



DR. VICTOR BERÇOT
REUMATOLOGISTA

COMO INTERPRETAR EXAMES REUMATOLÓGICOS

UM GUIA PRÁTICO PARA ENTENDER
O QUE SEUS EXAMES **REALMENTE** SIGNIFICAM



FAN	POSITIVO +
FR	NEGATIVO -
Anti-CCP	POSITIVO +
Anti-DNA	NEGATIVO -
ENA (Ro/La)	NEGATIVO -
PCR	12 mg/L
VHS	28 mm/h
Complemento (C3, C4)	NORMAL



LINGUAGEM
CLARA, BASEADA
EM EVIDÊNCIAS
CIENTÍFICAS



Entenda seus
resultados



Faça melhores
perguntas



Participe das
decisões



INFORMAÇÃO É AUTONOMIA. CONHECIMENTO É CUIDADO.

Seus exames têm voz. Vamos aprender a ouvi-los — sem susto.

Receber um exame com uma palavrinha em vermelho — “positivo”, “elevado”, “alterado” — dá um frio na barriga. Mas um número, sozinho, quase nunca conta a história toda. Este guia foi feito para você, paciente, entender o que cada exame reumatológico realmente significa.

Aqui não há jargão indecifrável nem letrinha miúda. Há desenhos, comparações do dia a dia e explicações passo a passo, sempre apoiadas em evidências científicas. O objetivo é simples: que você saia de cada capítulo mais tranquilo(a), mais informado(a) e pronto(a) para conversar de igual para igual com seu reumatologista.

Como usar este ebook

Leia na ordem que quiser — cada capítulo é independente. Use o índice abaixo para pular direto ao exame que está na sua mão agora. E lembre-se da regra de ouro que vai se repetir em todas as páginas: **exame é ferramenta, não é diagnóstico.**

Um aviso importante e carinhoso

Este material é educativo. Ele **não substitui** a consulta médica nem serve para você se autodiagnosticar. Quem junta seus sintomas, seu exame físico e seus exames de laboratório é o seu médico. Use este guia para entender melhor e perguntar melhor.

ÍNDICE

O que você vai encontrar

1

Fator Reumatoide (FR)

Por que positivo nem sempre significa artrite reumatoide

2

Anti-CCP

O exame mais específico para artrite reumatoide

3

Exames na Osteoporose

Investigando as causas e guiando o tratamento

4

Artrose e Fibromialgia

Por que não existem exames para diagnosticá-las

5

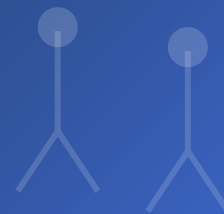
Mitos e Verdades

O que você precisa saber sobre exames reumatológicos

CAPÍTULO 1

Fator Reumatoide

Por que “positivo” nem sempre significa artrite reumatoide



O QUE É ESSE EXAME

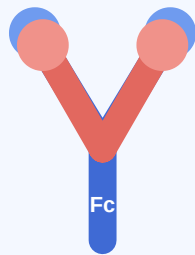
Um detetive que procura anticorpos “confusos”

O **Fator Reumatoide (FR)** é um exame de sangue que procura por **autoanticorpos** — anticorpos que, em vez de mirarem invasores de fora (vírus, bactérias), se voltam contra uma peça do próprio corpo. No caso do FR, o alvo é a “base” (a porção Fc) das nossas próprias imunoglobulinas G (IgG).

🔍 O que são autoanticorpos?

Imagine o sistema imune como um segurança que deveria barrar só os intrusos. Num autoanticorpo, o segurança “se confunde” e começa a empurrar os próprios moradores do prédio. É essa confusão que está por trás das doenças autoimunes.

O Fator Reumatoide gruda na “base” da nossa própria IgG



IgG do próprio corpo

Esse é o Fator Reumatoide

um anticorpo que ataca
outro anticorpo seu

O FR é, literalmente, um anticorpo que se liga a outro anticorpo do próprio organismo.

Por que esse nome esquisito? Ele foi descoberto em 1940, no sangue de pacientes com artrite reumatoide — daí “Fator Reumatoide”. Desde então virou um dos marcadores clássicos dessa doença. Na prática, quando o pedido diz só “Fator Reumatoide”, o laboratório está medindo o tipo mais comum, o **IgM-FR**. Existem outros (IgA-FR, IgG-FR), mas raramente são dosados na rotina.



Como o exame é feito — e por que a nefelometria importa

Existem três jeitos de medir o FR, do mais antigo ao mais moderno:

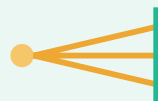
PADRÃO-OURO



1. Aglutinação

(látex) — forma
grumos visíveis

positivo / negativo



2. Nefelometria

mede a luz
espalhada

valor em UI/mL



3. ELISA

detecta subtipos
(IgM, IgA, IgG)

pesquisa/detalhe

A nefelometria é a preferida: dá um número exato, é automatizada e permite comparar resultados ao longo do tempo.

✓ Dica prática

Ao receber seu resultado, veja se foi feito por **nefelometria** (ou turbidimetria). Esses métodos dão um valor numérico confiável — bem melhor do que o simples

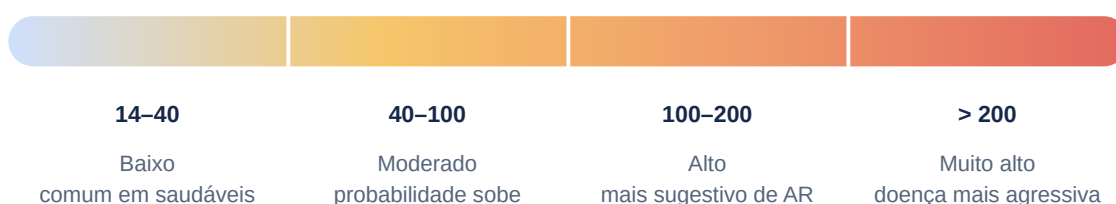
“positivo/negativo” da aglutinação.



Lendo o resultado: a régua dos títulos

O valor de referência costuma ser **negativo abaixo de 14 UI/mL** (varia por laboratório). Mas mais importante do que “positivo ou negativo” é *quão alto* está o número — o chamado título.

A régua dos títulos de FR



Quanto mais alto o título, maior a chance de artrite reumatoide — mas o número sozinho nunca fecha o diagnóstico.

POR QUE FOI PEDIDO

Em quais situações o médico solicita o FR

O motivo principal é a **suspeita de artrite reumatoide (AR)** — uma doença autoimune que inflama as articulações. Os sinais que costumam levantar a suspeita:

- **Dor e inchaço** nas pequenas articulações das mãos e dos pés
- **Rigidez matinal** que dura mais de 30 minutos (muitas vezes 1–2 horas)
- **Simetria**: as mesmas juntas dos dois lados do corpo
- **Fadiga intensa**, febre baixa ocasional, nódulos sob a pele

O FR também aparece em outros contextos: outras doenças autoimunes (Sjögren, lúpus, esclerodermia), investigação de artrites sem causa clara, acompanhamento de quem já tem AR e avaliação de risco em familiares.

★ Guarde isto

O FR é apenas **um dos critérios** de classificação da artrite reumatoide. Sozinho, ele não diagnostica nada. Quem diagnostica é o reumatologista, juntando tudo.

Positivo ≠ artrite reumatoide

Para entender o FR, vale conhecer duas palavrinhas: **sensibilidade** (capacidade de achar quem tem a doença) e **especificidade** (capacidade de excluir quem não tem).

Sensibilidade 60–80%



20–40% dos pacientes com AR têm FR

negativo (a chamada AR “soronegativa”) Especificidade 60–85% 15–40% de quem **não** tem AR pode ter FR positivo Resumo: o FR erra para os dois lados — por isso nunca é interpretado sozinho.

Apenas 10–20% das pessoas com FR positivo realmente têm artrite reumatoide.

Então por que o FR fica positivo sem AR?

Porque muita coisa, além da artrite reumatoide, pode disparar esse anticorpo:

Quem mais deixa o FR positivo



Idade / saudáveis

até 25% acima de 65 anos
~5% dos jovens



Infecções

hepatite C, mononucleose,
endocardite, tuberculose



Medicamentos

alguns ligados a quadros
autoimunes (raro)



Outras autoimunes

Sjögren (50–90%), lúpus,
esclerodermia



Fígado

cirrose biliar primária
(45–70%), hepatite autoimune



Outras condições

sarcoidose, doenças
pulmonares, câncer

Nas infecções, o FR costuma ser transitório: some quando a infecção é tratada.

👤 Por que a idade aumenta o FR positivo?

Com o tempo, o sistema imune “envelhece” (imunossenescência), acumula exposições ao longo da vida e fica com uma inflamação crônica de baixo grau (o tal *inflammaging*). Resultado: autoanticorpos como o FR ficam mais comuns — mesmo em pessoas perfeitamente saudáveis.

DESMISTIFICANDO

O que um FR positivo NÃO significa

✗ Não é sinônimo de **artrite reumatoide**

✗ Em idoso com título baixo, geralmente **não é doença**

✗ **FR negativo** não descarta AR

✗ **Positivo isolado** **não exige tratamento**

✗ **Sozinho, não prevê** que você terá AR

Se o FR foi pedido num “check-up”, você não tem dor nem inchaço nas juntas, e o título é baixo — especialmente se você tem mais idade — a chance de isso ser “nada de mais” é altíssima. Um FR positivo durante uma infecção aguda quase sempre é apenas reflexo dessa infecção.

QUANDO REALMENTE PREOCUPA

Os sinais que pedem atenção

🚩 **FR positivo merece investigação quando vem acompanhado de:**

- Dor e inchaço articular persistentes (> 6 semanas), simétricos, com rigidez matinal prolongada
- Título alto (> 100 UI/mL), sobretudo acima de 200
- **Anti-CCP também positivo** — a dupla é > 95% específica para AR
- PCR/VHS elevados, anemia, ou erosões em exames de imagem
- Sintomas fora das juntas: nódulos, falta de ar, olho vermelho, vasculite
- História familiar forte e títulos crescentes em repetições

😊 **FR positivo NÃO preocupa quando...**

Você não tem sintomas articulares, é idoso com título baixo, fez o exame por rotina, tem uma infecção que explica o resultado, e os demais exames (PCR, VHS, hemograma, anti-CCP) estão normais.

🔑 Para levar deste capítulo

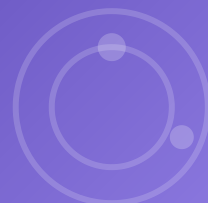
- ✓ FR positivo é **comum** na população, principalmente em idosos (até 25% acima dos 65).
- ✓ Positivo **não** é sinônimo de artrite reumatoide; só 10–20% de quem tem FR+ tem AR.
- ✓ Infecções, outras autoimunes, doenças do fígado e remédios podem deixá-lo positivo.
- ✓ FR **negativo não descarta** AR (20–40% dos pacientes são soronegativos).
- ✓ A dupla **FR + anti-CCP positivos** é altamente específica para AR.
- ✓ O FR é uma ferramenta — sempre lido junto dos sintomas e do exame físico, nunca sozinho.

Não se assuste com um FR positivo. Converse com seu reumatologista para entender o que ele significa no seu caso específico.

CAPÍTULO 2

Anti-CCP

O exame mais específico para artrite reumatoide



O QUE É ESSE EXAME

Procurando uma “impressão digital” da artrite reumatoide

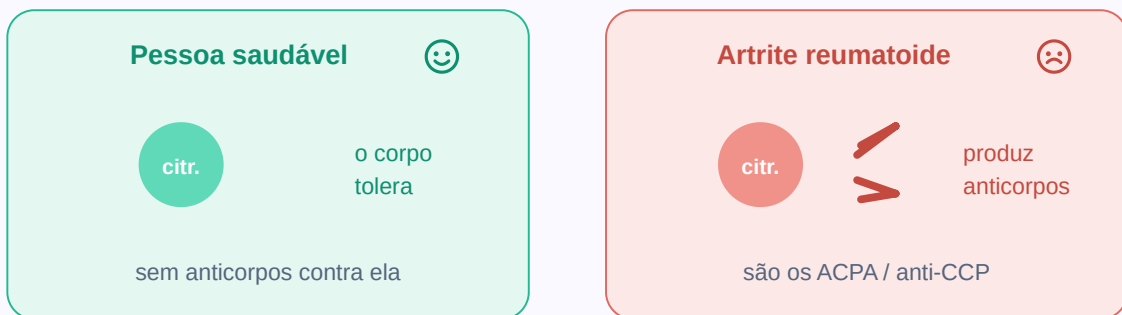
O **anti-CCP** (anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico) procura autoanticorpos contra proteínas que passaram por um processo chamado **citrulinação**. Parece complicado, mas a ideia é simples.

🔗 O que é citrulinação?

É uma pequena “troca de peça” natural: um aminoácido chamado **arginina** é convertido em outro, a **citrulina**, por enzimas (as PADs). Isso acontece normalmente em situações

de inflamação. O problema é quando o corpo passa a tratar essas proteínas citrulinadas como inimigas.

A mesma proteína, dois destinos diferentes



O exame anti-CCP detecta esses anticorpos (ACPA) usando peptídeos citrulinados sintéticos como “isca”.

Os testes evoluíram: o mais usado hoje é o **anti-CCP2**, e o **anti-CCP3** é ainda mais sensível para a artrite reumatoide inicial. A dosagem é feita por **ELISA** e o resultado vem em número (U/mL), normalmente classificado como negativo, fracamente, moderadamente ou fortemente positivo.



Por que ele é tão valorizado

O grande trunfo do anti-CCP é a **especificidade altíssima**: ele quase só dá positivo em quem tem artrite reumatoide.

Anti-CCP x Fator Reumatoide

Sensibilidade (acha quem tem AR)



Especificidade do anti-CCP (exclui quem não tem)



Especificidade do FR (para comparar)



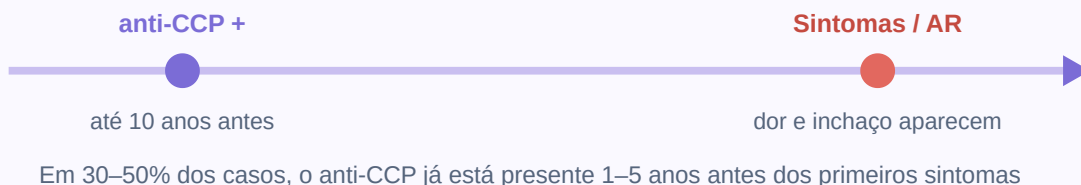
Só 2–5% das pessoas sem artrite reumatoide têm anti-CCP positivo. Por isso ele é o exame mais específico que temos.

Por que tão específico? Porque essa citrulinização exagerada dentro das articulações é uma marca bem particular da artrite reumatoide — outras doenças raramente fazem isso com a mesma intensidade.

UM SUPERPODER DO ANTI-CCP

Ele pode aparecer anos antes dos sintomas

Os títulos costumam subir à medida que a doença se aproxima



Isso ajuda a identificar pessoas em risco e a tratar cedo — mas estar positivo não garante que a doença vai aparecer.

Combinando com o Fator Reumatoide

Combinação	O que sugere
FR + e anti-CCP +	> 95% específico para AR · doença mais agressiva
FR – e anti-CCP +	Ainda sugere AR
FR + e anti-CCP –	Menos específico (idoso, infecção, outra autoimune)
FR – e anti-CCP –	Não descarta AR (10–20% são soronegativos)

DESMISTIFICANDO

Anti-CCP positivo NEM SEMPRE é artrite reumatoide

Específico não quer dizer infalível. Em uma minoria de casos, o anti-CCP pode aparecer em outras situações:

- Outras autoimunes: Sjögren (10–33%), lúpus (5–12%), artrite psoriásica (5–16%), esclerodermia (8–10%)
- Infecções crônicas (tuberculose, hepatite B) — raro

- Doenças pulmonares crônicas, sobretudo em fumantes
- Pessoas saudáveis: 1–5%, geralmente em títulos baixos

✓ Uma vantagem importante sobre o FR

Diferente do Fator Reumatoide, o anti-CCP **não aumenta com a idade**. Um anti-CCP positivo num idoso tem o mesmo peso que num jovem — o que o torna mais confiável.

✗ Positivo sem sintomas ≠ AR garantida

✗ Não significa que você **vai** desenvolver AR (50–70% não desenvolvem)

✗ Negativo **não** descarta AR

✗ Sozinho, **não** exige tratamento

QUANDO REALMENTE PREOCUPA

🚩 Anti-CCP positivo pede atenção quando há:

- Sintomas de AR: dor/inchaço simétrico nas mãos e pés, rigidez matinal > 30 min, > 6 semanas
- Títulos altos (≥ 60 U/mL), sobretudo acima de 100–200
- **Fator Reumatoide também positivo**
- PCR/VHS elevados, anemia, ou sinovite/erosões na imagem
- Tabagismo (o maior fator de risco ambiental para AR)
- Títulos crescentes em repetições, ou só artralgia (dor sem inchaço) em quem já é anti-CCP +

😊 NÃO preocupa quando...

Sem sintomas articulares, título baixo, FR negativo, demais exames e imagem normais — ou quando há outra autoimune conhecida que explique o resultado. Nesses casos, pode-se apenas acompanhar periodicamente.

- ✓ Anti-CCP detecta anticorpos contra proteínas citrulinadas — marca típica da AR.
- ✓ É o exame **mais específico** para artrite reumatoide (95–98%).
- ✓ Pode aparecer **anos antes** dos sintomas (até 10 anos).
- ✓ **Não aumenta com a idade**, ao contrário do Fator Reumatoide.
- ✓ Positivo nem sempre é AR; negativo não descarta AR.
- ✓ Sempre interpretado dentro do contexto clínico — nunca isolado.

Anti-CCP positivo com sintomas é um forte indicador e justifica tratamento precoce para proteger as articulações. Sem sintomas, costuma significar apenas acompanhamento. Quem decide é o reumatologista.

CAPÍTULO 3

Exames na Osteoporose

Investigando as causas e guiando o tratamento

O QUE SÃO ESSES EXAMES

Antes de tratar, é preciso investigar

Receber o diagnóstico de osteoporose (em geral pela densitometria óssea) é só o começo. Em seguida, o médico pede uma bateria de exames de sangue e urina para responder a duas perguntas:

1

Existe uma **causa secundária**?
alguma doença piorando a perda óssea

2

Há **deficiências** a corrigir?
antes de iniciar o tratamento

Entre 40% e 85% das pessoas com osteoporose têm alguma causa secundária ou deficiência detectável — mesmo sem sintomas.

🔴 Cálcio

🔴 Fósforo

🔴 Magnésio

🔴 Fosfatase alcalina

🔴 Função renal e hepática

🔴 Hemograma

🔴 TSH

☀️ Vitamina D

🔗 PTH

🔗 Marcadores ósseos

💧 Cálcio urinário 24h

● Cálcio, fósforo e magnésio: o trio mineral

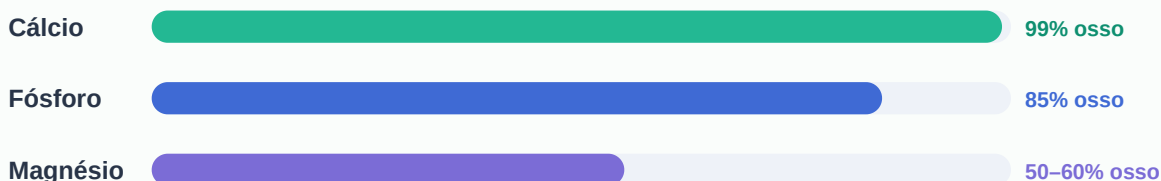
O **cálcio** é o mineral mais abundante do corpo: 99% mora nos ossos e dentes; só 1% circula no sangue, controlando músculos, nervos e coagulação. O corpo mantém esse 1% numa faixa estreita (8,5–10,5 mg/dL) a qualquer custo.

⚠️ Atenção a uma pegadinha

Na osteoporose comum, o cálcio do **sangue** quase sempre é normal — porque o corpo “rouba” cálcio dos ossos para manter o sangue equilibrado. Ou seja: cálcio normal no exame **não** garante que seus ossos estão bem servidos.

O **fósforo** se combina ao cálcio para formar a estrutura do osso. Sua relação com o cálcio ajuda a apontar o problema. O **magnésio** é o coadjuvante essencial: sem ele, as paratireoides não fabricam PTH direito e a vitamina D não se ativa. E ele também pode estar “falsamente normal” no sangue mesmo com falta no corpo todo.

Onde estão guardados



A maior parte desses minerais está nos ossos — só uma fração aparece no exame de sangue.



Vitamina D — por que medimos a 25-OH-D?

A vitamina D não é bem uma vitamina: é um **pré-hormônio** que sua pele fabrica ao pegar sol. Ela passa por etapas até virar a forma ativa:

A jornada da vitamina D



Medimos a 25-OH-D

é o estoque do corpo
dura 2–3 semanas
e cai cedo na falta

A forma ativa (1,25) varia muito ao longo do dia e pode até subir na deficiência — por isso a 25-OH-D é o melhor termômetro.

📖 Faixas da 25-OH-D

Deficiência < 20

Insuficiência 20–29

Suficiência 30–100 ng/mL

Para a saúde dos ossos, a maioria dos especialistas recomenda manter entre **30 e 50 ng/mL**. A vitamina D deve ser dosada em todo paciente com osteoporose antes de iniciar o tratamento.



PTH: o maestro do cálcio

O **paratormônio (PTH)**, produzido por quatro glândulas atrás da tireoide, é quem comanda o cálcio. Quando o cálcio do sangue cai, o PTH sobe e manda: tira cálcio do osso, segura cálcio no rim e ativa a vitamina D. Medir PTH junto com cálcio, fósforo e vitamina D permite “fechar o quebra-cabeça”:

Condição	Cálcio	Fósforo	Vitamina D	PTH
Deficiência de vitamina D	Baixo/Normal	Baixo/Normal	Baixo	Alto
Hiperparatireoidismo primário	Alto	Baixo	Normal/Alto	Alto
Hipoparatireoidismo	Baixo	Alto	Normal	Baixo
Doença renal crônica	Baixo	Alto	Baixo	Alto
Deficiência de magnésio	Baixo	Normal	Normal	Baixo



Fosfatase alcalina e marcadores de remodelação

A **fosfatase alcalina** é uma enzima dos ossos (e do fígado). Na osteoporose comum costuma ser normal — quando está alta, é pista de uma causa secundária (doença de Paget, osteomalácia, etc.). Já os **marcadores de remodelação óssea** mostram o “canteiro de obras” do osso em tempo real:

O osso está sempre em obras



Na osteoporose, a reabsorção vence a formação. Os marcadores ajudam a ver se o tratamento está funcionando — bem antes da densitometria.

📌 Quando os marcadores ajudam

Não são pedidos para todo mundo. Servem para monitorar a resposta ao tratamento (caem 30–70% em 3–6 meses com os remédios certos), checar a adesão e decidir pausas de tratamento. São complementares — **não substituem** a densitometria. O CTX deve ser colhido pela manhã, em jejum.



Cálcio urinário de 24 horas

Esse exame mede o cálcio eliminado na urina ao longo de um dia inteiro (você guarda toda a urina por 24h). Ele revela dois problemas opostos:

Cálcio urinário ALTO

perde cálcio do osso na urina
risco de pedra no rim

♀ > 250 · ♂ > 300 mg/24h

Cálcio urinário BAIXO

o intestino absorve pouco cálcio
má absorção / falta de vit. D

< 100 mg/24h

Curiosamente, tanto o excesso quanto a falta de cálcio na urina aumentam o risco de fratura. O ideal é ficar na faixa normal.

As diretrizes recomendam o cálcio urinário de 24h na **avaliação inicial** da osteoporose — e ele é especialmente importante em quem tem histórico de pedra nos rins, suspeita de hiperparatireoidismo, má absorção, osteoporose em jovens ou fraturas que se repetem apesar do tratamento.

🔑 Para levar deste capítulo

- ✓ Os exames servem para achar **causas secundárias** e corrigir **deficiências** antes de tratar.
- ✓ Cálcio normal no sangue **não** significa osso bem nutrido — ele é mantido às custas do osso.
- ✓ Medimos a **25-OH-D** porque ela reflete o estoque real de vitamina D.
- ✓ Cálcio + fósforo + vit. D + **PTH** juntos revelam o diagnóstico.
- ✓ Marcadores ósseos monitoram tratamento; **não substituem** a densitometria.
- ✓ O **cálcio urinário de 24h** faz parte da avaliação inicial.

Esses exames transformam a osteoporose de um “número na densitometria” em uma história completa — permitindo um tratamento sob medida para você.

CAPÍTULO 4

Artrose e Fibromialgia

Por que não existem exames para diagnosticá-las?



💬 A pergunta que todo paciente faz

“Doutor, qual exame eu faço para saber se tenho artrose?” · “Existe exame de sangue que confirma fibromialgia?”

A resposta surpreende: **não existe** exame de sangue ou urina que diagnostique artrose ou fibromialgia. E isso não as torna menos reais. Ambas são **diagnósticos clínicos** — feitos pela sua história, seus sintomas e o exame físico, não por um número de laboratório.

O que de fato faz o diagnóstico



História

+



Exame físico

+



Imagem (artrose)

Muitas condições importantes são diagnosticadas assim — enxaqueca e síndrome do intestino irritável, por exemplo.



Artrose — uma questão mecânica, não inflamatória

A artrose (osteoartrite) é o desgaste progressivo da **cartilagem** que reveste as articulações. Por ser um problema *mecânico e localizado* — e não uma inflamação que toma o corpo todo —, ela não deixa rastros no sangue:

- Não há inflamação sistêmica importante → PCR e VHS costumam ser normais
- Não há autoanticorpos → FAN, fator reumatoide e anti-CCP são negativos
- O problema fica dentro da articulação, sem alterar o sangue na maioria dos casos

O diagnóstico vem da **história** (dor que piora com o uso e melhora com repouso, rigidez matinal curta, < 30 min), do **exame físico** (estalos, aumento ósseo da junta) e da **radiografia**, que mostra redução do espaço articular, osteófitos (“bicos de papagaio”) e esclerose.

⚠ Um detalhe que confunde

Muita gente tem alterações de artrose no raio-X **sem sentir dor**. E há quem tenha sintomas com raio-X ainda normal (artrose inicial). Por isso o diagnóstico combina sempre sintomas + exame físico + imagem — nunca a imagem sozinha.

E os tais **biomarcadores** de cartilagem (CTX-II, COMP) que aparecem em pesquisas? Ainda não servem para a prática: têm baixa precisão, não são melhores que o raio-X, não mudam o tratamento e não estão validados. Quando o médico pede sangue na

artrose, é para **excluir outras doenças** (artrite reumatoide, gota, lúpus), não para “provar” a artrose.

Fibromialgia — quando o “volume da dor” está alto demais

A fibromialgia é uma síndrome de **sensibilização central**: o sistema nervoso processa a dor de forma amplificada, como um volume que ficou alto demais. Vem com fadiga, sono não reparador, dificuldade de concentração (a “fibro-névoa”) e sensibilidade aumentada ao toque.

A analogia do volume

Os músculos e as juntas estão estruturalmente normais — o “alto-falante” (o tecido) está intacto. O que mudou foi o **amplificador** (o sistema nervoso central), que aumenta a percepção da dor. Por isso os exames de sangue não acusam nada: o problema não está num órgão que dá para “fotografar” no laboratório.

O diagnóstico segue critérios do Colégio Americano de Reumatologia: dor generalizada (em pelo menos 4 de 5 regiões), por mais de 3 meses, com fadiga e sono ruim, e sem outra doença que explique tudo. Exames de sangue entram apenas para **excluir** causas parecidas — hipotireoidismo (TSH), anemia (hemograma), deficiência de vitamina D, doenças reumatológicas.

Exames que costumam vir NORMAIS

Hemograma ✓

VHS ✓

PCR ✓

FAN ✓

TSH ✓

Fator reumatoide ✓

Anti-CCP ✓

Ácido úrico ✓

Resultados normais aqui são **esperados** — e não invalidam o diagnóstico.

Pesquisas encontram pequenas alterações na fibromialgia (citocinas como IL-6 e IL-8, índices do hemograma como NLR e PLR, e o teste comercial FM/a). Mas nenhuma é específica o bastante para uso na rotina: o FM/a, por exemplo, tem boa separação contra pessoas saudáveis, mas só ~70% de especificidade contra lúpus e artrite reumatoide, além de ser caro. O que essas pesquisas *confirmam* é importante: a fibromialgia é uma condição biológica real, não “coisa da cabeça”.

🚫 O maior mito de todos: “Exame normal = dor inventada”

Falso, absolutamente. Exames normais na artrose e na fibromialgia são **o resultado esperado**. Sua dor é real. A ausência de um “exame positivo” não diminui em nada o que você sente — apenas confirma que o diagnóstico é clínico.



Quando desconfiar que NÃO é artrose nem fibromialgia

Existem sinais de alerta que pedem investigação de outra doença:

- Febre persistente, perda de peso sem querer, suores noturnos
- Inflamação intensa numa junta (muito inchaço, vermelhidão, calor)
- Rigidez matinal acima de 1 hora; início súbito e rápido
- Fraqueza muscular progressiva ou alterações neurológicas (dormência, perda de força)
- Manchas na pele, úlceras na boca, queda de cabelo, fenômeno de Raynaud
- VHS ou PCR muito elevados, anemia importante; artrose “jovem” (< 40 anos)

📖 Para levar deste capítulo

- ✓ Artrose e fibromialgia são **diagnósticos clínicos** — não há exame laboratorial que as confirme.
- ✓ Na artrose, o diagnóstico vem da história, do exame físico e da **radiografia**.
- ✓ Na fibromialgia, o problema está no **processamento da dor**, não num órgão visível em exames.
- ✓ Exames de sangue servem para **excluir outras doenças**, não para provar essas duas.
- ✓ Exames normais são **esperados** — e sua dor continua sendo real.
- ✓ Fique atento aos **sinais de alerta** que apontam para outra condição.

Se a dúvida persiste ou o tratamento não melhora, converse com seu reumatologista — às vezes duas condições coexistem e uma reavaliação resolve.

CAPÍTULO 5

Mitos e Verdades

O que você precisa saber sobre exames reumatológicos

Exames reumatológicos geram confusão, ansiedade e muita interpretação equivocada. Vamos separar o que é boato do que é fato — com carimbos bem claros.

MITO = boato comum, mas errado

VERDADE = confirmado pela ciência

QUASE = depende do contexto

MITO 1

MITO

“FAN positivo significa que tenho lúpus”

Nada disso. **20–30% das pessoas saudáveis** têm FAN positivo, sobretudo em títulos baixos (1:80, 1:160). Ele aparece em outras autoimunes, infecções virais, com certos remédios, em idosos e em mulheres. O que importa é o **título** ($\geq 1:320$ é mais sugestivo), o **padrão** e, acima de tudo, os **sintomas**. FAN positivo isolado, em título baixo e sem sintomas, muitas vezes não significa doença alguma.

MITO 2

MITO

“FAN negativo descarta doença autoimune”

Também não. Dá para ter doença autoimune com FAN negativo: a artrite reumatoide (que se apoia em FR e anti-CCP), as espondiloartrites, a gota, a polimialgia reumática e mesmo 2–5% dos casos de lúpus. O FAN é útil para

algumas doenças — principalmente lúpus, Sjögren e esclerodermia —, não para todas.

MITO 3

MITO

“Fator reumatoide positivo é igual a artrite reumatoide”

O FR positivo aparece em Sjögren (50–90%), lúpus, esclerodermia, hepatite C (40–70%), endocardite, tuberculose, doenças do pulmão e fígado, em 5–10% dos idosos saudáveis e na população em geral. O diagnóstico exige **sintomas + exame físico + exames em conjunto**. (Veja o Capítulo 1 para se aprofundar.)

QUASE VERDADE · MITO 4

QUASE

“Anti-CCP positivo sempre é artrite reumatoide”

Quase. O anti-CCP é **muito específico** (95–98%), mas não 100%. Pode aparecer na artrite psoriásica (5–15%), raramente em lúpus e Sjögren, na hepatite C, na tuberculose e em < 2% de pessoas saudáveis. Anti-CCP alto + sintomas é fortíssimo para AR; sem sintomas, pode ser fase pré-clínica ou risco aumentado. O diagnóstico ainda passa pelo reumatologista.

MITO 5

MITO

“VHS e PCR altos sempre significam doença grave”

São marcadores **inespecíficos** de inflamação. Sobem em infecções banais, obesidade, doença cardiovascular, câncer, trauma, gravidez, idade avançada e até menstruação. O que pesa é a **magnitude** (VHS > 100, PCR > 10 chamam mais atenção), o contexto e a tendência ao longo do tempo. Sozinhos, não fazem diagnóstico.

MITO 6

MITO

“VHS e PCR normais significam que não há inflamação”

Dá para ter doença ativa com esses exames normais. No lúpus, a PCR costuma ser normal mesmo em atividade. Em 40–50% das espondiloartrites os marcadores

são normais apesar da doença ativa. Na fibromialgia e na artrose, são normais por natureza. Marcadores normais **não descartam** doença reumatológica.

MITO 7

MITO

“Ácido úrico alto significa que tenho gota”

Só 10–20% de quem tem ácido úrico alto terá crises de gota. E, no meio de uma crise, o ácido úrico pode estar **normal** em 30–40% dos casos. O diagnóstico de gota é clínico (crise típica, muitas vezes no dedão) e confirmado por **cristais** no líquido da articulação — não por um número isolado.

MITO 8

MITO

“HLA-B27 positivo significa espondilite anquilosante”

6–8% da população tem HLA-B27, e só 1–5% desses desenvolvem espondilite. Ele é um **fator de risco genético**, não um diagnóstico. Só agrega valor em quem já tem sintomas compatíveis (dor lombar inflamatória, rigidez que melhora com exercício). Não deve ser usado como rastreio em gente sem sintomas.

MITO 9

MITO

“Complemento baixo é sempre lúpus”

O complemento (C3, C4) baixo aparece em vasculites, crioglobulinemia, infecções (endocardite, sepse), deficiências congênitas e doenças renais. No lúpus já diagnosticado, ajuda a medir atividade — mas, sozinho, não fecha diagnóstico.

MITO 10 · O MAIS IMPORTANTE

MITO

“Exames normais significam que minha dor não é real”

Mito absoluto. Fibromialgia, artrose, espondiloartrites iniciais, polimialgia e algumas formas de Sjögren cursam com exames normais — e são diagnósticos clínicos válidos. **Sua dor é real, mesmo com exames normais.** Exame é ferramenta, não a palavra final.

MITO 11

MITO

“Preciso repetir todos os exames a cada consulta”

Nem todos. FAN, fator reumatoide, anti-CCP e HLA-B27, uma vez feitos, geralmente **não precisam ser repetidos** (o HLA-B27 é genético, nunca muda). Já anti-DNA, complemento, VHS, PCR, hemograma e função renal/hepática podem ser repetidos para monitorar atividade ou efeitos de medicamentos. Combine a frequência com seu médico.

MITO 12

MITO

“Quanto mais exames eu fizer, melhor”

Mais exames sem indicação = mais **falsos positivos**, mais ansiedade e mais custos. Estatisticamente, se você fizer 20 exames sem motivo, é provável que pelo menos 1 venha “alterado” só por acaso — mesmo estando saudável. Exames pedem indicação clínica, não “só para ver”.

MITO 13 · E PERIGOSO

MITO

“Posso interpretar meus exames sozinho pela internet”

Os valores de referência mudam entre laboratórios e métodos; o mesmo resultado significa coisas diferentes em pessoas diferentes; e nem tudo na internet é confiável. Use a internet para se *informar*, não para se *autodiagnosticar*. Quem tem o contexto completo é o seu médico.

Agora, as grandes VERDADES ✓

VERDADE 1

VERDADE

Exames são ferramentas, não diagnósticos

O diagnóstico nasce da soma: **história + exame físico + exames de laboratório + imagem + experiência do reumatologista**. Nenhuma peça, sozinha, fecha o caso.

VERDADE 2

VERDADE

O mesmo exame muda de significado conforme a pessoa

Um FAN positivo numa jovem com manchas, dor articular e queda de cabelo é muito diferente de um FAN positivo numa senhora de 70 anos sem sintomas. O **contexto clínico** é tudo.

VERDADE 3

VERDADE

Exames podem mudar com o tempo

O FAN pode positivar, o anti-DNA flutua com a atividade do lúpus, VHS e PCR sobem e descem com a inflamação, o ácido úrico varia com dieta e remédios. Por isso, às vezes, repetir faz sentido.

VERDADE 4

VERDADE

Nem toda alteração precisa de tratamento

FAN positivo em título baixo sem sintomas, ácido úrico levemente alto sem crises, VHS um pouco elevado em idoso, FR positivo sem artrite — em geral, **não se tratam**. Tratar exame em vez de pessoa pode fazer mais mal que bem.

VERDADE 5

VERDADE

A relação médico-paciente é fundamental

A melhor forma de entender seus exames é conversar. Não tenha receio de perguntar: *“O que significa esse resultado? Por que foi pedido? Preciso repetir? Isso muda meu tratamento? Devo me preocupar?”*

Um dado que vale refletir

Estudos mostram que cerca de **metade** dos exames reumatológicos (FR, FAN, ENA, anti-DNA) é solicitada sem indicação adequada — gerando custo, ansiedade e interpretações equivocadas. Menos, com critério, costuma ser mais.

🔑 Mensagem final do ebook

- ✓ Exames alterados nem sempre significam doença.
- ✓ Exames normais nem sempre descartam doença.
- ✓ O diagnóstico é a soma de sintomas + exame físico + exames.
- ✓ Sua dor é real, mesmo que os exames sejam normais.
- ✓ Confie no seu reumatologista — e não se autodiagnostique pela internet.
- ✓ Faça perguntas. Conhecimento é cuidado.



Conhecimento é cuidado

Este ebook foi feito para empoderar você com informação — não para substituir a avaliação médica. Use-o para entender melhor seus exames e ter conversas mais ricas com seu reumatologista.

Dr. Victor Berçot · Reumatologia

Informação e autonomia. Linguagem clara, baseada em evidências científicas.