçar esta caminhada junto comigo.

À Isabela, Gustavo e Marina, por terem sido meu pilar durante toda a graduação; pela parceria, lealdade, auxílio e leveza que vocês trouxeram durante estes cinco anos. Obrigada por serem minha segunda família. Aos demais amigos, que estiveram comigo antes mesmo da minha aprovação no curso de Fisioterapia e que até hoje se fazem presente em minha vida: Luiza Barcelos, Jade John, Júlia Basso, Cauê Soares, Maria Eduarda de Almeida, Raquel de Carvalho, Igor Moreno. Vocês foram especiais em diversos momentos e me faltam palavras para expressar o reconhecimento que vocês merecem por toda amizade e companheirismo.

À Estefânia Santos, por toda escuta, acolhimento e orientações que foram imprescindíveis não apenas em minha trajetória acadêmica, mas em todos os âmbitos da minha vida. Obrigada pelos inúmeros encontros que acalmavam minha mente e coração inquietos nos períodos mais nebulosos, pelos incentivos carinhosos e por jamais permitir que nossa relação se tornasse restrita ao consultório.

À Raquel Carbonera, com quem tive a oportunidade de aprender imensamente na elaboração deste estudo e que me auxiliou em tantos momentos. Obrigada por todos os encontros, conversas, reuniões e palavras de apoio neste período; pela confiança no meu trabalho, mesmo através dos pequenos gestos e por me ensinar algo novo todos os dias. Estendo os

agradecimentos a toda equipe que tornou este projeto possível: Amanda Luft, Karolayne Recoba, Caroline Reppold e Clotilde Druck.

Ao meu grupo de estágio, com quem pude dividir as angústias e felicidades deste último ano de graduação.

À profª Drª Janice Luisa Lukrafka, minha professora orientadora. Obrigada por todos os aprendizados, que não se limitaram apenas a construção deste trabalho de conclusão. Você foi essencial durante toda a graduação para o meu desenvolvimento enquanto profissional e tens a minha admiração desde o primeiro ano de faculdade. Que esse seja apenas o início de uma parceria enriquecedora.

Por fim, estendo, também, meus agradecimentos a todos os professores do Departamento de Fisioterapia da UFCSPA, por todo empenho e dedicação com a educação e pesquisa brasileiras. Deixo aqui meu reconhecimento aos mestres que especialmente me marcaram durante a graduação: Adriana Kessler, Luciane Dalcanale, Fernanda Cechetti e Mariane Monteiro.

RESUMO

Introdução: Pacientes pediátricos submetidos ao transplante renal têm melhor qualidade de vida (QV) após o transplante, porém menor em comparação aos pares saudáveis e podem apresentar maior prevalência de sintomas de depressão. O objetivo principal foi avaliar a qualidade de vida e os sintomas de depressão nestes pacientes.

Métodos: Estudo transversal analítico com crianças de 6 a 18 anos acompanhadas ambulatorialmente em hospital de referência do Rio Grande do Sul. Foram aplicados questionários para avaliar a qualidade de vida (*Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 - PedsQL*) e os sintomas de depressão (Escala Baptista de Depressão Infantojuvenil – EBADEP-IJ)

Resultados: Amostra preliminar de 19 pacientes, com média de idade de 11.1 \pm 3.7 anos, sendo 57,9% do sexo feminino. O tempo médio de transplante foi de 2 [1; 3] (IQ) meses. Na QV, a pontuação média foi de 67.2, com diferença significativa no domínio emocional entre os sexos (74.1 \pm 16.9 para o sexo masculino e 45 \pm 13.1 para feminino, $p = 0,001$). A pontuação média dos sintomas de depressão foi de 12.3 \pm 7.2, indicando baixa sintomatologia. A correlação entre a QV e os sintomas de depressão foi moderada ($p=0,045$) e forte ($p=0,001$) entre a QV escolar e os sintomas de depressão. Crianças que fizeram diálise peritoneal tiveram uma melhor qualidade de vida escolar em comparação àquelas realizaram hemodiálise ($p=0,03$).

Discussão: Crianças submetidas a transplante renal têm baixa QV, com menor escore emocional em meninas. Apesar de não apresentarem sintomas de depressão, constatou-se que quanto menor a QV, maiores os sintomas de depressão.

Palavras-chave: Pediatria; qualidade de vida; depressão; doença renal crônica; transplante renal.

ABSTRACT

Introduction: Pediatric patients undergoing renal transplantation experience an improved quality of life (QoL) post-transplantation, although it remains lower compared to their healthy peers and may be associated with a higher prevalence of depressive symptoms. The primary objective was to assess the quality of life and depression symptoms in these patients

Methods: This analytical cross-sectional study involved children aged 6 to 18 years, receiving outpatient care at a reference hospital in Rio Grande do Sul, as part of the baseline assessment for a randomized clinical trial (Ethics Committee approval: 5.222.251). Questionnaires, including the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) and the Baptista Infant-Youth Depression Scale (EBADEP-IJ), were administered.

Results: A preliminary sample of 19 patients was analyzed. The mean age was 11.1 ± 3.7 years, with 57.9% being female. The average transplant duration was 2 [1; 3] months. In terms of QoL, the mean score was 67.2, with a significant difference in the emotional domain between genders (74.1 ± 16.9 for males and 45 ± 13.1 for females, $p = 0.001$). The mean score for depressive symptoms was 12.3 ± 7.2 , showing a moderate correlation ($p = 0.45$) between QoL and depressive symptoms and a strong correlation ($p = 0.001$) between school-related QoL and depressive symptoms. Children undergoing peritoneal dialysis exhibited better school-related QoL compared to those undergoing hemodialysis ($p = 0.03$).

Discussion: Children undergoing renal transplantation showed lower QoL, particularly with reduced emotional scores in females. Despite the absence of depressive symptoms, a negative correlation demonstrated that lower QoL is associated with increased depressive symptoms.

Key words: Pediatrics; quality of life; depression; chronic kidney disease; renal transplantation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DP – Diálise peritoneal

DRC - Doença Renal Crônica

HD - Hemodiálise

IMC - Índice de Massa Corporal

QV - Qualidade de vida

TSR - Terapias de substituição renal

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	12
2. ABSTRACT.....	13
3. INTRODUÇÃO.....	14
4. MÉTODOS.....	15
4.1. Desenho do estudo.....	15
4.2. Participantes.....	15
4.3. Logística do estudo.....	15
4.4. Instrumentos de avaliação.....	16
4.5. Análise estatística	16
5. RESULTADOS.....	18
6. DISCUSSÃO.....	20
7. LISTA DE TABELAS.....	26
8. REFERÊNCIAS.....	28
9. ANEXOS.....	29

ARTIGO ORIGINAL**Análise transversal da qualidade de vida e dos sintomas de depressão em pacientes pediátricos submetidos a transplante renal: dados preliminares**

Cross-sectional analysis of quality of life and depression symptoms in pediatric patients undergoing renal transplantation: preliminary data

(A ser submetido ao periódico Brazilian Journal of Nephrology)

(Fator de Impacto: 1.2)

Ana Clara Sobotyk¹, Raquel Pinto Carbonera², Amanda Alves Luft¹, Karolayne Lima Recoba¹, Caroline Tozzi Reppold³, Clotilde Druck Garcia⁴, Janice Luisa Lukrafka⁵

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Acadêmica de Fisioterapia, Porto Alegre - RS. Brasil.

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Programa de Pós-Graduação de Pediatria. Porto Alegre - RS. Brasil.

³ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Psicologia. Porto Alegre - RS. Brasil.

⁴ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Unidade de Nefrologia Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio

⁵ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Fisioterapia. Porto Alegre - RS. Brasil.

Correspondent Author: anass@ufcspa.edu.br (A. C. Sobotyk)

RESUMO

Introdução: Pacientes pediátricos submetidos ao transplante renal têm melhor qualidade de vida (QV) após o transplante, porém menor em comparação aos pares saudáveis e podem apresentar maior prevalência de sintomas de depressão. O objetivo principal foi avaliar a qualidade de vida e os sintomas de depressão nestes pacientes.

Métodos: Estudo transversal analítico com crianças de 6 a 18 anos acompanhadas ambulatorialmente em hospital de referência do Rio Grande do Sul. Foram aplicados questionários para avaliar a qualidade de vida (*Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 - PedsQL*) e os sintomas de depressão (Escala Baptista de Depressão Infantojuvenil – EBADEP-IJ)

Resultados: Amostra preliminar de 19 pacientes, com média de idade de 11.1 \pm 3.7 anos, sendo 57,9% do sexo feminino. O tempo médio de transplante foi de 2 [1; 3] (IQ) meses. Na QV, a pontuação média foi de 67.2, com diferença significativa no domínio emocional entre os sexos (74.1 \pm 16.9 para o sexo masculino e 45 \pm 13.1 para feminino, $p = 0,001$). A pontuação média dos sintomas de depressão foi de 12.3 \pm 7.2, indicando baixa sintomatologia. A correlação entre a QV e os sintomas de depressão foi moderada ($p=0,045$) e forte ($p=0,001$) entre a QV escolar e os sintomas de depressão. Crianças que fizeram diálise peritoneal tiveram uma melhor qualidade de vida escolar em comparação àquelas realizaram hemodiálise ($p=0,03$).

Discussão: Crianças submetidas a transplante renal têm baixa QV, com menor escore emocional em meninas. Apesar de não apresentarem sintomas de depressão, constatou-se que quanto menor a QV, maiores os sintomas de depressão.

Palavras-chave: Transplante renal; criança; adolescente; qualidade de vida; depressão

ABSTRACT

Introduction: Pediatric patients undergoing renal transplantation experience an improved quality of life (QoL) post-transplantation, although it remains lower compared to their healthy peers and may be associated with a higher prevalence of depressive symptoms. The primary objective was to assess the quality of life and depression symptoms in these patients

Methods: This analytical cross-sectional study involved children aged 6 to 18 years, receiving outpatient care at a reference hospital in Rio Grande do Sul, as part of the baseline assessment for a randomized clinical trial (Ethics Committee approval: 5.222.251). Questionnaires, including the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) and the Baptista Infant-Youth Depression Scale (EBADEP-IJ), were administered.

Results: A preliminary sample of 19 patients was analyzed. The mean age was 11.1 ± 3.7 years, with 57.9% being female. The average transplant duration was 2 [1; 3] months. In terms of QoL, the mean score was 67.2, with a significant difference in the emotional domain between genders (74.1 ± 16.9 for males and 45 ± 13.1 for females, $p = 0.001$). The mean score for depressive symptoms was 12.3 ± 7.2 , showing a moderate correlation ($p = 0.45$) between QoL and depressive symptoms and a strong correlation ($p = 0.001$) between school-related QoL and depressive symptoms. Children undergoing peritoneal dialysis exhibited better school-related QoL compared to those undergoing hemodialysis ($p = 0.03$).

Discussion: Children undergoing renal transplantation showed lower QoL, particularly with reduced emotional scores in females. Despite the absence of depressive symptoms, a negative correlation demonstrated that lower QoL is associated with increased depressive symptoms.

Key words: Renal transplantation; children; adolescent; quality of life; depression

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) pode ser considerada uma questão de saúde pública e o transplante renal se tornou uma opção terapêutica para pacientes em estágio terminal. A prevalência global de DRC é de 1,5 a 3 casos por milhão de crianças de até 16 anos¹. No Brasil, entre 2001 e 2017, o transplante de rim liderou as estatísticas entre todas as modalidades realizadas no território nacional². Em relação à população pediátrica, 265 crianças foram transplantadas no ano de 2022, enquanto 14 pacientes faleceram na lista de espera³.

Apesar da diminuição da taxa de mortalidade após a cirurgia e da melhora dos sintomas da DRC, estudos relatam prejuízos na qualidade de vida (QV) e aumento na prevalência de sintomas de depressão em crianças que realizaram transplante renal⁴. Sabe-se que, apesar de apresentarem uma boa percepção individual da QV, este indicador ainda é inferior quando comparado aos seus pares saudáveis⁵. Dentre as principais preocupações que afetam a QV destes pacientes, podemos citar problemas com a aparência física, sintomas físicos decorrentes da doença e problemas sociais e escolares⁵. A literatura estima, também, que a depressão possui uma prevalência de 17 a 36% em crianças transplantadas renais⁴.

Até o momento, são escassos os estudos que avaliam a QV e dos sintomas de depressão no Brasil, evidenciando uma grande lacuna na literatura e, por consequência, na assistência a estes pacientes. Adicionalmente, as pesquisas disponíveis abordam brevemente tais aspectos e de forma isolada a correlação entre a QV e os sintomas de depressão nesta população. Portanto, o objetivo principal deste estudo foi avaliar a QV e possíveis sintomas de depressão em crianças após o transplante renal. Os objetivos secundários foram avaliar possíveis diferenças entre os sexos na QV e nos sintomas de depressão, comparar a QV e os sintomas de depressão com outras terapias de substituição renal (hemodiálise e diálise peritoneal) e identificar possíveis correlações entre a QV e os sintomas de depressão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal sobre a qualidade de vida e sintomas de depressão em crianças que foram submetidas ao transplante renal. Foram selecionados pacientes do Ambulatório de Nefrologia Pediátrica do Hospital Santo Antônio da Criança, em Porto Alegre (RS), no período de outubro de 2022 até outubro de 2023.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMPA e da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, fazendo parte da linha de base de um ensaio clínico randomizado (CEP: 5.222.251) sobre atividade física em crianças transplantadas renais. Todos os participantes e responsáveis concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

Participantes

A amostra foi composta por crianças entre seis e 18 anos que foram submetidas ao transplante renal nos últimos 12 meses. Foram excluídos indivíduos que não compreendessem as atividades propostas, crianças com qualquer comorbidade limitante à atividade física bem como aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

Logística do estudo

Foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes transplantados renais que tivessem, no mínimo, 1 mês de transplante e, no máximo, 12 meses. Foi realizada uma avaliação clínica e demográfica, através de uma entrevista inicial com os pacientes e seus responsáveis, em que foram coletadas informações sobre a doença de base, tipos de terapias de substituição renal prévias, tempo de transplante e prática de atividade física. Dados sobre medidas antropométricas (peso, altura e IMC) e a doença de base foram confirmados através do sistema de registro eletrônico do hospital.

Instrumentos de avaliação

Os pacientes foram avaliados quanto à QV e os sintomas de depressão. Para avaliar a QV, foi aplicado o Questionário de Qualidade de Vida Pediátrica 4.0 (PedsQL), módulo genérico, instrumento validado para população pediátrica com doenças crônicas⁶. O questionário é composto por 27 itens em que o paciente deve responder com que frequência, nos últimos 30 dias, cada item se tornou um problema em sua vida, totalizando uma pontuação que vai de 0 a 100. O *PedsQL* é dividido em quatro domínios: Atividade Física, Sentimentos, Convívio Social e Escola. O somatório de todos os itens indicará como está a QV daquele paciente sendo que quanto maior a pontuação, melhor qualidade de vida⁶.

Para avaliar os sintomas de depressão, foi aplicada a Escala Baptista de Depressão Infantojuvenil (EBADEP-IJ), que avalia a frequência, duração e intensidade de sintomas depressivos em crianças entre 7 e 18 anos⁷. A escala abrange 27 itens, que podem ser pontuados de 0 a 2 para indicar a presença ou a ausência destes sintomas, cujo total pode ir até 54 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maiores os sintomas de depressão. As faixas de pontuação podem ser classificadas entre “comportamento positivo” ou com “sintomatologia” (leve, moderada ou severa), de acordo com a faixa etária^{8,9}. Este instrumento recebeu autorização para uso pelo autor responsável bem como a supervisão de um profissional psicólogo, co-autor da presente pesquisa, para garantir o acolhimento dos pacientes que necessitassem de assistência profissional.

Análise estatística

Os dados foram armazenados em um banco de dados do programa Microsoft Excel 2007. As variáveis categóricas foram demonstradas por frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis contínuas através da média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil (IQR). A normalidade foi avaliada pelo teste Shapiro-Wilk.

As correlações foram realizadas através do teste de correlação de Pearson (paramétricas) ou Spearman (não-paramétricas). A classificação da

força das correlações e sua interpretação adotadas foram: desprezível (até 0,10), fraca (0,10 até 0,39), moderada (0,40 até 0,69), forte (0,70 até 0,89) e muito forte (0,90 até 1,0)¹⁰. A comparação das variáveis conforme sexo e outras TSR foi avaliada pelos testes t- *Student* e *Mann-Whitney*. A comparação da qualidade de vida conforme os domínios do Questionário de Qualidade de Vida Pediátrica (PedsQL) foi realizada através do teste de Sidak. A análise estatística foi realizada com o auxílio do software SPSS versão 25 e o nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS

No total, 44 pacientes foram considerados elegíveis para participar do estudo: 12 não responderam a Escala Baptista de Depressão Infantojuvenil, 8 negaram a participação e 5 foram excluídos (três por atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e dois por outras comorbidades). A amostra final foi composta por 19 pacientes. A maioria dos pacientes eram de outros estados, como Santa Catarina, Paraíba, Amazonas, Pará e Rondônia. Todos os pacientes, com exceção de um, receberam o órgão de um doador falecido.

Com relação à doença de base, 5 (26,32%) pacientes tinham displasia renal, 2 (10,53%) válvula da uretra posterior, 1 (5,16%) síndrome nefrótica corticoresistente, 1 (5,16%) estenose da junção ureteropélvica, 8 (42,11%) outra doença de base e 3 (15,79%) desenvolveram DRC por causa desconhecida. Um paciente foi diagnosticado simultaneamente com displasia renal e estenose da junção ureteropélvica. Dos participantes, 12 (63,15%) responderam que não realizavam nenhum tipo atividade física, enquanto 7 (36,84%) afirmaram fazer algum tipo de atividade física, como caminhada, andar de bicicleta, jogar bola, entre outros.

Os participantes obtiveram uma pontuação baixa no questionário sobre QV, com destaque no domínio Escolar que teve o menor escore. Em relação aos sintomas de depressão, os pacientes obtiveram uma pontuação baixa, comportamento positivo, ou seja, sem manifestação de sintomas de depressão. As características estão descritas na Tabela 1.

Ao comparar a QV conforme o sexo, houve uma diferença significativa ($p=0,001$) no domínio Emocional entre pacientes do sexo masculino (74.1 ± 16.9) e do sexo feminino (45 ± 13.1), indicando uma maior QV emocional em meninos. Destaca-se, também, que o domínio Escolar obteve o menor escore em ambos os sexos. Não foram encontradas diferenças significativas entre idade, IMC, tempo de transplante e sintomas de depressão entre os sexos. As comparações estão descritas na tabela 2.

Com relação às outras terapias de substituição renal prévias ao Tx, os pacientes que realizaram diálise peritoneal tiveram melhor QV Escolar do que os pacientes que realizaram hemodiálise ($p=0,03$). Não foram encontradas diferenças significativas entre hemodiálise ou diálise peritoneal com a Escala de Depressão Baptista. Houve diferença significativa entre idade ($p=0,021$) e IMC ($p=0,036$) e as outras TSR, porém não foi identificado entre quais grupos. As comparações estão demonstradas na tabela 3.

A QV e os sintomas de depressão apresentaram correlação negativa, moderada e significativa entre a pontuação total do PedsQL e a Escala de Depressão Baptista ($p=0,045$), indicando que quanto maior a QV, menores os sintomas de depressão. Entre os domínios, houve correlação negativa, forte e significativa entre o Escolar e a Escala de Depressão Baptista ($p=0,001$) indicando que quanto maior a qualidade de vida escolar, menores os sintomas de depressão e vice-versa. As demais correlações não foram estatisticamente significativas (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo transversal identificou que pacientes pediátricos transplantados renais apresentam uma baixa QV, com pior escore no domínio Escolar, e baixa pontuação na Escala de Depressão Baptista Infantojuvenil, indicando comportamento positivo. Pacientes do sexo feminino apresentaram pior qualidade de vida emocional em comparação aos pacientes do sexo masculino. Além disso, os pacientes que passaram pela diálise peritoneal tiveram melhor QV escolar do que os pacientes que realizaram hemodiálise. Adicionalmente, houve correlação entre a QV e os sintomas de depressão, quanto maior a QV, menores os sintomas de depressão nestes pacientes.

A QV, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, é um conceito complexo, que abrange a “percepção individual de objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, sendo diretamente influenciada pelo bem-estar físico e psicológico, nível de independência, relacionamentos, meio ambiente e espiritualidade¹¹. No que diz respeito aos pacientes pediátricos transplantados renais, a pesquisa de Dobbels e colaboradores avaliou de forma abrangente a QV, os sintomas de depressão, a experiência com efeitos adversos e a adesão ao tratamento de adolescentes transplantados renais, através do autorrelato e do relato dos pais. A pesquisa identificou que esta população, no geral, apresentou-se ativa e feliz, porém a QV física, psicológica e o funcionamento escolar foram inferiores aos controles saudáveis, com pontuação média de 47,08 (Q1 = 35; Q3 = 64) no domínio físico, 48,45 (Q = 40; Q3 = 56) no psicológico e 45,38 (Q1 = 39; Q3 = 58) no escolar¹². Nossa pesquisa encontrou escores de $72,0 \pm 18,8$, $61,8 \pm 21,0$ e $54,7 \pm 18,1$ nestes domínios, respectivamente, o que corrobora com os achados do estudo de Dobbels.

Por outro lado, Anthony *et al* investigaram as características multidimensionais da QV e possíveis questões físicas, psicológicas e sociais em pacientes pediátricos transplantados renais e seus pais. A QV foi reduzida nos domínios de vida escolar, social e total, com exceção do domínio emocional em adolescentes. Os pais, por outro lado, relataram perceber a QV de seus filhos inferior ao relato deles, principalmente nos domínios físico e psicossocial⁵.

Em relação à diferença entre os sexos, nosso estudo identificou que as meninas apresentaram pior QV emocional em comparação aos meninos. Este achado corrobora com a pesquisa de Öborn e colaboradores, que teve como objetivo avaliar a QV em crianças com DRC ou transplante renal; foi encontrado que as pacientes do sexo feminino tinham maiores prejuízos emocionais, sociais, na independência e na QV¹³. No estudo de Öborn, a pontuação dos pacientes do sexo feminino em relação ao domínio emocional foi de $66,7 \pm 22,9$, enquanto em nossa pesquisa foi de $61,8 \pm 21,0$. Entretanto, demais estudos não encontraram diferenças significativas na QV entre os sexos. O achado em nossa pesquisa pode ser explicado pela diferença no número de participantes do sexo feminino e masculino, pois tivemos mais pacientes do sexo feminino, o que pode culminar em médias discrepantes nesta variável.

Em 2019, Cuellar e colaboradores identificaram que em uma amostra de pacientes que passaram por todas as terapias de substituição renal (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal), 64% dos pacientes apresentaram sintomas de depressão e 61% dos transplantados relataram sintomas do transtorno. Os autores relataram diferenças na prevalência entre os estudos de acordo com a localização geográfica, sugerindo que países desenvolvidos apresentaram menores índices de depressão nessa população¹⁴. Nosso estudo identificou uma pontuação média baixa, indicando que os pacientes pediátricos transplantados renais não apresentaram sintomatologia para depressão, o que vai de encontro aos resultados da pesquisa citada anteriormente. Esta diferença pode ser explicada pelo número amostral de nosso estudo, que foi menor em comparação à pesquisa de Cuellar.

No estudo de Ghanizadeh *et al* (2009) com crianças e adolescentes que foram submetidos ao transplante renal, foi identificado que, apesar de apenas 2,8% dos pacientes terem sido diagnosticados com transtorno depressivo maior, 35% tiveram sintomas depressivos, 59% apresentaram irritabilidade e 40% tinham ideação suicida¹⁵, contemplada por pensamentos de morte recorrentes, tentativa ou plano específico de suicídio. Isso demonstra que pode haver uma subnotificação dos casos de depressão e que é necessário analisar não apenas a pontuação dos pacientes nas escalas validadas, como também avaliar as respostas dadas por eles. Em nossa pesquisa, as respostas dadas pelos

pacientes foram analisadas e encaminhadas para o profissional psicólogo presente na equipe em casos que fosse identificada ideia suicida.

No que diz respeito às outras terapias de substituição renal, nosso estudo identificou melhor qualidade de vida escolar nos pacientes que realizaram diálise peritoneal em comparação àqueles que realizaram hemodiálise. Molnar-Varga e colaboradores, em 2016, conduziram uma pesquisa comparando função intelectual em pacientes pediátricos transplantados renais e pares saudáveis e identificaram que cerca de 17% dos pacientes apresentaram problemas de aprendizagem¹⁶. A literatura traz, também, que após o transplante renal há uma melhora dos aspectos neurocognitivos e do desempenho acadêmico em função da melhora da função renal. Entretanto, estes desfechos ainda são inferiores em comparação aos pares saudáveis⁴. Além disso, há uma escassez de estudos comparando esta variável entre as demais modalidades de TSR. A diferença entre nossos achados pode ser explicada pelo fato de que a diálise peritoneal permite que o procedimento seja feito no domicílio do paciente, evitando assim maior quantidade de faltas à escola.

Por fim, em relação às correlações entre a QV e os sintomas de depressão, encontramos associação entre melhor a QV total e no domínio escolar, com menores os sintomas de depressão. Até o momento, há uma escassez nos estudos que investiguem correlações entre a QV e os sintomas de depressão nessa população. Em 2011, Tong e colaboradores avaliaram qualitativamente a QV de adolescentes e jovens adultos (até 19 anos) que foram submetidos a transplante renal. Concluíram que, apesar dos participantes apresentarem uma boa visão em relação à sua QV, ainda assim apresentavam sintomas de ansiedade e depressão, além de problemas cognitivos¹⁷. Entretanto, apesar de avaliar variáveis similares com as de nossa pesquisa, o estudo não apresentou correlações entre elas.

Este estudo teve algumas limitações tais como o pequeno tamanho amostral e a avaliação unicêntrica deste perfil de pacientes. Além disso, o Questionário de Qualidade de Vida Pediátrica 4.0 apesar de ser amplamente utilizado, não é a versão específica para pacientes transplantados, que ainda não foi traduzida e validada para o português do Brasil.

Por fim, concluímos que pacientes pediátricos submetidos ao transplante renal apresentaram prejuízo na QV, porém a maioria não teve sintomas de depressão. As pacientes do sexo feminino demonstraram pior QV emocional e os pacientes que realizaram diálise peritoneal apresentaram melhor QV escolar em comparação aos pacientes que realizaram hemodiálise. Além disso, a QV correlacionou-se positivamente com os menores os sintomas de depressão.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra

	n = 19
Sexo feminino	11 (57,90%)
Idade	11,1±3,7
Peso (Kg)	31,5±11,8
Altura (m)	1,3±0,2
IMC	17,4±2,5
Tempo Tx* (meses)	2,0 [1; 3]
Hemodiálise	10 (52,6%)
Diálise peritoneal	11 (42,1%)
PedsQL Total	67,2±12,1
PedsQL- Físico	72,0±18,0
PedsQL- Emocional	61,8±21,0
PedsQL- Social	77,1±15,4
PedsQL- Escolar	54,7±18,1
Escala Baptista	12,3±7,2

Os valores estão expressos em média±DP ou n (%). Tx: transplante. IMC: índice de massa corporal. PedsQL: Pediatric Quality of Life Inventory *Mediana e intervalo interquartilico

Tabela 2: Comparação das variáveis conforme o sexo

	Feminino (n=11, 57,9%)	Masculino (n=8, 42,1%)	p-valor
Idade	10,9±4,7	11,2±3,1	0,865
Peso (Kg)	30,44±13,6	32,4±10,8	0,726
Altura (m)	1,3±0,2	1,4±0,2	0,374
IMC	17,8±3	17,1±2,2	0,59
Tempo Tx* (meses)	3 [1,5; 7]	2 [1; 2]	0,177
PedsQL - Total	63,7±10	69,7±13,3	0,304
PedsQL- Físico	75,8±20	69,3±18,3	0,474
PedsQL- Emocional	45±13,1	74,1±16,9	0,001
PedsQL- Social	77,5±18,1	76,8±14	0,927
PedsQL- Escolar	49,4±21,9	58,6±14,5	0,282
Escala Baptista	13,6±7,8	11,3±6,9	0,495

Tx: transplante. IMC: índice de massa corporal. Tx: transplante renal. PedsQL: Pediatric Quality of Life Inventory *Mediana e intervalo interquartilico

Tabela 3: Comparação entre as variáveis e outras TSR

	Nenhuma (n = 3)	Hemodiálise (n = 10)	Diálise peritoneal (n = 11)	HD e DP (n = 5)	p-valor
Idade (anos)	8,7 ± 2,5	13,4 ± 2,7	8,3 ± 2,7	13,4 ± 3,6	0,021
Peso (Kg)	24,9 ± 8,4	38,1 ± 9,1	22,5 ± 10,1	39,8 ± 8,9	0,018
IMC	16,6 ± 1,3	18,8 ± 1,1	15,4 ± 2,0	18,9 ± 3,0	0,036
Tempo Tx (meses)*	2 [1; 2]	2 [1; 2]	4 [3; 6]	1 [1; 2]	0,039
PedsQL Total	62,3 ± 13,1	61,5 ± 11,6	75,2 ± 10,0	66,1 ± 12,5	0,244
PedsQL- Físico	56,3 ± 25,6	68,8 ± 15,1	83,9 ± 13,2	70,6 ± 20,0	0,198
PedsQL- Emocional	68,3 ± 27,5	59,0 ± 14,3	65,8 ± 22,9	56,0 ± 25,3	0,834
PedsQL- Social	73,3 ± 15,3	78,0 ± 22,8	80,8 ± 15,0	74,0 ± 10,2	0,882
PedsQL- Escolar	55,0 ± 8,7	36,0 ± 21,0	65,0 ± 12,6	61,0 ± 11,9	0,03
Escala Baptista	13,7 ± 9,5	15,8 ± 7,9	10,2 ± 7,3	10,4 ± 5,3	0,57

*Mediana e intervalo interquartilico. IMC: índice de massa corporal. Tx: transplante renal. HD: hemodiálise. DP: diálise peritoneal. PedsQL: Pediatric Quality of Life Inventory

Tabela 4: Correlação entre as variáveis com a Escala de Depressão Baptista

Variáveis	Escala de Depressão Baptista	
	Coefficiente de correlação r	p-valor*
Idade	-0,113	0,644
Tempo Tx (m)**	-0,247	0,307
IMC	-0,102	0,677
PedsQL - Total	-0,464	0,045
PedsQL- Físico	-0,086	0,727
PedsQL- Emocional	-0,332	0,165
PedsQL- Social	-0,235	0,333
PedsQL- Escolar	-0,7	0,001

*Correlação de Spearman p. **Mediana e intervalo interquartilico. Tx: Transplante. PedsQL: Pediatric Quality of Life Inventory

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Whyte DA, Fine RN. Chronic Kidney Disease in Children. *Pediatr Rev.* 2008 Oct 01; 29 (10): 335–341.

²Soares LSS, Brito ES, Magedanz L, França FA, Araújo WN, Galato D. Solid organ transplantation in Brazil: a descriptive study of distribution and access inequalities across the Brazilian territory, 2001-2017*. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2020 Apr 03; 29 (1)

³Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimensionamento dos Transplante no Brasil e em cada estado e instituição no período: janeiro/dezembro de 2022. *Reg Bras Transpl.* 2022. Disponível em: <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2023/03/rbt2022-naoassociado.pdf>

⁴Amatya K, Monnin K, Christofferson ES. Psychological functioning and psychosocial issues in pediatric kidney transplant recipients. *Pediatr Transplant.* 2020 Oct 04. 25 (1): e13842.

⁵Anthony SJ, Hebert D, Todd L, Korus M, Langlois V, Pool R, et al. Child and parental perspectives of multidimensional quality of life outcomes after kidney transplantation. *Pediatr Transplant.* 2009 Aug 3. 14 (2): 249-256.

⁶Klatchoian DA, Len CA, Terreri MTRA, Silva M, Itamoto C, Ciconelli RM, et al. Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of the brazilian version of the pediatric quality of life inventory version 4.0 generic core scales. *J Pediatr (Rio J).* 2008 Aug 7. 4 (84): 308-315.

⁷Baptista MN, Cremasco GS. Propriedades psicométricas da escala baptista de depressão infanto-juvenil (EBADEP-IJ). *Arq. bras. Psicol.* 2013 May 21. 65 (2): 198-213.

⁸Baptista, M. N. Escala Baptista de Depressão- Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ). Relatório Técnico não-publicado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco. 2011.

⁹Baptista MN, Souza MS de, Alves GA da S. Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF* [Internet]. 2008 Jul; 13(2):211–20.

¹⁰Schober P, Christa B, Lothar AS. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg*. 2018 May;126(5):1763-1768.

¹¹WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403-1409.

¹²Dobbels F, Decorte A, Roskams A, Van Damme-Lombaerts R. Health-related quality of life, treatment adherence, symptom experience and depression in adolescent renal transplant patients. *Pediatr Transplant*. 2009 Jun;14(2):216-223.

¹³Öborn H, Wettergren L, Herthelius M, Forinder U. Associations between lower urinary tract dysfunction and health-related quality of life in children with chronic kidney disease. *Acta Paediatr*. 2016 May 27;105(8):959-966.

¹⁴Cuellar CIR, Puente SGL de la, Moraria JH, Ochoa AB, Filler G, Grisevich SZ. High depression rates among pediatric renal replacement therapy patients: A cross-sectional study. *Pediatr Transplant*. 2019 Oct 4;23(8): e13591

¹⁵Ghanizadeh A, Mansoori Y, Ashkani H, Fallahzadeh MH, Derakhshan A, Shokrpour N, Akhondzadeh S. Major Depressive Disorder in Children and Adolescents After Renal Transplantation. *Transplant Proc.* 2009 Jun;41(5):1627-1629.

¹⁶Molnar-Varga M, Novak M, Szabo AJ, Kelen K, Streja E, Rempert A, Mucsi I, Molnar MZ, Reusz G. Neurocognitive functions of pediatric kidney transplant recipients. *Pediatr Nephrol.* 2016 Sep;31(9):1531-1538.

¹⁷Tong A, Tjaden L, Howard K, Wong G, Morton R, Craig JC. Quality of life of adolescent kidney transplant recipients. *J Pediatr.* 2011 Oct;159(4):670-675

ANEXOS

ANEXO A

Brazilian Journal of Nephrology

O manuscrito deve conter:

- Resumo estruturado (Antecedentes e objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão), com até 250 palavras;
- Não mais do que sete descritores;
- Corpo do texto contendo as seções: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, com até 5.000 palavras;
- Implicações clínicas e limitações do estudo devem ser destacadas;
- Quando apropriado, a seção Métodos deve ser detalhada quanto ao desenho do estudo, localização, participantes, resultados clínicos de interesse e intervenção;
- Até cinco tabelas e cinco figuras;
- Não mais do que 40 referências.

O documento principal (*Main Document*) deve ser enviado em arquivo word (.doc ou .rtf), com espaçamento 1.5, fonte tamanho 12, margem de 3 cm de cada lado, páginas numeradas em algarismos arábicos, com as seguintes seções: a) página de título; b) resumo e descritores; c) corpo do texto; d) agradecimentos; e) referências; f) tabelas, legendas das figuras f) tabelas e legendas das figuras (as figuras devem ser enviadas separadamente em formato jpg ou tiff).

a) PÁGINA DE TÍTULO

- **Modalidade do manuscrito**, que poderá ser Editorial, Artigo Original, Artigo de Revisão, Caso Clinicopatológicos, Artigo de Atualização, Perspectiva/Opinião, Comunicação Breve, Imagens em Nefrologia, Relato de Caso ou Carta ao Editor.
- **Título do manuscrito** que deve ser conciso e completo, descrevendo o assunto a que se refere (palavras supérfluas devem ser omitidas). Para manuscritos submetidos no idioma português, deve-se apresentar também a versão do título em inglês;
- **Título resumido do manuscrito** que deve ser correspondente a versão em português e/ou inglês do título;

- **Nome dos autores**, com a indicação do respectivo grau acadêmico e ORCID. Todos os autores devem fornecer um ORCID (<http://orcid.org/>) no momento da submissão, validando-o a partir do perfil do usuário no sistema de submissão.
- **Afiliação dos autores**, com as unidades hierárquicas apresentadas em ordem decrescente (universidade, faculdade e departamento), cidade, estado e país. Os nomes das instituições devem ser apresentados na íntegra no idioma original da instituição ou na versão em inglês quando a redação não for latim.
- **Autor de correspondência**, com indicação do respectivo e-mail;
- **Nome da agência de fomento**, para trabalhos que receberam subsídio;
- **Título, ano e a instituição** onde foi apresentado, para manuscritos baseados em uma tese acadêmica;
- **Nome do evento, local e data** de realização, para manuscritos baseados em uma apresentação em reunião científica;
- **Declaração de conflito de interesse**;
- **Indicação de contribuição dos autores**.

b) RESUMOS E DESCRITORES

- **Resumo e abstract**: os manuscritos devem apresentar resumo, incluindo introdução, procedimentos e conclusões do trabalho (máximo de 250 palavras). Os resumos estruturados devem apresentar, no início de cada parágrafo, o nome das subdivisões que compõem a estrutura formal do artigo (Ex.: Introdução, Método, Resultados e Discussão). Para manuscritos submetidos em português, é necessária que o *Main Document* apresente também o abstract (Ver Formato das Contribuições);
- **Descritores e keywords**: expressões que representam o assunto tratado no trabalho, devem ser em número de 3 a 7, fornecidos pelo autor e baseando-se nos DECS – Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>) ou MeSH – Medical Subject Headings (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). Para manuscritos submetidos em português, é necessária a apresentação dos termos no idioma inglês (keywords).

c) CORPO DO TEXTO

Dever obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo (Ver Formato das Contribuições). Citações no texto e as referências citadas nas legendas das tabelas e das ilustrações devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números-índices).

As referências devem ser citadas no texto sem parênteses, em expoente, conforme o exemplo: **Referências**².

- **As figuras** (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente, em formato JPG ou Tiff (em alta resolução – 300 dpi), podendo ser coloridas. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e ser suficientemente claras para permitir sua reprodução. As legendas para as ilustrações deverão constar junto às tabelas, após as referências. Não serão aceitas fotocópias. Se houver ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar a permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Outros aspectos a considerar:

- **Análise estatística:** os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (p. ex, $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.
- **Abreviações:** as abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.
- **Nome de medicamentos:** deve-se usar o nome genérico.
- **Citação de aparelhos/equipamentos:** todos os aparelhos/equipamentos citados devem incluir modelo, nome do fabricante, estado e país de fabricação.

d) AGRADECIMENTOS

Devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que mereçam reconhecimento, mas que não tenham justificadas suas inclusões como autoras; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico etc. Devem vir antes das referências.

e) REFERÊNCIAS

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com algarismos arábicos, em expoente. A apresentação das referências deve estar de acordo com o padrão definido pelo *International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*

(https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), conforme exemplos indicados a seguir. Os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o *Index Medicus: abbreviations of journal titles*

(<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>).

Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé.

Exemplos:

Artigos de periódicos (de um até seis autores)

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

Artigos de periódicos (mais de seis autores)

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935(1-2):40-6.

Artigos sem nome do autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

Livros no todo

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulos de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Livros em que editores (organizadores) são autores

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Teses

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Trabalhos apresentados em congressos

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Artigo de periódico em formato eletrônico

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from:
<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>Article

f) TABELAS, FIGURAS E LEGENDAS

As tabelas devem obedecer às especificações definidas para cada categoria de artigo (Ver Formato das Contribuições). Em sua versão eletrônica, as tabelas devem ser apresentadas em formato .doc (Microsoft Word) ou .xls (Microsoft Excel). As tabelas deverão estar acompanhadas de suas respectivas legendas, nos idiomas português e inglês para artigos submetidos em português e, somente em inglês, para artigos submetidos neste idioma.

A mesma regra se aplica às legendas das figuras, que deverão ser relacionadas junto às tabelas, após as referências.

Cada figura deve ser colocada em um arquivo separado, com o número da figura indicada no arquivo. Fotos de pessoas que podem ser reconhecidas na imagem precisam ser autorizadas por escrito. Os achados significativos devem ser devidamente marcados nas imagens. Deve ser fornecida autorização por escrito para o uso de imagens já publicadas e a citação original deve constar na legenda.

As figuras deverão ser submetida em formato JPEG ou TIFF, com as seguintes resoluções:

- Arte em preto e branco: 1.200 dpi/ppi.
- Combinação de meios-tons: 600 dpi/ppi.
- Meios tons: 300 dpi/ppi.

Se detectada inadequação das figuras em relação à legibilidade, a Equipe Editorial poderá solicitar aos autores que realizem a correção por um profissional da área, credenciado pelo periódico.

9. Resumo Visual

Os *Editores de Seção – Mídias Sociais e Resumo Visual* são responsáveis pela criação de Resumos Visuais para todos os artigos originais aceitos para publicação. Os autores terão a oportunidade de revisar e editar, conforme necessário, o Resumo Visual antes da publicação. O BJNI utiliza o Resumo Visual para a divulgação de seus artigos no Twitter, Instagram e em outros canais de divulgação.