

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

WAGNER NAYSINGER ALVES

**ACIDENTES POR QUEDAS: ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Uruguaiiana
2016**

WAGNER NAYSINGER ALVES

**ACIDENTES POR QUEDAS: ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa – Uruguaiiana/RS, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Leticia Silveira Cardoso

**Uruguaiiana
2016**

WAGNER NAYSINGER ALVES

**ACIDENTES POR QUEDAS: ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa – Uruguaiana/RS, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Leticia Silveira Cardoso

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: ___/___/2016.

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Enf.^a Leticia Silveira Cardoso - Orientadora
UNIPAMPA

Prof.^a Dr.^a Enf.^a Cynthia Fontella Sant'Anna – Membro Interno
UNIPAMPA

Enf.^a Liane Silveira da Rosa – Membro Externo
FURG

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

ESF- Estratégia Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCE - Unidade de Contexto Elementar

UCI - Unidade de Contexto Inicial

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Fonte: Quadro de Código utilizado no software IRAMUTEQ.....	11
Figura 1 - Classificação Hierárquica Descendente – Dendograma.....	12
Figura 2 - Análise de Similitude entre as Palavras.....	15
Figura 3 - Nuvem de palavras.....	16

RESUMO

Introdução: Quedas podem ser compreendidas como eventos acidentais, resultante de mudanças de posição da pessoa. **Objetivo:** Conhecer a assistência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família nos acidentes por quedas. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo-analítico, transversal. Realizado por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas com 72 profissionais de Estratégias de Saúde da Família de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Aplicou-se a análise qualitativa com a utilização do software IRAMUTEC. **Resultados:** Classificação Hierárquica Descendente apresentou seis classes ratificadas pela análise de similitude e pelo método de nuvem de palavras. **Conclusão:** Há assistência profissional pela Estratégia Saúde da Família nos acidentes por queda. Especialmente, para o contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Palavras Chaves: Acidente por quedas, Estratégia Saúde da Família, Papel dos profissionais da Saúde.

RESUMEN

Introducción: Las caídas pueden entenderse como acontecimientos accidentales resultantes de los cambios de posición de la persona. **Objetivo:** Conocer la asistencia de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia en los accidentes por caídas. **Metodología:** Un estudio exploratorio, descriptivo, analítico, transversal. Realizado a través de entrevistas semi-estructuradas se llevaron a cabo con 72 Estrategias Profesionales de la salud de la familia de un municipio de la frontera occidental de Rio Grande do Sul. Se aplicó un análisis cualitativo utilizando el software IRAMUTEC. **Resultados:** La clasificación jerárquica descendente presentaron seis clases ratificado por el análisis de similitud y el método de nube de palabras. **Conclusión:** asistencia profesional en la Estrategia Salud de la Familia en accidentes por caída. Especialmente para el contacto con el Servicio de Atención Móvil de Urgencia.

Palabras clave: accidentes por caídas, la Estrategia Salud de la Familia, Papel de los profesionales de la salud.

Sumário

1 Introdução	9
2 Metodologia	10
3 Resultados	11
3.1 Classificação Hierárquica Descendente	11
4 Discussão	16
5 Considerações finais	19
6 Referências	20
ANEXO	22
Normas da Revista INDEX ENFERMERÍA	22

1 Introdução

As quedas caracterizam-se como uma mudança de posição para um nível abaixo do que se encontra inicialmente uma pessoa. Esta não dispõe de recursos para a correção da postura em tempo hábil de evitar o incidente ou o acidente. O primeiro pode ser considerado a existência do desnivelamento sem consequências clínicas para a pessoa, já no segundo há alterações psicobiológicas e psicoemocionais¹.

Os acidentes por queda podem ser considerados como uma das causas externas de morbidade e mortalidade que produzem lesões físicas ou psíquicas e, ainda podem ou não ter o óbito como desfecho final. Sua ocorrência pode se dar em âmbito doméstico ou social, como no trabalho, na escola, no esporte e no lazer. Eles geram a hospitalização de milhões de pessoas a cada ano².

As quedas são uma das principais causas de incapacidade e dependência em idosos, sendo a causa direta de fraturas. Desta forma, as quedas representam um dos principais problemas clínicos evidenciado na população idosa e de saúde pública em virtude da sua elevada incidência, das suas consequências para a saúde e dos altos custos assistenciais³.

Em 2011 no Brasil, as causas externas vitimaram aproximadamente 145 mil pessoas, destes 36.3% são acidentes por queda. No conjunto, as causas externas representam a terceira maior causa de morte no país e por cerca de 1 milhão de internações hospitalares, sem contar as que não precisaram de internação ou aquelas que não buscaram atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). A população que tem maior expressividade nos acidentes ocorridos por quedas são os idosos⁴.

As evidências publicadas recentemente na literatura enfatizam a presença de acidentes por queda em idosos, com maior predomínio no sexo feminino. Estão associadas a estes fatores extrínsecos e intrínsecos, os primeiros relacionam-se às características dos ambientais e, os segundos, às condições anatomofisiológicas do processo de envelhecimento humano⁵.

O risco para acidentes por queda aumenta com o número de fatores de exposição presentes. Principalmente os intrínsecos que levam a alterações de equilíbrio corporal e marcha, redução da acuidade visual, fadiga muscular, entre outras alterações⁶. Condições que concorrem para a existência de restrição na mobilidade, fraturas, depressão, incapacidade funcional, perda de independência e autonomia, institucionalização e declínio na qualidade de vida da pessoa⁷.

As pessoas vítimas de acidentes por queda podem também sofrer lesões causadas por impactos múltiplos. Avaliar a altura da queda, a superfície sobre a qual a vítima caiu e

também realizar a avaliação da parte do corpo que foi atingida pode indicar a força envolvida na lesão. As pessoas que caem de grandes alturas têm maiores incidências de lesões, isso se deve a velocidade da queda⁸.

As ações de saúde realizadas para a prevenção de agravos e acidentes, bem, como para promover o autocuidado fortalecem-se no processo de trabalho dos profissionais de saúde vinculados à atenção básica, especialmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁹. Nesta desenvolvem-se ações individuais e coletivas pelo enfermeiro e demais membros da equipe multiprofissional para a vinculação da comunidade ao serviço¹⁰.

Contudo, encontram-se poucos estudos que revelem as ações de trabalho desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado a pessoas que vivenciam acidentes por quedas. E, o presente estudo foi elaborado para responder: Como os profissionais da Estratégia Saúde da Família assistem as pessoas vítimas de acidentes por quedas? Logo, tem-se como objetivo conhecer a assistência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família às pessoas vítimas de acidentes por quedas.

2 Metodologia

Este trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório, descritivo-analítico, transversal ao processo de trabalho de 72 profissionais vinculados as oito equipes de Saúde da Família de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Destes nove são enfermeiros; 13, técnicos de enfermagem; quatro médicos e; 46 agentes comunitários de saúde. Como critérios de inclusão que utilizamos foram profissionais que trabalham há dois anos ou mais na instituição; os de exclusão: profissionais em licença, afastamento ou em férias. A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2016 por meio de entrevista semiestruturada gravadas durante o período de trabalho dos participantes, adequando-se a disponibilidade dos mesmos. Primeiramente, o pesquisador apresentou-se, explicou os objetivos da pesquisa, explanou as garantias dos participantes constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e obteve a assinatura deste.

As entrevistas gravadas foram digitadas e organizadas em um banco de dados no formato de texto. As respostas obtidas para o seguinte questionamento: Como você atende uma pessoa que sofreu uma queda? Dê exemplo, foram transformadas em um único corpus textual, conforme orientações prévias do software de análise Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ). E codificadas, conforme

o quadro a seguir, no qual a primeira numeração representa o número do participante e a outra, a categoria profissional.

1. Quadro de Códigos utilizados no software IRAMUTEQ.

Categoria profissional	Corpus
Enfermeiro	**** *n_09*posic_1
Técnico de Enfermagem	**** *n_13*posic_2
Médico	**** *n_04*posic_3
Agente Comunitário de Saúde	**** *n_46*posic_4

Fonte: Elaborada pelo autor.

Para a análise do corpus textual aplicou-se a Classificação Hierárquica Descendente, a análise de similitude e o de nuvem de palavras. A primeira permite a identificação da quantidade de palavras, da frequência média e do número de hapax (palavras com frequência um) resultando em um dendograma. A segunda baseia-se na teoria dos grafos¹¹ demonstra a conexão entre as palavras por sua coocorrência. A última utiliza-se da frequência de ocorrência das palavras para agrupá-las e organizá-las graficamente¹².

Os dados analisados têm origem no projeto de pesquisa intitulado: “Promoção da Saúde do Trabalhador do Campo”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 22852813.2.0000.5323. Estão em consonância com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

3 Resultados

3.1 Classificação Hierárquica Descendente

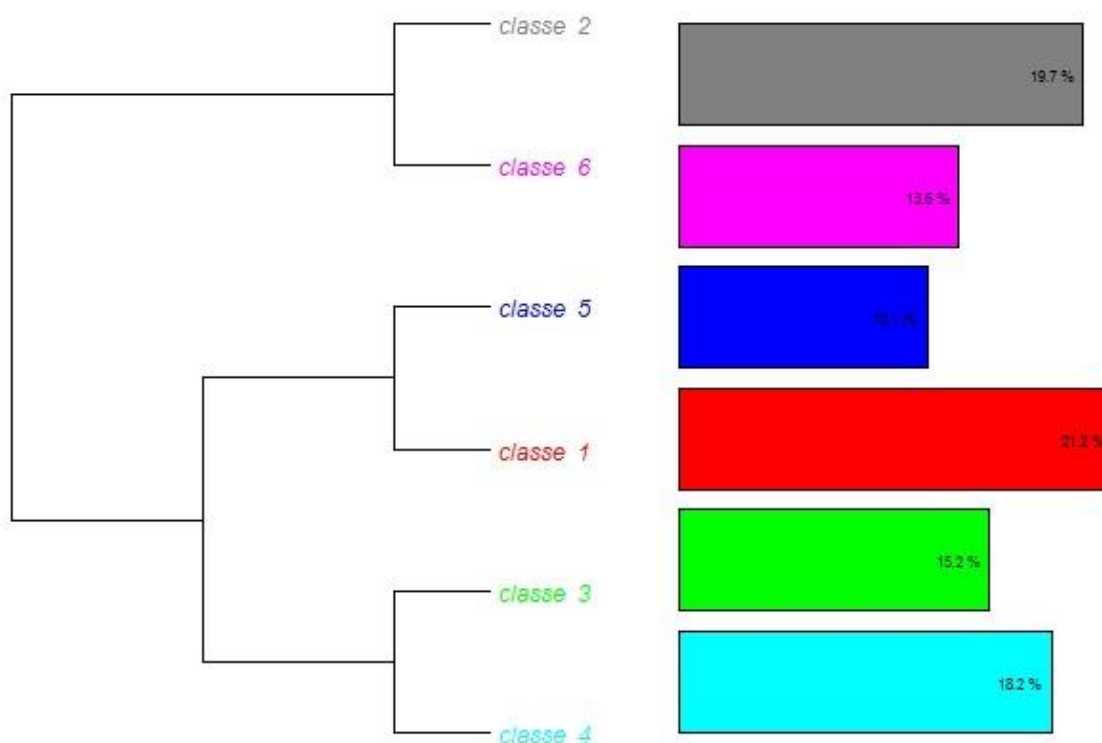
As principais características desta análise a serem consideradas são as seguintes:

- Número de textos (nombre de textes) = 72 (o programa reconhece a separação do corpus em 72 unidades de texto iniciais).
- Número de segmentos de textos (nombre de segments de textes) = 82 (o programa reparte em 82 segmentos de texto).
- Número de formas distintas (nombre de formes) = 485.
- Número de ocorrências (nombre d'occurrences) = 1888.
- Frequência média das formas (moyenne d'occurrences par forme) = 23.024390.

- Número de classes (nombre de classes) = 6.
- Retenção de segmentos de texto: 66 segments de 82 (80.49%).

O corpus analisado no estudo é composto de 72 unidades de contexto inicial (UCI) ou as entrevista foram divididas em 66 unidades de contexto elementar (UCE), representando uma retenção análise de 80.49% do corpus. Esta resultou na seguinte distribuição de classes ou contextos temáticos (**Figura 1**).

Figura 1: Classificação Hierárquica Descendente – Dendograma.



Fonte: IRAMUTEQ

A classe 1 apresenta 13 UCE de 66, respondendo por 21.21% do corpus está associada diretamente as classes 3, 4 e 5. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *enfermeiro*, *porque*, *fratura* ($p < 0,0001$), extraídas predominantemente dos relatos dos enfermeiros (***posic_1**).

Primeiramente ver que tipo de fratura que o paciente fez se é exposta, se for já vamos limpando porque tem o risco de contaminação. Não tem como atender uma pessoa que sofreu uma queda e teve fratura, só tem que encaminhar para o pronto socorro, devido que tem toda avaliação do traumatologista porque muitas vezes têm que imobilizar com gesso, o que impossibilita algo na unidade, nos vamos apenas imobilizar o paciente para não acentuar mais a lesão e encaminhar para o pronto socorro (n_07).

Primeira coisa na função de enfermeira, chegaria no local, observava pra ver se não tem riscos pra mais pessoas, porque ninguém pode chegar perto que nem no choque, observar se não tem riscos pra mais pessoas, conseguir avaliar o estado do paciente, não movimentar o paciente porque causaria mais fraturas, como enfermeira chamaria também o pessoal, do C_U_R_E ou do S_A_M_U , sim primeiro entraria em contato com S_A_M_U, pra avaliação do paciente, só que eles querem que a gente veja pressão, o pulso, veja isso, veja aquilo, não tem como, então como enfermeira só avaliaria o paciente, não tem como levar o paciente dali, não tem o material para primeiros socorros aqui no posto (n_08).

A classe 2 apresenta 08 UCE de 66, respondendo por 19,7% do corpus está associada a classes 6. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *agente, comunitário, saúde* ($p < 0,0001$), extraídas homogeneamente do relato de todos os profissionais da saúde (***posic_1; *posic_2; *posic_3; *posic_4**).

Como Agente Comunitário de Saúde chamo, apoio da emergência municipal no caso o S_A_M_U (n_26).

Chamaria o S_A_M_U como Agente Comunitário de Saúde (n_40).

A classe 3 apresenta 10 UCE de 66, respondendo por 15.2% do corpus está associada com as classes 1, 4 e 5. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *técnico, enfermagem, realiza* ($p < 0,0001$), extraídas predominantemente dos relatos dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem (***posic_2; *posic_4**).

Como técnico de enfermagem perguntar de que altura caiu se quebrou alguma parte do corpo depois encaminhado ao médico, mas o primeiro de tudo realizar o primeiro procedimento no atendimento de quando chega aqui na unidade (n_19).

O Agente comunitário de saúde não pode esse tipo de atendimento, pois como sou Agente Comunitária de Saúde não tenho respaldos técnicos para realização desse procedimento (n_48).

A classe 4 apresenta 12 UCE de 66, respondendo por 15.2% do corpus, está associada com as classes 1, 3 e 5. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *pronto, socorro, encaminhar, ao* ($p < 0,0001$), extraídas predominantemente dos relatos de agentes comunitários de saúde e médicos (***posic_4; *posic_3**).

Uma pessoa que sofreu uma queda, no caso como Agente Comunitário de Saúde não teria o que fazer para essa pessoa, no caso se o paciente já tivesse sofrido a queda nos iríamos avaliar as condições que ela está para podermos encaminhar ao pronto socorro ou chamar o eu com Agente Comunitário de Saúde entraria em contato com o S_A_M_U (n_66).

Mesmo que seja uma queda da própria altura, como médico faço a primeira avaliação entrar em contato com o SAMU e encaminhar ao pronto socorro (n_23).

A classe 5 apresenta 8 UCE de 66, respondendo por 12.12% do corpus, está associada com as classes 1, 3 e 4. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *cabeça, bater* ($p < 0,0001$), extraídas predominantemente dos relatos de agentes comunitários de saúde (***posic_4**).

Verificar se não quebrou nada, se bateu a cabeça, chamar o S_A_M_U (n_59).

Queda? Encaminharia para o hospital, porque se for criança, não tiver vomito, ate acho que já nem e tão complicado assim, mas criança ate se bater a cabeça assim e ficar tonta e vomitando já e mais serio, mas de qualquer forma eu como Agente Comunitário de Saúde encaminharia para o hospital (n_72).

A classe 6 apresenta 10 UCE de 66, respondendo por 15.2% do corpus e está associada com as classes 1, 4 e 5. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *contato, entrar, agente, comunitário, saúde, eu, com* ($p < 0,0001$), extraídas homogeneamente do relato de todos os profissionais da saúde (***posic_1; *posic_2; *posic_3; *posic_4**).

Verificaria os sinais vitais, realizaria a imobilização do paciente se fosse necessário e entraria em contato com o S_A_M_U (n_4).

Teria que fazer uma avaliação, para saber o tipo de queda que o paciente teve verificação dos sinais vitais, e entrar em contato com o pronto socorro e encaminhar ao serviço (n_12).

Mesmo que seja uma queda da própria altura, como medico faço a primeira avaliação entrar em contato com o SAMU e encaminhar ao pronto socorro (n_23).

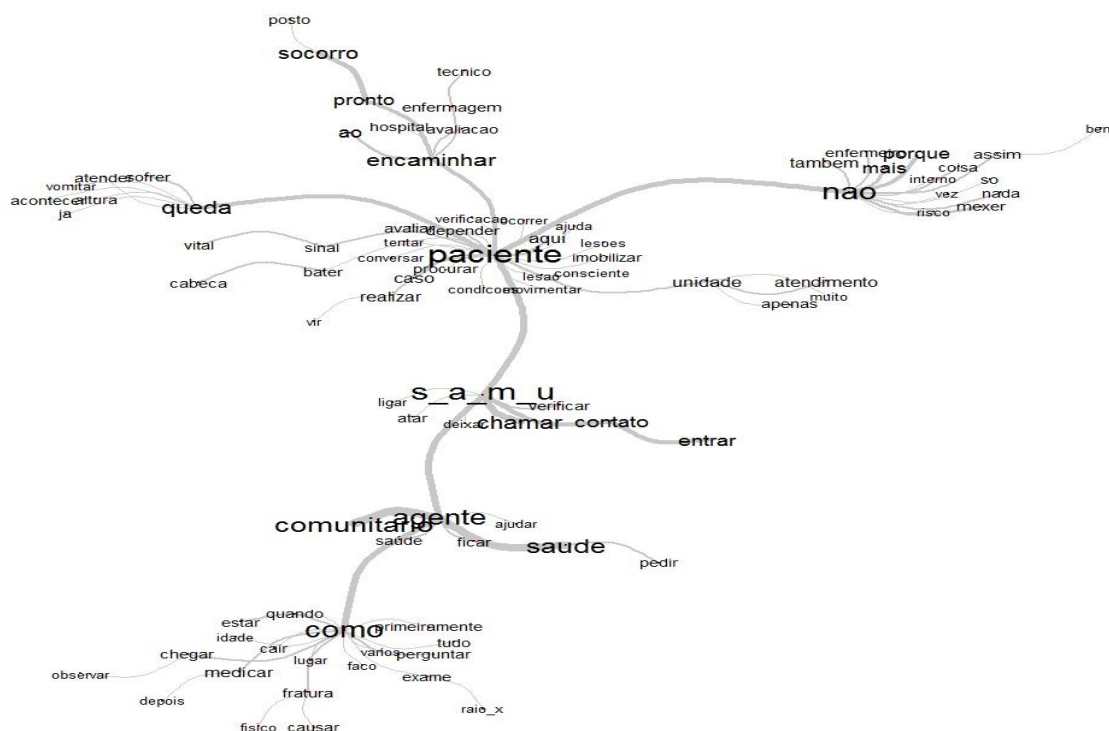
Eu sendo Agente Comunitário de Saúde entraria em contato com o S_A_M_U (n_51).

Ao observar as associações entre as classes 1, 3, 4 e 5 pode-se inferir que os enfermeiros não mexem nas pessoas vítimas de acidentes por quedas. Os agentes comunitários de saúde e médicos relatam que encaminham a vítima para o pronto socorro. Já os primeiros indicam que os técnicos em enfermagem são quem realizam tal encaminhamento.

Já nas associações entre as classes 2 e 6 compreende-se que o conjunto de profissionais orienta os agentes comunitários de saúde que ao se depararem com um acidente por queda, entrem em contato. Logo, os agentes comunitários de saúde o fazem porque acreditam que nesta situação, ao bater a cabeça, a vítima ocorre risco de vida.

Torna-se mais fácil a visualização destas conexidades na apresentação da análise de similitude (**Figura 2**).

Figura 2. Análise de similitude entre as palavras.

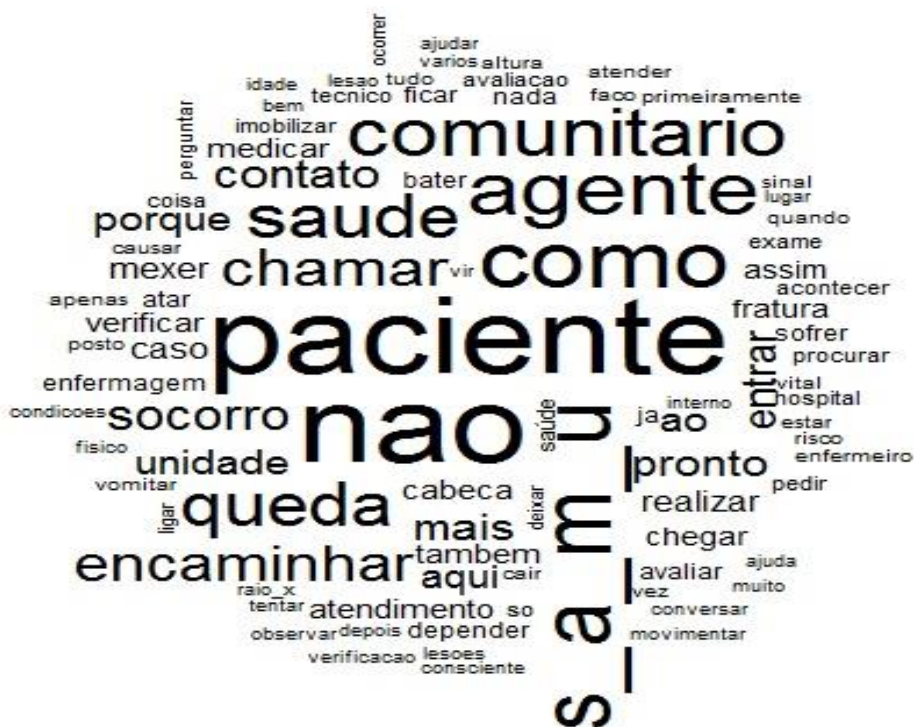


Fonte: IRAMUTEQ

Após a análise geral da árvore de similitude, pode-se entender por meio das conexões que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família identificam os acidentes por queda como um evento grave a manutenção da vida da vítima. E, portanto, priorizam o deslocamento rápido e seguro, realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para serviços de maior complexidade da atenção.

O gráfico formado pelo método da nuvem de palavras (**Figura 3**) corrobora com os dados dispostos anteriormente.

Figura 3. Nuvem de palavras.



Fonte: IRAMUTEQ

O paciente, vítima de acidente por queda, não será removido para atendimento na unidade de Saúde da Família. O agente comunitário de saúde entrará em contato com o SAMU para o encaminhamento da vítima ao pronto socorro.

4 Discussão

O estudo traz em seus resultados como é realizada a assistência profissional na ESF. A categoria profissional de enfermeiros traz em suas falas que a assistência de enfermagem prestada é muito limitada quando se trata de acidentes por quedas. Isso se deve muitas vezes pela falta de recursos materiais para realizar o primeiro atendimento e também pela falta de estrutura física da unidade. Os enfermeiros relatam ainda que realizam somente um exame físico bem superficial e procedimentos básicos, como a verificação dos sinais vitais. Posteriormente encaminham o a vítima para o pronto socorro deixando muitas vezes de realizar um exame físico e clínico mais detalhado.

O enfermeiro destaca-se no contexto da ESF por ter várias atribuições no tocante da prática clínica como: realizar consultas de enfermagem; realizar atividades em grupos conforme protocolos estabelecidos; realizar atenção à saúde a indivíduos e famílias

cadastradas nas equipes; realizar atividades como solicitar exames e encaminhar quando se faz necessário o usuário a outros serviços¹³. Desta forma o profissional enfermeiro das ESF mencionado no estudo tem toda competência e respaldo legal para realizar o atendimento a qualquer pessoa que der entrada na ESF, mas quando se trata de vítimas de acidentes por quedas ficam limitados para realizar o primeiro atendimento devido muitas vezes pela falta de estrutura física, pela falta de recurso de materiais.

Como muitas vezes a ESF caracteriza-se como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, o enfermeiro deve estar apto a prestar cuidados assistenciais diversos à população. Entre suas atribuições pode-se destacar a necessidade de permanecer em alerta para complicações clínicas, as quais exijam ações de caráter emergencial ou de urgência, afim que a ESF deve ser a primeira escolha ao atendimento em saúde frente a uma situação clínica instável e a equipe de saúde deve estar preparada para reconhecê-las, estabilizá-las e/ou referenciá-las, se necessário¹⁴.

O cuidado deve ser integrado e contínuo, atingindo a gestão dos cuidados integrais ao usuário. A equipe da ESF deve continuar como a referência ainda quando o usuário é internado ou encaminhado a um nível mais especializado da rede de atenção¹⁵.

Um estudo descritivo, desenvolvido em um pronto socorro traz que o sistema de referência e contrarreferência são caracterizados de uma forma que organize os serviços de saúde possibilitando o acesso das pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com essa norma a pessoa atendida na ESF, quando se faz necessário é “referenciada” (encaminhada) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento que necessita¹⁶. No estudo pode-se perceber que há apenas o encaminhamento de vítimas de acidentes por quedas ao serviço de referência especializado, não possibilitando assim uma continuidade na assistência prestada quando o usuário recebe alta do serviço e referência.

Nos resultados da categoria profissional de técnicos de enfermagem, nota-se que os mesmos têm dificuldades de prestar assistência em saúde a vítimas de acidentes por queda, apenas realizando procedimentos básicos como: a verificação de sinais vitais, e posteriormente entrando em contato com o SAMU.

Essas dificuldades podem decorrer da ausência de capacitação para intervenção neste tipo de situação ou até mesmo por uma sobrecarga de trabalho, já que, alguns profissionais para complementar a renda fazem dupla jornada de trabalho¹⁷. A falta de recurso de materiais, a ausência de uma educação continuada, a má remuneração, a falta de integração da equipe de trabalho, associada à falta de recursos humanos ocasionando também um desinteresse no trabalho¹⁸.

Os ACS têm possibilitado aos enfermeiros realizarem a prática do cuidado de enfermagem voltada para as necessidades de saúde da população, como fica evidente nos resultados desta categoria profissional neste estudo. A expressividade numérica dos ACS decorre da própria proposição ministerial para o trabalho em equipe na ESF, cabendo a estes profissionais realizarem a busca ativa dos eventos na comunidade, além de fortalecer o vínculo da equipe com a população¹⁹. No estudo os ACS, quando se deparam com vítimas de acidentes por quedas, acabam apenas realizando o encaminhamento para o serviço especializado com o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), possibilitando assim um atendimento mais eficaz e rápido para o usuário.

Neste prisma podemos perceber que os ACS no conjunto da atenção primária à saúde estão diretamente pautados na representação de vínculo e no elo na relação serviço com a comunidade. Profissional mediador das necessidades dos usuários com o serviço de saúde, desta forma o ACS é o principal articulador da promoção em saúde na unidade o qual está inserindo, pois o mesmo conhece e pode levar aos profissionais de saúde as demandas prioritárias dos usuários. Os ACS são um elemento essencial nas ações em saúde por realizar atividades de prevenção de doenças e agravos e de vigilância da saúde através de visitas em domicílios e educação em saúde, individual e coletiva como também assumindo um papel de articulador, entre equipe de saúde e comunidade²⁰.

Nos resultados da categoria dos profissionais de médicos não se têm uma citação das ações de assistência às vítimas de acidentes por quedas. Pois os mesmos são mencionados pelos agentes comunitário de saúde, onde que os médicos apenas orientam os ACS a fazerem o encaminhamento das vítimas por acidentes por quedas para o pronto socorro com a ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O trauma, resultante de acidentes por queda, é avaliado como evento agudo, demandando um atendimento imediato da vítima. Esta pode ter lesões graves com ou sem sequelas permanentes ou ainda evoluir para morte. Evolução associada a natureza e extensão do trauma, as condições de saúde preexistentes ou ao modo como o atendimento integral às urgências é ofertado²¹.

Desta forma quando se é realizada um atendimento imediato a vítimas por quedas pode deve ser resolutivo garantindo sua continuidade desde o âmbito pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar da atenção ao trauma, segundo recomendado pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)²², com práticas guiadas pelo princípio da integralidade.

5 Considerações finais

O presente estudo permitiu conhecer a assistência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família nos acidentes por quedas. No que se refere às ações dos enfermeiros constatou-se que estes se preocupam com a gravidade da lesão. Preocupação está restrita a contemplação da vítima e a orientação aos demais profissionais da equipe para chamar o socorro de urgência. Já os técnicos de enfermagem encaminham a vítima para o serviço de referência, ou seja, pronto socorro. Em relação à categoria dos médicos, não há menção a ações de assistência ou socorro às vítimas de acidentes por queda. Por fim, os agentes comunitários de saúde são responsáveis por realizar o chamamento do SAMU, que realiza o deslocamento do local do acidente até o serviço de saúde referência.

Desta forma as categorias profissionais não consideraram a possibilidade da ocorrência de um acidente por queda sem lesões. Este fato pode ter relação com correta interpretação do conceito de acidente, ou seja, não o assimilando a incidente. Mesmo assim, acredita-se que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família possam realizar a primeira avaliação clínica no local do acidente por queda. Fato que facilitará a referência a outro serviço ou o próprio acompanhamento clínico da pessoa. Já que, a referida estratégia tem por proposição a promoção da saúde comunitária, não devendo restringir suas ações a estrutura da unidade de saúde.

O estudo tem como limite a relação desproporcional entre o quantitativo de representantes por categoria profissional, cujo predomínio foi de agentes comunitários de saúde. No entanto, as classes 4 e, especialmente a 3, fortalecem os resultados por evidenciarem o conhecimento a respeito das ações doutros membros da equipe de Saúde da Família no atendimento a vítimas de acidentes por quedas. Além do que, tal relação é característica da estruturação da equipe multiprofissional deste programa.

6 Referências

1 Silva NSM, Lopes AR, Mazzer LP, Trelha CS. Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes de informação utilizadas por idosos de Londrina (PR). *Revista Kairós Gerontologia*, Jun 2014, 17(2), PP.141-151.

2 Mascarenhas MDM, Barros MBA. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. *Rev Bras Epidemiol Out-Dez 2015*; 18(4): 771-784.

3 Alves AHC, Patrício ACFA, Albuquerque KF, Duarte MCS, Santos JS, Oliveira MS. Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. *J. res.: fundam. care. online 2016. abr./jun. 8(2):4376-4386.*

4 Campos MR, Doellinger VRV, Mendes LVP, Costa MFS, Pimentel TG, Schram MJMA. Diferenciais de morbimortalidade por causas externas: resultados do estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2008. *Cad. Saúde Pública. Vol. 31, n.1, PP. 121. Rio de Janeiro 2015.*

5 Freitas MG, Bonolo PF, Moraes EN, Machado CJ. Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3):701-712, 2015.

6 Soares WJS, Moraes SA, Ferriolli E, Perracini MR. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro*, 2014; 17(1):49-60.

7 Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra AMV. Conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Rev. bras. geriatr. Gerontol. Vol.17, n.4, pp. 897-910. 2014.*

8 NORMAN, E. McSwain.; SCOTT, Frame.; SALOMONE, Jeffrey P. PHTLS - Atendimento Pré Hospitalar ao Traumatizado. 7.ed. Editora Elsevier, 2011.

9 Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Soares JFS, Silva MRS. Percepção da equipe de enfermagem no acompanhamento do processo de trabalho no Programa Saúde da Família. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 29, p. 391-399, 2011.

10 Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Almeida MCV. Processos Grupais na Estratégia Saúde da Família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. *Revista enfermagem UERJ*, v. 18, p. 210-215, 2010.

11 Ratinaud, P., & Marchand, P. (2012). Application de la méthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilité des "mondes lexicaux": analyse du "Cable-Gate" avec IraMuTeQ. In: *Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles* (pp. 835-844). Liège, Belgique. Retrieved April 13, 2013, from

12 CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. 18 p.

13 Costa RHS, Couto CRO, Silva RAR. Prática clínica do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Saúde (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 41, n. 2, Jul./Dez, p.09-18, 2015.

14 Nóbrega DM, Bezerra ALD, Souza MNA. Conhecimentos, atitudes e práticas em urgência e emergência na atenção primária à saúde. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.8, n.2, p.141-157, jul./dez. 2015.

15 Oliveita RG. Blackbook- Enfermagem/ Reynaldo Gomes de Oliveira. 1º Ed. Belo Horizonte: Editora Blackbook, 2016.

16 Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(4): 469-475472.

17 Ferraz L, Kessler M, Krauzer IM, Trindade LL, Silva OM. Estratégia saúde da família: riscos ocupacionais dos auxiliares e técnicos de enfermagem. São Paulo: Revista Recien. 2015; 5(13):20-28.

18 Santanna JCB, Sá EBP, Dutra BS, Campos ACV, Melo CL, Salum GB. Perfil dos técnicos em enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar. Rev. Enfermagem V. 18. n 01. Jan/Abr. 2015.

19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

20 Machado LM, Mattos KM, Colomé JS, Freitas NQ, Sangoi TP. Estratégia saúde da família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. Cienc Cuid Saude 2015 Abr/Jun; 14(2):1105-1112.

21 Petean E, Araujo LFS, Bellato R, Wunsch CG. Trajetória de busca por cuidado na vivência do evento traumático e sua cronificação. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1257-1268, 2013.

22 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. 3ed. Brasília, DF, 2006.

ANEXO

Normas da Revista INDEX ENFERMERÍA

04/06/2016

Revista INDEX DE ENFERMERIA (Edición digital) ISSN: 1699-5988



vol.23 nº3 2014

Búsqueda documentos

INFORMACION PARA LOS AUTORES

Index de Enfermería es el órgano de la Fundación Index y se publica con periodicidad trimestral.

Index de Enfermería publica trabajos relacionados con la investigación en cuidados de salud desde una pluralidad de perspectivas: clínico-asistencial, socio-cultural e histórica. Pone énfasis en los abordajes fenomenológicos del proceso salud-enfermedad y en la humanización de los cuidados, privilegiando posturas epistemológicas emergentes en las ciencias de la salud, como la gestión del conocimiento, el movimiento de la evidencia científica o la investigación cualitativa. Todos los manuscritos recibidos para su publicación en **Index de Enfermería** son sometidos a la revisión por expertos (revisión por pares o peer-review).



Conoce el
PROCESO EDITORIAL
de Index de Enfermería

Tipos de artículos
Presentación de los trabajos
Aspectos formales de estilo
Referencias bibliográficas
Ilustraciones
Envío de manuscritos
Modelo de carta de presentación
Lista de comprobaciones

Tipos de artículos



Index de Enfermería considerará para su publicación en sus secciones especiales aquellos trabajos relacionados directamente con la Enfermería y con la Investigación en Cuidados de Salud que no hayan sido publicados total o parcialmente en otros medios y se encuadren en las siguientes secciones:

Originales. Trabajos de investigación sobre cuidados de la salud en sus vertientes clínico-asistencial, metodológica, histórica, sociológica o antropológica.

Teorizaciones. Artículos orientados a fomentar el pensamiento crítico y la reflexión teórica sobre aspectos complejos del cuidado y sus relaciones con otras parcelas de conocimiento.

Instrumentos. Descripción de documentos metodológicos relevantes para la práctica de los cuidados (escalas de valoración, sistemas de registro de datos, pautas y protocolos de atención, guías de trabajo, programas, etc).

Pliegos de Estilo. Artículos orientados a la formación continuada del investigador. La temática abordada en esta sección estará en relación con los métodos y técnicas de investigación, las formas de expresión científica, la redacción, la descripción de fondos bibliográficos, aplicaciones informáticas, etc.

Academia. Estudios, propuestas o experiencias innovadoras en el ámbito de la formación superior.

Diario de Campo. Descripción de experiencias asistenciales fruto de una observación detallada que supongan una contribución singular en el campo de las relaciones humanas con el paciente, la familia o la comunidad.

Archivo. Incluye la descripción de documentos históricos de interés para el conocimiento de la evolución de los cuidados y la profesión de enfermería. El artículo deberá contener la transcripción del documento original y un comentario de texto en el que además de contextualizar y resaltar la trascendencia del documento, se describirán los criterios paleográficos utilizados en la transcripción, la referencia completa de texto y del fondo de procedencia. Se incluirán reproducciones de la portada o interior del texto histórico.

Retablo de las Maravillas. Colaboraciones en forma de reportaje sobre espacios emblemáticos y grupos humanos con indudables valores sociales y culturales para los cuidados (edificios históricos, centros pioneros en investigación, programas innovadores de ayuda humanitaria, contextos culturales donde pervivan sistemas de

creencias y costumbres singulares sobre salud, etc). Será de especial interés el apoyo gráfico.

Historia y Vida. Utilizando como método la historia oral se incluirán colaboraciones que describan la experiencia subjetiva ante las diferentes dimensiones de la salud o la enfermedad. Consta de una introducción realizada por el autor donde se justifique la elección del personaje, y a continuación una transcripción literal del relato biográfico.

La Mirada. Aportación de una fotografía que recoja una imagen de indudable interés para la comprensión de una circunstancia relacionada con la salud y los cuidados, a la que se acompañará un comentario breve del autor o del recopilador en el que muestre su visión desde dentro. La fotografía deberá tener un tamaño mínimo de 18x28, positivada en blanco y negro con gran calidad y suficiente contraste, indicando en folio aparte el título, nombre del autor, lugar y fecha de realización.

Evidencia Científica. Artículos de investigación secundaria o de síntesis de conocimiento, con especial referencia a revisiones sistemáticas y revisiones críticas de artículos publicados.

Cartas al Director. Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en Index de Enfermería, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias que por su características puedan ser resumidas en un breve texto.

Abstracta. Se incluyen comentarios de texto de novedades bibliográficas de interés para el campo de la enfermería, tanto en libros como revistas y otros materiales. Constará de la cita bibliográfica de la obra según estilo de la revista, un comentario crítico y el nombre y apellidos del autor del comentario. Extensión del texto no superior a dos páginas.

Gaceta de actividades y noticias. Las sociedades y asociaciones científicas, instituciones, centros de investigación y enseñanza, podrán enviar reseñas sobre actividades que hayan desarrollado de interés científico (celebración de jornadas y congresos, conferencias, otorgamiento de premios, etc). La extensión máxima será de un folio y podrá acompañarse de una fotografía.

Otras secciones. La revista incluye otras secciones (editoriales, revisiones, consensos, entrevistas, reportajes y otros formatos especiales) cuyos artículos encarga la Redacción. Los autores que deseen colaborar en alguna de estas secciones deberán consultar previamente a la Secretaría de Redacción.

Presentación de los trabajos



Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright. No se aceptarán trabajos publicados o presentados anterior o simultáneamente en otra revista, circunstancia que el autor deberá declarar expresamente en la carta de presentación del artículo. Todos los trabajos enviados a la revista serán sometidos a una evaluación por expertos, que determinará su aceptación o no en función de criterios objetivos de evaluación de la pertinencia y calidad. Recomendamos a los autores que consulten previamente de las particularidades del [Proceso de Revisión](#).

En general la extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.500 palabras (incluyendo en el recuento el texto, resúmenes en español e inglés, bibliografía, anexos, tablas, gráficos y en general todas las partes del artículo), y 1.500 palabras para artículos de formato breve (cartas al director, editoriales, etc). Se admite un máximo de cuatro ilustraciones por artículo y un máximo de seis firmantes (cuatro para artículos de formato breve). En caso de superar los seis autores, deberán asignarle un nombre corporativo al grupo (ejemplo "Grupo para el Estudio del Cuidado Familiar"). En ese caso podrán anotarse hasta los cuatro primeros autores y el nombre corporativo del grupo, pudiendo indicarse en una llamada a pie de página los nombres de todos los componentes del grupo.

El procesado del texto se hará por computador utilizando el procesador Microsoft Word o compatible. El archivo se enviará por correo electrónico a la [Secretaría de Redacción](#). Las páginas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho.

En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

- Título del artículo
- Nombre y apellidos de los autores (recomendamos la no utilización de abreviaturas ni contracciones, procure diferenciar los nombres de los apellidos subrayando los apellidos)
- Nombre completo del centro de trabajo
- Dirección completa del centro de trabajo
- Dirección para correspondencia
- Otras especificaciones cuando se considere necesario

En la segunda página se incluirá en español y en inglés el título del artículo y un resumen de no más de 150 palabras, preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión), así como varios descriptores o palabras clave que identifiquen el contenido del artículo. La traducción al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Procesado del texto. Tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Tipo de letra **Times New Roman** a tamaño de 12 pulgadas.

- Espaciado e interlineado **normales**.
- Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo.
- Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto. Utilice preferiblemente entrecuillados y cursivas, pero no simultáneamente (salvo para pasajes textuales de informantes en estudios cualitativos).
- Evitar el uso de opciones automáticas en el documento, especialmente de la opción **nota final** para la bibliografía. Ésta debe reseñarse al final ordenada numéricamente en formato de texto normal, mientras que las llamadas en el texto pueden realizarse con la opción superíndice.

Para facilitar la composición del texto le recomendamos que utilice la siguiente [PLANTILLA PARA LA COMPOSICION DE ARTICULOS CIENTIFICOS](#)

Aspectos formales de estilo



Idioma. Opcionalmente los autores podrán presentar su artículo en otro idioma diferente al español, preferiblemente en inglés, francés o portugués. En revistas con versión impresa deberán adjuntar una versión traducida al castellano que de ser aceptado el artículo será publicada en la versión impresa, mientras que se publicará en edición bilingüe en la versión digital de la revista. La corrección y equivalencia de las versiones bilingües son responsabilidad exclusiva de los autores.

IMPORTANTE Los autores de artículos que hayan sido publicados con anterioridad en la revista, podrán aportar una **versión traducida al inglés** para su publicación digital.

Abreviaturas. Deberán evitarse en lo posible y cuando se empleen deberá explicitarse su significado entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto. Evitar la utilización de abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando se trate de unidades de medida no es necesario explicitar su significado siempre que se expresen en Unidades del Sistema Internacional.

Título. Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.

Autores. Escribir sin abreviar el nombre y apellidos. Se recomienda adoptar una filiación bibliográfica única para favorecer la identificación en las bases de datos documentales. Identificar solo el departamento o institución a la que pertenece cada autor mediante llamadas con número volado (no anotar titulación, cargos, ni otros méritos). Incluir una dirección postal completa, dirección de correo electrónico o teléfono/fax del autor con el que se mantendrá la correspondencia.

Aquellos autores que lo deseen podrán aportar un **curriculum resumido** (no superior a 250 palabras) que será publicado en la versión digital de la revista.

IMPORTANTE Una vez iniciado el proceso de evaluación, no se aceptarán cambios en las autorías. El solo planteamiento por el autor podrá dar lugar al rechazo del trabajo a pesar de haber sido aceptado.

Estructura de los artículos de investigación. Como criterio general y con independencia de la sección de la revista, todo artículo que describa resultados originales de una investigación deberá adoptar el sistema IMRYD (Introducción-Metodología-Resultados y Discusión-Conclusiones). En el caso de investigaciones cualitativas que precisen una descripción densa de los resultados podrá utilizarse el sistema combinado Resultados-Discusión para describir cada categoría temática analizada. En el caso de Relatos Biográficos se adoptará el esquema Introducción-Texto Biográfico, procurando describir en la primera los contenidos correspondientes al sistema IMRYD, de manera no estructurada.

Referencias bibliográficas



Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen estos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión "et al".

En algunos casos (trabajos con una orientación hacia las humanidades o las ciencias sociales) se permitirá la utilización del sistema de nombre y año (sistema Harvard), pero en ningún caso podrán simultanearse los dos estilos.

En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index de Enfermería ([revistas incluidas en Index](#)) y en Index Medicus, para aquellas revistas incluidas en los respectivos repertorios.

En lo posible se evitará el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas: no pueden emplearse como tales "observaciones no publicadas" ni "comunicación personal", pero sí pueden referenciarse entre paréntesis en el lugar del texto donde corresponda.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre la página inicial y final de la misma. Especial cuidado ha de tenerse con la comprobación de las direcciones a documentos electrónicos, que han de llevar directamente al documento referenciado. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

Revista

1) *Artículo ordinario.* Relacionar todos los autores si son seis o menos; si son siete o más, relacionar los cuatro primeros y añadir la expresión "et al".

Gómez Urquiza, José Luis; Hueso Montoro, César; Reina Leal, Lilliana Marcela; Hernández Zambrano, Sandra Milena; Amezcua, Manuel. ¿Cómo resolver dudas compartidas con el paciente? Publicación de recomendaciones clínicas basadas en evidencias. *Index de Enfermería* 2014; 23(1-2):90-94.

2) *Autor corporativo*

Foro I+E sobre Investigación y Educación Superior en Enfermería; Fundación Index; Red Internacional de Centros Colaboradores RICO. Un conocimiento para la humanidad. DEGRA Declaración de Granada sobre el Conocimiento Enfermero. *Index de Enfermería* 2013; 22(4):244-245.

3) *No se identifica el nombre del autor*

Cuidados paliativos [editorial]. RN. 1992; 1(6):1-2.

4) *Indicación del tipo de artículo*

Wazen Hervás, María José. Los primeros años del SIDA. *Index de Enfermería* 2013; 22(4):253.

5) *Trabajo en prensa (solo cuando haya sido aceptado para su publicación y se encuentre en proceso de edición)*

Fernández López, Antonio; Azauste Gallego, Miguel; Carrasco González, José. La producción bibliográfica de las enfermeras andaluzas en el contexto de la reforma sanitaria. *Index de Enfermería*. En prensa (fecha de aceptación 24.01.2014).

Libros y otras monografías

6) *Autor(es) personal(es)*

Gálvez Toro, Alberto. *Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. Granada: Fundación Index, 2007 (2ª ed.).

8) *Directores o compiladores como autores*

Siles González, José (editor). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara, 1999.

9) *Capítulo de un libro*

Amezcua, Manuel. La documentación en enfermería comunitaria. En: Mazarrasa Alvear, Lucía, editora. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2003 (2ª ed.); Vol 1:335-346.

10) *Actas de reuniones*

Rodríguez Cobo MD, Frías Osuna A, editores. *El Diagnóstico en Enfermería. Actas de las III Jornadas de Trabajo*; 1989 jun;2-3. Jaén: Asociación de Enfermería Andaluza, 1992.

11) *Documento electrónico*

Lorén Guerrero, Laura; Barnas, Edyta; Kochmanska, Karolina; Pasierb, Dominika; Ras, Renata; Porada, Elzbieta. Cuidado perinatal según la opinión de las mujeres procedentes de la región de Podkarpacie (Polonia). *Index de Enfermería (edición digital)* 2014; 23(1-2). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n1-2/9236.php>> [acceso: 12.08.2014].

Ilustraciones



1) *Fotografías.* Se incluirán solo en casos excepcionales y siempre que sean imprescindibles para la comprensión del texto. Han de aportarse en archivo electrónico en formato JPG, TIF o GIF y alta resolución, indicando en archivo adjunto los pies de fotografías que han de incluirse. En caso de enviarse positivadas en papel fotográfico, las copias serán en blanco y negro, debidamente contrastadas y en papel de calidad a tamaño 9x12 cm. Iguales normas para los grabados y dibujos.

2) *Gráficos y tablas.* Se compondrán mediante aplicación informática y se adjuntarán en archivo aparte. Deben ir numerados, con su enunciado (título) correspondiente, y las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Para revistas con versión impresa utilizar escala de grises para las ilustraciones, gráficos y tablas, nunca paleta de colores. Tampoco se deben introducir fondos de colores, solo se admite el blanco como fondo.

Envío de manuscritos



Para una información más amplia sobre presentación y estilo de redacción, consulten los "Requisitos de Uniformidad

04/06/2016

Revista INDEX DE ENFERMERIA (Edición digital) ISSN: 1699-5988

para manuscritos presentados a revistas biomédicas* (normas de Vancouver).

La Secretaría de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Tenga en cuenta esta circunstancia y solicite confirmación de su llegada si no recibe acuse de recibo en un plazo de una semana.

Los trabajos se remitirán por correo electrónico a la Secretaría de Redacción, secretaria@ciberindex.com, indicando el nombre de la revista. Si necesita enviar documentación impresa, hágalo a la siguiente dirección: Fundación Index. Apartado de correos 734, 18080 Granada ESPAÑA.

Debe acompañar una carta de presentación (ver modelo adjunto) en la que solicite el examen del manuscrito, debiendo especificar que se trata de un trabajo original, no publicado ni enviado a revisión a otras revistas (no es necesario adjuntar si utiliza la Plantilla para la composición de artículos científicos). Para verificar que envía toda la documentación necesaria puede ayudarse del listado de comprobaciones que se incluye más abajo.

Modelo de carta de presentación

Sr. Director de **[Nombre de la Revista]**

Le remitimos el manuscrito titulado «**Título**» para que sea considerada su publicación en **[Nombre de la Revista]** en la sección **(indicar)**. El motivo de enviarlo a su revista es **(indicar)**.

Sus autores, abajo firmantes, declaran:

- Que es un trabajo original.
- Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
- Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.
- Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido, y por tanto no hay ninguna razón para introducir cambios en los mismos una vez iniciado el proceso de evaluación.
- Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración del manuscrito, y si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.
- Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.
- Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la revista.

A través de este documento, la Fundación Index asume los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

(Firmado por todos los autores)

Lista de comprobaciones

- Número de palabras del manuscrito no superior a 4.500 (recuento en Herramientas, opción contar palabras)
- Carta de presentación del artículo
- Archivo con el texto completo del manuscrito
- Archivo con las ilustraciones
- Título, resumen y palabras clave traducidos al inglés
- Versión del artículo completo traducida al inglés para publicar en el soporte digital (opcional)
- Resumen del curriculum vitae u hoja de vida (inferior a 250 palabras) de los autores para incluir en el soporte digital (opcional)



[Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca](#)
[Cantárida](#) | [Index Solidaridad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [quis-INNOVA](#) | [Casa de Magina](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304 