

PARECER N.º 248 / 2010	
	ASSUNTO: AVALIAÇÃO DA VISÃO E DA AUDIÇÃO
O CE adopta na íntegra o Parecer nº 22 / 2009 / CEESIP	

1. A questão colocada

«...tenho sido desde há muito tempo questionada sobre quem faz o rastreio da visão, audição.»

2. Fundamentação

2.1. Enquadramento do exercício profissional

A clarificação do espaço de intervenção de Enfermagem, no âmbito dos cuidados de saúde, tem por base um quadro de referência orientador do exercício profissional dos enfermeiros em qualquer contexto de acção e que está assente nos seguintes pilares: o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Para além destes documentos constitutivos do quadro de referência, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) constitui-se como um documento essencial para a prática do exercício profissional de Enfermagem, porque salvaguarda, no essencial, os aspectos que permitem a cada enfermeiro fundamentar a sua intervenção enquanto profissional de saúde, com autonomia (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

Todas as profissões da saúde se preocupam com as questões éticas e com o quadro deontológico do respectivo exercício profissional, centradas sobretudo no utente dos cuidados. É cada vez mais claro que a prestação de cuidados de saúde globais está aquém da capacidade de uma profissão, exigindo-se uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional (...), respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma.

Os limites das competências dos profissionais são, em determinadas circunstâncias, ténues, havendo territórios «cinzentos» em que não está assim tão claro a quem compete fazer o quê. Não parece que a resolução passe por estabelecer uma hierarquia assente no poder formal, mas na hierarquia técnica, na complementaridade e solidariedade, onde a tomada de decisão, no melhor interesse e benefício do cliente, é tomada por quem, em determinado momento, está melhor preparado para intervir. Os deveres e as responsabilidades dos profissionais centram-se na garantia dos direitos da pessoa assistida, com respeito pela dignidade do colega da equipa multiprofissional, numa assumpção partilhada de responsabilidades e riscos (Nunes et al, 2005: 152-155).

Da deontologia profissional, deveres em geral, o enfermeiro deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem. Do Código Deontológico do Enfermeiro, dos deveres deontológicos em geral, o enfermeiro deve «responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica (...)» (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril).

Assim, cabe ao enfermeiro «exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem» (CE, 2003).

Acresce que, de entre as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, definiu-se que o enfermeiro: «participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação» (35); «responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e / ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência» (64); «aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes» (734); «estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa» (74); «contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração» (75); «assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências» (92); «actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua» (93); «aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde (96) (OE, 2003).

2.2. Fundamentação específica

Ao longo do ciclo de vida, a vigilância da saúde das crianças e dos jovens está bem definida nas orientações técnicas emanadas no Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (PSIJ). De entre as linhas mestras a que o PSIJ obedece, encontramos a calendarização das consultas para «idades-chave» e a detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correcção que possam afectar negativamente a saúde da criança, que incluem as perturbações da visão e audição (2005).

O PSIJ não dá orientações sobre o método / métodos a adoptar nos rastreios da visão e audição, explicita apenas que na criança dos 5-6 anos, pertencente a grupos de risco, o método a usar é o audiograma.

No Plano Nacional de Saúde de 2004 – 2010 encontramos, nos Indicadores e Metas: Cobertura da monitorização do estado de saúde, que a percentagem de alunos que no início da escolaridade obrigatória realizaram Exame de Saúde Global (EGS) variou entre 73% e 76% nos últimos anos lectivos, em Portugal Continental. Estes valores do indicador ainda se encontram afastados da meta para 2010: 90% dos alunos de 6 anos com o estado de saúde avaliado. Quanto à percentagem de alunos de 13 anos que realizaram EGS, em 2006 / 2007 era de 38%, valor que ainda se encontra muito afastado da meta de 75% para 2010.

De acordo com as orientações do PSIJ (2005), é nas consultas das «idades-chave» dos 5-6 anos e 11-13 anos que está definido o EGS, fazendo parte do seu conteúdo aos 5-6 anos a avaliação da visão e audição e aos 11-13 anos apenas o rastreio da visão, embora no Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2006), o rastreio da audição também faça parte do EGS dos 11-13 anos.

Encontra-se também expresso no PSIJ que « (...) as carências e assimetrias de distribuição de profissionais em Cuidados de Saúde Primários manifestam-se na diversidade de recursos humanos afectos ao desempenho destas actividades» e que «(...) o fundamental é que elas sejam realizadas por profissionais disponíveis, motivados e competentes (...)». Do mesmo documento consta que compete aos profissionais envolvidos na assistência de saúde da criança a realização do exame de saúde, o preenchimento da Ficha de Ligação com a Saúde Escolar e o seu envio para a equipa de Saúde Escolar do centro de saúde (PSIJ, 2005).

Outro referencial técnico-normativo do sistema de saúde é o PNSE para a área da Saúde Escolar, consubstanciando-se num conjunto de estratégias ou **Agenda de Saúde Escolar**, baseada nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevaletentes na população juvenil.

As estratégias do PNSE inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos: a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. Uma das finalidades do PNSE é «promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa», sendo que «os técnicos das equipas de Saúde Escolar são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no

desafio da saúde positiva para todos» e «a equipa nuclear de Saúde Escolar deverá ser composta por médico e enfermeiro» (Despacho n.º 12.045/2006, 2.ª série).

Uma das quatro prioridades da **Agenda da Saúde Escolar** é **A saúde individual e colectiva**, e de entre as actividades dirigidas à intervenção nesta área encontra-se **Monitorizar a realização do Exame Global de Saúde** nas idades-chave, definidas pelo Programa-tipo de Saúde Infantil e Juvenil.

Sendo a escola uma instituição com grande concentração de crianças, cabe aos profissionais da área da Saúde Escolar a promoção da realização dos exames globais de saúde, aos 6 anos e 13 anos, para detecção dos problemas de saúde (Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, 2006), nomeadamente as acções de detecção e tratamento de baixa visão (Fechine, Cardoso e Pagliuca, 2000) e audição, devendo ser consideradas as suas orientações técnicas (Cordeiro, Carvalho e Correia, 1990; Vasquez e Manuel, 2000).

Para determinar a acuidade visual, a escala optométrica é uma medida considerada simples e fácil de ser utilizada (Fechine, Cardoso e Pagliuca, 2000). Tal acuidade é identificada mediante o reconhecimento de símbolos que formam a escala, chamados optótipos, que podem ser letras, números ou figuras submetidos a adaptações ópticas para cumprir essa função. Os optótipos são organizados por ordem decrescente, apresentando-se horizontalmente os optótipos de igual tamanho, e correspondem a um coeficiente de visão expresso em forma de fracção. A acuidade é determinada pela fracção da última linha em que a pessoa identificou todos os optótipos (Dantas, Pagliuca e Almeida, 2009).

A Escala Optométrica mais simples e eficaz de avaliação e de triagem de pré-escolares e de escolares é a realizada através da escala de Snellen ou teste do «E». Pode ser aplicado em crianças com mais de 4 anos, não sendo adequado para a avaliação de acuidade visual de crianças com baixa visão. É aconselhável utilizá-lo apenas para triagem da população escolar (Dantas, Pagliuca e Almeida, 2009).

Utiliza-se a letra «E» pedindo à criança que mostre com as mãos ou verbalize para que lado o símbolo está direccionado.

De acordo com Lima (sd), Dantas, Pagliuca e Almeida (2009), para a aplicação do teste de acuidade visual, através da escala de Snellen, deve-se, primeiro, proceder à selecção do material necessário:

- Escala optométrica de Snellen;
- Ponteiro ou lápis preto;
- Fita métrica;
- Giz, cadeira;
- Cartão para cobrir o olho;
- Lista nominal dos alunos para registo dos resultados;

A seguir, providenciar o local adequado para a aplicação do teste:

- Ter no mínimo cinco metros de espaço livre;
- Ter boa iluminação, sem ofuscar (a luz deve vir de trás ou dos lados da criança que será testada);
- Ausência de barulho e sem estímulos que desviem a atenção do aluno.

Tomadas estas primeiras providências, procede-se do seguinte modo:

- Colocar a escala de modo que a linha correspondente à acuidade 1.0 fique ao nível dos olhos da criança, quando sentada;
- Riscar no chão uma linha à distância de cinco metros, para indicar onde o aluno deverá colocar-se durante a aplicação da escala;
- Colocar uma cadeira com os pés traseiros sobre a linha riscada no chão;
- Apontar os «E» de preferência, com lápis preto.

O profissional deve explicar detalhadamente o que vai fazer, mostrando as diferentes posições nas quais os «E» aparecem na tabela. Individualmente explicar ao aluno, junto à escala, o que se espera que ele faça, mostrando

um ou dois «E» e verificando se ele entendeu bem o que foi pedido. À distância de cinco metros, colocar o aluno sentado numa cadeira, em frente à escala. Ensinar a cobrir um olho com o cartão, colocado obliquamente sobre o nariz, sem pressionar o globo ocular (o olho deve permanecer aberto). Quanto à aplicação propriamente dita, são necessários os seguintes cuidados:

- Se a criança usar óculos, realizar o teste primeiro com eles e depois sem eles;
- Testar sempre o olho direito (O.D.) primeiro e depois o esquerdo (O.E.), para evitar confusão nas anotações;
- Usar lápis preto, ou ponteiro, para indicar o sinal a ser lido;
- Começar de cima para baixo indicando dois ou três sinais de linha, sem estabelecer rotina;
- Mudar de um sinal para o outro, ritmicamente, evitando apressar o aluno, mas sem demorar demasiadamente;
- Mostrar o maior número de sinais das linhas 0,9 e 1,0;
- Se a criança ficar indecisa em determinada linha, indicar um número maior de sinais, para certificar se é realmente falha de visão;
- Anotar como resultado do teste, o valor decimal correspondente à última linha em que não encontrou dificuldade, registando separadamente os resultados de O.D. e O.E. Exemplo: O.D.= 1,0 O.E.= 0,8;
- Quando a criança não enxergar os sinais maiores – linha 0,1 – registar «<0,1» (menor do que 0,1);
- Registrar na coluna de observações, sinais ou sintomas percebidos durante o teste, bem como se o aluno estiver em tratamento oftalmológico;
- Encaminhar para o oftalmologista, prioritariamente, o aluno que obteve no teste resultado igual ou inferior a 0,8 em qualquer olho, ou que apresente diferença de duas linhas ou mais entre os resultados de um e de outro olho.

Antes de fazer o encaminhamento, deve realizar-se o «reteste», usando a mesma técnica descrita, para confirmação do resultado.

Na escolha do método para avaliar a audição é preciso ter em conta determinados indicadores de défice auditivo: pais preocupados, antecedentes familiares de surdez, antecedentes pessoais de rubéola no período gestacional, grande prematuridade, trauma obstétrico, anoxia perinatal, manutenção prolongada na incubadora e icterícia neo-natal não fisiológica, malformação congénita do ouvido externo, *fácies adenóideu*, rinite alérgica, otites de repetição ou otorreia crónica, alterações da fala, neurofibromatose tipo II / doenças neurodegenerativas ou meningite. As crianças que se incluem nestes indicadores de défice auditivo devem ser encaminhadas para observação em Otorrinolaringologia (ORL) e estudo audiológico, audiograma e / ou impedância (Vasquez, 2000; HPC, 2006).

Nas crianças e jovens, o rastreio da capacidade auditiva é realizado por meio de métodos subjectivos que possibilitam investigar a audição periférica e central. Os mais frequentes são os **testes logométricos (T.L.)** e o uso de diapasões (**acumetria**). No entanto, a **audiometria** tonal é o teste mais usado por avaliar a sensibilidade auditiva (Pires e Guedes, 2005).

Quanto ao T.L., é comumente utilizado o teste «clássico» de lista de palavras e frases, que consiste na leitura de uma lista de palavras ou frases por parte do profissional de saúde. Este teste consiste na análise do grau de compreensão do que a criança ouve e baseia-se na identificação de palavras monossilábicas, dissilábicas ou polissilábicas apresentadas em listas foneticamente balanceadas. Damos como exemplo, o teste logométrico usado pelos enfermeiros de um centro de saúde da área metropolitana de Lisboa:

OUVIDOS LIVRES (2 ouvidos)	OUVIDO DIREITO	OUVIDO ESQUERDO
NÃO	RÃ	CHÁ
SOL	SAL	MAU
PAU	CÉU	MÓ
CHÁ	VACA	LÃ
FACA	CABRA	PEIXE
VELHA	GATO	DISCO
GUIA	XAILE	GAITA

TOSSE	TRAVÃO	VINHO
FEIRA	FOLHA	FAVA
CHAPEU	VELHA	CHAVE
PAI	MILHO	NINHO
REI	MAPA	PIPA

Fonte: Centro de Saúde de Oeiras

O T.L. deve realizar-se primeiro com os dois ouvidos livres e a seguir, separadamente, com o ouvido direito (AD) e depois com o ouvido esquerdo (AE). Deve ser feito à distancia de três metros, com voz de timbre claro, não ciciada (à altura da voz falada normalmente). A criança deverá estar de frente para se poder detectar alguma distracção ou falta de interesse, tendo-se o cuidado de, com a folha do teste, ocultar a boca para não permitir a leitura labial. Deve ser registado o número de falhas do seguinte modo:

T.L. AD _____ } _____
 AE _____

Se houver duas ou mais falhas em cada ouvido ou na audição biauricular, a criança deverá ser enviada ao médico de família. Se a criança não quiser colaborar, repetir o teste noutro dia em que estiver mais disponível e bem-disposta.

Os testes logométricos são subjectivos e não excluem a surdez parcial. Por um lado, ao identificar apenas crianças com mais de uma falha em cada série de palavras, deixa omissos alguns casos de hipoacusia e por outro lado, a detecção de hipoacusia ou dificuldades na percepção do que ouve, depende também da colaboração da criança e da habilidade do técnico.

A **acumetria**, que provavelmente é a técnica mais antiga na avaliação das alterações auditivas, auxilia na diferenciação entre perdas auditivas neurosensoriais e condutivas e permanece em uso até hoje. Os diapasões são barras metálicas com arcos em forma de «U» que vibram em direcções opostas quando percutidos. É um método básico, rápido e de baixo custo, permite uma avaliação qualitativa da audição, discriminando perdas condutivas e neurosensoriais com certa segurança, enquanto que a discriminação da perda mista já é mais difícil e a avaliação quantitativa é grosseira. Os diapasões mais utilizados são os de 256 Hertz (Hz), 512Hz e 1024Hz. Os testes mais empregues na prática clínica são: Weber e Rinne (Santos 2007; Diógenes, 2005; Pires e Guedes, 2005).

O teste de Weber, descrito em 1834, compara a percepção das vias ósseas entre si. O diapásão deve ser colocado com a base a vibrar sobre a linha média craniana, interrogando simultaneamente a criança sobre em qual dos ouvidos percebe o som com maior intensidade. Os utentes com audição normal ou com perdas auditivas simétricas referem que o som é percebido no local em que o diapásão é colocado (centro do crânio) ou de forma simétrica nos dois ouvidos (Weber indiferente ou central). Quando o Weber lateraliza para o lado com melhor audição é sugestivo de lesão neurosensorial (ou de percepção) no outro ouvido; se o Weber lateraliza para o lado com pior audição, sugere que a perda de audição no ouvido comprometido é de condução (transmissão) (Santos, 2007; Pires e Guedes, 2005).

O teste de Rinne foi descrito pelo médico otologista alemão Heinrich Rinne em 1855 e permite a comparação da via aérea com a via óssea. Após a vibração do diapásão, a sua base é colocada na região retroauricular na parte mais saliente do mastóide e pede-se ao utente que avise quando deixar de o ouvir. Em seguida os arcos são colocados a mais ou menos dois centímetros à frente do canal auditivo externo, evitando-se tocar na pele do utente e pergunta-se ao utente se voltou a ouvi-lo. Os arcos do diapásão devem estar dispostos de modo perpendicular ao pavilhão auricular, dado que, se colocados paralelamente, pequenos movimentos de lateralidade podem determinar o aparecimento de uma «zona muda», onde nenhum som é ouvido. Quando o utente ouve mais por via aérea do que óssea, o Rinne é positivo, o que costuma ser compatível com audição normal ou hipoacúsia neurosensorial; quando o paciente ouve melhor por via óssea, chamamos de Rinne negativo, sugerindo hipoacúsia de condução (Santos, 2007; Diógenes, 2005; Pires e Guedes, 2005).

Os testes de Rinner e de Weber podem ser feitos a crianças a partir dos 5–6 anos de idade (Bastos, s/d).

A **audiometria** é o estudo da função auditiva com ajuda de um aparelho electro-acústico (audiometro). Se forem pesquisados sons de frequência pura ao nível do limiar faz-se uma audiometria tonal. Durante os testes são variados dois parâmetros: a intensidade e a frequência, de forma a serem determinados os sons de mais pequena amplitude que o utente consegue ouvir. A frequência é medida em Hz e o ser humano tem a capacidade para perceber sons entre 20 e 20.000Hz. O audiograma mostra o resultado para 6 a 10 valores específicos de frequência, entre 250 e 8.000Hz, que é uma variedade importante no desenvolvimento da fala e da língua. No registo gráfico, as baixas frequências estão localizadas no lado esquerdo e as altas frequências do lado direito. O audiograma tonal é obtido colocando o utente numa pequena sala, isolada acusticamente, e usando auscultadores. O teste começa por fazer variar a intensidade de um som com uma determinada frequência, desde um valor inaudível até um que o utente já consiga ouvir. Esse valor de intensidade, medido em dB, corresponde ao limiar da audição para a frequência dada. A intensidade assim determinada é depois comparada com o limiar de audição de uma pessoa saudável, sendo o resultado colocado no audiograma tonal.

Um audiograma tonal contempla os dois ouvidos, sendo a distinção entre eles feita pelas diferentes cores utilizadas ou pelo símbolo com que são feitas as marcações. Assim, para o ouvido direito, é normalmente utilizada a cor vermelha sendo as leituras marcadas com um «o». Para o ouvido esquerdo é utilizada a cor azul e as marcações são feitas com o símbolo «x» (Pires e Guedes 2005).

Este teste exige a efectiva colaboração do utente a examinar, no sentido de se poderem determinar os reais limiares auditivos. Por isso é, por vezes, difícil a sua execução em crianças em idade pré-escolar.

Em caso de serem encontradas alterações da capacidade auditiva, a criança deve ser referenciada dentro da equipa de saúde para os profissionais com competência para a tratar.

3. Conclusões

- 3.1. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem e considerando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, bem como as tomadas de posição da OE, os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco, bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados.
- 3.2. Cumpridos os requisitos dos adequados conhecimentos, bem como o âmbito das intervenções autónoma ou interdependentes e o legalmente previsto, incluindo as incompatibilidades, tem o enfermeiro o direito de exercer livremente a profissão, designadamente no que se refere a intervenções diagnósticas com recurso a meios, instrumentos ou equipamentos que suportem a sua avaliação.
- 3.3. Considerando a questão colocada e a fundamentação aduzida, é parecer desta Comissão que quer o enfermeiro, quer o enfermeiro especialista, podem e devem proceder à avaliação da visão e da audição das crianças no ESG, recorrendo à escala optométrica e aos testes logométrico, acumetria ou audiometria, respectivamente, se dispuserem dos conhecimentos e experiência adequados e se for esse o consenso dentro da equipa de Saúde.

Bibliografia

- Bastos, Inga. (s/d) – Doenças do Ouvido e Diminuição de Audição – um manual prático. Disponível em <http://www.nashalsan.se/cooperation/manual.pdf> . Acedido a 15 de Dezembro de 2009.
- Cruz, Maria Manuela (2000) – Médico, criança e família – exames periódicos de saúde. Disponível em http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/25/63_texto.html. Acedido a 26 de Novembro de 2009.
- Cordeiro, M.; Carvalho, M.; Correia, E. (1990) – Detecção das perturbações da visão, da audição e da linguagem. Orientação técnica. DGCS: Divisão de Saúde Materna e Infantil e Núcleo de Saúde Escolar.
- Dantas, R.; Pagliuca, L.; Almeida, P. (2009) – Validação de escala optométrica regionalizada para pré-escolares: contribuição da Enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 43(2): 279-285.
- Diógenes, Carlos (2005) – Provas auditivas I. Disponível em http://www.otorrinousp.org.br/imageBank/seminarios/seminario_22.pdf. Acedido em 14 de Dezembro de 2009.

- Diário da República – I Série – A, (1996), Decreto - Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Portugal: Ministério da Saúde.
- Diário da República – I Série – A, (1998), Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril – Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. Portugal: Ministério da Saúde.
- Fechine, A; Cardoso, M; Pagliuca, L. (2000) – Prevenção e detecção de distúrbios oftalmológicos em escolares. *Ped Atual*, 13(4):21-5.
- Hospital Pediátrico de Coimbra. Serviço de Genética (2006) – Surdez. Disponível em <http://www.chc.min-saude.pt/NR/ronlyres/8C907E81-C548-42D7-8DE1-1E80F94F1BA0/7230/surdez.pdf>. Acedido a 15 de Dezembro de 2009.
- Lima, F. (sd) – Como testar a visão da turma?. Brasil, Rio Grande do Norte: Universidade Potiguar. Disponível em <http://www.slideshare.net/robsoncosta/avaliacao-da-acuidade-visual-professor-robson-presentation>. Acedido a 7 de Outubro, 2009.
- Ministério Da Saúde – Programa Nacional de Saúde Escolar, Circular Normativa n.º7/DSE de 29/06/06. Direcção-Geral da Saúde: Divisão de Saúde Escolar.
- Ministério Da Saúde – Programa Nacional de Saúde Escolar, Despacho n.º12.045/2006. Direcção-Geral da Saúde: Divisão de Saúde Escolar. Diário da República n.º 110 de 7 de Junho, 2ª série.
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, Rogério (2005) – Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Pires, Denise V.; Guedes, Ana P. S. (2005) – Avaliação Auditiva – Testes Básicos. Disponível em http://www.pulsoeditorial.com.br/resumos/avaliacao_auditiva.pdf. Acedido a 15 de Dezembro de 2009.
- Protocolo entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (2006). Disponível em http://www.min-saude.pt/NR/ronlyres/1CEEF249-8AA5-4B5F-BA05-866C7D3D57E8/0/ProtocoloME_MS.pdf. Acedido a 7 de Outubro, 2009.
- Santos; Ana Rita. (2007) – Aula de Audiologia. Disponível em <http://www.aefml.pt/download/comissao2004/anotadas%205%20ano%200708/Cirurgia%20II/ORL/Aula%204%20-%20Audiologia.pdf>. Acedido a 15 de Dezembro de 2009.
- Vasquez, Manuel (2000) – O exame dos 5-6 anos e a ligação à equipa de saúde escolar. Disponível em http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/25/69_texto.html. Acedido em 26 de Novembro de 2009.
- Imagens do teste de Weber e Rinne. Disponível em <http://images.google.pt/images?hl=pt-PT&source=hp&q=teste+weber+e+rinne&btnG=Procurar+imagens&gbv=2&aq=f&og=>. Acedido a 14 de Dezembro de 2009.

Aprovado na reunião de 08 / 01 / 2010

Pe' O Conselho de Enfermagem

Enf.ª Lucília Nunes
Presidente