

Jornal de Pediatria

www.jpmed.com.br



Reporte Semanal

Nº 24 • 2026

Agreement between Fenton and intergrowth curves in assessing birth weight of preterm infants: Bland-Altman analysis by degree of prematurity and birth weight for gestational age

Cunha LPM, Santiago ACT, Alves CAD. *J Pediatr (Rio J)*. 2026;102(5):101575. DOI: 10.1016/j.jpmed.2026.101575

Comentado por: Dra. Maria Carolina de Pinho Porto

Mestre e Docente do Curso de Graduação em Medicina, Faculdade UNILAGOS

A classificação nutricional do recém-nascido pré-termo (RNPT) é pedra angular da neonatologia. A escolha entre as curvas de Fenton (2013) e Intergrowth (2014) não é neutra — determinará a prevalência de pequenos para idade gestacional (PIG), a intensidade da restrição de crescimento extrauterino e, em última análise, as decisões sobre suporte nutricional e seguimento neurológico. O estudo de Cunha et al. traz contribuição original ao aplicar análise de Bland-Altman estratificada em 2.529 RNPT brasileiros do banco QualiNeo, superando as limitações dos coeficientes de concordância tradicionais que apenas medem associação, não concordância individual. Entre os RNPT-PIG (< 28 semanas), 50% das diferenças intercurvas ultrapassaram os limites de concordância de Bland-Altman. Isso significa que, para cada dois pacientes desse subgrupo, um receberá classificação nutricional substancialmente diferente a depender da curva adotada. A tendência da curva de Fenton a atribuir escores Z mais elevados entre 26 e 32 semanas nessa população pode gerar um fenômeno perigoso: atenuar artificialmente a gravidade do déficit ponderal, retardando a identificação de restrição de crescimento e postergando a introdução de suporte nutricional agressivo em uma janela de alta plasticidade cerebral. A heterogeneidade dos padrões de discordância merece análise granular. Nos RNPT de 28-32 semanas, observou-se a maior dispersão (DP 0,38; limites de -0,74 a 0,71), indicando baixa previsibilidade das discrepâncias individuais — cenário de alto risco para erro diagnóstico. Já nos RNPT moderados a tardios (32-37 semanas), o viés sistemático mais negativo (-0,12) veio acompanhado da menor variabilidade (DP 0,24), configurando um erro mais previsível e, portanto, mais manejável na prática clínica. Esta distinção é fundamental: erros sistemáticos podem ser calibrados mentalmente pelo clínico; erros aleatórios de grande magnitude não. A implicação prática é inequívoca: as curvas não são intercambiáveis no nível individual. Deve-se eleger uma única referência no momento da admissão e mantê-la consistentemente por todo o seguimento, evitando que oscilações artificiais nos Z-scores — decorrentes da troca de instrumento, e não de mudança real no estado nutricional — conduzam a decisões clínicas inadequadas. Em UTINs brasileiras de alta complexidade, onde a prematuridade tardia é majoritária mas os extremos concentram a maior morbidade, essa escolha deve ser consciente, documentada e baseada no perfil populacional atendido.

Para mais informações, leia o [artigo](#) na íntegra.

Leia este e outros reportes no [site da SBP](#)