


Segurança e satisfação de pacientes com os cuidados de enfermeiros no perioperatório*

Amalia Sillero-Sillero¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6158-161X>

Adelaida Zabalegui²

 <https://orcid.org/0000-0003-1205-3997>

Objetivo: investigar a segurança e a satisfação de pacientes e sua relação com os cuidados dos enfermeiros no perioperatório. **Método:** estudo multinível, transversal, correlacional, realizado com 105 enfermeiros da área cirúrgica e 150 pacientes operados em um hospital terciário espanhol. Para os enfermeiros foram coletadas as variáveis sociodemográficas, a percepção do ambiente de trabalho, o desgaste profissional e a satisfação no trabalho. Para os pacientes, a segurança de eventos adversos e nível de satisfação, por meio de registros e questionários. Utilizou-se análise multinível, univariada e multivariada. **Resultados:** satisfação no trabalho, compromisso profissional e participação em questões hospitalares foram preditores negativos para eventos adversos relacionados ao paciente, enquanto o cuidado do enfermeiro no pós-operatório foi um preditor positivo. **Conclusão:** observa-se aumento dos eventos adversos quando os enfermeiros têm insatisfação no trabalho, menor compromisso profissional e baixa disponibilidade para participar nos assuntos de sua unidade. Por outro lado, os eventos adversos diminuem quando os enfermeiros realizam os cuidados no pós-operatório. A satisfação foi boa e não houve associação com as características do cuidado dos enfermeiros. Recomenda-se melhorar esses preditores para aumentar a segurança de pacientes cirúrgicos.





Descritores: Enfermagem Perioperatória; Segurança do Paciente; Satisfação do Paciente; Eventos Adversos; Cuidados Perioperatórios; Ambiente de Instituições de Saúde.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Application of magnetism values to the surgical area of a high-tech hospital", apresentada à University of Jaume I, Castellón, Espanha.

¹ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Espanha.

² Hospital Clinic of Barcelona, Barcelona, Espanha.

Como citar este artigo

Sillero-Sillero A, Zabalegui A. Safety and satisfaction of patients with nurse's care in the perioperative. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3142. [Access   ]; Available in: _____  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2646.3142>. day month year URL

Introdução

O objetivo de um sistema de saúde é garantir cuidados de saúde seguros e de qualidade. A segurança do paciente é uma das maiores preocupações hoje. A Organização Mundial de Saúde (OMS), no âmbito do Programa de Segurança do Paciente desenvolve programas que abordam os diferentes riscos para pacientes em todo o mundo⁽¹⁾. Na Espanha, o Ministério da Saúde colocou a segurança do paciente como um dos elementos-chave na melhoria da qualidade dos cuidados, conforme o guia Estratégia de Segurança do Paciente 2015-2020. Esse guia detalha as recomendações aplicáveis às diferentes áreas de cuidado e a todos os profissionais da equipe de saúde⁽²⁾. Dentro da equipe, destacam-se os enfermeiros, que têm papel fundamental no cuidado direto ao paciente e na detecção e prevenção de eventos adversos (EA). Um EA é qualquer lesão ou complicação que não ocorre intencionalmente durante os cuidados de saúde. Os EAs são indicadores de segurança do paciente e qualidade da atenção⁽³⁾. No campo da enfermagem, os EAs são denominados resultados sensíveis à prática de enfermagem⁽⁴⁾. Os indicadores mais comuns de EA, relacionados aos cuidados do enfermeiro, são os erros na administração de medicamentos, as quedas, as úlceras de pressão, a falha na reanimação, a falha no resgate, as infecções nosocomiais e o seguimento de procedimentos⁽⁵⁾.

Por outro lado, a satisfação do paciente em relação ao cuidado recebido é considerada um indicador de qualidade⁽⁶⁾. As principais causas de EA nos cuidados são relacionadas a fatores humanos, como a competência profissional para avaliar os riscos e também a fatores relacionados ao sistema, como as condições e características do ambiente em que a prática do enfermeiro é desenvolvida⁽⁷⁾. As características pessoais e ambientais de sua prática são preditivos críticos da qualidade do atendimento ao paciente⁽⁸⁾. A associação entre características do ambiente de trabalho dos enfermeiros e maiores níveis de formação, como também a competência pessoal, gera melhor ambiente de trabalho e alcança resultados favoráveis na saúde do paciente, incluindo mortalidade⁽⁹⁾. Outros fatores do ambiente de trabalho têm sido relacionados à qualidade e segurança do paciente, como o ambiente físico, o horário de trabalho e os níveis de exaustão dos enfermeiros⁽¹⁰⁾.

A maioria das investigações é realizada em nível hospitalar⁽¹¹⁾, porém a investigação em áreas complexas, como o contexto cirúrgico, é escassa, sendo foco de atenção devido ao volume de intervenções realizadas no mundo a cada ano (234 milhões). O cuidado cirúrgico leva a um risco considerável de EA que contribui para aumentar a carga de morbidade. No entanto, 50% das complicações que surgem podem ser evitadas por meio

de estratégias como "cirurgia segura salva vidas"⁽¹²⁾. Para evitar complicações e EA na área cirúrgica, as intervenções de enfermagem devem abranger todo o período perioperatório: atendimento ao paciente nos períodos pré, trans e pós-operatório⁽¹³⁾. Nessa direção, as intervenções dos enfermeiros no período perioperatório na recuperação de saúde dos pacientes parece importante, embora sejam pouco conhecidas. A relação entre a equipe de enfermagem e complicações em pacientes cirúrgicos, bem como o fenômeno relacionado aos níveis de exaustão dos profissionais no centro cirúrgico têm sido objeto de investigação⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. No entanto, a relação entre os cuidados dos enfermeiros no período perioperatório e a segurança e a satisfação dos profissionais ainda não foi investigada. Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão de investigação: Qual é a segurança e a satisfação dos pacientes e sua relação com os cuidados dos enfermeiros no perioperatório?

Assim, o objetivo desse estudo foi investigar a segurança e a satisfação dos pacientes e sua relação com os cuidados dos enfermeiros no perioperatório.

Método

Trata-se de um estudo multinível, transversal, correlacional, com duas amostras de conveniência. A primeira refere-se aos enfermeiros da área cirúrgica, n=105. Todos os enfermeiros da unidade perioperatória, transoperatória e pós-operatória da área cirúrgica foram contatados. Excluíram-se os enfermeiros ausentes por férias e licença médica. A segunda amostra, n=150, foi de pacientes operados, em diferentes especialidades: cirurgia geral, cirurgia ortopédica e traumatologia, cirurgia torácica, cirurgia ginecológica, neurocirurgia e cirurgia plástica. Os pacientes excluídos do estudo foram os menores de 18 anos, aqueles com déficit cognitivo, aqueles submetidos à intubação endotraqueal por mais de 48 horas ou que tiveram alta antes das 24 horas após a cirurgia. O tamanho das duas amostras foi calculado considerando o intervalo de confiança (IC) de 95 sob a hipótese de interminação máxima ($p=q=50\%$) e margem de erro de $\pm 1,19\%$ na amostra de enfermeiros e de $\pm 1,13\%$ para a amostra de pacientes. Os dados foram coletados durante no período de 2014 a 2015, no Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Espanha.

Os dados foram coletados na unidade de enfermagem perioperatória pelo enfermeiro, por meio de várias fontes de dados. A primeira fonte de dados foi um questionário para o enfermeiro sobre as características da organização e da unidade perioperatória (ambiente da prática do enfermeiro) e variáveis sociodemográficas (idade e sexo) e trabalho (formação acadêmica, experiência de trabalho, tipo de

contrato, satisfação no trabalho, intenção de deixar o hospital e exaustão). A segunda fonte de dados foi um questionário sobre satisfação do paciente, e a terceira sobre o manejo dos pacientes, a notificação de eventos adversos, a mortalidade e os resultados clínicos.

A versão em espanhol da escala Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), apresentou valores de alfa de Cronbach de 0,90 (IC95%: 0,87-0,93), e foi utilizada para mensurar o ambiente de prática do enfermeiro⁽¹⁶⁾. É composto por 31 itens e está estruturado em cinco fatores: (1) pessoal e recursos; (2) relações de trabalho entre enfermeiros e médicos; (3) liderança e apoio de supervisores; (4) bases de enfermagem para atendimento de qualidade; e (5) participação de enfermeiros em assuntos hospitalares. Os profissionais avaliaram a sua relevância em uma escala Likert de 1 a 4 (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = concordo e 4 = concordo totalmente). O ambiente de trabalho foi classificado como favorável quando apresentava quatro ou cinco fatores com escore médio superior a 2,5, misto, no caso de ter dois ou três fatores, e desfavorável no caso de ter um ou nenhum fator.

A versão em espanhol do *Maslach Burnout Inventory* (MBI)⁽¹⁷⁾ foi utilizada para medir o desgaste profissional do pessoal de enfermagem. O MBI é a ferramenta mais utilizada para mensurar a exaustão no trabalho e consiste em três dimensões: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O inventário contém 22 itens medidos em uma escala Likert de 1 a 7 pontos (de nunca a todos os dias). O MBI estabelece que as três dimensões são categorizadas em três grupos cada (baixo, médio e alto), de acordo com os seguintes valores: EE: baixa ≤ 18 , média [19-26], alta ≥ 27 ; DP: baixa ≤ 5 , média [6-9], alta ≥ 10 ; RP: baixa ≥ 40 , média [39-34], alta ≤ 33 . A confiabilidade e a validade dessa ferramenta, obtidas em outro estudo, demonstraram sua aplicabilidade⁽¹⁸⁾.

Para medir a satisfação dos enfermeiros, seguiu-se a metodologia utilizada no âmbito do projeto RN4CAST. Uma única pergunta com escala Likert (1 "Muito insatisfeito" até 4 "Muito satisfeito") foi usada para avaliar a satisfação no trabalho atual (coeficiente de confiabilidade 0,7). Também foi aplicado um questionário para avaliar a percepção da satisfação no trabalho baseado em nove aspectos específicos: flexibilidade no tempo, desenvolvimento profissional, autonomia no trabalho, salário, treinamento, férias, comprometimento, licença médica e permissão de estudo⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Para investigar os pacientes, foram obtidos os dados referentes às variáveis sociodemográficas: idade, sexo, especialidade da cirurgia a que foram submetidos, presença de comorbidade e tempo de internação hospitalar. A segurança do paciente foi analisada por meio

da presença de eventos adversos, incluindo mortalidade e falha de salvamento. Os indicadores da EA dos 150 pacientes foram coletados com base no registro de relatos de eventos adversos da área cirúrgica e nos prontuários de saúde. Os critérios e fontes de dados para cada EA foram baseados no modelo SENECA100: lesões por pressão, infecções nosocomiais, flebite, EA relacionado à medicação, complicações pós-operatórias e dor, utilizados em outro estudo nacional⁽²¹⁾, que coincidem com indicadores confiáveis e válidos em estudos internacionais⁽²²⁾. Para este estudo, os EAs foram recodificados em uma variável dicotômica (ausência/presença) para relacioná-los às características dos enfermeiros.

Para o estudo de satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem utilizou-se a Escala de satisfação do paciente LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale 12 (LOPSS-12) adaptada em espanhol⁽²³⁾, com respostas da escala de Likert, que vai de 1 (concordo totalmente) até 5 (totalmente em desacordo). Todos os elementos estão relacionados aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, por exemplo: "Eles me ajudam a entender minha doença". A escala original foi estruturada em dois fatores de satisfação: o fator positivo e o fator negativo, devido à dificuldade de mensuração. Por essa razão, optou-se por recodificar em um único sentido, calculando a média aritmética das respostas aos 12 itens: quanto maior a pontuação obtida, maior o grau de satisfação do paciente, como em outro estudo⁽²⁴⁾. A consistência interna do questionário LOPSS foi de 0,81 (alfa de Cronbach). Além disso, foi feita aos pacientes a pergunta da recomendação do hospital para outras pessoas. Os questionários foram autoperenchidos, após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o tratamento e análise de dados, utilizou-se a frequência absoluta e percentagem para as variáveis qualitativas, e médias e desvio padrão (DP) para variáveis quantitativas. Considerando-se que um conjunto de pacientes tinha uma mesma enfermeira (105 enfermeiros(as) para 150 pacientes), foram realizadas análises de múltiplos níveis que incorporam a estrutura hierárquica dos dados, ou seja, pacientes aninhados em cada enfermeira. O modelo de regressão completa de vários níveis assume um conjunto de dados hierárquicos com a variável dependente (presença/ausência EA) medida no nível mais baixo (pacientes) e as variáveis explanatórias que existem nos dois níveis. Neste estudo, a maneira eficiente de corrigir a variável da enfermeira que atende o paciente é utilizar a análise multinível, ou seja, a variável enfermeira como segundo nível. As observações feitas no nível do paciente estão aninhadas dentro do nível dos enfermeiros.

Tendo em conta essa estrutura hierárquica dos dados, realizou-se a estimação da média nas diferentes variáveis através dos modelos que incluem a variável de efeitos aleatórios e variável de efeitos fixos. Uma análise univariada foi feita entre cada uma das variáveis independentes (efeitos fixos), os escores das variáveis dependentes através de modelos de regressão linear simples multinível e uma análise multivariada por meio de modelos de regressão linear múltipla multinível para as variáveis independentes (de efeitos fixos), que foram levados para os modelos multivariados que foram aqueles que obtiveram um nível de significância $p < 0,001$ na análise univariada. Uma estrutura hierárquica dos dados foi estabelecida e as variáveis foram introduzidas no modelo para estimar o efeito dos dois níveis, em que o nível individual 1 ou base é o paciente e o nível 2 ou superior é o grupo de enfermeiros na área cirúrgica, ou seja, 150 pacientes cirúrgicos (nível 1) atendidos na área cirúrgica pelo grupo de enfermeiros 105 (nível 2). Em nossos modelos, as variáveis resposta ou dependente para EA, aos 30 dias após a intervenção, foram dicotomizadas em presença/ausência e satisfação do paciente cirúrgico. As variáveis de efeitos aleatórios e fixos foram aquelas relacionadas às características dos pacientes e dos enfermeiros. Cada um dos 150 pacientes foi tratado na área cirúrgica por mais de um profissional de enfermagem. Pelo menos cinco profissionais atenderam um paciente, e no máximo, 12 o fizeram. O grupo de 105 enfermeiros da área cirúrgica foi incluído por atenderem os 150 pacientes submetidos à cirurgia. O número mais usual de pacientes atendidos por um profissional de enfermagem foi de quatro (14 vezes), mas também é notado que houve profissionais que observaram dois pacientes (11 vezes), oito pacientes (10 vezes) e 12 pacientes (10 vezes). Cada um dos 150 pacientes atendidos pelo grupo de 105 enfermeiros gerou um banco de dados de 1422 registros. Este, portanto, é o N válido da análise do estudo. Um N que é altamente representativo (95% de confiança, $p=q=50\%$) com uma margem de erro de 0,37%.

Na primeira parte das análises estatísticas, foi realizada uma análise univariada com o objetivo de prever o aparecimento de EA a partir de variáveis independentes dos pacientes e variáveis de enfermeiros que atenderam tais pacientes; em seguida, aplicou-se o procedimento de análise multivariada e multinível para determinar os fatores de pacientes e enfermeiros que são preditivos significativos da variável de resultado de presença de EA. Para isso, consideramos apenas aqueles que foram estatisticamente significativos, pelo menos, para $p < 0,001$ na análise univariada anterior. Para a análise multivariada, testes de modelo nulo determinaram se era possível um modelo preditivo de múltiplos níveis⁽²⁵⁾. O modelo nulo para a análise da linha de base (pacientes) apresentou

um valor estatístico $\chi^2=1718,66$ com $p < 0,001$; altamente significativo; e o modelo nulo para o nível superior (enfermeiras/os) apresentou um valor de $\chi^2=161,52$, com $p < 0,001$; ambos altamente significativos, portanto um modelo preditivo multinível foi feito com base nas variáveis dos pacientes e nas variáveis dos enfermeiros que os atenderam. A significância foi considerada quando o valor de p foi menor que 5% ($p < 0,05$); mas dado o alto N de dados de análise, só foi considerado muito significativo quando as variáveis atingiram significância ($p < 0,001$).

Para a análise multinível, foi utilizado o pacote estatístico STATA Statistics Data Analysis v.12.0; para o restante das análises, utilizou-se o aplicativo estatístico IBM SPSS Statistics v-22.0

Para o desenvolvimento do estudo, as recomendações éticas internacionais para pesquisa médica em seres humanos foram seguidas rigorosamente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Código CEIC: 42/2014). A segurança e a confidencialidade dos dados do estudo foram garantidas de acordo com o disposto na Lei Orgânica 15/1999, de 13 de dezembro, sobre a Proteção de Dados Pessoais.

Resultados

Dos 105 (100%) enfermeiros em cuidados aos pacientes no perioperatório, 96 (91,5%) eram mulheres. A média de idade foi de 44 anos (desvio padrão de 11,90), mais elevada que dos homens, 36,7 anos (10,26), diferença significativa ($p=0,51$). A média de experiência em atividade profissional foi de 21,6 anos (DP 12,13) e de 14,0 anos no ambiente de trabalho atual (DP 11,14). Em relação à formação, 103 enfermeiros (98,4%) tinham especialização, tendo 35 (33,4%) mestrado e 70 (66,6%) pós-graduação. Dos 150 (100%) pacientes, 68 (45,3%) foram submetidos à cirurgia geral, 29 (19,3%) à cirurgia ortopédica, 14 (9,3%) à cirurgia torácica, 12 (8%) à cirurgia vascular, 15 (10%) à ginecologia, 10 (6,7%) à neurocirurgia e 2 (1,3%) à cirurgia plástica.

Quanto às variáveis sociodemográficas, 77 (51,3%) eram homens e 73 (48,6%), mulheres, média de idade de 63,6 anos (DP 16,05). O destino do paciente após a alta foi o domicílio para 141 (94,5%) dos casos, e a média de permanência hospitalar foi de 24,9 horas (DP 3,7); 69 (46%) pacientes apresentaram algum tipo de comorbidade.

Quanto aos EAs, 57 (38%) dos pacientes cirúrgicos apresentaram algum tipo de EA durante o processo cirúrgico, desde a admissão até 30 dias após a cirurgia. O EA mais referido foi a presença de dor, 35 (23,3%) dos pacientes. Destacam-se também as complicações pós-operatórias, 12 (8%) novo procedimento cirúrgico

ou sangramento; 10 (6,4%) infecção de ferida, 5 (3,3%) lesões de posição ou pressão, 3 (2%) infecção urinária, 2 (1,3%) infecção respiratória, 1 (0,6%) erro de medicação.

As características dos pacientes em relação aos fatores preditivos na presença/ausência de eventos adversos após 30 dias da intervenção cirúrgica estão apresentadas na Tabela 1.

A associação entre a comorbidade e o aparecimento de EA nos pacientes operados foi significativa

($p < 0,001$). A relação entre a especialidade cirúrgica e a presença/ausência de EA, também, foi significativa ($p < 0,001$). O aparecimento de EA foi mais frequente nos pacientes da clínica de neurocirurgia (52,4%), variando de 28,6% na especialidade cirurgia torácica a 41,8% na cirurgia geral.

A Tabela 2 mostra a associação entre as variáveis relacionadas ao ambiente de trabalho de enfermeiros e a presença/ausência de EA, após 30 dias pós-intervenção cirúrgica.

Tabela 1 - Análise multinível univariada. Caracterização dos pacientes em relação aos fatores preditivos na presença/ausência de eventos adversos após 30 dias da intervenção cirúrgica (n=1422). Barcelona, Espanha (2014-2015)

Variáveis do paciente		Presença EA*	Ausência EA*	p†		
		%	%			
Sexo	Mulher	38,0	62,0	0,408		
	Homem	40,1	59,9			
Comorbidade	Sim	43,5	56,6	<0,001†		
	Não	35,2	64,8			
Especialidade	Cirurgia Geral	41,8	58,2	<0,001†		
	Traumatologia	41,2	58,8			
	Ginecologia	31,7	68,3			
	Cirurgia torácica	28,6	71,4			
	Cirurgia vascular	33,3	66,7			
Idade (anos)	Média (DP)‡	63,5(14,33)	63,3(17,17)	0,900		
	Estadia (horas)	Média (DP)‡	25,04(3,73)		24,8 (4,0)	0,321

*EA: Evento Adverso, †p: p- valor de significância, ‡DP: Desvio padrão.

Tabela 2 - Análise multinível univariada. Associação entre as variáveis relacionadas ao ambiente de trabalho do enfermeiro e a presença/ausência de EA, após 30 dias pós-intervenção cirúrgica (n=1422). Barcelona, Espanha (2014-2015)

Variáveis		Presença EA*	Ausência EA*	p†
Idade (anos)	Média(DP)‡	47,21 (12,23)	45,23 (13,09)	0,004
Enfermeiro Pré-operatório	Sim	27,1 %	73 %	<0,001†
	Não	40,8 %	59,2%	
Enfermeiro Pós-operatório	Sim	44,7 %	55%	<0,001†
	Não	34,8 %	65,2 %	
Tipo de contrato	Eventual	40,4 %	59,6%	0,004
PES-NWI§ fator1	Média (DP)‡	2,08 (0,62)	2,27 (0,57)	<0,001†
PES-NWI§ fator2	Média (DP)‡	2,28 (0,78)	2,50 (0,67)	<0,001†
PES-NWI§ fator3	Média (DP)‡	2,20 (0,79)	2,55 (0,66)	<0,001†
PES-NWI§ fator4	Média (DP)‡	2,53 (0,58)	2,80 (0,55)	<0,001†
PES-NWI§ fator5	Média (DP)‡	1,91 (0,46)	2,16 (0,48)	<0,001†
MBI Exaustão emocional	Média (DP)‡	1,92 (0,87)	1,56 (0,81)	<0,001†
Satisfação atual	Média (DP)‡	2,10 (0,35)	2,24 (0,47)	<0,001†
Flexibilidade de tempo	Média (DP)‡	2,42 (0,65)	2,59 (0,74)	<0,001†
Desenvolvimento profissional	Média (DP)‡	2,15 (0,56)	2,24 (0,69)	<0,001†
Autonomia no trabalho	Média (DP)‡	2,15 (0,74)	2,41 (0,81)	<0,001†
Salário	Média (DP)‡	2,04 (0,24)	2,02 (0,22)	0,351
Formação	Média (DP)‡	1,99 (0,21)	2,04 (0,31)	<0,001†
Férias	Média (DP)‡	2,10 (0,35)	2,24 (0,47)	< 0,001†
Óbito devido à doença	Média (DP)‡	2,04 (0,26)	2,08 (0,31)	0,042
Permissão para estudos	Média (DP)‡	2,13 (0,43)	2,22 (0,50)	< 0,001†
Comprometimento profissional	Média (DP)‡	3,37 (1,20)	3,92 (1,14)	< 0,001†

*EA: Evento Adverso; †p: significância p-valor; ‡DP: Desvio padrão; §PES-NWI: Escala do ambiente de prática da enfermeira; ||MBI: Maslach Inventory Burnout.

A frequência de aparecimento de EA nos pacientes foi significativamente menor quando os enfermeiros assistiram os pacientes no pré-operatório (27,1% vs. 40,8%). Por outro lado, maior frequência de pacientes com EA esteve significativamente associada com menos atendimento de enfermeiros na unidade pós-operatória (44,7% vs. 34,8%). A média dos cinco fatores do PES-NWI também foi significativamente menor nos enfermeiros que cuidaram de pacientes com EA. Das três dimensões do MBI, houve maior desgaste emocional dos enfermeiros que atenderam pacientes com algum EA. Por fim, todas as variáveis relacionadas à satisfação no trabalho, com exceção do salário, obtiveram escores mais baixos em enfermeiros que assistiram pacientes com EA.

Na análise multivariada, os coeficientes (r) são apresentados de forma univariada para todas as variáveis independentes analisadas, e ajustadas para aquelas variáveis que fizeram parte do modelo multivariado final (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise multinível multivariada. Fatores preditivos relacionados aos enfermeiros e pacientes sobre a presença de eventos adversos após 30 dias da intervenção cirúrgica ($n=1422$). Barcelona, Espanha (2014-2015)

Preditivos (fatores efeitos fixos)	Valores sem ajustar			Valores ajustados		
	Coe*	S.E†	p-valor‡	Coe*	S.E†	p‡
Idade	0,250	0,232	0,325	--	--	--
Enfermeiro pré-operatório	-0,481	0,467	0,302	--	--	--
Enfermeiro pós-operatório	0,903	0,248	<0,001‡	0,710	0,217	<0,001‡
Tipo de eventual contrato	-0,722	0,684	0,295	--	--	--
PESNW§ Fator1	-0,367	0,183	0,044	-0,124	0,175	0,477
PESNW§ Fator2	-0,224	0,175	0,200	--	--	--
PESNW§ Fator3	-0,527	0,157	<0,001‡	-0,014	0,198	0,942
PESNW§ Fator4	-0,504	0,217	0,020	0,254	0,254	0,319
PESNW§ Fator5	-0,888	0,252	<0,001‡	-0,640	0,235	0,007
MBI Exaustão	0,511	0,140	<0,001‡	0,152	0,135	0,260
Satisfação atual	-0,656	0,289	0,023	-0,780	0,270	0,004
Flexibilidade de tempo	-0,377	0,173	0,030	-0,261	0,155	0,094
Desenvolvimento profissional	-0,348	0,156	0,025	0,215	0,144	0,136
Autonomia trabalho	-0,212	0,203	0,296	--	--	--
Formação	-0,518	0,505	0,305	--	--	--
Férias	-0,448	0,235	0,057	--	--	--
Óbitos por doenças	0,695	0,361	0,054	--	--	--
Permissão de estudos	1,136	0,805	0,158	--	--	--
Comprometimento profissional	0,392	0,103	<0,001‡	-0,280	0,098	0,004
Comorbidade do Paciente	0,274	0,129	0,033	0,230	0,128	0,074
Neurocirurgia Paciente	0,946	0,242	<0,001‡	0,880	0,240	<0,01

*Coe: Coeficiente de regressão; †S.E: Erro padrão; ‡p: p-valor: significância; §PES-NWI: Escala do ambiente de prática da enfermeira; || MBI: questionário Maslach Burnout Inventory.

Os fatores relacionados a participação em assuntos hospitalares ($r=-0,640$, $p=0,007$), satisfação no trabalho ($r=-0,780$, $p=0,004$), e comprometimento profissional ($r=-0,280$; $p=0,004$) foram significativos. Esses fatores foram considerados fatores preditivos negativos; entretanto, a atenção dos enfermeiros no pós-operatório ($r=0,710$, $p=0,001$) foi considerado um fator preditivo positivo na presença de EA para os pacientes. As variáveis referentes a participação nos assuntos do hospital (4,1%); satisfação no trabalho (2,6%); comprometimento profissional (1,7%); e enfermeiro no pós-operatório (1,2%) apresentaram percentuais significativos. O modelo completo atinge variância explicada de 14,6%.

Para análise da satisfação do paciente em relação aos cuidados dos enfermeiros, a variável dependente Satisfação total foi previamente calculada com base nas respostas dos pacientes da escala LOPPS 12. As respostas dessa escala foram recodificados na mesma direção e a pontuação mais alta correspondeu à maior satisfação do paciente. A variável dependente de satisfação total do paciente foi calculada pela média aritmética das 12 questões. Essa variável apresentou uma distribuição próxima do normal, com bom grau de simetria, mas com maior altura (curtose) nos valores centrais. A média dessa variável foi de 3,66 (DP 0,37) dentro de um intervalo entre 2,75 e 5,00 (com mediana 3,58).

Em geral, o grau de satisfação foi alto em todas as questões. Os valores médios ficaram acima de quatro pontos, sendo as questões mais valorizadas, a de número 11 ("realizam seu trabalho conscientemente") e a de número 2 ("interesse em ouvir"). E as questões menos valorizadas, a de número 8 ("compartilham sentimentos") e a de número 7 ("Dê conselhos úteis").

Na análise da associação das variáveis sociodemográficas dos pacientes e a satisfação total do paciente obteve-se significância estatística, ($p<0,001$), com exceção da idade do paciente. No entanto, os valores do coeficiente de Pearson (r) das variáveis quantitativas e categóricas indicaram que, embora as associações fossem significativas devido ao tamanho da amostra, a intensidade do efeito da associação foi muito baixa. A Tabela 4 mostra os resultados dos fatores preditivos dos pacientes.

No cruzamento das variáveis relacionadas às características dos enfermeiros e a satisfação total do paciente, não houve associação estatística ($p>0,05$). Desse modo, nenhuma variável relacionada aos enfermeiros permitiu prever efetivamente a satisfação do paciente, conforme Tabela 5.

Tabela 4 - Análise associativa. Relação entre a variável sexo, comorbidade, especialidade cirúrgica, idade, tempo de internação e a satisfação total do paciente (n=1422) (média dos itens da escala LOPSS 12). Barcelona, Espanha (2014-2015)

Variável do paciente		Satisfação total (Média 3,66; DP* 0,37)	P
Sexo	Mulher	3,68 (0.39)	0,008†
	Homem	3,63 (0.35)	
Comorbidade	Sim	3,63 (0.42)	0,007†
	Não	3,68 (0.33)	
Especialidade cirurgia	Cirurgia Geral	3,65	<0,001‡
	Traumatologia	3,66	
	Cirurgia Ginecológica	3,64	
	Cirurgia Torácica	3,68	
	Cirurgia Vasculard	3,57	
	Neurocirurgia	3,82	
	Cirurgia Plástica	3,39	
Idade (anos)	r -0,050§	0,057	
Tempo de estada (horas)	r -0,140§	<0,001	

*DP: Desvio padrão; †Valor de p: teste t de Student; ‡Valor de p: teste de qui-quadrado; §r: Coeficiente de correlação de Pearson; ||Z normal.

Tabela 5 - Análise associativa. Variáveis relacionadas aos enfermeiros e a satisfação total do paciente (n=1422). Barcelona, Espanha (2014-2015)

Variáveis enfermeiras/os		Satisfação total (Média 3.66; DP* 0.37)	Teste de contraste p-valor
Sexo	Mulher	3,66 (0,37)	0,687†
	Homem	3,67 (0,41)	
Pós-Graduação / Mestrado	Sim/Não	3,66 (0,37)	0,855†
Enfermeiro transoperatório	Sim/Não	3,66 (0,40)	0,826†
Enfermeiro pré-operatório	Sim/Não	3,66 (0,37)	0,213†
Enfermeiro pós-operatório	Sim/Não	3,66 (0,37)	0,908†
Tipo de Contrato	Fixo/Eventual	3,66 (0,37)	0,675†
Idade		-0,006‡	0,812§
Experiência de trabalho		0,001‡	0,982§
Experiência de trabalho atual		0,020‡	0,441§
PES-NW fator1		0,004‡	0,889§
PES-NW fator2		-0,025‡	0,339§
PES-NW fator3		-0,038‡	0,148§
PES-NW fator4		0,002‡	0,938§
PES-NW fator5		-0,013‡	0,627§
MBI¶ Despersonalização		0,015‡	0,581§
MBI¶ Realização pessoal		0,006‡	0,824§
Satisfação no trabalho atual		0,003‡	0,909§
Flexibilidade de tempo		-0,029‡	0,276§
Desenvolvimento profissional		-0,044‡	0,100§
Autonomia no trabalho		-0,010‡	0,708§
Salário		0,003‡	0,906§
Formação		-0,012‡	0,649§
Férias		-0,029‡	0,278§
Baixas por doença		-0,013‡	0,630§
Permissão por estudos		-0,026‡	0,328§
Comprometimento profissional		-0,034‡	0,199§

*DE: Desvio padrão ; †p valor do test de t Student; ‡ r:Coeficiente de correlação de Pearson ;§Z normal; ||PES-NWI: Escala do ambiente de prática da enfermeira ;¶MBI: Burnout Maslach Inventory

Os resultados obtidos mostram que não há relação entre as variáveis, portanto, para propor uma análise multinível, deve haver correlação entre as variáveis. Conclui-se que não fez sentido considerar uma análise multinível, uma vez que os únicos fatores associados à satisfação do paciente foram as variáveis relacionadas às características dos pacientes (embora seu efeito limitado tenha sido mencionado apesar da significância). Também foi analisada a possibilidade de construir um modelo de regressão múltipla com os preditivos dos pacientes que foram significativos na Tabela 4. Entretanto, a qualidade foi muito baixa, já que a capacidade preditiva total foi de apenas 2,2%, sem relevância do ponto de vista da sua eficácia.

Ao analisar se o paciente recomendaria o hospital para outros pacientes, obteve-se que 119 (91,3%) o fariam e 11 (8,7%), não.

Discussão

Neste estudo, a metodologia multinível foi utilizada para investigar a segurança e a satisfação dos enfermeiros e sua relação com o cuidado do paciente no perioperatório. Os resultados foram analisados, como em outros estudos, ou seja, a presença de eventos adversos dos pacientes sobre os cuidados de enfermeiros⁽²⁶⁻²⁷⁾, que podem ter efeitos positivos e negativos. Quanto à equipe de enfermagem, as principais associações com o EA são o ambiente de atuação do enfermeiro, o desgaste emocional, a satisfação no trabalho, os anos de experiência e o tipo de contrato. No que diz respeito aos pacientes, destaca-se a comorbidade e o tipo de cirurgia (neurocirurgia). As condições de trabalho, resultado do aumento da atividade cirúrgica, podem levar à carga de trabalho exaustiva. Os problemas relacionados à manutenção de pessoal, como mudanças de pessoal e uso excessivo de pessoal temporário devido à mudança geracional na área perioperatória, influenciaram as associações. Os problemas constituem fatores de risco para a segurança do paciente^(22,28-29). Os resultados mostram que os fatores preditivos da presença do EA estão relacionados à satisfação no trabalho, participação nos assuntos hospitalares, comprometimento profissional e atenção pós-operatória, em concordância com outros estudos^(27,30-31). Observa-se a importância de se ter um ambiente de prática positiva do enfermeiro, que aumente a sua satisfação, o comprometimento, a retenção e os melhores resultados para os pacientes. Pesquisa realizada em hospital magnético mostrou extensivamente o impacto do cuidado de enfermagem, tanto para os enfermeiros quanto para os pacientes⁽³²⁾. O EA foi de 38%, valor inferior a outras investigações⁽³³⁾, apesar de incluir a presença de todo EA atribuível ao paciente durante o período perioperatório. No entanto,

o usual em outras investigações é a análise de seis ou menos EA⁽³⁴⁻³⁵⁾. Há também uma diferença em nosso estudo em relação a outros em que não houve mortalidade^(9,36). O EA mais relatado foi a presença de dor, seguida de complicações pós-operatórias (sangramento e infecção de ferida), semelhantes aos estudos nacionais^(21,37) e internacionais⁽³⁸⁾, sugerindo que medidas eficientes devem ser tomadas, bem como as práticas seguras⁽¹²⁾. É importante notar que a maioria dos EAs, como a dor, pode ser prevenida ou eliminada se forem detectados precocemente.

Em relação à satisfação do paciente, as características dos enfermeiros não apresentaram associação significativa. Os resultados podem ter sido influenciados por fatores de confusão não mensurados, como outras características individuais ou organizacionais que não foram consideradas. No entanto, os comportamentos das enfermeiras durante o cuidado perioperatório foram bem avaliados pelos pacientes⁽²⁴⁾. Esse aspecto é muito positivo, pois a experiência do paciente é resultado da qualidade real da atenção e da percepção que tem delas⁽³⁹⁾. Um dos resultados mais importantes foi que a maioria dos pacientes respondeu, 119 (91,3%), que recomendaria o hospital a amigos ou parentes. Os pacientes tiveram percepções positivas dos cuidados de enfermagem e uma maior probabilidade de satisfação com os cuidados gerais. Como diferentes estudos sugerem, a satisfação com o cuidado representa uma parte importante da qualidade da assistência hospitalar: é um bom resultado para enfermeiros perioperatórios e para a organização⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

As principais limitações do estudo estão relacionadas à coleta de dados em um único hospital, às amostras de conveniência e à escassez de estudos para comparação dos resultados na área cirúrgica. Além disso, a maioria dos estudos sobre os resultados dos pacientes não examinou todos os EAs, apresentando um quadro incompleto sobre a segurança do paciente. Diferenças na metodologia dos estudos, também, dificultaram a comparação dos resultados. Apesar dessas limitações, não existem estudos recentes examinando a segurança e satisfação dos pacientes com os cuidados dos enfermeiros no perioperatório. Pela primeira vez, o efeito do cuidado de enfermagem perioperatório na unidade de trabalho foi relacionado à segurança dos pacientes cirúrgicos. De fato, o estudo mostrou a presença de EA e complicações relacionadas ao cuidado realizado por enfermeiros cirúrgicos. A análise multinível permitiu incorporar, no mesmo modelo, as variáveis independentes pertencentes a diferentes níveis, as variáveis de pacientes individuais (primeiro nível) e variáveis do enfermeiro e unidade (segundo nível). Este estudo contribui para identificar áreas de melhoria na cultura de segurança, além de mostrar que diferentes aspectos, tais como a satisfação no trabalho, o

comprometimento dos profissionais e os ambientes de trabalho, podem favorecer a qualidade do cuidado.

Conclusão

Satisfação no trabalho, comprometimento profissional e participação nos assuntos do hospital foram preditivos negativos para eventos adversos de pacientes, principalmente dor e complicações por sangramento pós-operatório, enquanto a atenção do enfermeiro pós-operatório foi um fator preditivo positivo. Se o enfermeiro apresenta insatisfação no trabalho, menos comprometimento profissional e baixa participação nos assuntos de sua unidade, isso poderá aumentar os eventos adversos dos pacientes por ele assistidos, enquanto os que realizam os cuidados pós-operatórios podem contribuir para a redução dos EAs. No entanto, não houve associação com os resultados de satisfação. Portanto, os enfermeiros perioperatórios têm papel importante nos resultados sobre a segurança, mas não na satisfação do paciente. A chave para garantir a qualidade dos cuidados de pacientes cirúrgicos é um ambiente de trabalho positivo que promove a satisfação no trabalho, comprometimento profissional, qualidade da atenção do enfermeiro durante todo o processo perioperatório e participação ativa do enfermeiro nos assuntos da unidade e do hospital. Recomenda-se que os administradores e gerentes do campo cirúrgico realizem estratégias para melhorar esses aspectos e, conseqüentemente, a segurança. Recomenda-se aos pesquisadores realizarem novas pesquisas neste campo da prática de enfermagem com amostras comparáveis em unidades perioperatórias.

Agradecimentos

Gostaríamos de expressar nossa gratidão a todos os enfermeiros da área cirúrgica que gentilmente concordaram em participar deste estudo, e da equipe de gestão da área cirúrgica e do hospital (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Espanha) por seu apoio. Agradecemos também a José Manuel Garcia por sua contribuição para a análise estatística.

Referências

1. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Investigación de seguridad del paciente: una visión general de la evidencia global BMJ Qual Saf. 2010; 19:42-7. doi10.1136/qshc.2008.029165.
2. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad (ES). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. [Internet]. 2015; [cited Aug 18,2017]1-128. Available from: <https://www.eerp.usp.br/rlae>

- seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf
3. Orkaizagirre Gómara A. [The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in hospital units]. *Enferm Clin.* 2014 Nov-Dec; 24(6):356-7. Spanish. doi:10.1016/j.enfcli.2014.08.001.
 4. Heslop L, Lu S. Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2014; 70(11):2469-82. doi:10.1111/jan.12503.
 5. Planas-Campmany C, Icart-Isern MT. [Nursing-sensitive indicators: An opportunity for measuring the nurse contribution]. *Enferm Clin.* 2014 Mar-Apr; 24(2):142-7. Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.07.003.
 6. Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf.* 2017; 25(7):535-43. doi: 10.1136/bmjqs-2015-003961.
 7. Lake ET, Hollowell SG, Kutney-Lee A, Hatfield LA, Del Giudice M, Boxer BA, et al. Higher Quality of Care and Patient Safety Associated with Better NICU Work Environments. 2017;31(1):24-32. doi:10.1097/NCQ.000000000000146.Higher.
 8. Stimpfel AW, Djukic M, Brewer CS, Kovner CT. Common predictors of nurse-reported quality of care and patient safety. *Health Care Manage Rev.* 2017; 1-10. doi: 10.1097/HMR.000000000000155
 9. Hill B. Do nurse staffing levels affect patient mortality in acute secondary care? *Br J Nurs.* 2017; 26(12):698-704. doi:10.1097/HMR.000000000000155.
 10. Van Bogaert P, Van Heusden D, Timmermans O, Franck E. Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Front Psychol.* 2014; 5:1-11. doi:10.3389/fpsyg.2014.01261.
 11. Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *Br J Nurs.* 2017;26(3):172-6. doi: 10.12968/bjon.2017.26.3.172
 12. World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. WHO [Internet]. 2009; 125. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf
 13. Arakelian E, Swenne CL, Lindberg S, Rudolfsson G, Von Vogelsang AC. The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective - an integrative review. *J Clin Nurs.* 2016;1-18. doi: 10.1111/jocn.13639
 14. Mark BA, Harless DW. Nurse staffing and post-surgical complications using the present on admission indicator. *Res Nurs Health.* 2010; 33(1):35-47. doi: 10.1002/nur.20361.
 15. Basińska BA, Wilczek-Rużyczka E. The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses. *Int J Occup Med Environ Health.* 2013;26(4):593-604. doi:10.2478/s13382-013-0129-8.
 16. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud.* 2013 Feb; 50(2):274-80. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001
 17. Seisdedos N. MBI Manual: Maslach Burnout Inventory. TEA; 1997.
 18. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E. [Perception of work environment of nurses in hospitals of the Spanish national health system. RN4CAST-Spain project]. *Enferm Clin.* 2012; 22(5):261-8. Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.09.001.
 19. Bruyneel L, Van den Heede K, Diya L, Aiken L, Sermeus W. Predictive Validity of the International Hospital Outcomes Study Questionnaire: An RN4CAST Pilot Study. *J Nurs Scholars.* 2009;41(2):202-10. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01272.x.
 20. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs.* 2011;10(1):6. doi: 10.1186/1472-6955-10-6.
 21. Escobar-Aguilar G, Gómez-García T, Ignacio-García E, Rodríguez-Escobar J, Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, et al. [Work environment and patient safety: data comparison between Seneca and RN4CAST projects]. *Enferm Clin.* 2013;23(3):103-13. Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.03.005.
 22. Clendon J, Gibbons V. 12h shifts and rates of error among nurses: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2015 Jul; 52(7):1231-42. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.011.
 23. Cabrero Garcia J, Richard Martinez M, Reig Ferrer A. [Construc validity of three Scales of patient satisfaction through strategy matrix multitrait-multimethod]. *Análisis y modificación de la conducta.* *Enferm Clin.* 1995; 17: 360-92.
 24. Ríos-Risquez MI, García-Izquierdo M. Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016;59:60-7. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.008.
 25. Field A. Multilevel Linear Models. In: Third Edition of *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE Publications; 2009. p. 725-81.
 26. Hinno S, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K. Nursing activities, nurse staffing and adverse patient outcomes as perceived by hospital nurses. *J Clin Nurs.* 2012; 21:1584-93. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03956.x.
 27. Chiang HY, Hsiao YC, Lee HF. Predictors of Hospital Nurses' Safety Practices: Work Environment,

- Workload, Job Satisfaction, and Error Reporting. *J Nurs Care Qual.* 2017; 32(4):359–68. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000240.
28. Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *Br J Nurs.* 2017; 26(3):172–6. doi: 10.12968/jon.2017.26.3.172.
29. Stalpers D, de Brouwer BJM, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(4):817–35. doi: 10.1016 / j.ijnurstu.2015.01.005.
30. García-Sierra R, Fernández-Castro J, Martínez-Zaragoza F. Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *J Nurs Manag.* 2016; 24(2):E101–11. doi: 10.1111/jonm.12312.
31. Trinkoff AM, Johantgen M, Storr CL, Gurses AP, Liang Y, Han K. Nurses' Work Schedule Characteristics, Nurse Staffing, and Patient Mortality. *Nurs Res.* 2011; 60(1):1–8. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181fff15d.
32. Van Bogaert P, Peremans L, Van heusden D, Verspuy M, Kureckova V, Van De Cruys Z, et al. Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nurs.* 2017;16(5):1–14. doi: 10.1186/s12912-016-0200-4. doi: 10.1186/s12912-016-0200-4.
33. D'Amour D, Dubois C-A, Tchouaket E, Clarke S, Blais R. The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: cross sectional record review. *Int J Nurs Stud.* 2014; 51(6):882–91. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.017.
34. Cho E, Chin DL, Kim S, Hong O. The Relationships of Nurse Staffing Level and Work Environment With Patient Adverse Events. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(1):74–82. doi: 10.1111/jnu.12183.
35. Kang JH, Kim CW, Lee SY. Nurse-perceived patient adverse events and nursing practice environment. *J Prev Med Public Health.* 2014;47(5):273–80. doi: 10.3961/jpmp.14.019.
36. Aiken L, Sloane D, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014; 383(9931):1824–30. doi: 10.1016/S0140-6736 (13) 62631-8.
37. Robleda G, Sillero-Sillero A, Puig T, Gich I, Baños J-E. Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic and trauma surgery. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014 Oct; 22 (5): 785-91. doi: 10.1590/0104-1169.0118.2481.
38. Bruckenthal P, Simpson MH. The Role of the Perioperative Nurse in Improving Surgical Patients' Clinical Outcomes and Satisfaction: Beyond Medication. *AORN J.* 2016;104(6):S17–22. doi: 10.1016/j.aorn.2016.10.013.
39. Mcfarland DC, Shen MJ, Parker P, Meyerson S, Holcombe RF. Does Hospital Size Affect Patient Satisfaction? *Qual Manage Health Care.* 2017; 26(4):205–9 .doi: 10.1097/QMH.0000000000000149.
40. Smith S. Magnet Hospitals: Higher Rates of Patient Satisfaction. *Policy Polit Nurs Pract.* 2014;15(1–2):30–41. doi: 10.1177/1527154414538102
41. Klinkenberg WD, Boslaugh S, Waterman BM, Otani K, Inguanzo JM, Gnida JC, et al. Inpatients' willingness to recommend. *Health Care Manage Rev.* 2011; 36(4):349–58. doi: 10.1097/HMR.0b013e3182104e4a.


Recebido: 03.03.2018

Aceito: 27.01.2018

Autor correspondente:

Amalia Sillero-Sillero

E-mail: asillero@santpau.cat

 <https://orcid.org/0000-0001-6158-161X>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.