11º CURSO ANUAL DE Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros

28 novembro 2024

Centro Cultural e de Congressos das Caldas da Rainha

Imagem: Ad Médic

Programa

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: Enfa. Liliana Marques

Enfa. Carla Martins
Enf. Gabriel Alves
Enfa. Maria João Caetano
Enf. Rui Leitão
Enfa. Sara Roque
Dra. Suzi Coelho
Enfa. Tânia Marques
Enfa. Tânia Rato
Enf. Vitor Matos

COMISSÃO CIENTÍFICA

Enf. Gabriel Alves
Enfa. Maria João Caetano
Enfa. Sara Roque

INTERVENIENTES

Dra. Ana Moreira (Centro de Medicina Integrativa – Presidente da Soc. Portuguesa de Medicina Integrativa)
Enf. André Duarte (ULS Oeste – Unidade Caldas da Rainha)
Enfa. Ariana Moreno (ULS Trás os Montes e Alto Douro)
Enf. Arménio Cruz (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)
Dr. Bruno Castilho (ULS Lezíria | Fundador da Medgical)
Enfa. Carla Costa (IPO Porto)
Prof. Doutora Diana Teixeira (NOVA Medical School)
Enf. Gabriel Alves (ULS Almada e Seixal)
Enfa. Helena Nascimento (Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) / ULS de Santo António)
Enf. José Carlos Geraldo (ULS Coimbra)
Enf. Luís Espirito Santo (ULS Alentejo Central – Hospital de Évora)
Dr. Marco Pereira (ULS Castelo Branco)
Enfa. Martinha Silveira (ULS Lezíria Hospital de Santarém)
Enfa. Natália Gonçalves (ULS São João)
Enfa. Natércia Maltinha (ULS Alentejo Central)
Enfa. Raquel Madeira (ULS Almada e Seixal)
Enfa. Sara Martins (ULS Loures-Odivelas)
Enfa. Tatiana Morais (ULS Loures-Odivelas)
Dr. Thomas Silva (Head of Manufacturing, Endiatx)
Enfa. Valerie Faria (ULS Almada e Seixal)
Enf. Válter Amorim (Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros Portugueses)
Enf. Válter Teixeira (ULS Trás os Montes e Alto Douro)

Programa 28 de novembro de 2024

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-10:50h **ENDOSCOPIA – PASSADO, PRESENTE E FUTURO**
Moderadora: Enfa. Natália Gonçalves

09:00-09:20h **Endoscopia digestiva em Portugal, 40 anos de história – Como tudo começou...**
Enf. José Carlos Geraldo

09:20-09:50h **Novos desafios na Enfermagem – Ecoendoscopia digestiva um novo horizonte terapêutico**
Dr. Marco Pereira

09:50-10:10h **Disseções sub-mucosas, da teoria à prática**
Enfa. Carla Costa

10:10-10:30h **Enteroscopia: Da técnica às competências de Enfermagem**
Enfa. Tatiana Morais e Enfa. Sara Martins

10:30-10:50h **Inteligência Artificial: A solução para o problema da burocracia?**
Dr. Bruno Castilho

10:50-11:10h Coffee break

11:10-11:30h **SESSÃO DE ABERTURA**
Enfa. Liliana Marques (Presidente da Comissão Organizadora do CAGEDE)
Dra. Isabel Medeiros (Presidente do NGHD)
Dra. Suzi Coelho (Comissão Organizadora do CAGEDE)
Enf. João Carlos Nunes (Enfermeiro Gestor – ULS Castelo Branco)
Enfa. Maria Fernanda Rodrigues (Enfermeira Gestora – ULS Oeste)
Dr. Vítor Marques (Presidente da CM Caldas da Rainha)

11:30-12:30h **HEPATOLOGIA: O ENFERMEIRO NA EQUIPA INTERDISCIPLINAR**
Moderador: Enf. Válter Teixeira

11:30-11:50h **A equipa de enfermagem numa unidade de ambulatório de Hepatologia**
Enfa. Ariana Moreno

11:50-12:10h **Os avanços da terapia nutricional na pessoa com doença hepática crónica**
Prof. Doutora Diana Teixeira

12:10-12:30h **Cuidados Paliativos ao doente hepático crónico: Dar vida em fim de vida**
Enf. André Duarte

12:30-13:00h **SESSÃO DE POSTERS**
Moderador: Enf. Vitor Matos

13:00-14:00h	Almoço
14:00-15:20h	**GASTRENTEROLOGIA: TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM PERSPETIVA** Moderadora: Enfa. Natércia Maltinha
14:00-14:20h	**A doença inflamatória intestinal na infância e a transição de cuidados para a vida adulta** Enfa. Helena Nascimento
14:20-14:40h	**Ozonoterapia: A evidência no tratamento da pessoa com doença gastrointestinal** Dra. Ana Moreira
14:40-15:00h	**A intervenção do enfermeiro no percurso do utente na Unidade de Técnicas de Gastroenterologia** Enf. Luís Espirito Santo
15:00-15:20h	**A consulta de enfermagem de ostomias de alimentação: A intervenção focada no utente e família** Enfa. Martinha Silveira
15:20-16:00h	**Endiatx – Inaugurando uma nova era de inovação médica através da micro robótica** Dr. Thomas Silva
16:00-16:30h	Coffee break
16:30-17:30h	**QUALIDADE: O FATOR DIFERENCIADOR** Moderador: Enf. Gabriel Alves
16:30-16:50h	**Aspetos ético/legais em Gastrenterologia – Consentimento informado** Enf. Válter Amorim
16:50-17:10h	**Ergonomia e prevenção de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) na unidade de técnicas** Enf. Arménio Cruz
17:10-17:30h	**Protocolo integração de novos elementos numa UTG como facilitador de aprendizagens - Como começar** Enfa. Valerie Faria e Enfa. Raquel Madeira
17:30-18:00h	**QUIZ**
18:00h	**SESSÃO DE ENCERRAMENTO E ENTREGA DE PRÉMIOS** Prémio Melhor Poster AMGEN

Posters

PO 01

INFORMAR OU FORMAR: REPROCESSAMENTO ENDOSCOPICO

Telma Quaresma[1]; Mara Rohrborn[3]; Claúdia Cavaco[2]; Isa Nunes[2]; João André[2]; Susana Ventura[3]

[1] Unidade Local de Saúde do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão; [2]Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro; [3]Hospital Particular do Algarve - Alvor

Introdução: O reprocessamento endoscópico é um processo complexo, composto por uma prossecução de procedimentos minuciosos e específicos, no tratamento e na manutenção dos aparelhos e seus acessórios. Tendo em conta a complexidade deste procedimento é essencial que os enfermeiros detenham conhecimentos, competências e juízo critico para que se possa dotar os assistentesoperacionais. O reprocessamento adequado dos endoscópios e dos acessórios é imprescindível, de forma a promover asegurança dos utentes e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados assistenciais.

Qualquer lapso neste circuito pode resultar em contaminação cruzada e riscos para a saúde do utente.

Objetivos: Apresentar metodologia utilizada para garantir a qualidade e segurança no reprocessamento em endoscopia

Material e métodos: Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade de relato de experiências.

Resultados e Conclusão: O cumprimento minucioso de todas as etapas do reprocessamento endoscópico é fundamental para garantir a segurança do utente e profissionais, prevenir infeçõesassociadas aos cuidados de saúde e preservar a vida útil dos equipamentos. O reprocessamento de endoscópios tem sido alvo derecomendações nacionais e internacionais. Para garantir as condições de segurança e qualidade dos cuidados assistenciais é fundamental cumprir as normas e recomendações de boas práticas, monitorizar o cumprimento das mesmas, realizar formação continua de acordo com as necessidades especificas da Unidade, a fim de promover uma equipa de Assistentes Operacionais treinada e competente. O papel do enfermeiro engloba então a educação, supervisão e promoção de um ambiente seguro e colaborativo.

PO 02

PERITEX – COLOCAÇÃO E DRENAGEM DE UM DISPOSITIVO PERMANENTE DE DRENAGEM ABDOMINAL

Valter Teixeira; Ariana Moreno; Telma Coutinho; Vanessa Gonçalves

ULS Trás os Montes e Alto Douro

Introdução: A doença hepática pode apresentar diferentes manifestações dependendo da etiologia. No entanto, as causas da DHC com maior incidência em Portugal são a alcoólica, a NASH e as infeções víricas. Sendo a cirrose a sétima maior causa mundial de morte nos adultos esta é considerada um problema de saúde pública. As principais complicações associadas à DHC são: encefalopatia hepática, hemorragia gastrointestinal, hipertensão portal, PBE e ascite. A ascite refratária leva à realização de drenagens frequentes e consequentemente ao risco de complicações relacionadas com a realização de paracenteses. Por isso, optou-se por colocar, a doentes paliativos, dispositivos permanentes de drenagem abdominal (Peritex) e realizar as respetivas drenagens com o apoio das famílias, como forma de reduzir os riscos das paracenteses e aumentar a qualidade de vida dos doentes.

Objetivos: Observar e caraterizar a população que colocou Peritex. Avaliar as consequências e os resultados da colocação desses dispositivos.

Métodos: Estudo observacional, transversal. Estudados doentes que colocaram Peritex en-

tre 07/2022 e 10/2023.

Resultados: Foram colocados 10 Peritex e selecionados 8 doentes. Esses doentes apresentam uma média de idade de 71 anos e 88% são do sexo masculino (1 doente do sexo feminino). Em média realizaram 20 paracenteses até à colocação do Peritex (entre 7 e 34 paracenteses) e realizaram em média 19 drenagens (entre 2 e 35 drenagens). A essa data tinham-se registado 3 óbitos. A única intercorrência verificada foi a auto remoção do Peritex por um desses doentes.

As colocações dos Peritex são na sua maioria utilizados de forma paliativa e os doentes são até ao momento da colocação dos dispositivos, submetidos a paracenteses evacuadoras com frequência, o que aumenta o risco de complicações relacionas com as mesmas. Assim tenta-se que o tempo de espera entre a primeira paracentese e a colocação dos dispositivos seja o menor possível. No momento da recolha dos dados a média do número de meses era de 15 meses (entre 7 e 37 meses), que tendencialmente continuará a diminuir de forma a prevenir outras complicações. Dos três óbitos verificados após a colocação dos Peritex, a sobrevida dos doentes foi de 89 dias (entre 21 e 173 dias). Os restantes doentes já têm o dispositivo desde à 2, 3 e 4 meses, sem intercorrências.

Conclusões: Através dos números apresentados e apesar de ser uma amostra ainda reduzida, frente ao número de doentes com DHC com paracenteses refratárias, assumimos que a colocação dos Peritex é um elemento-chave na manutenção da qualidade de vida dos doentes. Estes dispositivos não só evitam a realização de paracenteses, como reduzem o número de vindas ao hospital, o número de complicações e de internamentos. O Peritex representa sem dúvida uma melhoria no conforto dos doentes e na qualidade de cuidados de saúde prestados, pois estes cuidados podem ser realizados no conforto do lar pela própria família.

PO 03

CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC) – DA IMUNOTERAPIA AO TRANSPLANTE – CASO CLINICO

Ariana Moreno; Valter Teixeira; Vanessa Gonçalves; Telma Coutinho
ULS Trás os Montes e Alto Douro

Introdução: O CHC representa 90 % das neoplasias hepáticas primárias, sendo a 6ª mundialmente mais frequente. As opções terapêuticas são direcionadas em função do estádio do CHC, podendo ter dois objetivos: eliminar o tumor (transplante hepático, cirurgia de resseção) ou travar o curso normal da doença (radiofrequência, quimioembolização, terapêutica dirigida e imunoterapia).

A DHC é multivariável, sendo o álcool, drogas, fármacos, hepatites virais crónicas, neoplasias e obesidade as etiologias mais frequentes, podendo qualquer uma potenciar o desenvolvimento do CHC.

Objetivos: Descrever a história clínica de um doente do sexo masculino com 61 anos com diagnóstico de CHC e a sua evolução clínica.

Métodos: Relato de caso de um doente acompanhado entre 05/2019 e 06/2023, através da pesquisa, análise, classificação e colheita de dados – pesquisa descritiva – sendo também considerado um estudo observacional.

Resultados: Doente com diagnóstico de cirrose (5/2019) e CHC (08/2022). Faz TACE e TARF (09/2019) e inicia Sorafenib (10/2019), apresentando em 11/2019 lesões descamativas que agravam. Pára Sorafenib e inicia Levantinib (12/2019), enquanto aguarda autorização para realizar Nivolumab (inicia em 01/2020). Em 09/2021 apresenta lesão na mucosa oral e faz biopsia – sem células tumorais.

Surgem novas lesões hepáticas (mais de quatro), o que não permite realizar resseção cirúrgica (12/2022). Assim, pára tratamento com Nivolumab (78 tratamentos) e inicia Levantinib, sendo avaliado por equipa de transplantação.

Realiza em 02/2023 biopsia axilar/tórax/mama por adenomegalia axilar e realiza em 03/2023 excisão ganglionar. Após resultado de biópsias, vai à primeira consulta pré-transplante. Em 06/2023 realizado transplante hepático com sucesso.

Desde o diagnóstico de CHC até ao transplante passaram-se quatro anos, sendo a sobrevida média após diagnóstico de dois anos. Durante esse tempo o doente realizou terapêuticas dirigidas e imunoterapia, que juntamente com outras intervenções permitiu desacelerar a progressão da doença. Assim é necessário compreender que os vários procedimentos efetuados, assim como as terapêuticas instituídas tiveram de facto um papel importante no tratamento do CHC.

Conclusões: Observar o doente holísticamente, ser presente na sua doença, realizar ensinos ao doente e família eficazmente, permite que o doente esteja envolvido na sua doença e no tratamento, contribuindo para a observação precoce de alguma intercorrência, para que os profissionais de saúde possam atuar atempadamente.

Com este caso consegue provar-se que existe um caminho que pode ser trilhado após o diagnóstico do CHC, que envolve uma equipa multidisciplinar, com grande capacidade de tratar os problemas sinalizados, de uma forma célere, sendo a visão holística a palavra chave para os doentes poderem chegar ao momento da transplantação hepática e de esta ser realizada com sucesso.

PO 04

SATISFAÇÃO DO UTENTE/CUIDADOR COM A CONSULTA DE ENFERMAGEM AO UTENTE COM OSTOMIA DE ALIMENTAÇÃO

Tatiana Morais; Ana Mafalda Mantas; Sara Martins; Francisco Miguel; Paula Saraiva
Hospital Beatriz Ângelo

A satisfação dos utentes é um importante indicador na melhoria dos cuidados prestados, e, consequentemente, na qualidade dos serviços de saúde, sendo fundamentais enquanto medidas de resultado. Todavia, o conceito de satisfação com cuidados de saúde é difícil de operacionalizar, pois é um conceito multidimensional que engloba aspetos individuais, experiências prévias, expectativas, dimensões como a acessibilidade, organização e interação utente/profissional.

Estudar a Satisfação do utente/cuidador na Consulta de Enfermagem à pessoa com ostomia de alimentação, incorpora a perspetiva que os utentes são os elementos principais dos sistemas de saúde e que as necessidades e expectativas dos mesmos devem ser compreendidas, de modo a alcançar a excelência dos cuidados prestados.

Os objetivos são: 1. Apresentar dados obtidos no questionário aplicado; 2. Conhecer o grau de satisfação do utente/cuidador com a consulta de ostomia de alimentação

Foram aplicados questionários em suporte papel, fornecido ao utente e, na impossibilidade do próprio responder, ao familiar/cuidador/funcionário da instituição, de forma totalmente anónima. Os resultados obtidos foram introduzidos e trabalhados em plataforma Google Forms®.

Atualmente, obteve-se uma amostra de 24 respostas de utentes/cuidadores, num universo de 100 utentes seguidos na consulta de enfermagem de ostomia de alimentação (24%). O projeto ainda se encontra em curso. As questões abordadas estão relacionadas

com a acessibilidade (acessibilidade à equipa de enfermagem, facilidade de agendamento de consultas, retorno de chamadas, retorno de e-mail), qualidade das instalações (sala de espera, ambiente físico, higiene e limpeza), equipa de enfermagem (tempo de espera para as consultas, apresentação da equipa, proximidade, informação fornecida, ensinos efetuados, correção de erros, promoção da autonomia, conhecimentos demonstrados); aspetos abordados na consulta (pele, estoma, dispositivos, complicações).

De uma forma global, os utentes e seus familiares/cuidadores encontra-se Muito Satisfeitos com a consulta de enfermagem. Aproximadamente 69,6% considera Muito Importante ser seguido na consulta de enfermagem, sendo que 70,8% consideram a consulta Excelente e 16,7% Muito Boa.

O grau de Satisfação do utente/cuidador vem evidenciar a importância que a consulta de Enfermagem tem para os mesmos. Salientando a relevância de um enfermeiro expert¸ com formação específica, assim como uma equipa dedicada, na uniformização e qualidade dos cuidados. Como projeto de melhoria, implementar a consultar prévia à colocação de dispositivos de alimentação.

PO 05

PLANO DE INTEGRAÇÃO PARA ENFERMEIROS NA UNIDADE DE ENDOSCOPIA: IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO CLÍNICA

Marisa Morais; Daniel Tavares; Francisco Miguel; Mafalda Mantas
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Na última década deparamo-nos com o avanço científico e tecnológico na área da endoscopia digestiva, são realizados cada vez mais procedimentos invasivos e de elevada complexidade, impondo-se aos enfermeiros competências práticas e saberes diferenciados. Deste modo, para que os profissionais adquiram os saberes necessários ao desenvolvimento das competências específicas, para as funções a desempenhar, emerge a necessidade da implementação de um Plano de Integração devidamente estruturado, onde o papel da supervisão clínica invoca a sua importância.

A supervisão clínica em enfermagem é definida como sendo "(...) um processo dinâmico sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e o supervisionado, com o objetivo e estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas." (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

O Plano de Integração concede ao enfermeiro a oportunidade de conhecer as dinâmicas do serviço, bem como desenvolver novas competências para a prestação de cuidados de enfermagem, tornando-se um momento privilegiado de partilha de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas.

Objetivos: Apresentar o Plano de Integração de Enfermeiros na Unidade de Gastrenterologia de um hospital Distrital.

Material e Métodos: Método de projeto

Resultados: Ao momento encontra-se na fase de execução, com a implementação do Plano de Integração.

Conclusão: Dada a especificidade dos procedimentos técnicos em gastroenterologia, é crucial o contributo da supervisão clínica em enfermagem no processo de integração de enfermeiros.

Assim, a elaboração de um Plano de Integração adequado à equipa de enfermagem, que realiza exames endoscópicos eletivos na área da gastroenterologia, permite estruturar a integração de novos elementos, como a planificação e definição de objetivos a alcançar.

Desta forma, o Plano de Integração beneficia o supervisor e supervisado, contribuindo para o sucesso desta díade, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências. Reconhecendo e validando

um conjunto habilidades e atitudes em inúmeros domínios de intervenção, assim como a formação, experiência ou qualificação.

PO 06

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HEPATOLOGIA

Alexandra Silva; Ana Amaral; Andreia Rodrigues; Patrícia Calhau
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A doença hepática crónica carateriza-se por uma deterioração progressiva das funções hepáticas por um período superior a 6 meses. É um processo contínuo de inflamação, destruição e regeneração do parênquima do fígado, que desencadeia a fibrose e a cirrose.

A cirrose é a consequência mais grave da lesão hepática crónica e é de etiologia multivariada: hepatites virais (B e C), obesidade, doença hepática gordurosa não alcoólica, doenças autoimunes ou colestáticas e de armazenamento (acumulação de ferro ou cobre). Pode ter duas fases: compensada (ausência de sintomas) e descompensada (encefalopatia, ascite, carcinoma hepatocelular, entre outros).

A intervenção do enfermeiro é fundamental para a motivação da pessoa com doença crónica no desenvolvimento de competências que promovam a sua autonomia e adesão ao regime terapêutico. Neste sentido, foi criada em junho de 2023 a Consulta de Enfermagem de Hepatologia num hospital da área metropolitana de Lisboa. Na consulta são realizados ensinos direcionados às necessidades individuais da pessoa/cuidador e o encaminhamento, se necessário, para a restante equipa multidisciplinar.

Objetivos: apresentar a estrutura da consulta de enfermagem de hepatologia.

Material e métodos: análise descritiva dos dados do primeiro ano de implementação da consulta: número de utentes acompanhados, etiologia, taxa de adesão à consulta, percentagem de utentes com Plano Nacional de Vacinação atualizado.

Resultados e conclusões: A consulta de enfermagem de hepatologia tem uma elevada taxa de adesão. Apresenta-se como um momento privilegiado para o empowerment do utente e do cuidador na gestão do seu regime terapêutico, no despiste precoce de descompensação da doença e na melhoria da sua qualidade de vida.

PO 07

SISTEMA DE GUIA CURTO *VS* SISTEMA DE GUIA LONGO NA CPRE – A REALIDADE DE UM HOSPITAL CENTRAL

Alexandra Dias; Joana Melo; Ricardo Vale Martins; Susana Couto; Diana Ribeiro; Ana Helena Monteiro
Hospital de Braga

Introdução: O fio-guia é um dispositivo médico essencial para a realização da CPRE, sendo indispensável para a progressão de dispositivos como esfincterótomos, balões de extração e próteses.

Na CPRE, os sistemas de guia curto e longo correspondem aos diferentes tipos de fio-guia utilizados para o posicionamento e direcionamento de instrumentos no ducto biliar ou pancreático. Cada sistema apresenta particularidades em termos de técnica, eficiência, segurança e conforto durante o procedimento. Desde maio de 2018, o Hospital X adota o sistema de guia curto como material de primeira escolha na realização de CPRE, em virtude da sua capacidade de proporcionar uma troca mais rápida de instrumentos, uma manipulação mais simples e uma menor exposição à radiação. O sistema de guia longo é utilizado em situações tecnicamente mais complexas como a colangioscopia e nos procedimentos tecnicamente difíceis quando o uso do sistema de guia curto não foi eficaz.

Objetivos:

1. Identificar quais as vantagens e os de-

safios na utilização dos sistemas de guia curto e guia longo;
2. Comparar os consumos do sistema de guia curto vs guia longo dos últimos 8 anos;
3. Determinar quais as patologias mais comuns para a realização de CPRE, de janeiro de 2024 a Agosto de 2024.
4. Determinar qual a patologia/situação tecnicamente mais complexa que justifica o uso do sistema guia longo, de janeiro de 2024 a Agosto de 2024.

Material e métodos:

- Revisão da literatura: Analisar artigos científicos e estudos de caso que discutam as vantagens e desvantagens dos sistemas de guia curto e longo, com a aplicação da análise SWOT: Aplicar essa metodologia para avaliar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças de ambos os sistemas na prática clínica.
- Análise dos consumos do sistema guia curto e guia longo desde 2017 até Agosto de 2024.

Resultados e conclusões:

Independentemente da patologia e indicação para realização de CPRE, após a introdução do Sistema de Guia Curto no Hospital X em 2018, percebemos que a equipa reconheceu a mais-valia de Sistema de Guio Curto e preferiu-o, à utilização do Sistema de Guia Longo, salvo em casos específicos (Colangioscopia e casos complexos).

Foram usados 151 sistemas de guia curto, e as patologias mais frequentemente encontradas incluíram: Litíase representando 41% dos casos, Cancro pancreático, responsável por 14% dos casos e Colangiocarcinoma, compreendendo 12% dos casos.

O consumo do sistema do guia longo prevaleceu: nos 20 casos de cancro pancreático, 30% foi usado o sistema de guia longo; Nos 18 casos de colangiocarcinoma, 23% foi usado o sistema de guia longo; Nos 60 casos de litíase 5% usaram o sistema de guia longo.

ORGANIZAÇÃO

NGHD
Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais

CAGEDE NGHD

APOIO CIENTÍFICO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE OESTE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE CASTELO BRANCO

APOIOS

AMGEN

Aldeia Rural MERCEARIA

Atelier do Doce

Begónia

BiopSafe
CARDIOLINK PORTUGAL Tecnologia Médica Inovadora

CALDAS DA RAINHA Câmara Municipal

CALDAS DA RAINHA TURISMO

MEL APICULTURA

Câmara Municipal CASTELO BRANCO

FARMÁCIA TORNADA

Flor do Vale

FRESENIUS KABI

FRUTALVOR

Ginja de Óbidos Oppidum

Made in Portugal

NORGINE

NUTRICIA

Óbidos MUNICÍPIO

Restaurante Paraíso do Coto

Rafael COLEÇÕES

TERMAS DAS CALDAS DA RAINHA

Vários Sabores PRODUTOS ALIMENTARES

SECRETARIADO

ad médic+
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
+351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)
elsa.sousa@admedic.pt
www.admedic.pt