

APP Medicação e Acompanhamento da Saúde : telas de atividades pedagógicas

Idealização: Professora Maraísa Helena Borges Estevão Pereira

Módulos

1. Configurações (realizado pelo responsável ou profissional)

- Perfil do usuário – CADASTRO (Perfil pessoal, dados do Cuidador, dados do Profissional de saúde)
- Cadastro da receita
- Cadastro dos medicamentos
- Agendamento de consultas
- Agendamento de exames
- Agendamento de vacinas

2. Atividades Pedagógicas Interativas

- Cuidados e riscos com automedicação
- Uso de pomada
- Uso de comprimido/drágea/cápsula
- Uso de injeção
- Uso de conta gotas
- Uso copinho de dosagem
- Uso de colírio
- Uso inalador
- Uso Nebulizador
- Uso spray nasal
- Temperatura térmica do corpo
- Pressão arterial
- Consulta médica

3. Relatório Histórico Informativo

Tela de Apresentação do Aplicativo



Vídeo de Introdução

MÓDULO 1: TELAS PARA CONFIGURAÇÕES PREENCHIMENTOS PELOS RESPONSÁVEIS OU PROFISSIONAIS

- Perfil do usuário – CADASTRO (Perfil pessoal, dados do Cuidador, dados do Profissional de saúde)
- Cadastro da receita
- Cadastro dos medicamentos
- Agendamento de consultas
- Agendamento de exames
- Agendamento de vacinas

Vídeo orientativo sobre o preenchimento do cadastro pessoal




Vídeo CADASTRO INICIAL

MÓDULO 1: Perfil do usuário – cadastro pessoal e anamnese básica informativa (preenchimento pelo responsável do usuário)

FOTO
INSERIR

INSERIR
DADOS
PESSOAIS E
INFORMAÇÕES

1. Adicionar foto
2. Dados Pessoais: Nome completo, idade(data de nascimento, peso, altura, tipo sanguíneo),
3. Diagnóstico atual (marcar X: deficiência intelectual, deficiência física, deficiência visual, deficiência auditiva, deficiência múltipla, transtorno do espectro autista, surdo-cegueira, altas habilidades/superdotação)
4. Endereço residencial, Telefone, E-mail
5. Responsáveis (mãe, pai, outro, telefones)
4. Plano de saúde (qual? Dados de emergência médica/hospital/ médico/contato
5. Peso, altura, tipo sanguíneo, alergias, cirurgias, convulsões, vacinas
6. Uso contínuo de medicamentos (qual/quais/dosagem)
7. Doença existentes e outras (marcar X: Anemia, Hérnia, Hipertensão, Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, Câncer (especificar) , Doenças cardiovasculares, Arritmia, Infarto, Insuficiência cardíaca, Sopro no coração, Cardiomiopatia, angina, endocardite, Hipertensão, Doença respiratória, depressão, ansiedade, hiperatividade, outro)
8. Outras informações



MEU NOME É PEDRO SILVA. TENHO 26 ANOS, 68 KGS, 1,56 CM, MEU TIPO SANGÜÍNEO É A NEGATIVO. TENHO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DOWN, DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.

MEU ENDEREÇO É SQN 114—BLOCO H APARTAMENTO 201, ASA NORTE, BRASÍLIA/DF. MEU TELEFONE É 61 99311-2456. MEU EMAIL É PEDROSILVA@GMAIL.COM.

MEUS RESPONSÁVEIS SÃO MEUS PAIS MARIA SILVA E ANTONIO SILVA. OS TELEFONES DELES SÃO 61 992 E 61 9945-3344

MEU PLANO DE SAÚDE É AMIL EMPRESARIAL. MEU MÉDICO É DOUTOR ANTONIO GUIMARÃES. ELE ATENDE NO HOSPITAL BRASÍLIA, LAGO SUL, TELEFONE 61 9945-3355

TENHO ALERGIA A DIPIRONA E PÊLO DE GATO. TENHO CONVULSÃO.

TOMEI VACINAS DA COVID TERCEIRA DOSE, HEPATITE, SARAMPO, RUBÉOLA, GRIPE INFLUENZA.

USO OS MEDICAMENTOS: DIAMOX 250 MG, 1 COMPRIMIDO POR DIA; BUPROPIONA 500MG, 1 COMPRIMIDO POR DIA.

TENHO DEPRESSÃO, ANSIEDADE, DIABETES TIPO 1, CARDIOMIOPATIA.

FIZ CIRURGIA CARDIACA QUANDO TINHA 6 MESES DE IDADE. TIVE CANCER DE PELE.

OBSERVAÇÕES:

1. LETRA CAIXA ALTA NO TEXTO
2. Formato do texto conforme a sequência do preenchimento dos dados;
3. Espaçamento entre os parágrafos;
4. Espaçamento utilizando vírgulas conforme os dados de cada tópico;
5. No tópico “outras informações” deixar espaço de 5 linhas para completar com demais dados que a família julgar necessário;
6. No tópico sobre medicamento, considerar informações sobre dosagem, nome do remédio e posologia.

Módulo 1: Perfil do usuário – cuidador

FOTO
INSERIR
(opcional)

INSERIR DADOS
PESSOAIS E
INFORMAÇÕES



MEU NOME É ANTONIO SILVA. SOU PAI E RESPONSÁVEL DO PEDRO SILVA.

MEU ENDEREÇO É SQN 114 BLOCO H APARTAMENTO 201, ASA NORTE, BRASÍLIA/DF. MEU TELEFONE É 61 99311-2456. MEU EMAIL É ANTONIO@GMAIL.COM.

OBSERVAÇÕES:

1. LETRA CAIXA ALTA NO TEXTO
2. Formato do texto conforme a sequência do preenchimento dos dados;
3. Espaçamento entre os parágrafos;
4. Espaçamento utilizando vírgulas conforme os dados de cada tópico;
5. No tópico “outras informações” deixar espaço de 5 linhas para completar com demais dados que a família julgar necessário;
6. Permitir o cadastro de até 4 cuidadores

DADOS INFORMATIVOS:

1. Nome completo, grau de parentesco,
2. Responsável pelo usuário? ()sim ()não
3. profissional cuidador (sim/não)
4. Endereço, telefone, email
5. Outras informações que deseja acrescentar

Módulo 1: Perfil do usuário – profissional de saúde

FOTO
INSERIR
(opcional)

INSERIR DADOS
INFORMAÇÕES



MEU NOME É MARIA PEREIRA. SOU PSICÓLOGA DO PEDRO SILVA.

MEU ENDEREÇO PROFISSIONAL É CLÍNICA AMAB, ASA NORTE,
BRASÍLIA/DF. MEU TELEFONE É 61 99311-2456. MEU EMAIL É
MARIAPEREIRA@GMAIL.COM.

OBSERVAÇÕES:

1. LETRA CAIXA ALTA NO TEXTO
2. Formato do texto conforme a sequência do preenchimento dos dados;
3. Espaçamento entre os parágrafos;
4. Espaçamento utilizando vírgulas conforme os dados de cada tópico;
5. No tópico “outras informações” deixar espaço de 5 linhas para completar com demais dados que a família julgar necessário;
6. Permitir o cadastro de até 10 profissionais

DADOS INFORMATIVOS:

1. Nome completo, especialidade profissional
2. Endereço, telefone, email
3. Outras informações que deseja acrescentar

Módulo 1: Configuração da receita (preenchimento pelo responsável ou profissional)

Vídeo orientativo

Uso: ☐ interno ☐ externo

Nome do remédio:

Tomar quantos comprimidos/drágeas/cápsulas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Usar por quanto tempo

☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias

☐ uma semana ☐ um mês ☐ dois meses ☐ tempo indeterminado

Data início do remédio

Data final do remédio

Em qual horário

☐ de 8 em 8 horas

☐ de 6 em 6 horas

☐ de 12 em 12 horas

☐ de 24 em 24 horas (uma vez ao dia)

☐ duas vezes ao dia

☐ três vezes ao dia

☐ outro _____ deixar opção para escrever

Recomendação médica

☐ para aliviar enjoo

☐ para aliviar a dor

☐ em caso de dor

☐ em caso de febre

☐ outro _____ deixar opção para escrever

Módulo 1: Agendamento de Consulta (preenchimento pelo responsável ou profissional)

Foto do
profissional
opcional

Data: dia número, dia da semana, mês, ano

Horário

Local (nome da clínica, hospital)

Endereço

Especialidade

Nome do profissional de saúde

Tipo de consulta ()primeira vez ()de rotina ()emergência

ESPECIALIDADES:

- angiologia,
- cardiologia,
- clínico geral,
- dermatologia,
- endocrinologia,
- fisioterapia
- fonoaudiologia,
- geriatria,
- gerontologia,
- ginecologia,
- hematologia,
- nefrologia,
- neurologia,
- nutrição,
- odontologia,
- oftalmologia,
- oncologia,
- ortopedia,
- podologia,
- Proctologia,
- psicologia,
- psiquiatria,
- reumatologia,
- terapia ocupacional,
- urologia,
- Outro _____escrever qual

Módulo 1: Agendamento de Exame (preenchimento pelo responsável ou profissional)

Foto do
profissional
opcional

Data: dia número, dia da semana, mês, ano

Horário

Local (nome da clínica, hospital)

Endereço

Especialidade

Nome do exame

Preparação prévia ()sim ()não qual? _____

TIPOS DE EXAMES: (MARCAR x)

Hemograma

Colesterol

Triglicerídeo

Ureia

Creatinina

Papanicolau

Exames de urina

Exames de fezes

Glicemia

Transaminases (ALT e AST)

Transaminases (TGP e TGO)

TSH

T4 livre

Perfil lipídico

Vitamina D, PTH e cálcio

Glicemia de jejum

PSA

Sangue oculto nas fezes

Dosagem de vitamina B12 e ácido fólico

Mamografia

Radiografia de tórax

Radiologia geral _____ qual?

Ultrassom _____ qual?

Colonoscopia

Densitometria óssea

Ressonância Magnética

Tomografia computadorizada

PET SCAN

Outro _____ qual? Escrever

Módulo 1: Agendamento de Vacinas (preenchimento pelo responsável ou profissional)

Data: dia número, dia da semana, mês, ano
Horário
Local (nome da clínica, laboratório, posto de saúde)
Endereço

Nome da vacina

TIPOS DE VACINAS: (MARCAR x)

Vacina contra gripe (influenza) — trivalente ou quadrivalente
Vacinas pneumocócicas conjugadas
Vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente — VPP23
Vacina dupla bacteriana do tipo adulto — dT
Vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto — dTpa
Vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto com poliomielite — dTpa-VIP
Vacina contra hepatite A
Vacina contra hepatite B
Vacina combinada contra hepatites A e B
Vacina contra febre amarela — FA
Vacina meningocócica conjugada quadrivalente — ACWY
Vacina meningocócica C conjugada
Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) — SCR
Vacina COVID

BCG
Dengue
Febre amarela
Herpes zoster
Rotavírus
Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela)
Varicela
Dupla do tipo adulto (difteria e tétano)
Hepatite A e combinações
Hepatite B e combinações
Raiva
HPV

Outro _____ qual? Escrever

Módulo 1: Configuração de medicamentos – CADASTRAR (preenchimento feito pelo responsável ou profissional)

VÍDEO
ORIENTATIVO

FOTO DO
MEDICAMENTO
INSERIR

Ícone do tipo de
medicamento para
marcar X

NOME DO MEDICAMENTO
DIGITAR

HORÁRIO (colocar hora fechada e meia hora, para marcar X)
DIAS DA SEMANA (considerar de segunda a domingo, para marcar X)
DOSAGEM (considerar 1 colher de café, 1 colher de sopa, 1 a 3 comprimidos/cápsulas/drágeas, número de gotas, copinho de xarope, spray, para marcar X)

OBSERVAÇÕES:

1. vídeo orientativo de como realizar o cadastro dos medicamentos
2. Adicionar foto do medicamento e nome em letra CAIXA ALTA
3. Ícone representativo para marcar X (comprimido, cápsula, seringa, copo, tubo de pomada, inalador, conta gotas, supositório, colírio, colher café, colher sopa, spray). ICONES COM IMAGENS REAIS
4. Estes cadastro do medicamento irá gerar a função do ALARME informando o horário e dosagem do medicamento a ser ministrado
5. Poderá cadastrar quantidades suficientes dos tipos de medicamentos, conforme a necessidade

MÓDULO 2:

ATIVIDADES PEDAGÓGICAS INTERATIVAS

REALIZAÇÃO PELO USUÁRIO COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

- Cuidados e riscos com automedicação
- Uso de pomada
- Uso de comprimido/drágea/cápsula
- Uso de injeção
- Uso de conta gotas
- Uso copinho de dosagem
- Uso de colírio
- Uso inalador
- Uso Nebulizador
- Uso spray nasal
- Temperatura térmica do corpo
- Pressão arterial
- Consulta Médica
- Uso do ALARME – LEMBRETE DE AGENDA E USO DE MEDICAÇÃO

Tela de ambientação – “conta gotas”

Vídeo orientativo

Atividade:

1. TOQUE NO CONTA GOTAS PARA ENCHER COM O REMÉDIO.
2. ARRASTE O CONTA GOTAS PARA O COPO.
3. PINGUE AS GOTAS DO REMÉDIO NO COPO.
(aparece uma a uma caindo no copo e fazendo o som)



Módulo 2: Cuidados e riscos com automedicação

Vídeo orientativo

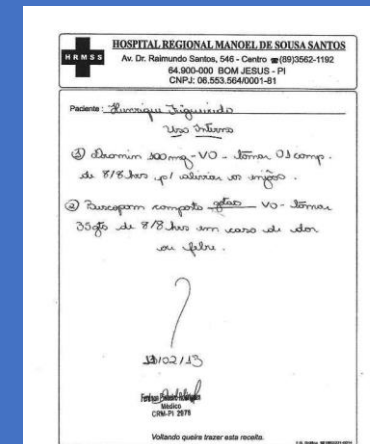


Duas Atividades em sequência: médico e receita para a farmácia

1. Atividade 1: QUEM PODE RECEITAR REMÉDIO PARA VOCÊ? TOQUE NA IMAGEM DA PESSOA (aparecem três imagens: médico, criança e idosa. Deverá tocar na imagem do médico. Considerar 2 vezes até acertar a resposta correta, caso não ocorra o app aponta a correta dando pista)
2. Vídeo motivacional
3. TOQUE NA RECEITA MÉDICA. ARRASTE A RECEITA MÉDICA ATÉ A FARMÁCIA
4. Vídeo motivacional

OBSERVAÇÃO:

Fazer fotos do Tônico e Lia Luiza (síndromes de down) segurando a receita médica e levando na farmácia



Atividade pedagógica – uso de medicamento: comprimido, drágea, cápsula



Vídeo orientativo

Atividade:

1. VAMOS TOMAR COMPRIMIDO.
2. TOQUE NA EMBALAGEM
3. ARRASTE O COMPRIMIDO PARA LÍNGUA (aqui o produto saindo da embalagem e mostrar a língua estirada para fora. Desaparece a imagem anterior da embalagem)
4. TOQUE NO COPO DE ÁGUA E ARRASTE PARA BEBER.
5. ENGULA O COMPRIMIDO (mostrar imagem ingerindo a água)
6. Vídeo motivacional

OBSERVAÇÃO:

Replicar essa mesma atividade com outros formatos para drágea e cápsula
Fazer fotos do Tônico e Lia Luiza (síndromes de down) tomando comprimido



Atividade pedagógica – uso de medicamento: pomada

Vídeo orientativo

Atividade:

1. VAMOS PASSAR A POMADA NA PELE.
2. TOQUE NA POMADA (aqui a pomada aberta, mas sem sair o produto)
3. ARRASTE A POMADA PARA A PONTA DO DEDO (aqui o produto saindo da embalagem. Considerar a quantidade somente até a primeira “linha” do dedo)
4. COLOQUE A POMADA NA PELE (arrastar a pomada até a pele machucada)
5. ESPALHE A POMADA NA PELE (fazer movimentos de arrastar na região do machucado)
6. Vídeo motivacional

OBSERVAÇÃO:

Fazer fotos do Tônico e Lia Luiza (síndromes de down) passando a pomada



Atividade pedagógica – uso de medicamento: copinho com dosagem

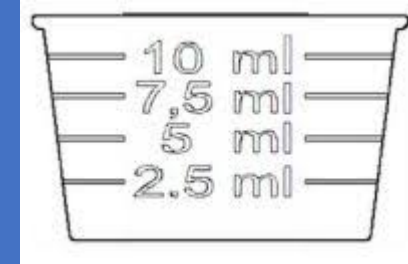
Vídeo orientativo

Atividade:

1. VAMOS TOMAR 2.5 ml DE REMÉDIO (aparece somente a imagem do frasco do remédio, copinho vazio)
2. TOQUE NO FRASCO DO REMÉDIO (aqui o líquido saindo da embalagem e caindo no copinho até a dosagem indicada. Replicar esta lição para as demais dosagens: 5ml, 7,5ml, 10ml)
3. ARRASTE O COPINHO PARA A BOCA. BEBA O REMÉDIO (aparece somente a imagem do copinho e a boca)
4. Vídeo motivacional

OBSERVAÇÃO:

Fazer fotos do Tônico e Lia Luiza (síndromes de down) tomando o remédio



Atividade pedagógica – uso de medicamento: gotas

Vídeo orientativo

Atividade:

1. VAMOS CONTAR 10 GOTAS DE REMÉDIO (aparece somente a imagem do frasco do remédio, colher e número zero)
2. TOQUE NO FRASCO DO REMÉDIO (aqui o produto saindo da embalagem gota a gota e caindo na colher. Vai aparecendo o número ao lado)
3. ARRASTE A COLHER PARA A BOCA. BEBA O REMÉDIO (após a contagem de 10 gotas, aparece somente a imagem da colher e a boca)
4. Vídeo motivacional

OBSERVAÇÃO:

Fazer fotos do Tônico e Lia Luiza (síndromes de down) tomando o remédio



Atividade pedagógica – uso de medicamento: injeção

Vídeo orientativo

Atividade:

1. VAMOS TOMAR INJEÇÃO (aparece somente a imagem da seringa já com o medicamento)
2. TOQUE NA SERINGA
3. ARRASTE A SERINGA ATÉ O BRAÇO
4. Vídeo motivacional

OBSERVAÇÃO:

Fazer fotos do Tonico e Lia Luiza (síndromes de down) tomando injeção



Atividade pedagógica – uso de medicamento: inalador

Vídeo orientativo

Atividade:

1. VAMOS FAZER INALAÇÃO (aparece somente a imagem do inalador já com o medicamento)
2. TOQUE NO INALADOR
3. ARRASTE O INALADOR ATÉ A BOCA
4. TOQUE 1 VEZ PARA INALAR O REMÉDIO (aqui liberar o som de jato 1 vez. Aparece o número 1 ao lado)
5. Vídeo motivacional

OBSERVAÇÃO:

Fazer fotos do Tonico e Lia Luiza (síndromes de down) fazendo uso do inalador



Atividade pedagógica – uso de medicamento: nebulização

Vídeo orientativo

Atividade:

1. VAMOS FAZER NEBULIZAÇÃO (aparece somente a imagem do inalador já com o medicamento)
2. TOQUE NA MÁSCARA DO INALADOR
3. ARRASTE A MÁSCARA PARA COBRIR A BOCA E O NARIZ
4. TOQUE PARA INALAR O REMÉDIO (aqui liberar o som do inalador e efeito da fumaça saindo)
5. Vídeo motivacional

OBSERVAÇÃO:

Fazer fotos do Tônico e Lia Luiza (síndromes de down) fazendo uso do aparelho inalador



Atividade pedagógica – uso de medicamento: spray

Vídeo orientativo

Atividade:

1. VAMOS COLOCAR SPRAY NO NARIZ (aparece somente a imagem do frasco já com o medicamento)
2. TOQUE NO FRASCO DO SPRAY E VEJA A POSIÇÃO CORRETA PARA USAR O MEDICAMENTO (aparece somente a foto da mão com o frasco)
3. ARRASTE O SPRAY ATÉ O NARIZ
4. TOQUE NO SPRAY PARA INALAR O REMÉDIO (aqui liberar o som de um jato)
5. Vídeo motivacional

OBSERVAÇÃO:

Fazer fotos do Tônico e Lia Luiza (síndromes de down) fazendo uso do spray



Atividade pedagógica – uso de medicamento: colírio

Vídeo orientativo

Atividade:

1. VAMOS PINGAR COLÍRIO NOS OLHOS (aparece somente a imagem do frasco já com o medicamento)
2. TOQUE NO COLÍRIO
3. ARRASTE O COLÍRIO ATÉ FICAR PRÓXIMO DO OLHO (o app bloqueia área para não deixar encostar no olho)
4. TOQUE NO COLÍRIO PARA LIBERAR 2 GOTAS (Aparece o número ao lado e as gotas caindo no olho)
5. Vídeo motivacional

OBSERVAÇÃO:

Fazer fotos do Tônico e Lia Luiza (síndromes de down) fazendo uso do colírio



2