



Características clínicas e fonolinguísticas de neonatos hospitalizados em uma Unidade de Tratamento Intensivo neonatal com suspeita de doença genética

Clinical and speech-language pathology characteristics of neonates hospitalized in a neonatal Intensive Care Unit with suspected genetic disease

Características clínicas y de patología del habla y lenguaje de neonatos hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos neonatales con sospecha de enfermedad genética

Chayane Dias Mattos* 

Melaine Czerminski Larré* 

Rafael Fabiano Machado Rosa* 

Paulo Ricardo Gazzola Zen* 

Sheila Tamanini de Almeida* 

Resumo

Introdução: A prematuridade é um fator de risco para o crescimento e o desenvolvimento dos neonatos. **Objetivo:** Analisar as características clínicas e fonolinguísticas de neonatos hospitalizados na

* Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil.

Contribuição dos autores:

CDM: Montagem do experimento e coleta de dados, tabulação, redação do texto.

MCL: Coleta de dados e revisão do texto.

RFMR: Montagem do experimento e revisão do texto.

PRGZ: Montagem do experimento, revisão e redação do texto.

STA: Montagem do experimento, coleta de dados, tabulação, redação do texto.

E-mail para correspondência: Sheila Tamanini de Almeida - sheilat@ufcspa.edu.br

Recebido: 08/08/2022

Aprovado: 13/03/2023





unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal com suspeita de doença genética. **Material e Método:** Estudo transversal descritivo, conduzido em um hospital na região sul do Brasil com coleta de dados entre novembro de 2020 e setembro de 2021. Todos os neonatos que se encontravam internados na UTI, atendidos pelo Sistema Único de Saúde e que apresentavam suspeita de etiologias genéticas foram acompanhados pela equipe de Fonoaudiologia. Foram analisados todos os prontuários dos recém-nascidos com suspeita de alteração genética, extraíndo-se os dados médicos e fonoaudiológicos. **Resultados:** A amostra foi constituída por 14 neonatos prematuros com média de idade gestacional de 36 semanas e 5 dias e uma média de tempo de nascimento, no momento da avaliação fonoaudiológica, de 14,6 dias de vida. No que se refere às comorbidades, 71,4% dos recém-nascidos apresentavam alguma malformação, sendo múltiplas na maior parte dos casos (64,29%). Todos os neonatos estavam fazendo uso de via enteral de alimentação durante a avaliação fonoaudiológica. Na avaliação de reflexos orais, observou-se que houve um predomínio de pacientes com reflexo de procura débil, sendo que a maior parte apresentava reflexo de sucção presente. **Conclusões:** Pode-se afirmar que, neste estudo, a amostra foi composta por pacientes principalmente prematuros que apresentavam malformações múltiplas e que todos faziam uso de via alternativa de alimentação sugerindo, assim, a necessidade de atendimento fonoaudiológico como parte da assistência multidisciplinar desses neonatos.

Palavras-chave: Síndrome; Fenômenos Fisiológicos da Nutrição do Lactente; Fonoaudiologia; Genética Médica; Recém-Nascido Prematuro; Terapia Intensiva Neonatal.

Abstract

Introduction: Prematurity is a risk factor for the growth and development of neonates. **Objective:** To analyze clinical and speech therapy characteristics of neonates hospitalized in the neonatal intensive care unit with suspected genetic disease. **Method:** Descriptive cross-sectional study conducted in a hospital in southern Brazil with data collection between November 2020 and September 2021. All neonates who were hospitalized in the ICU attended by the public health system and who were suspected of having genetic etiologies were followed up by the Speech-Language Pathology team. All newborn's medical records with suspected genetic alterations were analyzed and the medical and the speech-language pathology data were analyzed. **Results:** The sample consisted of 14 premature neonates with a mean gestational age of 36 weeks and 5 days and a mean time of birth, at the time of the speech-language pathology assessment, of 14.6 days of life. Regarding to comorbidities, 71.4% of newborns had some malformation, being multiple in most cases (64.29%). All neonates were using enteral feeding at the time of the speech-language evaluation. At the oral reflexes evaluation it was observed that there was a predominance of patients with a weak rooting reflex and most of them had a present sucking reflex. **Conclusions:** In this study the sample consisted of mainly premature patients who had multiple malformations and all of them used an alternative feeding route, thus suggesting the demand for speech therapy as part of the multidisciplinary care of these neonates.

Keywords: Syndrome; Infant Nutritional Physiological Phenomena; Speech, Language and Hearing Sciences; Genetics, Medical; Infant, Premature; Intensive Care, Neonatal.

Resumen

Introducción: La prematuridad es un factor de riesgo para el crecimiento y desarrollo de los recién nacidos. **Objetivo:** Analizar las características clínicas y de terapia del habla de recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCI) con sospecha de enfermedad genética. **Método:** Estudio transversal descriptivo realizado en un hospital en la región del Sur de Brasil. Todos los recién nacidos que fueron hospitalizados en la UTI y que tenían sospecha de tener etiologías genéticas, fueron atendidos por el equipo de Patología del Habla y Lenguaje. Se analizaron todas las historias clínicas de los recién nacidos con sospecha de alteraciones genéticas, extrayéndose datos médicos y de patología del habla y del lenguaje. **Resultados:** La muestra estuvo constituída por 14 neonatos prematuros con una edad gestacional media de 36 semanas. En cuanto a las comorbilidades, el 71,4% de los recién nacidos presentó alguna malformación, siendo múltiples en la mayoría de los casos





(64,29%). Con respecto a los datos de la evaluación de la patología del habla y el lenguaje, todos los recién nacidos estaban usando alimentación enteral. En la evaluación de los reflejos orales, se observó que hubo un predominio de pacientes con reflejo de búsqueda débil, y la mayoría de ellos tenían presente el reflejo de succión. **Conclusiones:** Se puede decir que en este estudio la muestra estuvo compuesta principalmente por pacientes prematuros, que presentaban plurimalformaciones y que todos utilizaban una vía alternativa de alimentación, sugiriendo así, la necesidad de la fonoaudiología como parte del cuidado multidisciplinario de estos neonatos.

Palabras clave: Síndrome; Fenómenos Fisiológicos Nutricionales del Lactante; Fonoaudiología; Genética Médica; Recien Nacido Prematuro; Cuidado Intensivo Neonatal.

Introdução

O período neonatal pode ser visto como um dos mais delicados e difíceis, devido à modificação e à transição do ambiente intra para o extrauterino. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como prematuro os recém-nascidos com idade gestacional ao nascimento inferior a 37 semanas, sendo considerados prematuros extremos os nascidos com menos de 28 semanas; muito prematuro entre 28 e 32 semanas; e prematuro moderado entre 32 e 37 semanas.^{1,2} Cabe salientar que o fator de prematuridade pode levar o recém-nascido a cuidados intensivos.³

A prematuridade é um fator de risco para o crescimento e o desenvolvimento dos neonatos.² Neonatos prematuros que se encontram em unidades de terapia intensiva (UTI) podem apresentar condições as quais interferem nas habilidades motoras orais, tais como: imaturidade fisiológica e neurológica, distúrbios respiratórios, hipotonia muscular e reflexos orais diminuídos.^{4,5} Em decorrência dessas possíveis alterações é provável que recém-nascidos também necessitem de uma via alternativa de alimentação, de acordo com a sua gravidade, para obter os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento.⁶

Todos os anos, cerca de 7,9 milhões de crianças - 6% dos nascimentos globais - nascem com defeitos congênitos graves, e a prematuridade e o baixo-peso são constantemente associados a eles.⁷ Por outro lado, estudos também relatam uma maior frequência de malformações congênitas entre crianças nascidas prematuramente, em relação àquelas nascidas com 37 ou mais semanas de gestação.^{7,8} A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) define como malformação congênita toda anomalia funcional ou estrutural do desenvolvimento do feto decorrente de fatores originados antes do

nascimento, sejam esses genéticos, ambientais ou desconhecidos.⁹ Ainda que o defeito não seja aparente e indique uma manifestação clínica mais tardia este é considerado uma malformação.⁷ Entre as inúmeras existentes, têm-se: a cardiopatia congênita, a fenda palatina e a microcefalia entre as de maior ocorrência. Quando há suspeita de malformações é solicitado a uma equipe de genética médica a realização de uma avaliação e aconselhamento genético. O aconselhamento é um processo de esclarecimento técnico e de amparo psicológico, por meio do qual o paciente e os familiares recebem informações acerca da natureza e das limitações dos testes genéticos, bem como os benefícios, os riscos e o significado dos resultados.¹⁰

Além da equipe de genética, os demais profissionais da unidade têm papel importante no acolhimento destes casos. O fonoaudiólogo, por exemplo, é o profissional que realiza a avaliação e o diagnóstico, a orientação, a terapia - habilitação e reabilitação - e o aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da função auditiva, da linguagem, da articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição.¹¹ Assim sendo, o fonoaudiólogo faz-se necessário na equipe multidisciplinar que intervém e que realiza atendimento a pacientes neonatos com malformações, uma vez que eles podem apresentar comprometimento no sistema estomatognático (SEG).¹²

O fonoaudiólogo é um dos profissionais capacitados para atuar em Unidade Terapia Intensiva (UTI) neonatal e possui o conhecimento da anatomofisiologia do SEG, identificando alterações no sistema sensório-motor-orofacial, principalmente no que se refere à coordenação das funções de sucção, deglutição e respiração (SxRx).¹³ O comprometimento dessas funções afeta a relação alimentar do neonato, gerando uma dificuldade alimentar⁵ que possivelmente o levará a utilizar uma sonda enteral para obter o ganho de peso





desejado e nutrientes necessários. Sendo assim, o fonoaudiólogo irá atuar na UTI neonatal de forma a promover a estimulação da alimentação oral de maneira segura e eficaz, instruir e estimular a promoção do aleitamento materno, quando possível. O fonoaudiólogo e a equipe de genética podem atuar de forma conjunta, sendo essa parceria complementar e permitindo um diagnóstico, prognóstico e intervenção precoce em indivíduos suspeitos ou portadores de alterações genéticas.¹⁴

Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi analisar as características clínicas e fonoaudiológicas de neonatos hospitalizados em uma UTI neonatal com suspeita de doença genética.

Material e método

Trata-se de um estudo transversal descritivo, conduzido em um hospital situado na região sul do Brasil com coleta de dados entre novembro de 2020 e setembro de 2021.

Todos os neonatos que se encontravam internados na UTI, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que apresentavam suspeita de doença genética foram acompanhados pela equipe de Fonoaudiologia. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Criança Santo Antônio e registrada com o número de parecer 2.489.006. O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado aos responsáveis pelos pacientes incluídos neste estudo no momento da avaliação da equipe da Genética Clínica.

Em um primeiro momento, foram analisados todos os prontuários eletrônicos dos recém-nascidos com suspeita de alteração genética, extraindo-se os dados médicos e da avaliação e acompanhamento fonoaudiológico. A seguir, criou-se um banco de dados, o qual continha informações como (i) idade em dias de vida (ii) idade gestacional ao nascimento (iii) peso ao nascer (iv) escores de Apgar (v) presença e tipos de malformações (vi) possível diagnóstico genético (vii) tipo de dieta (viii) resultados da avaliação fonoaudiológica (ix) tipo de tratamento fonoaudiológico proposto (x) conduta fonoaudiológica definida (xi) evidência de melhora em relação ao tratamento fonoaudiológico proposto (xii) necessidade de ser encaminhado para tratamento fonoaudiológico após a alta hospitalar.

A avaliação fonoaudiológica realizada pela equipe de fonoaudiologia da unidade foi composta por um preceptor e um residente multiprofissional.

Os dados foram extraídos com base no Instrumento de Avaliação de Prontidão do Prematuro para Alimentação Oral.¹⁵ Esse instrumento oferece critérios objetivos para indicar a prontidão do neonato para iniciar sua alimentação por via oral de forma segura e eficaz. Ele é composto por vários parâmetros, sendo os principais idade corrigida, estado de organização comportamental, postura oral, reflexos orais e sucção não-nutritiva. É recomendado que o neonato prematuro alcance 28 pontos, em uma escala que varia de 0 a 36, para dar início à transição da alimentação via sonda para via oral, com a oferta do seio materno.¹⁵ Em relação aos dados da avaliação genética utilizou-se os dados descritos neste procedimento.

Após a coleta, os dados foram tabulados e realizou-se a análise estatística de frequência absoluta, média, mediana e desvio padrão através do programa *Microsoft Office Excel*® versão 2019.

Resultados

Foram incluídos neste estudo 14 recém-nascidos com média de idade gestacional de 36 semanas e 5 dias, e que na avaliação fonoaudiológica possuíam 14,6 dias de tempo de vida (DP±17). Referente às características gerais dos neonatos, 50% (n=7) da amostra foi composta por neonatos do sexo feminino; a média de peso ao nascimento foi de 2.438g (DP±747,8); cerca de 57,14% (n=8) tiveram complicações no parto e a mediana do escore de Apgar no quinto minuto foi de 8. No que se refere às comorbidades, 71,43% (n=10) dos recém-nascidos apresentaram alguma malformação, sendo o quadro com múltiplos defeitos aquele de maior predomínio 64,29% (n=9). Em relação aos problemas cardíacos, aproximadamente 71,43% (n=10) dos pacientes apresentaram cardiopatia congênita. Acerca do possível diagnóstico genético, 42,85% (n=6) apresentavam suspeita de Síndrome de Down, 14,29% (n=2) suspeita de sequência de Pierre Robin e 14,29% (n=2) suspeita de síndrome de deleção 22q11.2, também conhecido como síndrome velocardiofacial/DiGeorge. Dos demais pacientes, 28,57% (n=4) possuíam avaliação clínica inconclusiva e/ou aguardavam exames laboratoriais.

Em relação à avaliação fonoaudiológica, todos os neonatos estavam fazendo uso de sonda na sua realização, sendo que 42,85% (n=6) dos recém-nascidos tinham sonda nasogástrica, 28,57%



(n=4) estavam fazendo uso de sonda orogástrica e 28,57% (n=4) estavam recebendo dieta por meio de alguma sonda concomitante ao seio materno. Acerca da avaliação de reflexos orais observou-se

um predomínio de pacientes com reflexo de procura débil, 50% (n=7), sendo que a maior parte dos pacientes apresentaram sucção presente, 42,90% (=6) (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados da Avaliação dos Reflexos Oraís (n=14).

Reflexo	Descrição	N	(%)
Reflexo de Procura	Presente	4	28,57%
	Débil	7	50,00%
	Ausente	3	21,43%
Reflexo de Sucção	Presente	6	42,90%
	Débil	3	21,43%
	Ausente	5	35,71%
Reflexo de mordida	Presente	2	14,29%
	Débil	5	35,71%
	Ausente	3	21,43%
	Não testado	4	28,57%
Reflexo de Vômito	Presente	5	35,71%
	Ausente	4	28,57%
	Não Testado	5	35,71%

Legenda: N= número de recém-nascidos.

Todos os neonatos realizaram estimulação sensorio-motora oral após a avaliação fonoaudiológica e, logo após o estímulo, 92,86% (n=13) apresentaram sucção não-nutritiva. Relativo à conduta fonoaudiológica, verificou-se que em 14,29% (n=2) dos casos orientou-se a equipe médica a troca de sonda orogástrica pela nasogástrica; para 57,14% (n=8) dos casos, a indicação foi de manter a dieta exclusivamente via sonda e em 28,57% (n=4) dos casos foi de indicar o seio materno em livre demanda. É importante salientar que nesses casos, mesmo com o seio materno em livre demanda, os neonatos seguiram com a dieta via sonda.

Em relação à evolução clínica do recém-nascido, após o tratamento realizado, observou-se que em 57,14% (n=8) dos casos atendidos ocorreu melhora da prontidão oral e da função alimentar, e para 42,85% (n=6) dos neonatos houve a demanda por tratamento fonoaudiológico após alta hospitalar devido à manutenção da alimentação via sonda.

Discussão

No presente estudo, observou-se que os neonatos analisados podem ser classificados como prematuros moderados^{1,2} e que mais da metade tiveram complicações no parto. De acordo com a literatura, neonatos pré-termos apresentam muitas intercorrências e infecções que podem ocorrer du-

rante o parto ou no período pós-natal.¹⁶ A mortalidade neonatal é maior entre os neonatos prematuros, sendo que se deve levar em conta que os primeiros meses de vida são cruciais para a sua maturação neurológica.¹⁷ Além disso, a vulnerabilidade dos neonatos prematuros colabora para a possibilidade elevada de riscos, de agravos e de sequelas, como, suporte ventilatório por período prolongado, displasia broncopulmonar e icterícia.¹⁸ Essas complicações têm o potencial de afetar diretamente o seu processo de desenvolvimento. Ademais, além dessa fragilidade do neonato prematuro durante o tempo de permanência em uma UTI neonatal pode ser possível que ocorram consequências, muitas vezes graves, em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor e de linguagem do neonato. Sabe-se que os neonatos que estão nesse local normalmente são manipulados constantemente e submetidos a diversos procedimentos que acarretam desconforto tanto físico como emocional. Ou seja, expostos a um ambiente estressante de ruído e luminosidade.²

Sabe-se que o baixo peso ao nascer e a prematuridade são fatores determinantes relacionados à mortalidade neonatal¹⁹ e considera-se baixo peso aqueles menores de 2.500g.¹ Essa condição foi identificada em nossa amostra somando maior risco às demais comorbidades. Complementando, um estudo afirma que a prematuridade e o baixo-peso foram consistentemente associados à presença de



malformações²⁰. À vista disso, pode-se notar que na amostra deste estudo ocorreu um predomínio de neonatos prematuros que apresentavam malformações e baixo-peso, de acordo com o estudo citado.

A cardiopatia congênita pode ser definida como uma anormalidade na estrutura ou na função do coração.²¹ Este é um defeito congênito que afeta aproximadamente 8 entre 1.000 nascidos vivos,²⁰ sendo que neonatos prematuros possuem uma probabilidade duas vezes maior para apresentarem anormalidades cardíacas.²⁰ Houve um predomínio de neonatos neste estudo com cardiopatia congênita, assim como citado na literatura. Sabe-se que neonatos com cardiopatia congênita manifestam uma maior predisposição para broncoaspiração e é frequente o aparecimento de quadros de cianose, fadiga e incoordenação das funções sucção, deglutição e respiração.²² É importante ressaltar que neonatos com essa condição apresentam inadequado aproveitamento biológico dos nutrientes disponíveis, em virtude do aumento dos gastos energéticos decorrentes das condições clínicas pertinentes às alterações cardíacas, gerando assim, um agravo nutricional. Ademais, esses neonatos podem levar um maior tempo para se alimentar por via oral devido ao comprometimento cardiopulmonar, que leva a um aumento de esforço para se alimentar e cansaço; essa dificuldade de alimentação pode, ou não, estar associada à disfagia orofaríngea.²³

Em relação às informações da avaliação fonoaudiológica, observou-se que todos os neonatos faziam uso de sonda no momento da avaliação. Tal prática pode ser considerada comum nessa população pois, nos primeiros dias de vida, o neonato prematuro talvez não seja capaz de se alimentar por via oral devido a sua imaturidade global e do sistema estomatognático,⁴ sendo necessário fazer uso de métodos alternativos de alimentação até que estejam capacitados para dar início a alimentação por via oral.²⁴ É relatado na literatura que a utilização prolongada de sonda, além de acarretar um maior período de internação hospitalar, pode trazer alterações às funções motoras orofaciais, como o atraso na coordenação entre SxDxR, hipersensibilidade oral em virtude de pouca ou nenhuma experiência oral e privação de estímulos sensoriais. Tais elementos podem gerar uma dificuldade de transição da dieta para via oral e/ou rejeição da alimentação por via oral, interferindo no seu desenvolvimento motor oral e retardando a alta hospitalar.²⁵

Para o início da transição alimentar para via oral, é necessário ter em vista alguns fatores fundamentais, como o peso atual, saturação de oxigênio, grau de estabilidade clínica, processo de maturação e de desempenho na sucção, tônus muscular, organização comportamental, controle do ambiente e da postura e coordenação para ingerir o volume de dieta prescrito.^{14,26} Os neonatos prematuros geralmente manifestam reflexo de sucção débil e alterações da função faríngea, que levam a dificuldades alimentares²⁴. Um dos fatores mais frequentes dessas dificuldades alimentares é a incoordenação das funções de sucção, deglutição e respiração,^{4,24} em virtude da sua imaturidade sensorio motora oral. A sucção é estabelecida como uma função necessária para a alimentação por via oral plena e para o adequado desenvolvimento motor oral.²⁷ Dessa forma, o neonato prematuro que apresentar essa dificuldade e incapacidade de coordenação poderá ter um impacto negativo nas habilidades de alimentação oral.⁴ Portanto, é imprescindível que as funções de SxDxR estejam coordenadas e harmônicas. Para contornar as dificuldades alimentares, na maior parte dos casos, causadas pelo uso prolongado de sonda, existem algumas técnicas de intervenção em neonatos prematuros. Entre elas estão a sucção não-nutritiva e estimulação sensorio-motora-oral.²⁸

Observa-se que todos os recém-nascidos realizaram estimulação sensorio-motora oral com posterior desenvolvimento de sucção não-nutritiva. Essa estimulação, que geralmente é realizada em neonatos hospitalizados em UTI neonatal, tem como finalidade desenvolver maturação global, bem como desempenho e funcionamento do aparelho digestório e aspecto nutricional.²⁴ Além disso, a estimulação precoce do sistema estomatognático visa adequar as funções orais a fim de que o recém-nascido consiga, o mais rápido possível, alimentar-se por via oral. Assim corrobora com a evolução do padrão de sucção, ganho de peso e conduzindo a uma alta hospitalar precoce.²⁴ Dessa forma, a atuação e a intervenção fonoaudiológica terão como finalidade a adequação do sistema sensorio-motor oral e da função alimentar,²⁹ procurando melhorar e desenvolver a prontidão para alimentação oral e eficiência da alimentação oral nos neonatos.

Nota-se que uma parte dos neonatos receberam alta hospitalar fazendo uso de sonda. Isso se deve ao fato de que, apesar da melhora e estabilidade no quadro clínico, eles ainda não possuíam o desenvol-



vimento e segurança alimentar satisfatórios, logo, não apresentavam condições de uma alimentação por via oral. É importante ressaltar que a dieta por via oral deve ser introduzida quando a avaliação fonoaudiológica verificar que há segurança para tal. Os pacientes que receberam alta com dieta por via alternativa foram encaminhados para a terapia fonoaudiológica posterior.

Considera-se como limitação desta pesquisa o tamanho de amostra reduzido e não terem sido realizadas comparações entre grupos ou estratificação da amostra. O estudo apresentado sugere a importância da atuação fonoaudiológica juntamente com a equipe multidisciplinar na população neonatal prematura e com doenças genéticas. É importante que sejam realizados novos estudos com maior número de neonatos prematuros com doenças genéticas e que necessitem de atendimento fonoaudiológico, pois há uma carência de dados científicos acerca desse assunto e dessa relação na literatura. Entretanto, evidenciou-se que os dados obtidos no presente trabalho ratificam os achados já descritos.

Conclusões

Por meio dos dados obtidos pode-se afirmar que neste estudo ocorreu um predomínio de pacientes prematuros que apresentavam malformações múltiplas e cardiopatia congênita. Também se observou que todos os neonatos faziam uso de via alternativa de alimentação nos primeiros dias de vida, sendo a maior parte nasogástrica. Além disso, ocorreu um predomínio de pacientes com reflexo de procura débil e, após a avaliação fonoaudiológica, a conduta indicada para grande parte dos neonatos foi a de manter a dieta exclusivamente via sonda, sugerindo, assim, a necessidade de atendimento fonoaudiológico como parte da assistência multidisciplinar desses neonatos com suspeita de uma condição genética.

Devido às alterações descritas, esses pacientes parecem ter uma maior predisposição de atraso em seu crescimento e desenvolvimento caso não tratados precocemente, sendo necessário o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar durante toda sua infância e, possivelmente, na vida adulta.

Foi possível verificar, por fim, a necessidade de realizar a terapia fonoaudiológica independente de possuir o diagnóstico genético definitivo. É importante ressaltar que o diagnóstico e o conjunto de

achados clínicos são relevantes para a realização de um trabalho multidisciplinar e para promover um melhor cuidado com os neonatos, e assim, minimizar sequelas. Tal união contribuiria para uma maior troca de conhecimentos e de experiências entre ambas as áreas, o que qualificaria o atendimento desses pacientes.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Pediatria [homepage na internet]. Departamento Científico de Neonatologia Novembro: Mês da Prevenção da Prematuridade 17 de novembro: Dia Mundial da Prematuridade [acesso em: 2021 Nov 10]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/departamento-cientifico-de-neonatologia-da-sbp-divulga-publicacao-com-enfase-na-prevencao-da-prematuridade>.
2. Medeiros AMC, Almeida DMS, Meneses MO, Sá TPL, Barreto IDC. Speech therapy intervention impact on the introduction of oral diet in high-risk newborns. *Audiol Commun Res.* 2020; 25: e2377.
3. Pinto LK, Guimarães LM, Coelho LMFR, Marangoni AC. Profile of children attended in the speech therapy department of the high risk children clinic in Franca/SP. *Rev. CEFAC.* 2013; 15(2): 391-400.
4. Lima AH, Côrtes MG, Bouzada MCF, Friche AAL. Preterm newborn readiness for oral feeding: systematic review and meta-analysis. *CoDAS.* 2015; 27(1): 101-7.
5. Yamamoto RCC, Prade LS, Bolzan GP, Weinmann ARM, Keske-Souares M. Readiness for oral feeding and oral motor function in preterm infants. *Rev. CEFAC.* 2017; 19(4): 503-09.
6. Aquino RR, Osório MM. The feeding of preterm newborns: alternative methods for the transition from tube-feeding to breastfeeding. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2008; 8(1): 11-6.
7. Dias NM, Cordovil ABC, Silva NFCP, Coutinho ACO, Cordeiro LRM, Pereira FS, et al. Prematurity and congenital diseases in newborn: A case report. *Research, Society and Development.* 2021; 10(6): e56610615918.
8. Guerra FAR, Junior JCL, Gama SGN, Cunha CB, Filha MMT. Birth defects in Rio de Janeiro, Brazil: an evaluation through birth certificates (2000-2004). *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1): 140-49.
9. Pan American Health Organization. Prevention and control of genetic diseases and congenital defects: report of an advisory group [monografia na Internet]. Washington. 1984; 460: 30-0 [acesso em: 2021 Nov 10]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-24874>
10. Flória-Santos M, Ramos ES. Genomic-based nursing care for women with Turner Syndrome: genomic-based nursing care. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006; 14(5): 645-50.
11. Rech RS, Bulgarelli PT, Condessa AM, Santos CM, Hilgert JB, Goulart BNG. Access and use of speech-language therapy services in Porto Alegre, Brazil: a population-based study. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2020; 25(3): 817-25.
12. Delgado SE. Speech-language therapy at the Neonatal Intensive Care Unit with a baby with popliteal pterygium syndrome. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009; 14(1): 123-8.



13. Amorim KR, Lira KL. The benefits of speech therapy in the neonatal ICU. *Research, Society and Development*. 2021; 10(1): e27410111683.
14. Brito AF, Baldrighi SEZM. Repercussions of speech therapy in Seckel syndrome: Study Case. *Rev. CEFAC*. 2015; 17(5): 1698-715.
15. Fujinaga CI, Zamberlan NE, Rodarte MDO, Scochi CGS. Reliability of an instrument to assess the readiness of preterm infants for oral feeding. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007; 19 (2): 143-50.
16. Costa ALDRR, Junior EA, Lima JWDO, Costa FDS. Maternal risk factors associated with the necessity of neonatal intensive care unit. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(1): 29-34.
17. Ramos HAC, Cuman RKN. Risk factors for prematurity: document search. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(2): 297-304.
18. Santos RS, Araújo AP, Porto MA. Early diagnosis of abnormal development of preterm newborns: assessment instruments. *J Pediatr (Rio J)*. 2008; 84(4): 289-99.
19. Garcia H, Salguero GA, Moreno J, Arteaga C, Giraldo A. Frecuencia de anomalías congénitas en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Biomédica*. 2003; 23: 161-72.
20. Galvão MRC, Mendes ALR, Melo SM. Factors for the development of heart disease in premature babies. *Research, Society and Development*. 2021; 10(7): e50710716917.
21. Dadvand P, Rankin J, Shirley MDF, Rushton S, Pless-Mulloli T. Descriptive epidemiology of congenital heart disease in Northern England. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2008; 23: 58–65.
22. Barbosa MDG, Germini MFCA, Fernandes RG, Almeida TM, Magnoni D. An Integrative Review: Speech therapy with newborns with heart disease in Neonatal Intensive Care Unit. *Rev. CEFAC*. 2016; 18(2): 508-12.
23. Kohr LM, Dargan M, Hague A, Nelson SP, Duffy E, Backer CL, et al. The incidence of dysphagia in pediatric patients after open heart procedures with transesophageal echocardiography. *Ann Thorac Surg*. 2003; 76: 1450–6.
24. Gonzalez PR, Perez-Cabezas V, Chamorro-Moriana G, Molinero CR, Vazquez-Casares AM, Gonzalez-Medina G. Effectiveness of Oral Sensory-Motor Stimulation in Premature Infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) Systematic Review. *Children*. 2021; 8: 758.
25. Silva WF, Guedes ZCF. Time of exclusive breastfeeding of preterm and term newborn babies. *Rev. CEFAC*. 2013; 15(1): 160-71.
26. Neiva FCB, Leone CR. Effects of nonnutritive sucking stimulation on the age at introduction of oral feeding in preterm newborns. *Rev Paul Pediatría*. 2007; 25(2): 129-34.
27. Neiva FCB, Leone CR. Sucking in preterm newborns and the sucking stimulation. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2006; 18(2): 141-50.
28. Otto DM, Almeida ST. Oral feeding performance in premature infants stimulated by swallowing technical training. *Audiol Commun Res*. 2017; 22: e1717.
29. Barros PML, Araújo CMT, Lins LCB. Speech therapy performance in preterm babies of teenage mothers: a new reality. *Rev. CEFAC*. 2008; 10(4): 520-27.

